Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Universiteti i Tiranës

Universiteti i Mjeksisë Tiranë
Fakulteti i Mjeksisë

Fakulteti i Ekonomisë
Universiteti i Tiranës

PERMBLEDHJE PER STUDENTET

MASTER PROFESIONAL NË MENAXHIM SHËNDETËSOR

SHTATOR 2018

Organizimi i Sistemit Shëndetësor

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. Hyrje në Organizim Shendetesor
2. Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: qeveria
3. Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: pacientet/klientet
4. Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: ofruesit e kujdesit shendetesor
5. Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: siguruesit shendetesore
6. Organizimi, organizatat dhe menaxhimi
7. Politikat shendetesore
8. Qeverisja ne sistemin shendetesor
9. Vleresimi i financimit te kujdesit shendetesor
10. Ceshtje te qeverisjes ne financimin shendetesor
11. Shtigjet drejt mbulimit universal
12. Programet e siguracioneve shendetesore
13. Strategjite e programeve te siguracioneve shendetesore per te filtruar personat e pershtatshem per t'u siguruar
14. Modelet e organizimit te sistemeve shendetesore
15. Sistemi shendetesor i bazuar mbi pagesat private, taksimin e pergjithshem dhe siguracionet sociale

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE

MIRATOI

Prof.Dr. Enver ROSHI

Përgjegjës i Departamentit të Shëndeti Publik

Programi i Studimit: **Master Profesional në Menaxhim Shendetesor**

Viti Akademik 2017-2018

Titulli i lëndës : "Organizimi Shendetesor"						
Lloji i Lëndës	**ECTS**	**Orë mësimi në auditor**				**Totali**
		Leksion	**Seminar**	**Laborator**	**Praktikë**	
B	**5**	**30**	**0**	**0**	**30**	**60**
Viti/Semestri kur zhvillohet lënda		Viti I, Semestri I, II				
Lektori/Pedagogu i lëndës		Dr. Ervin Toçi				
E detyruar/me zgjedhje		E detyruar				
Parakushte (t) për lëndën		Jo				
Përshkrimi i lëndës	Menyra se si organizohet sistemi shendetesor i nje vendi te caktuar varet nga nje sere rrethanash dhe traditash historike, kulturore, politike, ekonomike dhe sociale. Kater aktoret kryesore ne cdo sistem shendetesor perfshijne: qeverine, ofruesit e sherbimeve shendetesore, klientet/pacientet dhe siguruesit shendetesore. Kombinimi i caktuar i ketyre aktoreve i jep jete sistemeve klasike te sistemit shendetesor qe njohim sot si dhe formave hibride apo eksperimentale te sistemeve shendetesore kudo ne bote. Lenda "organizimi shendetesor" synon te pershkruaje me detaje kater aktoret kryesore ne cdo sistem shendetesor, duke hedhur drite mbi mekanizmat mbi bazen e te cilave jane krijuar modelet e sistemeve shendetesore ne vende te ndryshme si dhe nje analize te mirefillte te forcave qe kane krijuar dhe vazhdojne te krijojne dhe formezojne sistemin shendetesor te vendit tone.					
Objektivat e lëndës	Objektivi kryesor i lendes se organizimit shendetesor eshte thellimi i njohurive ne fushen e organizimit te sistemit shëndetësor të një vendi, duke perfshire ketu institucionet, personelin, mekanizmat dhe veprimtarite e nevojshme me të cilat sigurohet: prodhimi dhe forcimi i vazhdueshëm i shëndetit të popullatës, mbrojtja e shëndetit nga faktorët rrezikues e dëmtues, parandalimi i sëmundjeve, diagnoza e herëshme e tyre tek individët e prekur, mjekimi i përshtatshëm, riabilitimi, riaftësimi i individëve të sëmurë dhe kujdesi ndaj personave të paaftë shëndetërisht.					
Rezultatet e pritshme	Në fund të modulit, studenti duhet të jetë i aftë të: - Pershkruaje aktoret kryesore te sistemit shendetesor; - Pershkruaje dhe dalloje llojet baze te organizimit te sistemeve shendetesore ne bote; - Pershkruaje dhe njohe karakteristikat dalluese te modeleve te ndryshme te sistemeve shendetesore; - Kuptoje rolin e qeverise ne modelin shendetesor te nje vendi; - Kuptoje rolin e ofruesve te sherbimeve shendetesore ne modelin shendetesor te nje vendi; - Kuptoje rolin e klienteve/pacienteve ne modelin shendetesor te nje vendi; - Kuptoje rolin e siguruesve shendetesore ne modelin shendetesor te nje vendi; - Vleresoje ne menyre kritike sistemin shendetesor te nje vendi te caktuar dhe faktoret qe percaktojne te tashmen dhe te ardhmen e ketij sistemi.					
Mënyra e vlerësimit	• **Vlerësimi i vazhduar 30 %** ▪ *Frekuentimi 5%* ▪ *Aktivizimi* 5%, ▪ *Detyra e kursit 5%* ▪ *Provim i ndërmjetëm 15 %* • **Provimi përfundimtar 70 %.**					

Literatura e detyruar	*1.* Health systems policy, finance and organization. Carrin G (editor), Buse K, Heggenhougen HK, Quah SR. 2009.
Literatura e rekomanduar	1. Handbook of international health care systems. Thai KV, Wimberley ET, McManus SM. 2002. 2. Organizing healthcare delivery systems for persons ongoing care needs and their families. Hollander MJ, Prince MJ. 2008. 3. Healthcare in the United States – Organization, Management and Policy. Greenwald HP. 2010. 4. Essentials of strategic planning in healthcare. Harrison JP. 2010. 5. Chaos and organization in health care. Lee TH, Mongan JJ. 2009.

PËRMBAJTJA E LËNDËS		
Java	**Temat teorike: Leksione**	**orë /leksion**
1	Hyrje në Organizim Shendetesor;	2L
2	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: qeveria	2L
3	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: pacientet/klientet	2L
4	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: ofruesit e kujdesit shendetesor	2L
5	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: siguruesit shendetesore	2L
6	Organizimi, organizatat dhe menaxhimi	2L
7	Politikat shendetesore	2L
8	Qeverisja ne sistemin shendetesor	2L
9	Vleresimi i financimit te kujdesit shendetesor	2L
10	Ceshtje te qeverisjes ne financimin shendetesor;	2L
11	Shtigjet drejt mbulimit universal	2L
12	Programet e siguracioneve shendetesore	2L
13	Strategjite e programeve te siguracioneve shendetesore per te filtruar personat e pershtatshem per t'u siguruar	2L
14	Modelet e organizimit te sistemeve shendetesore	2L
15	Sistemi shendetesor i bazuar mbi pagesat private, taksimin e pergjithshem dhe siguracionet sociale	2L
Java	**Temat e ushtrimeve/praktikave**	**Orë/ushtrime/praktika**
1	Hyrje në Organizim Shendetesor;	2S
2	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: qeveria	2S
3	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: pacientet/klientet	2S
4	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: ofruesit e kujdesit shendetesor	2S
5	Aktoret kryesore ne sistemin shendetesor: siguruesit shendetesore	2S
6	Organizimi, organizatat dhe menaxhimi	2S
7	Politikat shendetesore	2S
8	Qeverisja ne sistemin shendetesor	2S
9	Vleresimi i financimit te kujdesit shendetesor	2S
10	Ceshtje te qeverisjes ne financimin shendetesor;	2S
11	Shtigjet drejt mbulimit universal	2S
12	Programet e siguracioneve shendetesore	2S
13	Strategjite e programeve te siguracioneve shendetesore per te filtruar personat e pershtatshem per t'u siguruar	2S
14	Modelet e organizimit te sistemeve shendetesore	2S
15	Sistemi shendetesor i bazuar mbi pagesat private, taksimin e pergjithshem dhe siguracionet sociale	2S

Titullari i Lëndës **Pedagogu i Lëndës**

Dr. Ervin Toçi

HYRJE

Hulumtuesit, politikë-bërësit dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor të të gjitha rrymave politike pajtohen se jemi në mes të një "krize shumëfaktoriale dhe në rritje të sistemeve të kujdesit shëndetësor" [1]. Shumë shtete, përfshirë Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA) alokojnë burime të mëdha për kujdesin shëndetësor në këmbim të rezultateve të dobëta të pacientit dhe kosto të larta të kujdesit duke çuar në pabarazi të rënda shëndetësore midis grupeve demografike [2-3].

Kriza që rezulton është përmbushur me një shtysë drejt një sistemi të kujdesit shëndetësor të bazuar në vlera, ku shpenzimet të lidhen me rezultatet, i cili ka për qëllim zvogëlimin e shpenzimeve sociale duke përmirësuar cilësinë e kujdesit për pacientët [4]. Ndërsa politikëbërësit përpiqen të transformojnë kujdesin shëndetësor në një system të bazuar në vlera, ekziston një proces paralel që duhet të ndodhë, ku shoqëria duhet të përcaktojë në mënyrë të qartë dhe pa dyshim se çfarë përbën shëndet.

Që nga ditët e hershme të njerëzimit, kulturat në mbarë botën kanë kërkuar të kuptojnë se cfarë do të thotë të jesh i shëndetshëm. Ky përkufizim ka evoluar shumë herë, shpesh duke reflektuar besimet specifike dhe nivelet e kuptimit shkencor dhe mjekësor të epokave të caktuara. Kuptimi i këtyre ndryshimeve siguron një kontekst për përkufizimin e ri që është i nevojshëm të përdorim në epokën e tanishme.

Mjekësia në antikitet

Në kohët e lashta, shëndeti ra kryesisht nën ndikimin e fesë dhe ishte ekuivalent me marrjen e favoreve nga perënditë. Shëruesit fetarë besonin se për të arritur shëndetin, duhej që individët të luten dhe të sakrifikojnë për perënditë në mënyrë që të përfitojnë shëndet prej tyre [5].

Në disa papiruse mjekësore të Egjiptit të lashtë, dhimbjet e kokës u atribuohen veprimeve të demonëve dhe forcat mbinatyrore që duhej të qetësoheshin për t'u shëruar [6].

Në shekullin 11-12 pes, në Greqinë e lashtë, ata që kërkojnë shërim do të bënin pelegrinazhe në tempujt e perëndive të ofenduara për të qetësuar zemërimin e tyre. Disa do të shkojnë direkt në tempullin e perëndisë së shërimit, Asclepius, ku lutjet dhe sakrificat kryheshin në këmbim të kurave shëruese që vepronin ndërsa pacientët flinin [7]. Shufra e Asclepius, një simbol ndërkombëtar i mjekësisë, është një kujtesë e besimit të lashtë të njerëzimit se shëndeti ishte pronë e perëndive të mjekësisë dhe shërimit [8].

Koncepti i Hipokratit për Shëndetin

Ndarja e parë e madhe nga konceptet mbinatyrore të shëndetit erdhi nga shkolla e Hipokratit rreth shekullit të pestë pes. Hipokrati, i konsideruar si "Ati i Mjekësisë Moderne", ishte i pari që veçoi mjekësinë greke nga besimet magjike dhe fetare duke krijuar lidhjet dhe marrëdhëniet midis pastërtisë mjedisore/personale dhe origjinës së sëmundjes [9].

Hipokrati besonte se sëmundja rezulton nga mosbalancimi midis katër lëngjeve trupore – bila e zezë, bila e verdhë, sekrecionet mukoze (gëlbaza – flegma) dhe gjaku. Kështu, mjekësia e Hipokratit e konsideronte shëndetin si një gjendje të balancës trupore që mund të arrihet përmes veprimeve të sjelljes dhe mjekësisë [10].

Ndërsa disa praktika mjekësore lindore ende ruajnë elementë të spiritualitetit në mjekësi, të gjitha praktikat moderne shëndetësore në botën e zhvilluar, duke përfshirë mjekësinë lindore,

mbështeten në konceptin e Hipokratit për shëndetin si një produkt i faktorëve të mjedisit dhe të sjelljes.

Mjekesia holistike dhe sociale në periudhën e Perandorisë Romake dhe epokën para OBSH-së

Progresi shkencor i bërë gjatë epokës së Perandorisë Romake në shekullin e parë pes deri në shekullin e pestë të erës sonë e transformoi më tej kuptimin e shëndetit të njerëzimit. Mjeku më i shquar i Perandorisë Romake, Galeni, e zgjeroi më tej përkufizimin Hipokratik të shëndetit duke deklaruar se ekuilibri midis katër lëngjeve trupore gjithashtu përcakton temperamentin dhe personalitetin e njeriut. Në përputhje me entuziazmin arkitektonik të Perandorisë Romake, Galeni gjithashtu mendonte se mjeku kishte nevojë për të studiuar të gjithë trupin ashtu si arkitekti duhej të ndiqte një plan të përcaktuar [11].

Kështu, Galeni kontribuoi në zhvillimin e një ideje më holistike të shëndetit që merr në konsideratë të gjithë pacientin, duke përfshirë gjendjet mendore dhe emocionale [12].

Për më tepër, ndërtimi i ujësjellësave të ujit të freskët, sistemeve të kanalizimeve dhe shtëpive të banjës publike gjatë kohës së Perandorisë Romake ishte përpjekja e parë e organizuar për të ruajtur shëndetin në shkallë popullate. Përmes inovacioneve Romake në kanalizimet dhe shëndetin publik, fokusi i kujdesit shëndetësor filloi të zhvendoset nga individi tek shoqëria në tërësi [13].

Zbulimi i qelizave (viti 1665), mikroorganizmave (viti 1676) dhe gjeneve (viti 1866), së bashku me zbulimin e shumë strukturave kimike dhe molekulare që mbajnë trupin dhe mendjen e njeriut në ekuilibër, i rafinuan më tej konceptet e shëndetit të nxitura nga Hipokrati dhe Galeni [14-15].

Ndërsa u bënë zbulime shtesë shkencore dhe përmirësimi i metodave të ofrimit të kujdesit shëndetësor, u zhvilluan përkufizime të reja të shëndetit për të aplikuar kujdesin shëndetësor në shkallë shoqërore.

Megjithëse shumë përkufizime të shëndetit u zhvilluan gjatë këtij transformimi, një diskutim për shëndetin në epokën moderne duhet të përfshijë atë që shumë e konsiderojnë gur themeli të përkufizimeve të shëndetit – atë të propozuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) (*një gjendje e mirëqënies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesa e sëmundjeve*).

Tendencat e kujdesit shëndetësor: zhvendosja drejt kujdesit shëndetësor të bazuar në vlera dhe pëkufizim i ri i shëndetit

Pas shekujsh të përparimeve mjekësore, sot kujdesi shëndetësor është më i kufizuar nga sistemet e tij të shpërndarjes dhe zbatimit se sa nga kufijtë e njohurive shkencore [16].

Me fjalë të tjera, problemi themelor me kujdesin shëndetësor modern (në vendet Perëndimore) është se shpenzimet janë të larta, por cilësia e arritur për atë kosto është e ulët në mënyrë të papranueshme (dmth, që nuk i përgjigjet shpenzimeve të kryera).

Ekonomist i njohur i Harvardit, Michael Porter, duke vënë në dukje këto kosto në rritje dhe cilësinë e pabarabartë të kujdesit shëndetësor, vërejti se problemi nuk është një mungesë e zellit, aftësisë ose progresit shkencor, por struktura e vetë sistemit të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor. Porter vuri në dukje se ofruesit e kujdesit shëndetësor janë duke u përpjekur për

të ofruar mjekësinë e shekullit të 21-të me sistemin e shpërndarjes së tregut të shekullit të 19-të [17].

E thënë më thjesht, konkurrenca në sistemin e kujdesit shëndetësor aktual të bazuar në vëllim (volum) nuk barazohet me vlerën për pacientin sepse suksesi financiar për ofruesit nuk barazohet me suksesin e lidhur me shëndetin për pacientin. Porter beson se shëndetësia duhet, përkundrazi, të jetë e bazuar në vlerë, ku vlera përkufizohet si rezultati shëndetësor i arritur për cdo lek të shpenzuar [18]. Një sistem i tillë i bazuar në vlera stimulon fort vendosjen e lidhjes mes rimbursimit, kostos së shërbimit dhe arritjes së rezultateve shëndetësore që vlerësohen nga pacientët (Figura 1).

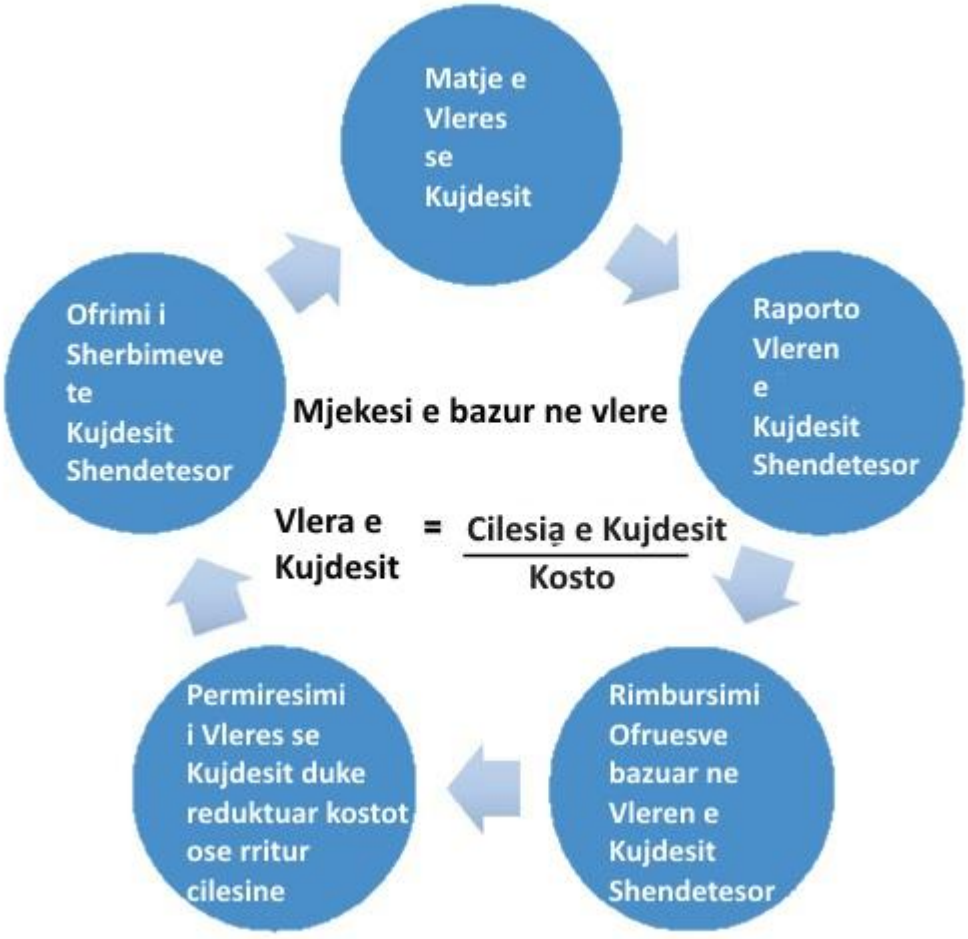


Figura 1. Një model për mjekësinë e bazuar në vlerë

Sipas Porter, një sistem shëndetësor efektiv i bazuar në vlerë duhet të mbështetet nga gjashtë parime të ndryshme. Këto përfshijnë:

1) organizimin në njësi praktike të integruara (IPU) që ofrojnë ciklin e plotë të kujdesit për gjendjen e dhënë të pacientit, duke përfshirë komorbiditetet, komplikacionet dhe nevojat e tjera specifike për gjendjen e pacientit;
2) matjen e kostove dhe rezultateve për çdo pacient;
3) lëvizja në pagesa të grupuara që mbulojnë ciklin e plotë të kujdesit për kushtet mjekësore akute, kujdesin e përgjithshëm për kushte kronike për një periudhë të

paracaktuar, ose kujdes primar dhe parandalues për një popullatë specifike të pacientëve;

4) integrimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor midis mjediseve (institucione) të veçanta duke caktuar një udhëheqës të vetëm mjek për secilin pacient dhe miratimin e protokolleve të përbashkëta midis vendeve të ofrimit të kujdesit;
5) zgjerimin gjeografik të mbulimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor nëpërmjet përdorimit të vendeve satelite dhe lidhjeve me ofruesit e komuniteteve lokale; dhe së fundi,
6) mbështetja e këtyre ndryshimeve me një platformë të teknologjisë informative të kujdesit shëndetësor (TI) që: ka në qendër pacientin, shumëllojshmëri, i bën të dhënat mjekësore të lehta për tu menaxhuar dhe është e arritshme për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor [17-19] (Tabela 1).

Tabela 1. Gjashtë parimet e Porter-it për një Sistem Efektiv të Kujdesit Shëndetësor të Bazuar në Vlerë

Nr	Përmbledhja e Parimit	Përfitimet e Veprimit
1	Organizimi i shërbimeve mjekësore në njësi praktike të integruara (IPU)	Stafi i IPU-ve nga specialitete të ndryshme punon sëbashku si një skuadër drejt qëllimit të përbashkët të maksimalizimit të rezultatit të përgjithshëm për pacientin në mënyrën më efektive të mundshme
2	Matja e kostove dhe rezultateve	Matja e kostove dhe rezultateve përgjatë ciklit të plotë të kujdesit lejon vlerësimin e vlerës së kujdesit dhe siguron feedback të përdorshëm për profesionistët e kujdesit shëndetësor në mënyrë që ata të mund të përmirësojnë efektivitetin e kujdesit
3	Zhvendosja drejt pagesave në paketë	Pagesat në paketë e vecojnë pagesën nga vëllimi i shërbimit për të zvogëluar shpenzimet e panevojshme dhe në vend të kësaj e lidhin rimbursimin me kujdesin e përgjithshëm për një pacient me një gjendje të veçantë mjekësore
4	Integrimi i kujdesit shëndetësor midis institucioneve shëndetësore	Integrimi i kujdesit shëndetësor eliminon ndarjen dhe përsëritjen e panevojshme të shërbimeve si dhe rrit nivelin e kujdesit shëndetësor të ofruar në çdo vend duke standardizuar cilësinë
5	Zgjerimi gjeografik i shërbimeve me qendra satelite dhe lidhjes së ofruesve me komunitetin	Zgjerimi gjeografik lejon ofrimin e kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë dhe të integruar në nivel lokal për të arritur sa më shumë pacientë në komunitetet e tyre lokale
6	Ndërtimi i një platforme të përshtatshme të teknologjisë së informacionit (IT)	Një platformë e suksesshme IT ndihmon anëtarët e një IPU-je të punojnë së bashku, mundëson matjen e cilësisë dhe kostos së kujdesit, dhe integron të gjitha pjesët e një sistemi të mirë të strukturuar për ofrimin e kujdesit shëndetësor

Nëse këto sugjerime funksionojnë, dhe kalimi në një epokë të re të kujdesit shëndetësor është i suksesshëm, atëherë është e nevojshëm një *përkufizim i ri i shëndetit* gjithashtu.

Dhe në këtë epokë ku mjekësia e bazuar në vlerë është duke fituar përparësi, një *përkufizim i tillë i shëndetit* duhet të jetë:

> *një gjendje holistike e shëndetit fizik, mendor, emocional dhe social, mbështetur nga një sistem i integruar dhe teknikisht i sofistikuar i kujdesit shëndetësor i përshtatur për të plotësuar tërësinë e nevojat mjekësore të pacientit, duke përfshirë parandalimin e sëmundjeve dhe menaxhimin e kushteve të padëshiruara, komorbiditetet, komplikacionet dhe rrethanat unike të pacientit* (Figura 2).

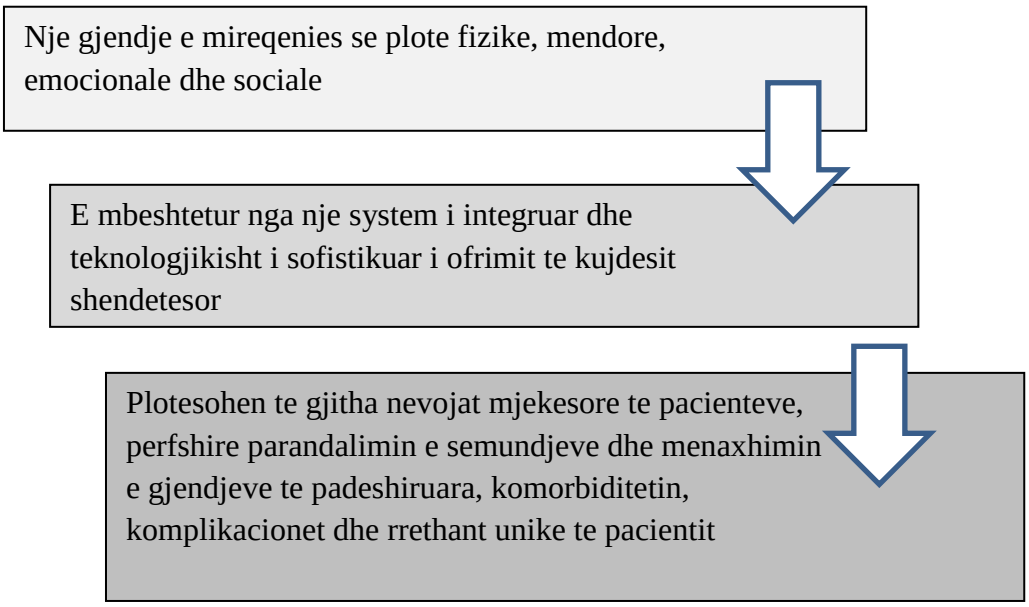


Figura 2. Pamje skematike e Përkufizimit të Ri të Propozuar për Shëndetin

Ky përkufizim i shton përkufizimit të OBSH-së nevojën kritike për teknologji dhe infrastrukturë për të mbështetur një sistem të kujdesit shëndetësor që është i përqendruar rreth pacientëve.

Po kaq e rëndësishme, përkufizimi thekson rëndësinë e përmbushjes së të gjitha nevojave specifike të një pacienti, të cilat duhet të përfshijnë të gjithë spektrin e kujdesit duke përfshirë menaxhimin e komorbiditeteve, komplikacionet dhe rrethanat unike të pacientit, si dhe parandalimin e sëmundjes së ardhshme. Duke vënë theksin tek pacientët, nevojat e tyre specifike mjekësore dhe sistemin e kujdesit shëndetësor që mund t'i plotësojë këto nevoja, ky përkufizim i ri përcakton një standard të qartë dhe të zbatueshëm që ofruesit mund të përpiqen të arrijnë.

Ndërsa zhvendosja drejt një sistemi të kujdesit shëndetësor të bazuar në vlera është i dëshirueshëm, studiuesit theksojnë se një problem themelor gjatë këtij tranzicioni është mungesa e një vizioni të qartë se çfarë forme do të marrë produkti përfundimtar [3].

Është shkruar shumë për parimet që udhëheqin një sistem shëndetësor të bazuar tek vlerat, por deri sa një sistem specifik të jetë projektuar dhe përshkruar në detaje, mbetet e pamundur të aplikohet plotësisht.

Përveç kësaj, mbështetja e një sistemi të bazuar në vlerë tek cilësia e kujdesit kërkon që rezultatet e pacientit të maten dhe të krahasohen. Do të jetë sfiduese për të vlerësuar në mënyrë të drejtë rezultatet e pacientit, duke qenë se ato rezultate që konsiderohen të dëshirueshme ndryshojnë jo vetëm nga kushtet dhe rrethanat unike të secilit pacient, por edhe nga elementet e mirëqenies së pacientëve, paguesve dhe vlerave të shoqërisë.

Pritshmëritë në një sistem të bazuar në vlerë duhet të jenë më komplekse sesa thjesht arritja e rezultateve "pozitive". Këto pritshmëri reflektojnë më tej nevojën për një përkufizim të arritshëm dhe fleksibël të shëndetit, si ai që u propozua më lart, që merr parasysh të gjitha nevojat unike të pacientit.

Ndërsa përparimet mjekësore na lejojnë të ruajmë shëndetin e pacientit në mënyra që nuk ishin më parë të mundshme, sfida do të jetë shfrytëzimi i kësaj fuqie në drejtim të përmbushjes së nevojave të individit, ndërkohë që ende ruhet aftësia për të mbuluar drejtë të gjithë popullsinë.

PËRSE JANË TË NEVOJSHME SISTEMET SHËNDETËSORE?

Shëndeti është në themel të zhvillimit dhe prosperitetit të shoqërisë njërëzore. Është parakushti për cdo gjë tjetër që është arritur, po arrihet dhe do arrihet nga njerëzimi.

Për pasojë, shëndeti është një vlerë themelore dhe, që këtej, e drejta për shëndet është gjithashtu një vlerë themelore.

E drejta për shëndet

E drejta për standardin më të lartë të arritshëm të shëndetit bazohet në, por nuk kufizohet, në Nenin 12 të Konventës Ndërkombëtare për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore (ICESCR). Të drejtat që kanë të bëjnë me autonominë, informimin, edukimin, ushqimin dhe ushqyerjen, asocijimin, barazinë, pjesëmarrjen dhe mosdiskriminimin janë pjesë përbërëse dhe e pandashme e arritjes së standardit më të lartë të arritshëm të shëndetit, ashtu siç gëzimi i së drejtës për shëndetin është i pandashëm nga të gjithë të drejta të tjera, qofshin të kategorizuara si civile dhe politike, ekonomike, sociale ose kulturore (20).

Kjo njohje mbështetet në vëzhgimin empirik dhe në një numër gjithnjë e më të madh të të dhënave që përcaktojnë ndikimin që ka mos-përmbushja e cilësdo dhe të gjitha këtyre të drejtave në statusin shëndetësor të njerëzve: arsimimi, mosdiskriminimi, ushqimi dhe ushqyerja, etj. (20).

E drejta për shëndetin nuk nënkupton të drejtën për të qenë i shëndetshëm në vetëvete, por obligimin nga ana e qeverisë për të krijuar kushtet e nevojshme për individët për të arritur statusin optimal të shëndetit. Përveç ICESCR, e drejta për shëndetësi është përpunuar më tej në CERD (Konventa mbi Eliminimin e të gjitha formave të Diskriminimi racial, 1965); në CEDAË (Konventa mbi Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave, 1979), dhe CRC (Konventa për të Drejtat e Arti i Fëmijës 24 1989) dhe në një sërë dokumentesh rajonale për të drejtat e njeriut (20). (*Në Leksionin 2 do shtjellohet më tej roli i Qeverisë për garantimin e të drejtës për shëndet*).

E drejta per shendet ka 3 dimensione: a) Individual; b) Social; c) Etik.

a) Nga pikepamja individuale: Cdo person duhet te kete akses ne kombinimin me efektiv te mundshem te materialeve dhe burimeve trajtuese te semundjes.
b) Nga pikepamja sociale: Kombinimi me pak i kushtueshem (me i lire) i materialeve dhe burimeve per trajtimin e sëmundjeve duhet te garantojë akes universal, brenda buxhetit dhe burimeve te kufizuara.
c) Nga pikepamja etike: Te gjithe njerezit duhet te kene akses ne kujdesin shendetesor.

Në vija të përgjithshme,sfida e cdo sistemi shëndetësor është arritja e ekuilibrit më të mirë të mundshëm midis dimensioneve individuale, sociale dhe etike të së drejtës për shëndet, dmth: arritja e mbulesës së plotë me të gjithë larminë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me efektivitetin më të lartë të mundshëm dhe kostot minimale.

Ne praktike, kjo perkthehet ne arritjen e kombinimit te burimeve dhe mallrave qe ofrojne mbulimin, efektivitetin dhe perdorimin maksimal brenda burimeve te disponueshme. Me pas kjo behet baza e kornizes ekonomike dhe politike per te drejten per shendet.

Për këtë arsye, *e drejta për shëndet përbën bazën e ekonomisë shëndetësore dhe politikave shëndetësore*:

a) Pikepamja individuale: nënkupton efektivitet maksimal;
b) Pikepamja sociale: nenkupton kosto minimale të mundshme;
c) Pikepamja etike: nënkupton arritjen e universalizmit, ose mbulimin e cdo personi në nevojë me shërbimet e përshtatshme shëndetësore.

Është e qartë se e drejta për shëndet implikon apo nënkupton arritjen e efektiviteti universal maksimal duke përdorur burimet e disponueshme të kufizuara.

Modeli ekonomik bazë

Cdo marrdhenie sot perkthehet ne terma ekonomike. Organizimi shendetesor ka si qellim final perdorimin sa me eficient te burimeve te kufizuara, pra ne thelb i referohet nje modeli te caktuar ekonomik.

Shendeti si nje e mire (mall) e qëndrueshme e klientit:

Utiliteti (kenaqesia) = $U(X, \boldsymbol{Sh}\text{endeti})$

- X perfaqeson "mallrat dhe sherbimet e tjera"
- SH eshte kapital -- cdo veprim ndikon ne shendet
- Vetem ose i kombinuar me mallra dhe sherbime te tjera, kapitali SH gjeneron nje rrjedhe sherbimesh qe cojne ne kenaqesi=utilitet

Zemra e ekonomiksit nënkupton: shperndarja eficiente dhe e barabarte (sipas nevojave) e burimeve. Pra: duhet te kerkojme vlere per parate: shperndarja e pershtatshme e burimeve. Jo cdo gje qe lidhet me parane ka te beje me ekonomiksin, dmth jo domosdoshmerisht parate e investuara do perkthehen ne kenaqesi per pacientet.

Eficienca është një cështje qëndrore në teorinë ekonomike pasi njerëzit kanë dëshira të pakufizuara por burime të kufizuara për t'i arritur ato. Për këtë arsye, na duhet që vazhdimisht të marrim vendime që kanë të bëjnë me zgjedhje dhe peshimin e prioriteteve.

Eficienca nënkupton që burimet përdoren atje ku ato gjenerojnë kënaqësinë maksimale. *Eficienca në konsum* nënkupton që klientët i përdorin burimet aty ku marrin kënaqësinë

maksimale. Për prodhuesit e të mallrave dhe shërbimeve, të jesh eficient nënkupton që të prodhosh me koston mesatare më të ulët të mundshme.

Termi "*treg*" i referohet një situate ku blerësit (përdoruesit, konsumatorët, klientët) dhe shitësit (prodhuesit, ofruesit) ndërveprojnë (direkt ose nëpërmjet ndërmjetësuesve) për të tregtuar mallra dhe shërbime. Tregu nënkupton një situatë ku forcat e kërkesës dhe ofertës ndërveprojnë për të përcaktuar cmimet e mallrave dhe shërbimeve të disponueshme.

Prandaj, një treg disponon mekanizma për:

- përcaktimin e cmimeve dhe sasisë së mallrave dhe shërbimeve që po tregtohen;
- komunikimin e informacioneve lidhur me cmimet; dhe
- për shpërndarjen e mallrave dhe shërbimeve.

Oferta nënkupton sasinë totale të produktit (mallra ose shërbime) që prodhuesit kanë dëshirë dhe janë në gjendje të shesin me një cmim të caktuar.

Kërkesa nënkupton sasinë totale të mallrave ose shërbimeve që konsumatorët kanë dëshirë dhe janë në gjendje të blejnë në një cmim të caktuar.

Forcat e tregut të lidhura me kërkesën dhe ofertën përfaqësojnë influencën agregate të interesit vetjak të blerësve dhe shitësve mbi cmimet dhe sasitë e mallrave dhe shërbimeve që ofrohen në treg.

Kërkesa e merr origjinën nga dëshira e konsumatorëve për të marrë kënaqësinë maksimale (maksimizimi i utilitetit) në kuadër të burimeve të tyre të kufizuara, duke qënë për këtë arsye një reflektim i vlerës që konsumatorët lidhin me mallrat dhe shërbimet.

Oferta e merr origjinën nga përpjekjet e prodhuesve për të maksimizuar përfitimet e tyre. Oferta reflekton *kostot e prodhimit*.

Të nxitur nga interesi vetjak, klientët do të përpiqen të paguajnë cmimin më të ulët të mundshëm kurse ofruesit do të përpiqen të shesin me cmimin më të lartë të mundshëm. Ky proces rezulton në një ekuilibër ku sasia e kërkuar është e barabartë me sasinë e ofruar në atë pikë që përcaktohet nga *ekuilibri* midis cmimit dhe sasisë (21).

Në kushte ideale, prodhimi i mallrave ose shërbimeve është eficient (që do të thotë se bëhet me kosto më të ulët të mundshme për njësi). Konsumi është gjithashtu efikas - domethënë që konsumatorët po marrin vlerën më të mirë për paratë e tyre duke kombinuar mallrat dhe shërbimet në një mënyrë që i jep atyre kënaqësinë më të lartë të mundshme (utilitet maksimal) duke pasur parasysh të ardhurat e tyre të kufizuara. Me fjalë të tjera, nuk ka humbje në prodhim apo në konsum. Ky është kushti që përshkruhen nga ekonomistët si *optimaliteti Pareto* ose *efikasiteti social*. Në kushtet e optimalitetit Pareto, të gjithë janë në nivelin më të lartë të mundshëm të mirëqenies së tyre, duke pasur parasysh burimet që ata posedojnë. Kjo ndodh automatikisht vetëm nën kushtet ideale të tregut që lehtësojnë ndarjen efikase të burimeve të "duarve të padukshme" (21).

Megjithatë, në botën reale, kushtet ideale të tregut rrallë përmbushen. Rrjedhimisht, ka dështime në treg, që do të thotë se tregu nuk arrin të ndajë burimet në mënyrë efikase, ka humbje në prodhim (kostoja mesatare e prodhimit nuk është në nivelin më të ulët) ose në konsum (konsumatorët individualë nuk po arrijnë vlerën për paratë e tyre) dhe optimaliteti Pareto nuk është arritur që do të thotë se ka humbje të burimeve dhe mirëqenia sociale është më pak se optimale (22).

Në mënyrë që dora e padukshme e tregut të veprojë në mënyrë e duhur për të vendosur cmimin më të ulët për cilësinë më të lartë, duhet të arrihet *konkurrenca perfekte*, e cila ka këto karakteristika:

- ka shumë shitës (firma);
- ka shumë blerës;
- secili veç e veç është tepër i vogël për të ndikuar në nivelet e çmimeve kështu që ata janë të gjithë marrësit e çmimeve dhe jo përcaktuesit e çmimeve;
- ka produkte homogjene të tilla që blerësit nuk janë në gjendje të dallojnë ndonjë ndryshim midis produkteve të shitura nga shitësit / firmat e ndryshme;
- firmat mund të hyjnë lirshëm në treg dhe të dalin nga tregu pa kufizime nga rregulloret ose kostot në mënyrë që furnizuesit e rinj të mund të hyjnë në treg për të rritur konkurrencën ose të detyrohen të largohen nga tregu nëse nuk janë efikasë;
- ka njohuri / informacion të përsosur në lidhje me çmimet dhe teknologjinë, në mënyrë që konsumatorët dhe firmat të kenë qasje në informacione të tilla me kosto zero dhe pa eksternalitete në prodhim dhe konsum (21-22).

Këto karakteristika përcaktojnë një strukturë ideale të tregut që nuk mund të ekzistojë në formën e tij të pastër në jetën reale, por ka vlerë normative dhe siguron një kuptim se si çmimet dhe sasitë e ekuilibrit përcaktohen nga forcat e tregut.

Në këtë mënyrë, konkurrenca perfekte largon jashtë tregut në mënyrë automatike ofruesit jo eficientë dhe përmirëson mirëqënien e klientëve nëpërmjet cmimeve më të ulëta. Cmimet më të ulëta rrisin fuqinë blerëse, kështu që klientët plotësojnë më shumë dëshira me burimet e tyre të kufizuara, duke marrë në këtë mënyrë më shumë "*vlerë për paratë e tyre*" (23).

Tregu shëndetësor

Kujdesi shëndetësor ka disa tregje të ndërvarura siç janë: arsimi, fuqia punëtore, institucionale, farmaceutike dhe të tjerë.

Tregu i arsimit përcakton se sa mjekë, infermierë dhe profesionistë të tjerë trajnohen çdo vit dhe për këtë arsye sa profesionistë të tillë janë në dispozicion për të ofruar shërbime. Në këtë treg, çmimet mund të shihen në aspektin e shkollimit dhe shpenzimeve të tjera për individin që kërkon trajnim për të qenë një mjek, një infermiere ose një profesionist tjetër.

Tregjet e fuqisë punëtore përcaktojnë çmimet e punës (pagat dhe pagat) që u paguhen profesionistëve.

Tregjet institucionale përcaktojnë çmimet për qëndrimet spitalore, ose qëndrimi në shtëpitë e kujdesit infermieror.

Në tregjet farmaceutike përcaktohen çmimet e medikamenteve.

Mund të identifikohen shumë tregje të tjera në kujdesin shëndetësor. Për shkak të natyrës së produktit për shitje dhe strukturës së tregjeve të kujdesit shëndetësor, *shumica e këtyre tregjeve nuk plotësojnë kushtet ideale të tregut të përsosur* që lehtësojnë alokimin efikas të burimeve.

Përse dështon tregu i lirë në shëndetësi

Tregu shëndetësor nk është konkurrues. Ka barriera për hyrjen dhe daljen nga ky treg.

Disa pengesa vijnë nga licencimi profesional, trajnimi i gjatë dhe i shtrenjtë dhe kërkesat për investime të shtrenjta (p.sh., spitalet janë të shtrenjta për t'u ndërtuar).

Barrierat mund të mbrojnë prodhuesit joefikasë nga të qenit të eliminuar kështu që shpërndarja efikase e burimeve nuk ndodh automatikisht. Mund të ketë disa spitale në një

qytet (oligopol) ose vetëm një spital në një vend rural (monopol) dhe një kompani farmaceutike me një patentë është një monopol me fuqinë për të vendosur çmime.

Kushte të tjera të konkurrencës së përsosur janë shkelur në kujdesin shëndetësor:

- homogjeniteti i produktit - shërbimet e një mjeku nuk janë identike me ato të një tjetri;
- në vend të informacionit të përsosur, ekziston asimetria e informacionit e cila mund të jetë një burim serioz i dështimeve të tregut siç tregohet më vonë (shih *Asimetria e informacionit* më poshtë).
- Diskriminimi i çmimeve është i zakonshëm në kujdesin shëndetësor (konsumatorët paguajnë çmime të ndryshme për të njëjtin shërbim varësisht nga të ardhurat e tyre ose fuqia e negocijimit).

Natyrisht, tregjet e kujdesit shëndetësor nuk i plotësojnë kushtet e konkurrencës perfekte. Në kujdesin shëndetësor, ka firma që kanë fuqi në treg dhe janë në gjendje të lëvizin dhe të caktojnë çmime.

Për shembull, një spital i vetëm një komunitet rural është në thelb një monopol brenda asaj zone gjeografike. Një spital i tillë nuk përballet me konkurrencë serioze kështu që do të jetë në gjendje të vendosë çmime mjaft të larta për t'iu përshtatur nevojave të tij të të ardhurave. Më e rëndësishmja, ky spital nuk duhet të jetë efikase në prodhim, sepse nuk do të dëbohet nga tregu nga prodhuesit më efikas.

Një shembull tjetër është një kompani farmaceutike që ka një patentë për një ilaç. Kompania është një monopol në sajë të faktit se asnjë kompani tjetër nuk mund të prodhojë ligjërisht dhe ta shesë atë medikament derisa patentat të mbarojnë. Për kohëzgjatjen e patentës kompania farmaceutike përkatëse është një monopoliste. Ajo është një përcaktuese e çmimeve për atë medikament të veçantë, mund të fitojë fitime të larta dhe nuk do të duhet të jetë efikase në prodhim sepse nuk po përballet me ndonjë konkurrencë. Për shkak të strukturës së tregjeve të kujdesit shëndetësor, prodhuesit nuk janë të detyruar të jenë efikas. Tregu nuk e dënon joefikasitetin siç do të ishte rasti nën një konkurrencë të përsosur.

Ka struktura të tjera të tregut që çojnë në shpërndarjen nën-optimale të burimeve sepse disa agjentë kanë fuqi të mjaftueshme për të vendosur çmime duke zhvendosur kërkesën apo furnizimin. Për shembull, nëse ka vetëm disa shitës të mëdhenj në treg (oligopoli), shitësit kanë fuqi të mjaftueshme për të vendosur çmimet dhe tregu nuk arrin të ndajë burimet në mënyrë efikase. Një shembull i mirë i oligopolit është në industrinë amerikane të sigurimeve shëndetësore e cila dominohet nga disa kompani të mëdha. Në disa zona lokale, mund të ketë vetëm një kompani që në thelb do të thotë se ato janë monopole. Kështu që kushti që gjithkush në treg është një marrës i çmimeve bie në kundërshtim në kujdesin shëndetësor dhe kjo çon në dështime në këtë treg.

Në mënyrë të përmbledhur, arsyet e dështimit të tregut të lirë në shëndetësi përmblidhen në vijim.

1. Aftësia për të tregëtuar produktin

Kujdesi shëndetësor si një produkt ose shërbim nuk konsumohet për shkak se ai i siguron kënaqësi një konsumatori (madje mund të jetë e pakëndshme ose e dhimbshme), por sepse individi dëshiron të mbajë shëndet të mirë. Kërkesa për kujdes shëndetësor rrjedh nga dëshira e individit për të rimarrë shëndet të mirë.

Cilësitë e produktit (shëndetit) e bëjnë të vështirë për tregjet të përmbushin kushtet ideale të tregut.

Shëndeti nuk është një produkt i tregtueshëm, dmth nuk mund të shkëmbehet mes konsumatorëve.

Meqenëse kërkesa për kujdes shëndetësor rrjedh nga kërkesa për shëndet, mos tregtueshmëria e shëndetit zvogëlon fuqinë e forcave të tregut (kërkesa dhe oferta) për të përcaktuar çmimet dhe sasitë. Rrjedhimisht aftësia e tregut për të përcaktuar shpërndarjen e burimeve është reduktuar në masë të madhe.

2. Asimetria e informacionit

Ekzistojnë disa asimetri të informacionit në kujdesin shëndetësor, por ne do të shqyrtojmë dy prej tyre: midis *mjekut dhe pacientit*, dhe midis *konsumatorit dhe shoqërisë së sigurimit shëndetësor*.

Mjekët (ofruesit) dinë më shumë rreth sëmundjes dhe trajtimeve sesa pacientët e tyre. Pacientët varen nga doktori për të vepruar në interesin më të mirë të tyre, por ekziston një konflikt interesi, sepse mjeku është duke shitur një shërbim tek pacienti. Mjeku është në gjendje të përcaktojë kërkesën për shërbimin (duke vepruar në emër të pacientit, me sa duket për mirëqenien e pacientit) dhe mjeku është gjithashtu furnizuesi i shërbimeve.

Në këtë rast, kërkesa dhe oferta përcaktohen së bashku nga i njëjti individ në të njëjtën kohë, të cilat mund të rezultojnë në dështimin e tregut.

Për shembull, nëse mjeku drejtohet nga motivi i fitimit, ose kërkon të ardhura më të larta, mjeku mund të urdhërojë më shumë shërbime se sa është e nevojshme (p.sh. nëse ai / ajo zotëron një pajisje laboratorike ose imazherie). Ky dështim i tregut quhet "kërkesë e nxitur nga ofruesi".

Ka disa studime që ofrojnë dëshmi të kërkesës së nxitur nga ofruesit në kujdesin shëndetësor. Në një studim japonez, Izumida, Urushi dhe Nakinishi zbuluan se rritja e numrit të mjekëve për banorë ka rritur ndjeshëm përdorimin e shërbimeve spitalore dhe shërbimeve ambulatore (24). Kjo nënkupton që kur më shumë mjekë u zhvendosën në një zonë ata duhej të ndajnë pacientët duke rritur kërkesën për shëbimet e tyre në cdo takim duke nxitur kërkesën nga pacientët nën kujdesin e tyre. Një studim tjetër shqyrtoi nëse përdorimi më i shpeshtë i angioplastikës koronare transluminale (PTCA) për pacientët me infarkt akut miokardi (AMI) është nxitur nga vetë-interesi i mjekëve ose nga sjellja e pacientit (25). Rezultoi se rritjet ishin të lidhura ndjeshëm me shpenzimet e iniciuara nga mjeku dhe efekti është më i lartë për trajtimet e teknologjisë së lartë. Ky konstatim mbështetet nga gjetjet e një studimi amerikan që zbuloi dështime të ngjashme në treg në zonat e mëdha metropolitane (26). Në mënyrë të ngjashme, një studim i kujdesit ambulator në Francë gjeti evidencë të fortë për ekzistencën e kërkesës së nxitur nga mjeku në sistemin francez (27).

Asimetria e informacionit midis *individëve që blejnë sigurimin shëndetësor dhe kompaninë e sigurimeve* rezulton në dy dështime të tregut të quajtur *përzgjedhje të pafavorshme* (adverse selection) dhe *rrezik moral*.

3. Përzgjedhja e pafavorshme (adverse selection)

Individët me shëndet të dobët kanë një nxitje më të madhe për të blerë sigurim shëndetësor sesa ata me shëndet të mirë. Individët në shëndet të dobët përdorin më shumë kujdesin

shëndetësor sesa personat e shëndetshëm, duke çuar në pagesa më të larta nga kompania e sigurimeve.

Për të shmangur humbjet e pritshme nga kjo situatë, kompanitë e sigurimeve mund të rrisin primet. Primet më të larta do të dekurajojnë edhe më tej më shumë individë të shëndetshëm nga blerja e sigurimeve shëndetësore duke rezultuar që primet do blihen vetëm nga individët shumë të sëmurë duke cuar në faliment të kompanive të sigurimit dhe braktisjen e tregut.

Ky dështim i tregut mund të korrigjohet me mbulim universal, mbulimi në mënyrë që kompanitë e sigurimeve të kenë një rrezik të bashkuar, i cili mesatarisht është më i ulët sesa rreziku i mbulimit të vetëm të të sëmurëve.

Zgjidhja tjetër është shqyrtimi dhe vlerësimi i përvojës që i lejon kompanitë e sigurimeve të ndryshojnë primet e ndryshme sipas niveleve të rrezikut. Studimet e ndryshme kanë evidentuar humbje të mëdha të mirëqenies për shkak të përzgjedhjes negative (28).

4. Rreziku moral

Individët e mbuluar nga sigurimi priren të përdorin më shumë kujdes shëndetësor dhe mund të mos marrin masat e nevojshme për të qëndruar të shëndetshëm, sepse ata e dinë se kanë mbulim sigurimi.

Kjo çon në përdorimin joefikas të burimeve.

Kompanitë e sigurimeve përpiqen ta korrigjojnë këtë duke përdorur punonjësit “roje” që monitorojnë dhe kufizojnë qasjen në kujdesin shëndetësor dhe duke i ngarkuar klientët me bashkë pagesa dhe pagesa të tipit “deductibles”.

Për fat të keq, këto zbatohen për të gjithë duke përfshirë ata që nuk mbi-përdorin shërbimet, duke i bërë këto zgjidhje joefikase.

5. Kërkesë e ndërvarur dhe përcaktimi i ofertës

Rritja e kërkesës për kujdes shëndetësor (p.sh. për shkak të fluksit të popullsisë ose epidemisë) mund të çojë në çmime më të larta për një kujdes të tillë. Rritja e çmimeve mund të rezultojë në mjekë që ofrojnë më pak orë pune.

Për shembull, nëse një mjek dëshiron të fitojë $200,000 në vit, ai zakonisht mund të fitojë kaq duke vizituar 150 pacientë në javë. Nëse çmimi për shërbimet rritet, ai mund të jetë në gjendje të fitojë këto të ardhura duke parë vetëm 110 pacientë në javë. Ai/ajo pastaj do të jetë në gjendje të realizojë të ardhurat e synuara duke punuar më pak orë - duke vizituar më pak pacientë dhe duke shpenzuar më shumë kohë për kohën e lirë.

Kjo situatë rezulton në kurbën e njohur të "përkuljes mbrapsht" të kurbës së ofertës së punës.

Prandaj, oferta dhe kërkesa në kujdesin shëndetësor nuk përcaktohen në mënyrë të pavarur duke cuar në dështime në treg.

6. Racionaliteti i konsumatorëve dhe aftësia për të gjykuar më mirë rreth mirëqënies së tyre

Konsumatorët që kërkojnë kujdes shëndetësor nuk janë gjithmonë në gjendje të japin gjykimin më të mirë për mirëqenien e tyre edhe nëse kanë aftësinë dhe lirinë për ta bërë këtë.

Së pari, atyre u mungojnë informacionet e nevojshme për sëmundjen e tyre ose trajtimin efektiv.

Për më tepër, ekzistojnë disa situata të stresit ekstrem që e bëjnë të pamundur që konsumatori individual të gjykojë drejt (p.sh. në një aksident automobilistik, gjendje të fikti në rrugë, etj.).

Përvec këtyre, konsumatorët nuk mund të parashikojnë me saktësi rezultatet e konsumimit të kujdesit shëndetësor. Kur takon një mjek për një gjendje të caktuar, konsumatori nuk është në gjendje të parashikojë me saktësi se cilat do të jenë rezultatet e vizitës, edhe nëse ka kaluar nëpër rrethana të ngjashme më parë. Një mënyrë trajtimi që ka funksionuar më parë mund të mos funksionojë sërisht në të njëjtën mënyrë.

Ekonomistët e konsiderojnë një individ racional nëse ai/ajo kanë marrë vendime të qëndrueshme/konsistente dhe transitive. "*Konsistente*" do të thotë se kur ballafaqohen me të njëjtat kushte ata marrin të njëjtat vendime çdo herë. "*Transitive*" përdoret në kuptimin logjik matematik që, në një lidhje midis tre elementeve, nëse lidhja ekziston midis të parit dhe të dytit, dhe ajo gjithashtu ekziston mes të dytit dhe të tretit, ajo domosdoshmërisht duhet të ekzistojë mes të parit dhe të tretit.

Për shembull, një individi i ofrohen tre zgjedhje A, B dhe C. Nëse preferon zgjedhjen A kundrejt B-së dhe gjithashtu preferon zgjedhjen B kundrejt C-së atëherë ai/ajo duhet të preferojë zgjedhjen A kundrejt C-së. Ekonomistët do ta konsideronin një individ racional nëse ai/ajo vendosi/veproi në këtë mënyrë.

Megjithatë ekzistojnë të dhëna të shumta që konsumatorët veprojnë në mënyrë irracionale (29). Kjo është arsyeja pse ne të gjithë e pyesim veten më pas "Çfarë po mendoja?" pasi kuptuam se vepruam irracionalisht.

Vecanërisht në kujdesin shëndetësor individët nuk gjykojnë në mënyrë racionale duke qënë se shëndeti është një vlerë e pacmueshme dhe individët bëjnë gjithcka për të qënë të shëndetshëm. Në rrethana të caktuara kjo nënkupton kryerjen e shpenzimeve përtej aftësive paguese të individëve/familjeve, duke cuar shpesh në faliment ekonomik.

Duke qënë se shëndeti është vlerë themelore dhe qënia njerëzore është irracionale lidhur me marrjen e vendimeve për të siguruar shëndetin, atëherë shoqëria e mbron individin ndaj këtij dështimi të tregut për shkak se shoqëria është solidare dhe ndihmon “ata në nevojë”. Përndryshe, ata që nuk do kishin mundësi të “blinin”kujdesin shëndetësor thjesht do vuanin pasojat (deri edhe vdekje) të vetëm. Kjo gjë është e papranueshme nga shoqëria dhe për këtë arsye janë krijuar mekanizma të ndryshme për ta mbrojtur individin në këto raste. Mekanizmat funksionojnë më mirë ose më pak në varësi të sistemit shëndetësor në fuqi në cdo vend, por më tej kjo cështje do shtjellohet në leksionet e ardhshme.

7. Eksternalitetet

Eksternalitetet janë efekte të paparashikuara të konsumit ose prodhimit.

Eksternalitetet pozitive ndodhin kur veprimet e një individi rezultojnë në një efekt që përmirëson mirëqenien e një individi tjetër kurse *eksternalitetet negative* imponojnë një kosto ndaj një individi tjetër.

Pirja e duhanit është një shembull i një eksternaliteti negativ të konsumit, sepse konsumimi i një individi (pirja e duhanit) ndikon negativisht në shëndetin e njerëzve të tjerë (efektet e duhanpirjes të dorës së dytë). Një shembull i një eksternaliteti pozitiv është imunizimi. Nëse disa individë janë të vaksinuar, ata sigurojnë "imunitetin e tufës" në kuptimin që nuk marrin

sëmundjen, prandaj nuk e kalojnë atë tek të tjerët. Imunizimi i tyre siguron një përfitim për të tjerët - një eksternalitet pozitiv.

Me praninë e eksternaliteteve, vendimet individuale të prodhimit dhe konsumit nuk janë optimale sepse ato bëhen pa marrë parasysh të gjitha kostot ose përfitimet. Shpesh, efektet e paparashikuara nuk përfshihen në vendimmarrje, sepse ato nuk janë të dukshme për prodhuesin apo konsumatorin. Në rastin e një eksternaliteti negativ, kostot e efekteve të paparashikuara nuk përfshihen dhe në rastin e eksternalitetit pozitiv, përfitimet e efekteve të paparashkuara përjashtohen. Prandaj, niveli i zgjedhur i konsumit ose prodhimit nuk është optimal ose efikas.

Në rastet e eksternalitetit pozitiv, niveli i prodhimit ose konsumit është nën optimumin ndërsa me eksternalitete negative niveli është më i lartë se optimumi. Prandaj, eksternalitetet çojnë në joefikasitet dhe në dështime të tregut.

Tregu zakonisht nuk është në gjendje të korrigjojë joefikasitetin që lind nga eksternalitetet. Për të korrigjuar dështimin për shkak të eksternaliteteve, konsumatori ose prodhuesi duhet të marrë në konsideratë kostot dhe përfitimet private dhe ato të jashtme. Konsiderata të tilla në procesin e vendimmarrjes do të rezultonin në prodhim ose konsum në nivele optimale.

Një metodë për ta bërë prodhuesin ose konsumatorin të marrë parasysh përfitimet ose kostot totale në prodhim është të ofrojë subvencione në rast të eksternaliteteve pozitive, ose taksat në situatën e eksternalitetit negativ.

Subvencioni e bën përfitimin e jashtëm pjesë të përfitimeve private që konsumatori ose prodhuesi do të marrë në konsideratë në vendimmarrje, në mënyrë që të arrijë në sasi optimale të prodhimit/konsumit.

Tatimi/taksimi shërben për ta bërë prodhuesin të vetëdijshëm për kostot shtesë që ata i imponojnë shoqërisë në mënyrë që të arrijnë në sasi optimale në vendimmarrjen e tyre.

Në këtë mënyrë, taksat ose subvencionet mund të eliminojnë efektet e eksternaliteteve dhe të çojnë në alokimin efikas të burimeve.

Megjithatë, këto zakonisht kërkojnë veprime qeveritare. Mënyra se si përdoren taksat (alokim dhe shpërndarje) ka një ndikim në mirëqenien shoqërore.

8. Preferencat e para-përcaktuara të konsumatorëve

Një kusht tjetër i nënkuptuar i konkurrencës perfekte është se shijet e konsumatorëve janë përcaktuar tashmë në kohën kur konsumatori hyn në treg.

Kjo gjendje nuk plotësohet në kujdesin shëndetësor dhe shijet e konsumatorit janë të lehtësisht të ndryshueshme. Për shembull, konsumatorët në SHBA mund të kërkojnë teknologji më të reja dhe më të shtrenjta sesa ato më të vjetrat që janë po aq efektive, por më pak të shtrenjta.

Kërkesa të tilla çojnë në rritje të panevojshme të kostove të kujdesit shëndetësor - një përdorim joefikas i burimeve (dështim i tregut).

9. Economy of scale

Në raste të caktuara kur kostot e prodhimit janë fikse, ndërmarrjet e mëdha mund ta ulin shumë koston e prodhimit për njësi. Kjo njihet si "*economy of scale*".

Në tregun shëndetësor haset një fenomen i tillë. Për shembull, një spital mund të kushtojë shumë për t'u ndërtuar, por pas vënies në funksionim sa më shumë shërbime ai ofron aq më shumë ulet kostoja e cdo njësie shërbimi të ofruar.

Economies of scale siguron pushtet në treg sepse firmat e mëdha kanë kosto më të vogla prodhimi dhe mund të mbijetojnë më lehtë në treg krahasuar me prodhuesit e vegjël.

Në kuptimin final, më eficiente do të ishte të kishim shumë firma të mëdha që operojnë në economies of scale për shkak se do kishim kosto më të vogël për cdo njësi prodhimi kurse firmat e vogla duhet të dalin nga tregu. Më në fund, vetëm një firmë e tillë e madhe do duhej të ekzistonte në treg në mënyrë që të reduktohen kostot edhe më tej – ky quhet *monopol natyral*.

Por kjo situatë i jep një ose pak firmave shumë pushtet në treg, të cilin ato mund ta përdorin për të vënë cmime të larta, ofruar shërbime ose mallra me cilësi të ulët, përshtatur cmimet sipas fuqisë blerëse të klienteve, duke cuar në transferimin e të ardhurave nga konsumatorët tek prodhuesit e fuqishëm dhe duke ulur mirëqënien e konsumatorëve.

Në tregun shëndetësor nuk ka kundërvenie ndaj economies of scale duke cuar në mungesën e konkurrencës dhe monopole që vënë cmime të larta dhe ulin mirëqënien e konsumatorëve – pra dështim të tregut.

10. Synimi për të fituar

Sipas ekonomistëve, synimi i prodhuesve është të fitojnë sa më shumë, dhe për ta bërë këtë ata duhet të jenë eficientë duke ulur kostot e prodhimit në mënyrë që të rrisin fitimin e tyre.

Megjithatë, në kujdesin shëndetësor forcat udhëheqëse mund të mos përfshijnë vetëm synimin për të fituar. Disa mjekë për shembull mund të synojnë më tepër "të ardhurat target" sesa fitimin në vetëvete. Disa spitale janë jo-fitimprurës për gjithsesi ata ofrojnë shërbime të nevojshme. Mjekë të tjerë mund të motivohen nga kënaqësia që marrin kur shohin se i shërojnë pacientët e tyre.

Prandaj, synimi për të fituar nuk është gjithnjë faktori dominues në kujdesin shëndetësor. Kjo nënkupton që firmat e kujdesit shëndetësor nuk detyrohen domosdoshmërisht të jenë efikase në prodhim, ashtu sic firma të tjera synojnë të fitojnë nën konkurrencën e ashpër (dështim i tregut).

Referencat

1. Bircher J: Towards a dynamic definition of health and disease . Med Health Care Philos. 2005, 1:335–41.

2. Alberti PM, Bonham AC, Kirch DG: Making equity a value in value-based health care . Acad Med. 2013, 88:1619–23.

3. Standaert CJ: From the burning platform to the beautiful island: clinicians can envision the

way to value-based care. PM R. 2016, 8:1111–4.

4. Ebbevi D, Forsberg HH, Essén A, Ernestam S: Value-based health care for chronic care:

aligning outcomes measurement with the patient perspective. Qual Manag Health Care. 2016,

25:203-212. 5. Sigerist HE: Religious medicine: Asclepius and his cult . A History of Medicine: Early Greek, Hindu, and Persian Medicine. Oxford University Press, New York; 1961. 44-83.

6. Zuskin E, Lipozencić J, Pucarin-Cvetković J, Mustajbegović J, Schachter N, Mucić-Pucić B, Neralić-Meniga I: Ancient medicine: a review . Acta Dermatovenerol Croat. 2008, 16:149–57.

7. Rousselle R: Healing cults in antiquity: the dream cures of Asclepius of Epidaurus . J

Psychohist. 1985, 12:339–52.

8. Antoniou SA, Antoniou GA, Learney R, Granderath FA, Antoniou AI: The rod and the serpent: history's ultimate healing symbol. World J Surg. 2011 , 35:217–21.

9. Yapijakis C: Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine, and Asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. In Vivo. 2009, 23:507-14.

10. Tountas Y: The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. Health Promot Int. 2009, 1:185–92.

11. Finger S: Galen: the birth of experimentation . Minds Behind the Brain: A History of the Pioneers and Their Discoveries. Finger S (ed): Oxford University Press, USA; 2005. 380.

12. Flaskerud JH: Temperament and personality: from Galen to DSM 5 . Issues Ment Health Nurs. 2012, 33:631–4.

13. Cilliers L, Retief FP: Medical practice in Graeco-roman antiquity . Curationis. 2006, 29:34-40.

14. Gest H: The discovery of microorganisms by Robert Hooke and Antoni Van Leeuwenhoek, fellows of the Royal Society. Notes Rec R Soc Lond. 2004 , 58:187-201.

15. De Castro M, Johann G: Johann Gregor Mendel: paragon of experimental science . Mol Genet Genomic Med. 2016 , 8:3–8.

16. Maruthappu M, Barnett-Vanes A, Shalhoub J, Finlayson A: Redefining global health-care

delivery. Lancet. 2014, 383:694.

17. Porter ME: Value-based health care delivery. Ann Surg. 2008, 248:503–9.

18. Porter ME: A strategy for health care reform: toward a value-based system . N Engl J Med. 2009, 9:109–12.

19. Porter ME, Lee TH: The strategy that will fix health care . HBR. 2013, 91:50–70.

20. Carrin G (ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization, Geneve, Switzerland.

21. Barr N. Economics of the Welfare State. New York: Oxford University Press, 2004.

22. Greenwald B, Stiglitz JE. Externalities in economies with imperfect information and incomplete markets. Quart J Econ 1986; 101:229–64.

23. Frank R. Microeconomics and Behavior. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 2009.

24. Izumida N, Urushi H, Nakanishi S. An empirical study of the physician-induced demand hypothesis —The cost function approach to medical expenditure of the elderly. Japan Rev Soc Policy 1999; 8:11–25.

25. Noguchi H, Shimizutani S, Masuda Y. Physician-induced demand for treatments for heart attack patients in Japan: Evidence from the Tokai Acute Myocardial Study (TAMIS). Econ Soc Res Instit (ESRI) Discussion Paper Series 2005;No.147.

26. Cromwell J, Mitchell JB. Physician-induced demand for surgery. J Health Econ 1986; 5:293–313.

27. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. Health Econ 2003; 12:741–54.

28. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Benjamin B, Liebowitz A, et al. Health insurance and the demand for medical care evidence from a randomized experiment. Rand Health Insur Series Rep 1988; R-3476-HHS.

29. Ariely D. Predictably Irrational. The Hidden Forces That Shape Our Decisions. London: Harper Collins, 2010.

HYRJE NE KUJDESiN SHENDETESOR

Historia e Kujdesit Shendetesor (KSh)

- **Kur dhe si filloi KSh?**

- Antikiteti
- Hipokrati – 400 Para Krishtit
- Terapite herbale
- Besimet te ndryshme:
  - Shendeti & semundja lidheshin me humorin e Zotave.
  - Perpjekje per te shpjeguar semundjet npm arsyetimit .
  - Feja – Tempulli Grek i sherimit.
  - Njerezit antike ushtronin dhe kirurgjine.

Historia e KSh

- Librat dhe doreshkrimet kopjoheshin me dore ndersa njohurite mjekesore rriten.
- **Mesjeta (500 – 1500 Pas Krishtit)**
  - Arsyeja po zevendesonte besimet lidhur me shkaqet shpirterore apo supersticioze te semundjeve.
  - Mjeket filluan te mbanin shenime te imta.
  - Zhvillimi i mjekesise si shkence.
  - Rregullimi i KSh – licensimi, trajnimi formal (jo per grate).
  - Spitalet fetare.

Asklepi

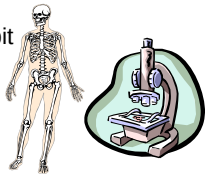
- Perendia Greke e Sherimit
- Simboli ishte gjarpri
- Prifterinjte sherues e pervetesuan simbolin duke e ktheyr ne simbol te mjekeve
- Engjelli i sherimit

Historia e KSh

- Berberet - kirurge
  - Mesjeta
  - Pret floket, trajton kataraktin, praktikon marrjen e gjakut per qellime kurative, trajton lendimet, presin gjymtyre, ndalonin gjakrrjedhjet nepermjet djegies ose sodes.
  - Pas operacionit, fashot lidheshin ne nje shkop dhe liheshin jashte per reklame. Nga era fashot perdridheshin duke formuar modele bardhe e kuq!

Historia e KSh

- **Rilindja (1300 – 1600 PK)**
  - Filloi pedorimi i Metodave Shkencore
    - Perpjekje per te rritur dijet ne vend te hamendesimit ose besimit ne forca madhore.
    - Bazuar ne observime, mbajtja e shenimeve.
  - Shpiket mikroskopi
  - Studimi i anatomise se trupit



Historia e KSh

- **Revolucioni industrial (1700 – 1800 PK)**
  - Shpikja e makinerive
  - Gjaku qarkullon nepermjet vazave, zbulimi i kapilareve
  - Shpiket stetoskopi
  - Lidhja midis shendetit & mjedisit
  - Vaksinimi
  - Sterilizimi i pajisjeve per te shmangur infeksionet (asepsia mjekesore)
  - Zbulimi i patogjeneve, anestezia

Historia e KSh

- **Kohet moderne (1900 – e ketej)**
  - Njerezit vdesin ne spitale tashme
  - Perparime ne inxhinieri, kimi, fizike etj
  - Shpikja e antibiotikeve & medikamenteve te tjera
  - Rrezet X
  - Transplanti i organeve, organet artificiale
  - Fertilizimi in-vitro
  - Kerkimi shkencor, teknologjia dhe kompjuteri

Guret e Themelit ne Mjekesi

- 1518 – Themelohet Kolegji i Mjekeve ne Londer
- 1628 – William Harvey pershkruan qarkullimin e gjakut
- 1816 – Rene Laennec shpik stetoskopin
- 1839 – Themelohet shkolla e pare stomatologjike ne Baltimore, USA
- 1842 – Crawford Lang shpik anestezine me eter
- 1869 – Gregor Mendel zbulon ligjet e trashegimise
- 1893 – Zbulimi i aspirines

Guret e Themelit ne Mjekesi

- 1910 – Marie Curie izolon radiumin, qe me vone do perdorej per trajtimin e kancerit
- 1922 – Frederick Banting trajton diabetin me insuline
- 1928 – Alexander Fleming zbulon penicilinen
- 1944 – Makina e pare per dializen renale
- 1953 – Perdoret per here te pare pajisja zemer-mushkeri per kirurgjine me zemer te hapur
- 1953 – Transplanti i pare i suksesshem i veshkes

Guret e Themelit ne Mjekesi

- 1963 – Transplanti i pare i melcise ne njerez
- 1964 – Transplanti i pare i mushkerise ne njerez
- 1967 – Christian Barnard realizon transplantin e pare te zemres ne njerez
- 1967 – Themelohet spitali i pare per te semuret terminale ne Angli.
- 1969 – Denton Cooley implanton zemren e perkohshme artificiale
- 1972 – Zbulimi i tomografise se kompjuterizuar.
- 1975 – Raportohet semundja Lyme per here te 1.

Guret e Themelit ne Mjekesi

- 1978 – Lind femija i pare ne epruvete ne Angli
- 1981 – identifikimi i semundjes se AiDS
- 1981 – Nderhyrja e pare e suksesshme kirurgjikale tek fetusi
- 1998 – izolohen qelizat burimore nga indet fetale
- 2000 - Perfundon hartezimi i gjenomes humane

Pionieret e Mjekesise (PM)

- Pa pionieret nuk do kishte avancim ne mjekesi, zhvillim te teknologjise dhe as progres.
- Teorite apo konkluzionet e PM-ve nuk jane gjithnje te mire-pritura:
  - idete e reja shpesh priten me armiqesi, mosbesim dhe percmim
  - PM-te shpesh perballen me kundershti dhe konflikte, por vazhdojne perpara me vendosmeri.

Pionieret e Mjekesise (PM)

- Ne nje fare kuptimi ne ja detyrojme jetet tona atyre qe kane marre vendime te veshtira ne fushen e mjekesise.
- Disa PM:
  - Alexander Fleming: penicilina
  - Joseph Lister: teknikat e asepsise ne kirurgji
  - Jane Addams: punonjesja e pare sociale ne USA
  - Elizabeth Blackwell: mjekja e pare femer
  - Clara Barton: infermiere ne luften civile
  - Anthon van Leeuwenhook: shpiku mikroskopin
  - Florence Nightingale: themeloi infermierine moderne
  - Harry Heimlich: manovra Heimlich.

Tendencat ne KSh

- **Zhvillimi "spektakolar" i teknologjise**
  - Diagnoza jo-invazive e semundjeve te indeve te buta
  - Ultratingujt
  - Radiologjia
  - Trajtimi i kancerit
  - Telefonat celulare
  - Kamerat
  - imazhet digjitale
  - SHUME TE SHTRENJTA FiNANCiARiSHT

Tendencat ne KSh

- **Mjekesia parandaluese – Mireqenia**
  - Lidhja midis dietes, akt.fizik & shendetit
  - Qenrat e kujdesjes per te semuret kronike (artrit, diabet, osteoporoza, etj)
  - Mjekesia komplementare, holistike
  - Depistimi
  - inkurajimi i zgjedhjeve pozitive, ndihme per kontrollin e kostove.

Tendencat ne KSh

- **Moshimi i popullates**
  - Moshim me ritme te jashtezakonshme
  - Baby Boom (1946 – 1964)
  - Te moshuarit kane nevoje me shume sherbime

Tendencat ne KSh

- **Te siguruar & te pasiguruar**
  - 16% (42 milion) amerikane nuk jane te siguruar nga ana shendetesore
  - Shume te tjere kane sig.shend por mbulesa eshte e kufizuar ose bashke-pagesat dhe “deductibles” jane shume te larta
  - 74% e te pasiguruarve jane pjese e familjeve me te pakten nje pjesetare ne pune me kohe te plote
  - 45% e punonjesve me paga te uleta nuk u ofrohen fare perfitime shendetesore

Tendencat ne KSh

- **Te siguruar & te pasiguruar**
  - Spitale te llojeve te ndryshme
  - Absorbimi i kostos
  - Mungesa e kujdesit
  - Te nen-siguruarit – kompanite e vogla perballen me kosto me te medha per ofrimin e sigurimit dhe zakonisht ofrojne plane mjekesore te tipit “pakete per te gjithe” per te punesuarit

Tendencat ne KSh

- **Kirurgjia ambulatore**
  - Shume procedura, qe nga diagnoza e deri te trajtimi mund te kryhen tani pa qene nevoja e shtrimit ne spital
  - Teknologjia, kerkimi shkencor, medikamentet e reja
  - influencohet nga kufizimet e rimbursimit te sigurimeve (DRG-te)
  - Reduktohet kostoja e pergjithshme e procedurave.

DRG-te

- **Grupet e Lidhur me Diagnozen**
  - Grupe procedurash apo testesh qe lidhen me nje diagnoze specifike
  - Tashme paguhet nje shume e caktuar fikse per nje diagnoze pavaresisht se sa gjate rri pacienit ne spital apo ofrohen sherbimet

Tendencat ne KSh

- **Kujdesi Shendetesor ne Shtepi**
  - i zakonshem ne fund te viteve ’80
  - infermieret ose specialiste te tjere shkojne ne shtepine e pacientit per vleresimin e tij dhe ofrojne trajtim dhe edukim
  - Familjet dhe pacientet duhet te mesojne te vete-administrojne trajtimin ose te realizojne procedurat qe me pare kryheshin ne spital
  - Punonjesit e KSh “evoluan” ne mesues dhe trajnere/mbikqyres

Tendencat ne KSh

- **KSh ne Shtepi, vazhdim**

  Perfitimet:
  - Ekspozim me i ulet ndaj mikrobeve dhe patogjeneve
  - Stres/ankth me i ulet ne mjedisin familjar
  - Punonjesit shend. me pak te kualifikuar mund te ndihmojne pacientet ne aktivitetet e tyre personale duke lene specialistet te merren me vleresimin, trajtimin dhe edukimin, pra ulen kostot.

Infrastruktura e KSh

- Vendet qe ofrojne KSh ose mundesojne qe KSh-ja t’ju ofrohet pacienteve
- Spitalet
  - Fetare
  - Private (per fitim)
  - Jo-fitimprurese – cdo fitim ketu shkon per modernizim, zgjerim
  - Publike - financohen nga taksat
  - E specializuar – te specializuar per paciente apo semundje/trajtime specifike (kancer, femije, etj)

Infrastruktura e KSh

- Kujdesi afat-gjate
  - KSh ne vazhdimesi
  - Zakonisht takim me mjekun cdo muaj
  - Private, jo-fitimprurese, publike
- Qendrat e Jetes se Asistuar
- Etj

Infrastruktura e KSh

- Zyra Private
  - Ushtrimi individual apo ne grup i profesionit
- Klinika
  - Ndajne ambjentet, stafin dhe pacientet e tyre
  - Mund te specializohen apo te kombinojne disa specialitete
  - Klinika te levizsshme

Infrastruktura e KSh

- Laboratoret
  - Testimi i kampioneve te ndryshme
  - Mund te jene te pavaruar apo pjese e spitaleve/klinikave
- Sherbimet Mjekesore te Urgjences
  - Ofrojne kujdes per klientet sa me shpejt te jete e mundur
  - Levizin ne komunitet (aty ku eshte pacienti ne nevoje).

Infrastruktura e KSh

- Qendrat e Kujdesit Terminal
  - KSh multidisiplinar per pacientet terminale – zakonisht <6 muaj jete
  - Fokusi eshte mbi pacientin dhe familjen dhe jo mbi semundjen
  - Synimi eshte reduktimi i dhimbjes dhe simptomave te tjera si dhe ofrimi i mbeshtetjes emocionale
  - Zakonisht ofrohet ne shtepine e pacientit
  - Ka dhe qendra te kujdesit terminal.

Agjensite e KSh

- Agjensite Qeveritare
  - Kryesisht realizojne kerkime shkencore, mbikqyrje programesh dhe hartojne politika te KSh
  - Shembuj
    - instituti i Shendetit Publik
    - institutet Kombetare te Shendetit ne USA
    - OBSH
    - CDC
    - FDA, etj

Agjensite e KSh

- Kryejne imunizimin, inspektojne restorantet, mbikqyrin mbrojtjen e mjedisit
- Mbledhin statistika per semundjet infektive
- Edukimi dhe promocioni shendetesor, etj.

OBSH

- Agjensi Nderkombetare e financuar nga Kombet e Bashkuara
- Autoriteti drejtues dhe koordinues lidhur me shendetin ne nivel nderkombetar
- Synimi eshte te ndihmoje t gjithe njerezit te arrijne nivelin me te larte te mundshem te shendetit
- Statistika shendetesore ne nivel nderkombetar.

Qendra per Kontrollin e Semundjeve & Parandalimin (CDC)

- Monitoron dhe parandalon shperthimin e semundjeve
- Kerkime shkencore per transmetimin e semundjeve, statistikat shendetesore kombetare etj
- Garanton shendetin dhe sigurine e kombit

FDA

- Garanton sigurine e ushqimeve dhe lendeve kozmetike, si dhe sigurine dhe dobine e medikamenteve dhe pajisjeve mjekesore

Agjensite Shendetesore Vullnetare & Jo-fitimprurese

- Mbeshteten ne kontribute private
- Shumica adresojne semundje specifike
- Ofrojne fonde per kerkim shkencor dhe edukim
- Mund te ofrojne sherbime per pacientet
- Kane influence te madhe mbi ligjet & standarded
- Shembuj:
  - Shoq. Am. e Mushkerive
  - March of Dimes
  - Shoq. Am. e Zemres, etj.

Ceshtjet Shendetesore Aktuale ne Bote

- AiDS/HiV
- TB
- SARS
- Ebola
- Kontrolli i duhanit
- Shendeti ne udhetim
- Poliomieliti
- Shendeti i nenes
- Siguria rrugore
- Kanceri, etj.

E Ardhmja e KSh

- Dy fushat e progresit qe do kene impaktin me te madh ne te ardhmen e KSh-se jane:
  - Teknologjia dixhitale
  - Gjenetika

E Ardhmja e KSh

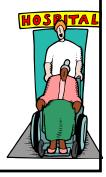
- Teknologjia dixhitale
  - Diagnostikim/imazheri
  - Kujdes mjekesor ne distance
  - Hospitalizim shume i shkurter
    - Monitorim ne shtepi
  - Mjekesi robotike
  - Cipa dhe kompjutera te injektueshem
    - Kontroll ne distance npm mendimit
    - Rikthim i degjimit, shikimit
    - Kthimi i levizjes per te paralizuarit.

E Ardhmja e KSh

- Gjenetika
  - Pjesa derrmuese e semundjeve influencohet nga gjenet tona
  - Parashikimi i semundjeve dhe pergjigjes ndaj medikamenteve
  - Vaksina te reja
  - Klinimi human, qelizat burimore per zevendesimin e indeve
  - Kodi universal i jetes
    - Perziej & kombino – akrepi ne laker, etj.
  - Designer babies – bebe me kod gjenetik te para-caktuar.

E Ardhmja e KSh

- Pritet nje zhvendosje e jashtezakonshme e vlereave ndersa njerezit po fillojne te bejne pyetje thelbesore rreth kuptimit te jetes
  - Tashme jemi me shume se thjesht makineri komplekse
  - Theksi tek cilesia e jetes
  - Theksi tek vlerat unike te cdo individi



Paradigma e vjeter

- Shendetesia = Mjek

Paradigma e re

- Shendetesia = Sisteme shendetesore

HYRJE NE ORGANIZIM SHENDETESOR

Pse jane te nevojshme sistemet shendetesore

Sepse:

- Shendeti eshte i rendesishem:
- E DREJTA PER SHENDET

E Drejta per shendet

- Vizioni ekonomik dhe politik i shendetit bazohet ne garancine e te drejtes per shendet.
- E drejta per shendet ka 3 dimensione:
- Individual;
- Social;
- Etik.

E Drejta per shendet

- Nga pikepamja individuale:

Cdo person duhet te kete akses ne kombinimin me efektiv te mundshem te materialeve dhe burimeve trajtuese te semundjes.

E Drejta per shendet

- Nga pikepamja sociale:

Kombinimi me pak i kushtueshem (me i lire) i materialeve dhe burimeve per trajtimin e sëmundjeve duhet te garantojë akes universal, brenda buxhetit dhe burimeve te kufizuara.

E Drejta per shendet

- Nga pikepamja etike:

Te gjithe njerezit duhet te kene akses.

Sfida e Sistemit Shendetesor

- Sfida e SSh eshte arritja e nje ekuilibri te arsyeshem midis dimensionit individual, social dhe etik te se drejtes per shendet, dmth:
- Arritja e mbuleses se plote me efektivitetin me te larte dhe kostot minimale.

Ne praktike, kjo perkthehet ne arritjen e kombinimit te burimeve dhe mallrave qe ofrojne mbulimin, efektivitetin dhe perdorimin maksimal brenda burimeve te disponueshme.

Me pas kjo behet baza e kornizes ekonomike dhe politike per te drejten per shendet.

Sfida e Sistemit Shendetesor

- Per kete arsye, tregu farmaceutik luan nje rol thelbesor ne arritjen e te drejtes per shendet dhe duhet ekzaminuar ne driten e efektivitetit te nderhyrjeve politike lidhur me kete treg per te realizuar sfiden e arritjes se mbuleses maksimale me efektivitet maksimal dhe kosto minimale.

E drejta per Shendet

- E drejta per shendet eshte baza e Ekonomise Shendetesore dhe Politikave Shendetesore.
- Dimensionet:

1. Individual: Efektivitet maksimal;
2. Social: Kosto minimale;
3. Etik: Universalizmi.

Pra, Efektivitet universal maksimal duke perdorur burimet e disponueshme.

Modeli ekonomik

- Perpara se te njihemi me aktoret ne tregun shendetesor, duhet te permendim modelin ekonomik.
- Ne fund te fundit, cdo marrdhenie sot perkthehet ne terma ekonomike.
- Organizimi shendetesor ka si qellim final perdorimin sa me eficient te burimeve te kufizuara, pra ne thelb i referohet nje modeli te caktuar ekonomik.

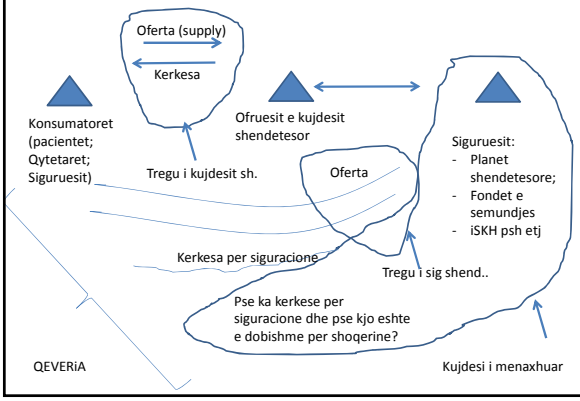
Modeli ekonomik BAZE

- Shendeti si nje e mire (mall) e qendrueshme e klientit:
  - Utiliteti (kenaqesia) = U (X, ***Sh****endeti*)
    - X perfaqeson "mallrat dhe sherbimet e tjera"
    - ***SH*** eshte kapital -- cdo veprim ndikon ne shendet
    - Vetem ose i kombinuar me mallra dhe sherbime te tjera, *kapitali* ***SH*** gjeneron nje *rrjedhe* sherbimesh qe cojne ne kenaqesi=utilitet

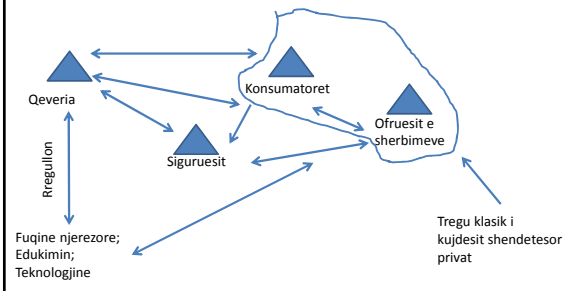
Zemra e ekonomiksit?

- Shperndarja eficiente dhe e barabarte (sipas nevojave-ketu duhet diskutuar) e burimeve. Pra:
- Duhet te kerkojme vlere per parate: shperndarja e pershtatshme e burimeve, dhe
- Jo cdo gje qe lidhet me parane ka te beje me ekonomiksin, dmth jo domosdoshmerisht parate e investuara do perkthehen ne kenaqesi per pacientet.

Sistemi i kujdesit shendetesor



Aktoret ne kujdesin shendetesor



Siguracionet ne tregun shendetesor

- Siguracionet luajne rol thelbesor ne cdo sistem shendetesor dhe ne fund te fundit percaktojne formen e tij.
- Perse lind nevoja per siguracionet?
- Nga pasiguria!
- Konsumi i kujdesit shendetesor eshte i pasigurte; ne nuk e dime se sa KSh na nevojitet ne te ardhmen sepse shendeti ne vetvete eshte dicka e pasigurte.
- Prandaj, tentojme te mbrohemi nepermjet siguracioneve.

Siguracionet ne tregun shendetesor

- Shendeti eshte nje e mire sociale (shoqeria eshte e intersuar qe shendeti i individeve te saj te jete i mire).
- Implikim i ketij fakti eshte qe shoqeria do garantoje nje nivel te caktuar kujdesi shendetesor per individet e saj.
- Pikerisht kjo ndikon tregun e siguracioneve sepse nese ti e di qe nje nivel i caktuar KSh eshte i garantuar (psh, urgjencat) atehere ti nuk ke nevoje te paguash siguarcionet per ta patur kete nivel kujdesi.

Siguracionet ne tregun shendetesor

- Kujdes! E mira sociale # nga e mira publike!
- E mira publike eshte nje e mire sociale, por per te paren nuk mund te percaktohet apo matet konsumi i saj nga individet.
- Psh, policia, zjarrefikesit, fushata kunder mushkonjave jane te mira publike.
- Ndersa, furnizimi me uje eshte nje e mire sociale pasi mund te matet sasia e ujit qe konsumohet nga cdo person.

Perse deshton tregu i lire ne shendetesi

1. Externalitetet

Kjo nenkupton qe niveli i konsumit individual ndikon nivelin e shendetit te individeve te tjere.

Qe do te thote se konsumi indidual ndikon (rrit ose ul) nivelin e shendetit te shoqerise.

Psh, vaksinimi – femijet vaksinohen dhe nga kjo perfitojne te rriturit pasi nuk infektohen (perfitimi social), ose kujdesi pre-natal. Keto quhen eksternalitete.

Privatet nuk i kane "qejf" eksternalitetet pasi ata duan qe cdo individ te paguaje nese ai perfiton dicka apo per nje sherbim. Pra nese adultet perfitojne sepse vaksinohen femijet, atehere edhe adultet duhet te paguajne ne nje fare menyre.

Perse deshton tregu i lire ne shendetesi

2. Adverse selection and moral hazard

Rreziku moral nenkupton qe njerezit qe jane plotesisht te siguruar tentojne te perdorin me shume sherbime shendetesore. Kjo con ne rritjen e kostove shendetesore per siguruesit dhe kombin.

Adverse selection (perzgjedhja negative) nenkupton qe vetem njerezit me te semure sesa mesatarja jane te gatshem te blejne premiume. Kjo con ne falimentimin e siguruesve.

Perse deshton tregu i lire ne shendetesi

3. Racionaliteti

Kur vjen puna per shendetin, njerezit nuk bejne zgjedhje racionale (pra te peshojne shpenzimin me perfitimin).

Ata do paguanin gjithcka kane edhe pse kjo mund te jete jo-racionale.

Perse deshton tregu i lire ne shendetesi

4. Asimetria e informacionit

Kjo eshte karakteristika kryesore e tregut shendetesor.

Nenkupton qe ka nivele te ndryshme informacioni per mjeket dhe per pacientet. Pacientet nuk e dine se cfare kerkojne me saktesi si dhe nuk e dine se c'trajtime dhe c'rezultate do marrin.

Kurdohere qe ka nje hendek te madh informacioni midis ofruesve dhe konsumatoreve, ekziston rreziku per abuzim. (Psh, tregu i makinave, mekaniket…)

Tregjet Farmaceutike

Tregu farmaceutik eshte jo perfekt, dmth nuk mund te garantoje akses ne medikamente per te gjithe, keshtu qe keto tregje nuk jane as te barabarte dhe as eficiente.

Arsyet kryesore te deshtimit te tregut farmaceutik jane:

1. Praktikat e tregtimit qe kufizojne konkurrencen

Shpesh ne vendet ne zhvillim medikamentet ofrohen si "patente", duke ulur mundesine e zevendesimit te tij nga produkte te tjera.

Meqe nuk ka zevendesues, medikamentet nuk konkurojne me njeri-tjetrin dhe nuk ka garanci qe klienti blen produktin me cmimin me te lire.

Keto krijojne kushtet per monopole.

2. Asimetria e informacionit

Klientet kane shume pak informacion lidhur me avantazhet, rreziqet dhe zevendesuesit e medikamenteve qe perdorin.

Keshtu qe keta duhet te mbeshteten tek informacionet e paleve te treta (mjeku ose farmacisti), te cilet gjithashtu kane me pak informacion sesa prodhuesit e medikamenteve.

3. Aftesia e ofertes per te percaktuar kerkesen

Strategjite e marketingut te prodhuesve dhe shperndaresve synojne te promovojne perdorimin e medikamenteve dhe teknologjive qe jane jo domosdoshmerisht ato te duhurat, me efektivet ose me kosto-efektivet.

Kjo pasi keto shfrytezojne urgjencen e lidhur me semundjen dhe mungesen e informacionit te klienteve rreth produkteve zevendesuese.

4. Mungesa e ekuilibrit ne fuqine e tregut

Kjo vjen per shkak te ekzistences se nje ose shume pak ofruesve te nje medikamenti (monopol/oligopol), keshtu qe cmimet nuk reflektojne koston e prodhimit por fuqine e ofruesit (prodhuesve dhe shperndaresve).

Kjo fuqi rrit fitimin dhe con ne cmime me te larta te medikamenteve.

5. Vullneti i plote i klienteve nuk mund te ushtrohet

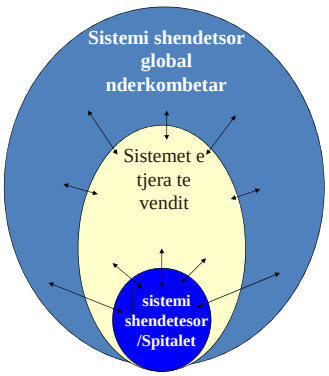
Ne keto tregje klienti nuk mund te ushtroje vullnetin e tij te plote per shkak se ai/ajo nuk e dine cila eshte zgjedhja ideale dhe per kete arsye detyrohet te zgjedhe “nen presion”.

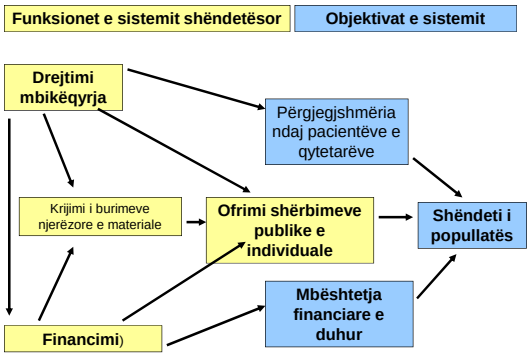
Te drejtat e konsumatorit jane nje element esencial per funksionimin e mire “sic duhet” te tregut: pra nje treg qe ploteson ne menyre te pershtatshme nevojat e individeve dhe shoqerise.

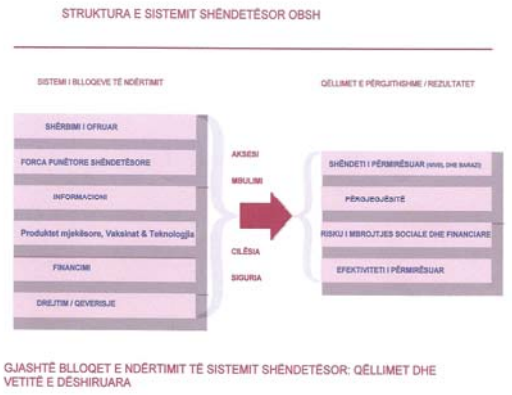
Prandaj….

Per keto arsye, dora e padukshme e konkurrences se lire (Adam Smith), nuk funksionon ne rastin e tregut shendetesor.

Si rrjedhoje, nderhyrja e qeverise ne tregun shendetesor eshte e domosdoshme per te rregulluar marrdheniet midis aktoreve duke bere qe te mos deshtoje ky treg sepse shoqeria eshte solidare.







GJASHTË BLLOQET E NDËRTIMIT TË SISTEMIT SHËNDETËSOR: QËLLIMET DHE VETITË E DËSHIRUARA

Mikrosistemet

- Organizimi
- Financimi
- Sistemi ligjor/ regulator
- Njerezit: *drejtuesit, personeli mjekesor, pacientet, qytetaret*
- Edukim,
- Trainim i vazhdueshem

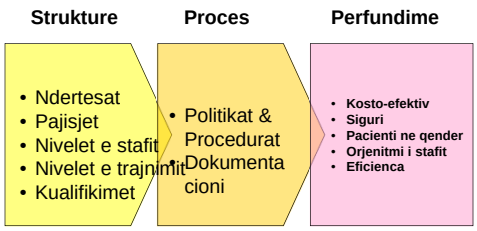
- **Protokollet klinike**
- **Auditimi**
- **Akreditimi**
- **Sistemi informimit**
- **Shperndarja informacionit**
- **Evidenca shkencore**

Objektivat madhore te sistemit shëndetësor – OBSH - 2000

	niveli	shpërndarja
Shëndeti i popullatës	✔	✔
Përgjigjshmëria	✔	✔
Financimi i duhur		✔
	Cilësia	Barazia

} Efiçienca

Strukture, Proces, Perfundime



Shendeti eshte rezultat i perdorimit te strukturave ne zbatim te proceseve / aktiviteteve per te realizuar / perfituar perfundimet me te mira te mundshme.
Te tre keto aspekte te ofrimit te kujdesit shendetesor duhet te maten dhe te menaxhohen ngushtesisht.

Shendet

- Per popullin nga …?

  Apo

- Shendet nga vet popullata me …?

OBSH

- Shendet per te gjithe
- Shendet nga te gjithe

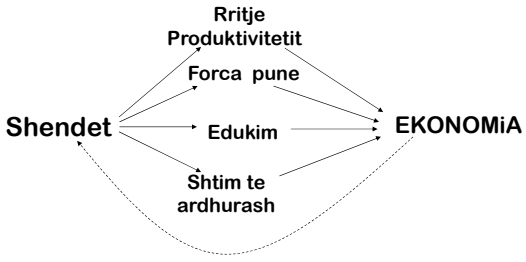
“Pushtetet” e implikuara ne sistemin shendetesor

- Politik
- Administrative
- Profesional
- Teknollogjise / mjekteve
- Komunitar
- Qytetaret
- Pacientet

Shendeti i popullates eshte percaktues per fuqine dhe shkallen e progresit te nje vendi

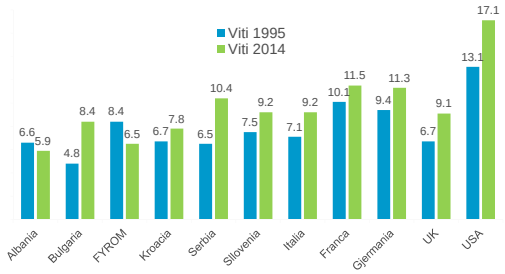
Disraeli

Ndervaresia
Shendet & Pasurim

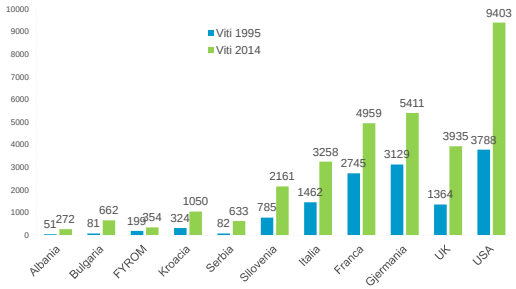


- Struktura dhe infrastruktura
- Burimet njerezore / ekspertiza
- Mjetet
- Burimet financiare (taksa, siguracionet, nga xhepi)
- informacioni/evidenca/teknologjia

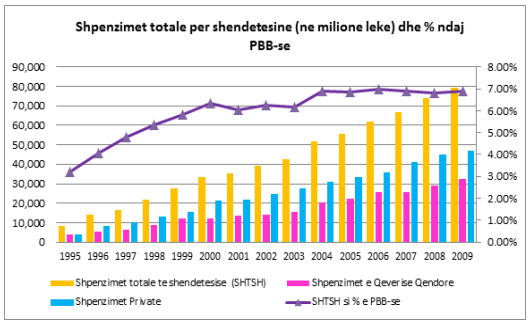
Shpenzimet shendetesore totale (si % e GDP-se)



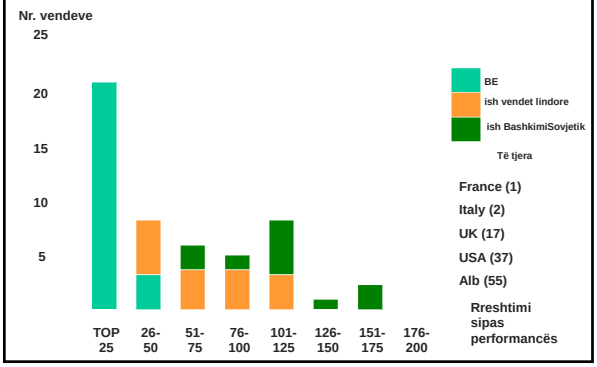
Shuma totale shpenzuar per shendetin per person (ne $USD aktuale)



Shpenzimi shendetesor total dhe ai publik ne Shqiperi (burimi OBSH)



Performanca e sistemeve shëndetësore në botë. OBSH, 2000



Teknologjia Shendetesore

Teknologjia Shendetesore: Sistemet

- **Organizative**
- **E ofrimit te sherbimeve**
- **Mananxhimit**
- **Mbeshtetese**

Perdorimi i Teknologjise Shendetesore

- Regullimi Legjislacioni
- Administrimi
  Mirembajtja
- Matja / vleresimi

Teknologjia shendetesore : Administrimi

Siguron infrastukturen e pershtateshme fizike dhe teknologjike ne perputhje me nivelin institucionit shendetesor dhe te resorseve ekzistuese

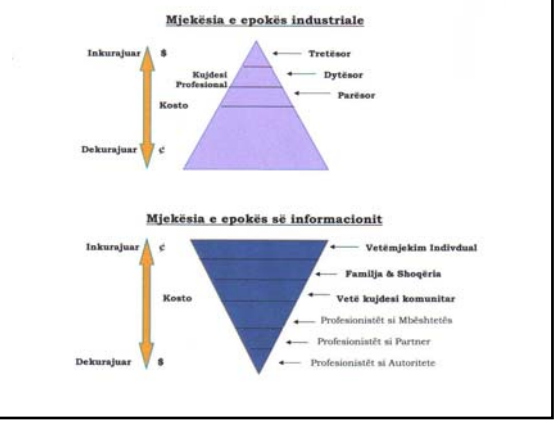
- Planifikimi
- Prokurimi
- Perdorimi
- Mirembajtja
- Monitorizimi
- Heqja
- Zevendesimi
- Futja per here te pare

Çfare duhet per nje sistem shendetesor efektiv?

Objektiva	Veprimtari
Kompetenca profesionale	institucionalizimi i sistemit te edukimit te vazhdushem bazuar ne Evidence shkencore
Motivimi i profesionisteve	skema shperblyese per cilesine ne baze ekipi dhe institucioni
Sigurimi resorseve esenciale per profesionistet dhe pacientet	Stafi , Barnat esenciale , teknologjia paisjet , informacioni
Te drejtat dhe kerkesat e pacienteve	Karta e pacienteve , qender per ankesat e tyre , edukimi , sigurine ,
EBM per cilesine	Qendre nacionale per EBM
Monitorimi dhe vleresimi vazhdushem i cilesise se sistemit shendetesor	Sistem monitorimi Cilesise dhe Performances. Standarde, indikatoret, akreditimi, certifikimi, NQC
Perdorimi masiv i teknikave se permiresimit te cilesise	Trainim i profesionisteve per cilesine, kultura, etika e cilesise
Regullimi dhe legjislacioni	Akreditim i detyrushem per spitalet, certifikimi e ricertifikimi per stafin

Sistemi shëndetësor: i sotëm dhe i ardhshëm

Sot	i Ardhshëm
i orientuar në sëmundjet akute	Në sëmundjet e gjendjet kronike
i përqendruar në Spitale	Në komunitet
Doktor dependent	Pacienti pjesë e ekipit
Kujdes episodik	Kujdes i vazhdueshëm
Kujdes i fragmentuar	i integruar
Kujdes terapeutik	Kujdes profilaktik
Pacienti pasiv	Pacienti partner
Vet menaxhimi i sëmundjes i rrallë	Vet menaxhimi i mbështetur dhe stimuluar
Kujdesi nga familjarët i nënvlerësuar	Familjarët si partner
Teknologji shëndetësore e thjeshtë	Teknologji moderne



Ndryshimi i paradigmes

- Nga mirebesimi pa kontroll

- Besim nepermjet matjes dhe llogaridhenies

LEKSIONI 2

–

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR - QEVERIA

HYRJE

Qeveritë luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë.

Ndryshimet dramatike gjatë katër dekadave të fundit të shekullit të 20-të kanë ndikuar shumë dhe çuan në një ripozicionim të rolit të qeverisë në shëndetësi si dhe sektorë të tjerë socialë. Ndërsa forcat e tregut nuk arrijnë të trajtojnë sic duhet nevojat shëndetësore të popullsisë, qeveritë kanë një detyrim për të ndërhyrë për të përmirësuar barazinë dhe efektivitetin, për të kryer funksionet e shëndetit publik dhe për të prodhuar të mirat publike jetësore që kanë ndikim në zhvillimin e shëndetit.

Për këtë arsye, vazhdimisht debatohet lidhur me mënyrat nëpërmjet të cilave forcohen sistemet shëndetësore me fokus të veçantë qeverisjen, financimin dhe ofrimin e shërbimeve, me qëllim të mbrojtjes së rolit social të qeverisë në zhvillimin e shëndetit dhe shëndetësisë.

Qeveritë, nëpërmjet *ministrive të shëndetësisë* dhe të *ministrive dhe agjencive të tjera të lidhura me shëndetin*, luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë, nëpërmjet forcimit të sistemeve shëndetësore dhe gjenerimit të burimeve njerëzore, financiare dhe të tjera. Kjo i lejon sistemet shëndetësore të arrijnë qëllimet e tyre për përmirësimin e shëndetit, reduktimin e pabarazive shëndetësore, sigurimin e barazisë në financimin e kujdesit shëndetësor dhe përgjigjjen e nevojave të popullsisë [1].

Përmirësimi i rezultateve shëndetësore nuk i atribuohet vetëm sistemeve shëndetësore, siç tregojnë të dhënat shkencore, por edhe determinantëve socialë, ekonomikë, kulturorë dhe mjedisorë, siç pasqyrohet në kuadrin konceptual të OBSH-së "Shëndetin për të Gjithë" [2].

Roli i qeverive në zhvillimin e shëndetësisë është dokumentuar mirë në mbarë botën dhe ilustrohet nga rritja mbresëlënëse e sistemeve shëndetësore, të iniciuara dhe të mbështetura nga qeveritë dhe të ndjekura përmes *partneritetit* me *sektorin privat*, *organizatat joqeveritare* dhe *institucionet bamirëse*.

Qeveritë, të cilat vendosin taksa dhe përfitojnë nga burimet natyrore, kanë detyrime sociale për të garantuar siguri dhe për të lehtësuar zhvillimin socio-ekonomik, duke përfshirë arsimin dhe zhvillimin e shëndetësisë.

Lëvizja drejt demokracisë, decentralizimit dhe roli më aktiv i shoqërisë civile në qeverisje si dhe rritja e rëndësisë së sektorit privat në zhvillimin socio-ekonomik, janë shoqëruar me ndryshime të politikave që pasqyrojnë *më shumë privatizim, një rol më të kufizuar të qeverisë në zhvillimin e politikave, planifikimin strategjik* dhe *menaxhimin*, dhe *mbështetje më të madhe në forcat e tregut*.

Sidoqoftë, rasti i sektorit të shëndetësisë është i dallueshëm nga sektorët e tjerë, pasi forcat e tregut nuk arrijnë të adresojnë siç duhet nevojat shëndetësore të popullsisë, për arsye të ndryshme, duke *bërë që qeveritë të kenë përgjegjësi të veçanta në zhvillimin e shëndetësisë*. Si pasojë e dështimeve të tregut, qeveritë kanë një detyrim për të ndërhyrë në mënyrë që të përmirësojnë barazinë dhe efikasitetin, të kryejnë funksione të rëndësishme të shëndetit publik dhe të prodhojnë të mira jetësore publike të cilat kanë shumë ndikim në zhvillimin e shëndetit.

Për më tepër, shëndeti perceptohet në rajon dhe gjetkë, jo thjesht si një mall në treg, por si një nevojë themelore njerëzore dhe një e drejtë sociale, siç sanksionohet në shumë kushtetuta dhe traktate të nënshkruara. Ky angazhim nënkupton *role dhe përgjegjësi të rëndësishme për qeveritë*, pavarësisht ndryshimeve politike dhe mjediset shoqërore.

Qeveritë në vendet në zhvillim marrin mesazhe kontradiktore në lidhje me rolet dhe përgjegjësitë e tyre në ndryshim në fushën e shëndetësisë. Nga njëra anë, politikat e ekonomisë së tregut favorizojnë ndërhyrjen e kufizuar të qeverisë si në financimin e kujdesit shëndetësor dhe në ofrimin e shërbimeve. Nga ana tjetër ka prova që tregojnë se varfëria po rritet në rajon, mbulimi nga mbrojtja sociale nuk po përmirësohet, dhe pabarazitë në qasjen ndaj kujdesit shëndetësor cilësor janë në rritje. Një situatë e tillë kërkon një rol *më proaktiv nga qeveritë në fusha të ndryshme*, duke përfshirë qeverisjen, financimin dhe ofrimin e shërbimeve, me qëllim të mbrojtjes së barazisë dhe vlerave të tjera shoqërore.

Ky material diskutimi synon të hedh dritë mbi evoluimin e rolit dhe përgjegjësisë së qeverive në zhvillimin e shëndetësisë dhe thekson sfidat me të cilat ballafaqohen qeveritë në mbarë botën dhe në rajon. Materiali përshkruan tendencat kryesore që dalin në rajonin tonë dhe për botën në zhvillim në përgjithësi, në lidhje me rolin e qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë dhe sugjeron disa drejtime për të ardhmen.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Qeniet dhe popullatat njerëzore gjatë gjithë historisë janë përpjekur gjithmonë që të përkujdesen për nevojat e tyre shëndetësore duke përdorur ilaçe lokale dhe njohuritë e disponueshme nga shëruesit, qoftë në shtëpi ose në ambiente të vogla.

Udhëheqësit fetarë kanë luajtur gjithashtu një rol të rëndësishëm në sigurimin e kujdesit shëndetësor, artin e shërimit shpesh duke u ndërthurur me besimin fetar. Në Egjiptin e lashtë, mjeku ishte një prift [3]. Në Europë, spitalet dhe objektet shëndetësore shpesh u ndërtuan nga kishat dhe institucionet bamirëse dhe disa prej tyre mbajnë ende emrat e priftërinjve dhe studiuesve fetarë. Në shoqërinë e hershme islame, udhëheqësit fetarë zhvilluan mjedise të kujdesit shëndetësor dhe spitale, duke përfshirë sponsorizimin e mjekëve të mirënjohur dhe ndërtimin e shkollave mjekësore për të trajnuar profesionistët e shëndetësisë. Organizatat lokale, institucionet fetare dhe ato të bamirësisë kontribuan në zhvillimin e shërbimeve të organizuara të kujdesit shëndetësor gjatë periudhës koloniale, kur mbulimi nga sistemi modern i shëndetësisë u ofrohej vetëm sundimtarëve dhe elitës së privilegjuar lokale në qytetet e mëdha. Këto shërbime vazhdojnë të ofrohen ende në disa vende në ndihmë të institucioneve qeveritare të dështuara, duke u fokusuar në popullatën e varfër dhe të privuar, veçanërisht në lagjet e varfra dhe zonat e largëta.

Nevoja për vetë-ndihmë në rast të sëmundjes ose lëndimit ishte arsyeja kryesore e zhvillimit të sigurimit shëndetësor në Europë dhe në pjesë të tjera të botës [4]. Punëtorët e industrisë zhvilluan fondet e para të sëmundjes, të cilat më vonë evoluuan në sigurimin social shëndetësor nën drejtimin e Bismarck-ut në Gjermani, ndërsa sigurimi shëndetësor i bazuar në taksa u promovua nga Lord Beveridge në Mbretërinë e Bashkuar pas Luftës së Dytë Botërore. Në Francë, ndihma e ndërsjellë dhe shoqëritë e ndërsjella evoluuan gjatë gjithë shekullit të 19-të dhe fillimit të shekullit të 20-të në një sistem të ndihmës sociale që mbulonte vetëm një popullsi të kufizuar për shkak të natyrës së tij vullnetare [5].

Raporti Beveridge ndikoi në zhvillimin e një sistemi gjithëpërfshirës të sigurimeve shoqërore në Francë dhe në shumë vende të Organizatës për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim (OECD) pas Luftës së Dytë Botërore.

Në vendet me të ardhura të ulëta, ku sektori formal i ekonomisë është i dobët dhe mbulimi i qeverisë zakonisht është i kufizuar, skemat e sigurimeve shëndetësore të komunitetit e kanë pasur zanafillën dhe krijohen ende edhe sot për të ofruar mbrojtje shëndetësore sociale. Fondet e sëmundjeve janë zhvilluar për të ndihmuar punëtorët në përballimin e pasojave sociale të sëmundjeve dhe lëndimeve për veten dhe familjet e tyre dhe për të shmangur shpenzimet katastrofike si rezultat i shëndetit të dobët. Përpjekjet e individëve dhe të komuniteteve për të siguruar që ata mund të kenë qasje në shërbimet e kujdesit shëndetësor tani, siç atëherë, janë të justifikuara nga natyra e paparashikueshme e sëmundjeve dhe lëndimeve dhe ndikimi i tyre në jetë dhe mirëqenie.

Evolucioni i sistemeve moderne shëndetësore pas Luftës së Dytë Botërore u lehtësua nga zhvillimet dramatike në teknologjinë biomjekësore dhe zbulimet e rëndësishme, të tilla si antibiotikët dhe pajisje të tjera. Qeveria kombëtare në Francë mori kontrollin e spitaleve fetare, të cilat filluan të menaxhoheshin nga autoritetet lokale si pjesë e politikës së ndarjes midis shtetit dhe Kishës [3].

Qeveritë kombëtare luajtën një rol vendimtar në zhvillimin e sistemeve shëndetësore, si pjesë e funksioneve sovrane duke përfshirë qeverisjen, infrastrukturën e sistemit shëndetësor dhe trajnimin e nevojave fuqisë punëtore shëndetësore në të gjitha fushat e mjekësisë dhe shëndetit publik. Në shumicën e vendeve të OECD-së, me përjashtim të Shteteve të Bashkuara të Amerikës, shkollat mjekësore dhe spitalet kryesore u zhvilluan nga qeveritë dhe edukimi i personelit shëndetësor ishte dhe ende është i subvencionuar fort nga qeveritë, qoftë qendrore apo lokale. Kjo situatë pasqyrohet edhe në strukturën e shpenzimeve shëndetësore në vendet me të ardhura të larta, ku 70% ose më shumë e shpenzimeve të përgjithshme shëndetësore vjen nga burimet publike të financimit. Pjesa e lartë e financimit të kujdesit shëndetësor social dhe publik shpjegohet me nivelin e mbrojtjes sociale e cila në shumë vende, përveç Shteteve të Bashkuara të Amerikës, është pothuajse universale.

Zbatimi i ekonomisë së tregut në shumë ekonomi të zhvilluara dhe në zhvillim nuk është shoqëruar me një tërheqje ose mos-përfshirje të qeverive nga përgjegjësitë e tyre sociale në zhvillimin e shëndetësisë. Në të vërtetë, roli i zhvillimit shëndetësor në formimin e kapitalit social dhe mbrojtjen e shëndetit si një e drejtë njerëzore janë pranuar në mbarë botën.

Zhvillimet politike globale pas Luftës së Parë Botërore mbështetën lëvizjen drejt shëndetit si një e drejtë njerëzore. Traktati i Versajës i dha jetë në vitin 1919 Organizatës Ndërkombëtare të Punës (ILO) [3] bazuar në parimin e "paqes përmes drejtësisë sociale" dhe nxitjes së sigurisë sociale ndaj rreziqeve të ndryshme, duke përfshirë sëmundjet dhe lëndimet.

Kombet e Bashkuara miratuan Deklaratën Universale të të Drejtave të Njeriut në vitin 1948, ku thuhet se "secili ka të drejtën e një standardi jetese për shëndetin dhe mirëqenien për vete dhe familjen e tij, duke përfshirë ushqimin, veshmbathjen, strehimin dhe kujdesin mjekësor, shërbimet, dhe të drejtën për siguri në rast të papunësisë, sëmundjes, paaftësisë, vejërisë, pleqërisë ose mungesave të tjera të jetesës në rrethana që nuk janë nën kontrollin e tij".

Kushtetuta e OBSH-së, e miratuar në Asamblenë e Parë Botërore të Shëndetësisë në vitin 1948, përcaktoi si objektiv të saj "arritjen nga të gjithë popujt e nivelit më të lartë të mundshëm të shëndetit" dhe deklaroi se "*Qeveritë kanë përgjegjësi për shëndetin e popullit të tyre* që mund të përmbushen vetëm me sigurimin dhe ofrimin e masave adekuate shëndetësore dhe sociale".

Në vitin 1968, Deklarata e Teheranit garantoi mbrojtjen e familjes dhe fëmijëve.

Në vitin 1974, Deklarata Universale për Çrrënjosjen e Urisë dhe Kequshqyerjes, bëri thirrje për eliminimin e urisë dhe të kequshqyerjes në cdo vend.

Në vitin 1975, Deklarata e të Drejtave të Personave me Aftësi të Kufizuar afirmoi të drejtën e këtyre personave për rehabilitim të plotë.

Në vitin 1978, Deklarata e Alma-Ata-s [6] pohoi se "shëndeti është .... një e drejtë themelore e njeriut" dhe se "objektivi madhor social i qeverive, organizatave ndërkombëtare dhe gjithë komunitetit botëror në dekadat e ardhshme duhet të jetë arritja nga të gjithë popujt e botës deri në vitin 2000 të një niveli të shëndetit që do t'u lejojë atyre të bëjnë një jetë shoqërisht dhe ekonomikisht produktive".

Këto parime universale u mbështetën nga Komisioneri i Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut në shumë raste. Ish-komisionerja, Mary Robinson (1997-2002) deklaroi se "Një botë ku ekziston siguria e vërtetë është e mundur vetëm kur të gjitha të drejtat e njeriut - civile, politike, ekonomike, sociale dhe kulturore - janë të garantuara për të gjithë njerëzit. Qeveritë në të gjithë botën duhet të zgjerojnë mendimin dhe politikat e tyre për të përfshirë një kuptim më të gjerë të sigurisë përtej sigurisë së shteteve të vecanta".

Të gjitha këto deklarata dhe traktate kanë ndikuar në rolin e qeverisë në fushën e zhvillimit të shëndetit dhe kanë ndihmuar në formimin e sistemve shëndetësore, veçanërisht në nivelin e hartimit të politikave ku gjejnë vend angazhimet politike në nivel kombëtar, rajonal dhe global.

Situata në lidhje me rolin e qeverisë në ekonomitë e zhvilluara është e ngjashme në shumë aspekte me atë të vendeve në zhvillim, përfshirë rajonin tonë dhe vendin tonë. Në shumë vende që më parë ishin të sunduara nga fuqitë koloniale apo të pushtuara për një kohë të gjatë, kolonizimi apo pushtimi ka ndikuar në zhvillimin e sistemeve shëndetësore dhe ka ndikuar në zhvillimin e shëndetësisë në disa aspekte, duke përfshirë organizimin e ofrimit të shërbimeve dhe trajnimin e burimeve njerëzore për shëndetin.

Problematika lidhur me sistemet shëndetësore në shumë vende në zhvillim është e ngjashme. Me diferenca të ndryshme, problemet kryesore mund të përmblidhen në këto aspekte:

- Trajnimi i profesionistëve shëndetësore në gjuhë të ndryshme, gjë e cila ndikon në cilësinë e komunikimit midis ofruesve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe popullatave në nevojë për to;
- Rrjetet e spitaleve dhe qendrave shëndetësore shpeshherë u krijuan për të plotësuar nevojat e ushtarakëve dhe nëpunësve civilë (në rastet e pushtimeve apo kolonizimeve);
- Në raste të tjera disa spitale u krijuan vetëm për t'u shërbyer komuniteteve të caktuara, duke patur standarde të ndryshme të pajisjeve mjekësore dhe personelit shëndetësor;
- Në shumë vende në zhvillim sistemet e sigurimeve shëndetësore thjesht u kopjuan nga vendet e zhvilluara, duke cuar në zhvillimin e siguracioneve sociale dhe private sipas rastit.

Nga ana tjetër, situata në shumë vende në zhvillim ka qënë e karakterizuar (dhe ende karakterizohet) nga indikatorë jo të favorshëm shëndetësorë, mungesë e theksuar e burimeve njerëzore në shëndetësi për shkak të emigrimit të profesionistëve të trajnuar brenda dhe jashtë vendit, duke bërë që sistemet shëndetësore të këtyre vendeve të vazhdonin të vareshin fort nga vendet e tjera në drejtim të edukimit të personelit shëndetësor dhe zhvillimit të burimeve njerëzore. Mungesa e burimeve njerëzore në shëndetësi përkeqësohet edhe më tej nga pabarazitë në aftësitë e marra, shpërndarjen e pabarabartë brenda vendit si dhe nga migrimi i brendshëm dhe i jashtëm i profesionistëve të shëndetësisë.

Zhvillimi real i sistemit të shëndetësisë në vendet në zhvillim filloi në fund të viteve 1950 dhe 1960 nën udhëheqjen e qeverive kombëtare. Ky zhvillim u bë i mundur nëpërmjet zbatimit të axhendave kombëtare të zhvillimit social dhe ekonomik, ku shëndeti ishte ndër prioritetet kryesore.

Në shumë kushtetuta, kujdesi shëndetësor dhe arsimi konsideroheshin si të drejta të njeriut dhe komuniteti i'a besoi qeverive ofrimin e tyre falas. Shumica e vendeve kanë miratuar një sistem shëndetësor të bazuar në taksa, ku shumica e fondeve vinin nga buxheti i shtetit dhe shërbimet shëndetësore ishin falas. Një situatë e tillë ka kontribuar në rritjen e mbulimit nga kujdesi shëndetësor, duke çuar në përmirësimin e rezultateve shëndetësore, siç reflektohet në rritjen e jetëgjatësisë dhe reduktimin e përgjithshëm të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Qeveritë kontribuan në zhvillimin e mbrojtjes sociale për kategori të ndryshme të punëtorëve, duke u bazuar në skemat ekzistuese të sigurimeve të bazuara në punëdhënës dhe duke zgjeruar gradualisht mbulimin e tyre.

Angazhimi kombëtar reflektohet edhe në politikat arsimore që synojnë sigurimin e vetëmjaftueshmërisë në zhvillimin e burimeve njerëzore. Investime të rëndësishme u bënë për të zhvilluar shkollat mjekësore, shkollat e farmacisë dhe shkollat e personelit të infermierisë. Natyrisht, analiza e të dhënave të në kohë ka treguar një korrelacion pozitiv ndërmjet rritjes së burimeve njerëzore për shëndetin dhe përmirësimit të rezultateve shëndetësore.

Institucionet e trajnimit u përdorën gjithashtu për të mbështetur aktivitetet kërkimore në fusha të ndryshme të shëndetit, për të ngritur standardet e shëndetit publik dhe për të kontrolluar sëmundjet endemike që ishin mbizotëruese në shumicën e vendeve në zhvillim.

Qeveritë, duke shfrytëzuar burimet publike, vazhdojnë të realizojnë shumicën e investimeve në infrastrukturën e sistemit shëndetësor duke përfshirë personelin shëndetësor dhe objektet fizike. Numri i shkollave mjekësore në rajonin e Mesdheut Lindor, për shembull, u rrit nga 18 në 1950 në 252 deri në fund të vitit 2005 [7] dhe shumica e shkollave u ndërtuan nga qeveritë. Megjithatë, që nga viti 1980, ka pasur një rritje të vazhdueshme në edukimin privat të burimeve njerëzore dhe në investimet private në institucionet shëndetësore në shumicën e vendeve në zhvillim.

Rritja e sektorit privat në ofrimin e shërbimeve dhe në edukimin e personelit shëndetësor u mundësua nëpërmjet përfshirjes *direkte* dhe *indirekte të qeverive*. Qeveritë në disa vende u dhanë stimuj investitorëve privatë në formën e kredive tatimore dhe masa të tjera. Gjithashtu, ministritë e shëndetësisë dhe arsimit të lartë zhvilluan mbështetje ligjore, norma dhe standarde me qëllim përmirësimin e rregullimit të zhvillimit të sektorit privat.

Fushat e rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Ministritë e shëndetësisë janë përgjegjëse për zhvillimin kryesor të shëndetësisë përmes zbatimit dhe përmirësimit të funksioneve kryesore të sistemit shëndetësor [1], duke përfshirë udhëheqjen dhe qeverisjen, financimin e kujdesit shëndetësor, ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe gjenerimin e inputeve për zhvillimin e shëndetësisë, duke përfshirë burimet njerëzore për shëndetin dhe teknologjinë biomjekësore. Përpjekjet janë të koordinuara me ministritë dhe departamentet e tjera përkatëse.

Udhëheqja dhe qeverisja

Qeveritë janë kujdestare të angazhimeve sociale dhe vlerave të tilla si solidariteti, drejtësia sociale dhe barazia, të cilat janë të theksuara në kushtetutat e tyre, traktatet dhe konventat e nënshkruara. Në shumë kushtetuta në mbarë botën të drejtat e kujdesit shëndetësor dhe arsimit janë përcaktuar qartë dhe qeveritë janë përgjegjëse për sigurimin e aksesit në këto shërbime pa barriera financiare dhe për të siguruar që vlera e shëndetit si një e drejtë themelore njerëzore për të gjithë është e mbrojtur [3].

Ministritë e shëndetësisë mbikëqyrin zhvillimin e përgjithshëm të sistemeve shëndetësore duke përdorur *funksionin e tyre të qeverisjes*, që përfshin:

- analizën dhe formulimin e politikave;
- rregullimin e ofrimit të shërbimeve ndërmjet partnerëve;
- zhvillimin e normave dhe standardeve për sigurimin e cilësisë; dhe
- sigurimin e zbatimit të politikave dhe strategjive të dakordësuara.

Funksioni i qeverisjes mbështetet nga një *sistem informacioni rutinë*, i mbështetur nga studimet në popullatë dhe nga legjislacioni i shëndetit në përputhje me vlerat etike kombëtare.

Roli i qeverisjes është duke marrë një rëndësi të madhe duke pasur parasysh kompleksitetin në rritje të sistemeve shëndetësore dhe ndryshimin e rrethanave epidemiologjike dhe demografike. Ministritë e shëndetësisë janë të mandatuara për të vlerësuar performancën e sistemeve shëndetësore në drejtim të barazisë, përmirësimit të cilësisë dhe efikasitetit dhe kënaqshmërisë së popullatës me shërbimet shëndetësore. OBSH ka zhvilluar disa instrumente analitike për të ndihmuar ministritë e shëndetësisë në kryerjen e ushtrimeve periodike të vlerësimit të performancës dhe për të zhvilluar strategjitë e tyre bazuar në fakte shkencore.

Nevoja për ndërhyrjen e qeverisë në kujdesin shëndetësor shpjegohet me veçantinë e shërbimeve shëndetësore të cilat nuk mund t'i lihen vetëm ndikimit të forcave të tregut për gjenerimin dhe shpërndarjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Faktet shkencore tregojnë se forcat e tregut kanë dështuar të funksionojnë sic duhet në sektorin e shëndetësisë për disa arsye, duke përfshirë ndër të tjera (ashtu sic e kemi përmendur në leksionin e parë) asimetrinë e informacionit midis pacientëve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor, ekzistencën e të mirave publike me eksternalitete pozitive, përzgjedhja negative, rreziku moral, etj. Pacientët, të cilët nuk kanë dijeni për problemet e tyre shëndetësore, mbështeten tek profesionistët e kujdesit shëndetësor për të marrë vendime shëndetësore dhe mjekësore në emër të tyre. Pacientët nuk kanë mundësi/nuk janë në gjendje të vlerësojnë përshtatshmërinë e vendimeve dhe veprimeve të mjekëve, dhe kështu që ata përqëndrohen në aspektet mjedisore dhe ndërpersonale të shërbimeve klinike, pra tek elementetët të cilët ata janë në gjendje të vlerësojnë [8]. Disa shërbime të rëndësishme shëndetësore, të ashtuquajtura të mira (mallra) publike, siç janë vaksinimi masiv, aktivitetet shëndetësore mjedisore, edukimi dhe promovimi shëndetësor, survejanca, kontrolli kufitar për sëmundjet infektive, etj, nuk janë të dobishme (nuk ofrojnë përfitime) për ofruesit privatë dhe prandaj ofrohen kryesisht nga qeveritë.

Mbi-përdorimi i shërbimeve shëndetësore ose "rreziku moral" ndodh kur këto shërbime janë falas në sistemet përkatëse dhe shkaktohet gjithashtu edhe nga mbi-prodhimi i shërbimeve nga ofruesit kur nuk ka shpenzime për pacientët, veçanërisht ata që janë të siguruar. Një sjellje e tillë e rrit së tepërmi koston e kujdesit shëndetësor dhe bën thirrje për strategji dhe programe të kontrollit të kostos të cilat zakonisht iniciohen nga qeveritë.

Përzgjedhja negative aplikohet nga siguruesit privatë që nuk dëshirojnë të regjistrojnë grupet e të moshuarve, të sëmurët kronike dhe disa grupe vulnerabël që kanë nevojë më të madhe për mbrojtje sociale. Qeveritë zakonisht ndërhyjnë për të kompensuar hezitimin e tregut, për të siguruar përfshirjen e grupeve më vulnerabël [8]. Gjithashtu, duke pasur parasysh natyrën e paparashikueshme të sëmundjeve dhe rrezikun e varfërimit gjatë dhe prej sëmundjes, qeveritë janë aktorët kryesorë në zhvillimin e skemave të para-pagimit dhe të sigurimeve, qofshin këto sociale, private ose një përzierje e të dyjave.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Në shumicën e vendeve të OECD, ndërsa financimi i kujdesit shëndetësor është mbi baza sociale, ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor sigurohet nga ofruesit publikë dhe privatë dhe organizatat joqeveritare. Roli i qeverisë është shpesh që të *drejtojë zhvillimin e përgjithshëm shëndetësor duke hartuar politikat dhe programet shëndetësore*, duke *siguruar funksionet thelbësore të shëndetit publik* dhe duke *rregulluar ofrimin e shërbimeve shëndetësore*.

Në shumicën e vendeve të OECD-së, qeveritë ofrojnë shërbime shëndetësore, duke përfshirë të mira (mallra) publike si shërbimet promovuese dhe parandaluese dhe kujdesin spitalor. Ndërsa roli i spitaleve private në ofrimin e shërbimeve është në rritje në këto vende, *spitalet publike mbeten referencë* për standardet e cilësisë, çmimet e shërbimeve, trajnimin e profesionistëve të shëndetësisë cilësore dhe kërkimin shkencor shëndetësor dhe mjekësor në aspekte të ndryshme.

Ministritë e shëndetësisë janë përgjegjëse për mbrojtjen e shëndetit dhe e ndërmarrin këtë përgjegjësi duke zbatuar funksionet thelbësore të shëndetit publik, duke përfshirë sistemet e survejancës dhe sigurimin e të mirave publike të tilla si programet për imunizimin masiv, mbrojtjen e mjedisit, fortifikimin e ushqimit, sigurinë e ushqimit etj. Ofrimi i funksioneve esenciale të shëndetit publik po ndërlikohet gjithnjë e më shumë në kontekstin e rritjes së globalizimit dhe ndikimit të tij në ndryshimin e stileve të jetesës, duke përfshirë zakonet e të ngrënit dhe rritjen e shpejtë të udhëtimeve ndërkombëtar dhe teknologjisë së komunikimit.

Për të përmbushur funksionet e saj shëndetësore publike dhe për të mbrojtur sigurinë kombëtare shëndetësore, qeveritë, nëpërmjet ministrive të shëndetësisë, janë përgjegjës për sigurimin e ilaçeve dhe vaksinave të nevojshme dhe rrjeteve laboratorike mbështetëse. Qasja/aksesi në vaksinat cilësore dhe të përballueshme që përdoren në programet kombëtare të imunizimit përballet me disa sfida, duke përfshirë burimet e kufizuara financiare, sistemet e papërshtatshme të furnizimit dhe mungesën e autoriteteve kombëtare rregullatore efektive për zbatimin e standardeve të cilësisë dhe sigurisë. Qeveritë duhet të marrin vendime strategjike në aspektin e investimeve kombëtare për zhvillimin e vetëbesimit dhe vetë-mjaftueshmërisë në teknologjinë mjekësore, përfshirë ilaçet dhe vaksinat.

Qeveritë gjithashtu janë të përfshira në ofrimin e shërbimeve klinike në nivelet primare, sekondare dhe terciare të sistemeve shëndetësore. Këto shërbime ofrohen në komunitete, ambiente pune dhe institucione publike, duke përfshirë qendrat shëndetësore, rrjetet hulumtuese të sëmundjes dhe spitalet. Në shumicën e vendeve shërbimet shëndetësore u ofrohen ushtrisë, forcave të sigurisë dhe vartësve të tyre në ambiente të veçanta.

Roli i qeverisë në ofrimin e shërbimeve kontribuon në rritjen e barazisë në qasjen në kujdesin shëndetësor, veçanërisht në zonat rurale dhe të largëta ku ofruesit e kualifikuar privatë, të shqetësuar për të ardhurat e tyre, janë të pakët. Sigurimi i drejtpërdrejtë i shërbimeve shëndetësore nga qeveritë kontribuon në rregullimin e tregut për çmimet dhe sasinë e shërbimeve.

Institucionet shëndetësore dhe spitalet në pronësi të qeverisë janë qendrat e referencës për trajnimin e burimeve njerëzore dhe shpesh janë vendet më të përshtatshme për veprimtaritë kërkimore shkencore në fushën e shëndetit, shëndetit publik dhe mjekësisë. Zhvillimi i kërkimeve shkencore bio-mjekësore dhe shëndetësore i detyrohet jashtëzakonisht shumë mbështetjes së institucioneve qeveritare në projektimin, financimin, mbrojtjen e vlerave etike dhe në monitorimin e ndikimit të aktiviteteve kërkimore në rezultatet shëndetësore.

Qeveritë po bëhen gjithnjë e më të shqetësuara për *menaxhimin e përzierjes publike-private në ofrimin e shërbimeve shëndetësore*, rezultat i shumë politikave aktive të privatizimit të

iniciuara në sistemet shëndetësore të orientuara drejt mirëqenies dhe që kanë për qëllim *rritjen e furnizimit/ofrimit të shërbimeve private*.

Dy dekadat e fundit të shekullit të 20-të ishin dëshmitare të valëve të politikës shëndetësore dhe reformave sektoriale që synonin përmirësimin e efektivitetit të sistemeve shëndetësore dhe rritjen e barazisë në lidhje me qasjen në kujdesin shëndetësor. Për shembull, në Mbretërinë e Bashkuar, Australi dhe disa vende në zhvillim janë dizajnuar reforma për të futur praktikën private në spitalet publike, si pjesë e *partneritetit publik-privat (PPP)*.

Në vendet e OECD-së dhe gjetkë janë futur rregulla të orientuara drejt biznesit për menaxhimin në sistemet e ofrimit të shërbimeve ku dominon elementi publik.

Aktorët kryesorë, që përfshijnë shoqatat profesionale dhe sindikatat, kanë qëndrime të ndryshme ndaj këtyre reformave, që variojnë nga mbështetja aktive deri në kundërshti totale. Qeveritë dhe studiuesit janë njësoj të interesuar të vlerësojnë ndikimin e politikave të privatizimit në sistemet e financimit dhe ofrimit të shërbimeve shëndetësore.

Në SHBA, kur spitalet fitimprurëse u krahasuan me spitale jo-fitimprurëse, performanca rezultoi e ngjashme [3]. Studimi i gjerë i programeve të imunizimit në Kanada ka treguar se institucionet publike ofrojnë avantazhe mbi institucionet private në lidhje me llogaridhënien, standardizimin e procedurave, praktikat e trajtimit të vaksinave, përdorimin e burimeve njerëzore, menaxhimin e të dhënave shëndetësore, koston etj. [3]. Në Kaliforni, shtatë qarqe lokale i kthyen spitalet e tyre publike drejt menaxhimit privat në fund të viteve 1970, me shpresën e rritjes së efektivitetit. Pas disa vitesh gjyqi, pesë nga shtatë "kontratat private të menaxhimit" u ndërprenë pasi nuk kishte asnjë fakt të reduktimit të kostove të njësisë operatore ose përmirësimit të efektivitetit [3].

Në Kubë, pas revolucionit të vitit 1959, transformimi i menjëhershëm i sistemit shëndetësor nga një sistem i dominuar nga sektori privat në një sistem me karakter pothuajse tërësisht publik, dhe shoqërimi i tij me një rritje të madhe të ofrimit të shërbimeve dhe përmirësim spektakolar në gjendjen shëndetësore të kubanezëve dhe një numër determinantësh sociale, duke përfshirë nivelin e alfabetizimit, është i mirë dokumentuar [3]. Në Kili, diktatura ushtarake e viteve 1970 reduktoi përfshirjen e qeverisë në ofrimin e shërbimeve dhe inkurajoi privatizimin e kujdesit shëndetësor me ndikim negativ në aksesin për segmentet e varfra të popullsisë, ndonëse jetëgjatësia e pritshme për popullatën në tërësi nuk u zvogëlua si pasojë e këtyre ndryshimeve.

Në vitin 1989 u botua një përmbledhje e përgjithshme e privatizimit të shërbimit shëndetësor në të gjithë botën [8], i cili konkludoi se ndërsa objektivi kryesor i privatizimit ishte zgjerimi i zgjedhjes individuale, "luksi për të pasur zgjedhje vërtet të lira në fushën e kujdesit shëndetësor mbeti i kufizuar tek një grup i vogël i konsumatorëve të privilegjuar në shoqëritë e industrializuara".

Parashikohet se tendenca gradualisht do të zhvendoset drejt më shumë kontrolli shtetëror, pasi janë mësuar leksionet konceptuale dhe metodologjike të privatizimit të shërbimeve shëndetësore, por koha e një ndryshimi të tillë do të varet nga forcat më të mëdha politike në një botë të trazuar.

Financimi i kujdesit shëndetësor

Qeveritë luajnë një rol të rëndësishëm në financimin e kujdesit shëndetësor duke mobilizuar burimet e nevojshme përmes:

- buxheteve publike dhe mekanizmave të tjerë kontribues;

- duke bashkuar burimet (pooling of resources) e përcaktuara/alokuara për zhvillimin e shëndetësisë;
- duke udhëhequr procesin e alokimit të burimeve; dhe
- blerjen e shërbimeve shëndetësore nga ofruesit e ndryshëm.

Ministritë e shëndetësisë kanë besimin e publikut që të mbrojnë barazinë në akses duke përmirësuar mbrojtjen ndaj rrezikut financiar, duke ulur barrierat financiare për të patur akses në sistem në veçanti për të varfërit dhe për popullatat e rrezikuara, dhe duke siguruar që financimi i kujdesit shëndetësor nga të gjitha grupet e popullatës në bazë të të ardhurave është i drejtë.

Financimi i kujdesit shëndetësor po bëhet një funksion i rëndësishëm në sistemet shëndetësore ndërkohë që pabarazitë brenda dhe mes vendeve në lidhje me aksesin po rriten për shkak të barrierave financiare dhe mungesës së mbrojtjes sociale të përshtatshme.

Zhvillimi i burimeve njerëzore

Duke qënë se burimet njerëzore përbëjnë inputet dhe asetet kryesore në sistemet shëndetësore, qeveritë janë përgjegjëse për hartimin e politikave të përshtatshme për zhvillimin e burimeve njerëzore që synojnë përmbushjen e nevojave reale të popullsisë, sigurimin e aftësive të përshtatshme, përmirësimin e barazisë në shpërndarjen e burimeve njerëzore, menaxhimin e përshtatshëm të tyre, dhe monitorimin dhe vlerësimin e fuqisë punëtore shëndetësore kombëtare.

Qeveritë përcaktojnë standardet kombëtare për edukimin e personelit shëndetësor dhe zhvillojnë sisteme për akreditimin e institucioneve të trajnimit.

Politikat dhe strategjitë e duhura për zhvillimin e burimeve njerëzore varen nga shkalla e bashkëpunimit ndërsektorial midis ministrive të shëndetësisë dhe ministrive të arsimit dhe departamenteve të tjera përkatëse. Shpesh mungesa e koordinimit ndërmjet palëve të ndryshme të interesit çon në dublikimin e panevojshëm të përpjekjeve (kostove) dhe prodhimin joefektiv të fuqisë punëtore shëndetësore.

Nxitja e rëndësisë së shëndetit (shëndeti si pjesë qendrore) në zhvillimin socio-ekonomik

Qeveritë luajnë një rol vendimtar advokues në nxitjen e rolit qendror të shëndetit në zhvillimin e përgjithshëm social dhe ekonomik. Disa studime kanë treguar ndërveprimin midis shëndetit dhe zhvillimit ekonomik duke arritur në konkluzionin se duhet të zhvillohet bashkëpunimi ndërsektorial në mënyrë që të shfrytëzohen sinergjitë e rëndësishme midis shëndetit dhe zhvillimit.

Fokusi në determinantët social të shëndetit u vu në lëvizje pas Deklaratës së Alma-Ata-s, e cila synonte arritjen e shëndetit për të gjithë nëpërmjet kujdesit shëndetësor parësor, dhe ky objektive u afirmua më tej në strategjitë e OKB-së për zhvillim të plotë socio-ekonomik pas Samiteve Botërore për Zhvillimin Social në vitet 1995 dhe 2000.

Disa ministri të shëndetësisë dhe ministritë e tjera përkatëse në vendet në zhvillim morën disa iniciativa për përmirësimin e rezultateve shëndetësore përmes promovimit të përcaktuesve social dhe ekonomik të shëndetit, të tilla si një mjedis i qëndrueshëm, mësimi i shkrim-këndimit, edukimi dhe fuqizimi i femrave dhe reduktimi i varfërisë.

Sfidat kryesore me të cilat përballen qeveritë në zhvillimin e shëndetësisë

Ndryshimet dhe sfidat që u zhvilluan në nivel global, rajonal dhe kombëtar gjatë gjysmës së fundit të shekullit të 20-të kanë pasur ndikim të rëndësishëm në sistemet shëndetësore, në ritmin e zhvillimit të tyre dhe në rezultatet shëndetësore. Në fushën politike, demokratizimi me rritjen e pjesëmarrjes së shoqërisë civile në qeverisje dhe përqendrimi në qeverisjen lokale dhe të decentralizuar ka ndikuar në konfigurimin e sistemeve shëndetësore në mbarë botën dhe në rajon. Zhvillimi i politikave po bëhet gjithnjë e më pjesëmarrës dhe organizimi dhe menaxhimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore po decentralizohet më tej në rajone dhe madje edhe në komunitete. Ky trend u forcua pas Deklaratës së Alma-Ata-s.

Sfida kryesore që nga fillimi i viteve 1980 është përfaqësuar nga lëvizja drejt ekonomive të tregut dhe ulja e interesit në planifikimin qendror në zhvillimin social dhe ekonomik. Në shumë ekonomi në zhvillim, reformat makroekonomike duke përfshirë rregullimet strukturore dhe programet e stabilizimit u zbatuan *nën presionin e Fondit Monetar Ndërkombëtar dhe Bankës Botërore* dhe shpesh të shoqëruara nga *shkurtimet në shpenzimet publike për sektorët social,* përfshirë *shëndetin dhe arsimin*.

Politikat e ndarjes së kostove (cost-sharing) u zbatuan për të kompensuar zvogëlimin e buxheteve qeveritare të caktuara për shëndetin.

Reformat makroekonomike çuan në kufizime në rekrutimin e profesionistëve të rinj të shëndetësisë dhe zëvendësimin e pensionistëve si pjesë e politikave dhe programeve të reduktimit të sektorit publik.

Reduktimi i shpenzimeve shëndetësore të qeverisë kontribuoi në *privatizimin pasiv,* pasi *institucionet publike gjithnjë e më shumë u mungonin barnat e nevojshme dhe burimet njerëzore të motivuara*, duke inkurajuar ata përdorues të sektorit publik që mund ta përballonin koston që të transferoheshin tek ofruesit privatë.

Politikat aktive të privatizimit u përqafuan gjithashtu në shumicën e sistemeve shëndetësore nëpërmjet *stimujve* që i'u *ofruan investitorëve privatë* në formën e kredive të subvencionuara dhe kredive tatimore, veçanërisht në rajonet e varfra dhe të privuara.

Nxitjet u zhvilluan gjithashtu në shumë sisteme shëndetësore të vendeve në zhvillim, duke u lejuar *punonjësve publikë të shëndetësisë të ushtrojnë privatisht aktivitetin e tyre brenda dhe jashtë objekteve publike*.

Në fushën sociale, sfidat kryesore përfaqësohen nga *varfëria në rritje, zgjerimi i pabarazive* brenda dhe mes vendeve dhe *rritja e përjashtimit social*.

Pothuajse 3 miliardë njerëz jetojnë me më pak se 2 dollarë në ditë, pavarësisht rritjes së të ardhurave për frymë në shumë vende në zhvillim. Raporti mesatar i të ardhurave në nivelin global të 20% më të pasurve të popullsisë kundrejt 20% më të varfërve të popullsisë është 82-1, krahasuar me 30 në 1 në 1960 [9]. Rritja e cenueshmërisë sociale, ekonomike dhe mjedisore shoqërohet me një përkeqësim të gjendjes shëndetësore të komuniteteve të privuara dhe bën thirrje për një rol më proaktiv të qeverive.

Globalizimi ka ndikuar gjithashtu në sistemet shëndetësore, dhe veçanërisht në qasjen në kujdesin shëndetësor. Konflikti mbi blerjen e trajtimit të përballueshëm antiretroviral për pacientët e varfër me AIDS në Afrikën e Jugut dhe vendet e tjera në zhvillim, ilustron disa nga kërcënimet e paraqitura nga zbatimi i marrëveshjeve TRIPS (The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights). Migrimi i burimeve të pakta njerëzore nga vendet e Jugut do të dobësojë më tej sistemet shëndetësore si rezultat i marrëveshjes GATS (Marrëveshja e Përgjithshme mbi Tregtinë e Shërbimeve), siç dëshmohet në disa rajone duke përfshirë Afrikën.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Në përgjithësi vendet në zhvillim janë zotuar të mbrojnë vlerat e barazisë dhe të drejtësisë shoqërore dhe i rikonfirmojnë ato përmes nënshkrimit të Deklaratës të Alma-Ata-s dhe miratimit të "Shëndet për të Gjithë" për shekullin 21, i cili thekson rëndësinë e shëndetit si e drejtë e njeriut dhe në kontekstin e sigurisë njerëzore [10].

Zhvillimi shëndetësor ka vëmendje të madhe në axhendat politike dhe sociale të Shteteve Anëtare të OBSH-së, siç pasqyrohen në programet e partive politike të përfshira në zgjedhjet e fundit presidenciale dhe parlamentare, dhe në shumë programe reformash që synonin përmirësimin e performancës së sistemit shëndetësor. Megjithatë, analiza e disa trendeve tregon zhvillime të reja të cilat ndikohen nga ndryshimet dhe sfidat me të cilat ballafaqohet zhvillimi shëndetësor në botë.

Analiza e llogarive kombëtare shëndetësore ka treguar se në shumicën e vendeve me të ardhura të mesme dhe me të ardhura të ulëta, *shpenzimet qeveritare, si përqindje e shpenzimeve totale shëndetësore,* po *zvogëlohen me kalimin e kohës*.

Profili i ri i financimit karakterizohet nga v*endosja e barrës në rritje të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor mbi familjet dhe komunitetet* dhe *zvogëlimi i barazisë dhe drejtësisë në financimin e kujdesit shëndetësor*.

Disa studime të kryera në vendet me të ardhura mesatare kanë zbuluar se 2% e familjeve përballen me shpenzime katastrofale për shkak të shëndetit jo të mirë, duke u detyruar të shpenzojnë ndërmjet 30% dhe 40% të të ardhurave të tyre të disponueshme për trajtim mjekësor dhe rrezikun varfërimit për shkak të ngjarjeve të lidhua me sëmundjen. Përveç vendeve me të ardhura të larta dhe prodhuesve të naftës, të cilat përfaqësojnë vetëm një përqindje të vogël të popullsisë së vendeve në zhvillim, niveli i mbrojtjes sociale është mjaft i kufizuar [11].

Në vendet me të ardhura të ulëta, që përbëjnë gati gjysmën e popullsisë, pjesa qeveritare e shpenzimeve totale të kujdesit shëndetësor po zvogëlohet dhe përfaqëson vetëm 20% -30%, gjë që shkakton shqetësime serioze rreth barazisë. Hendeku financiar në financimin e kujdesit shëndetësor, bazuar në rekomandimet e Komisionit për Makroekonominë dhe Shëndetin në lidhje me sigurimin e shërbimeve shëndetësore bazë, është aq i madh sa që Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit të OKB-së nuk ka gjasa të arrihen pa përpjekje konkrete për të krijuar solidaritet rajonal dhe ndërkombëtar për zhvillimin e shëndetësisë.

Në vendet me të ardhura të larta, ku qasja është pothuajse universale dhe përmes buxhetit të qeverisë, po bëhen përpjekje për të reduktuar shpenzimet publike në shëndetësi duke zbatuar pagesat e përdoruesve për shërbimet publike dhe duke hartuar politika kontributive përmes skemave të parapagimit për popullatën e huaj. Praktika e dyfishtë e profesionistëve që punojnë në sektorin publik ka kontribuar për zbehjen e kufijve midis sektorëve publikë dhe privatë dhe për një formë të privatizimit pasiv.

Në disa vende, shërbimet publike u jepen *ofruesve privatë* sidomos *shërbimet ndihmëse dhe jo-klinike*, duke përfshirë *sigurimin, furnizimin me ushqime, lavanderi* etj. Disa shërbime të *kushtueshme të imazherisë dhe stomatologjisë* gjithashtu janë kontraktuar tek *ofruesit privatë* si pjesë e politikave të privatizimit aktiv .

Ministritë e shëndetësisë *nuk janë të pajisura dhe përgatitura mirë* për të *menaxhuar kombinimin e ri publik-privat* në ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Menaxhimi i përzierjes publike-private në sistemet shëndetësore po bëhet i vështirë për shkak të disa dobësive institucionale të ministrive të shëndetësisë, veçanërisht në lidhje me qeverisjen dhe mjetet dhe instrumentet e përshtatshme rregullatore.

Funksionet e analizës së politikave dhe formulimit nuk janë mjaft të forta për të lejuar zhvillimin e politikave dhe strategjive të bazuara në fakte dhe për përcaktimin e duhur të prioriteteve, duke synuar ndërhyrje dhe programe kosto efektive.

Vendosja e standardeve dhe zhvillimi i normave për sigurimin dhe përmirësimin e cilësisë janë gjithashtu të dobëta.

Sektori privat po luan një rol në rritje në ofrimin e shërbimeve mjekësore dhe në trajnimin e burimeve njerëzore për shëndetin. Sidoqoftë, *rritja e sektorit privat* në ofrimin e shërbimeve shpesh është e *pakoordinuar*, duke çuar në dyfishimin/dublikimin e strukturave qeveritare dhe të sigurimeve shoqërore dhe në rritjen e pabarazive në qasjen ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor cilësor.

Roli në rritje i sektorit privat në edukimin e personelit shëndetësor *nuk është mbështetur nga një rol më i fuqishëm i qeverisë* në përcaktimin e normave dhe standardeve të përshtatshme për prodhimin e burimeve njerëzore. *Kjo ngre shqetësime në lidhje me cilësinë e profesionistëve të rinj të trajnuar në institucionet private dhe sigurinë e punësimit për të diplomuarit e rinj nga shkollat private.*

Si pjesë e mundësive të ofruara nga globalizimi, disa investitorë privatë po kërkojnë vende të hapura në fushën e turizmit mjekësor dhe shëndetësor në disa vende dhe po planifikojnë të zgjerojnë objektet e tyre spitalore me teknologji mjekësore të nivelit më të lartë. Rreziku i *zhvillimit të pakoordinuar* mund të çojë në tregje të ngopura për kujdesin spitalor dhe bën thirrje për një rol aktiv për qeveritë në rregullimin e furnizimit të shërbimeve.

Drejtimet në të ardhmen

Raporti i Komisionit për Makroekonominë dhe Shëndetin [12] siguroi fakte shtesë për rëndësinë e investimit në shëndetësi dhe rëndësinë e rolit të qeverive dhe institucioneve ndërkombëtare për të gjeneruar burimet e nevojshme financiare për shëndetin duke përdorur burimet kombëtare, duke mbështetur reduktimin e varfërisë, strategji që synojnë përmirësimin e rritjes ekonomike dhe kërkimin e solidaritetit rajonal dhe ndërkombëtar.

Disa ministri të shëndetësisë në vendet në zhvillim, duke përdorur faktet shkencore të efektivitetit të lartë ekonomik për investimet në shëndetësi dhe të sinergjisë midis shëndetit dhe zhvillimit, kanë qenë të dobishëm në bindjen e ministrave përkatës të financave për të alokuar burime të arsyeshme publike për zhvillimin e shëndetësisë.

Përpjekjet kombëtare për të rritur shpenzimet publike nga buxhetet qeveritare nuk janë shoqëruar nga një rritje paralele e asistencës zyrtare për zhvillim (ODA) përkundër angazhimit politik të shprehur në nivelet më të larta për arritjen e Objektivave të Zhvillimit të Mijëvjeçarit.

Vetëm disa vende nordike kanë arritur objektivin e dakorduar prej 0.7% të PBB-së të alokuar për asistencën zyrtare për zhvillim. Me qëllim përmirësimin e zhvillimit shoqëror, duke përfshirë shëndetin, Samiti Botëror për Zhvillimin Social (1995) miratoi iniciativën 20/20 e cila rekomandoi që 20% e ndihmës së ODA të shkojnë për zhvillimin social me kusht që qeveritë të angazhohen për shpërndarjen e 20% të buxheteve të tyre kombëtare në këto sektorë socialë.

Përkundër kufizimeve financiare me të cilat ballafaqohen shumica e shteteve, angazhimi për të siguruar barazi në qasjen në kujdesin shëndetësor është ende i pranishëm, të paktën në diskursin politik.

Sidoqoftë, angazhimi duhet të përkthehet në realitet duke siguruar një pjesë të drejtë të shpenzimeve shëndetësore nga burimet publike dhe duke përmirësuar mbrojtjen sociale. Janë të nevojshme më shumë përpjekje nga shtetet për të zgjeruar mbulimin nga sigurimet shëndetësore sociale, private dhe komunitare dhe për të zvogëluar pjesën e shpenzimeve nga xhepi në shpenzimet e përgjithshme shëndetësore. Për këtë, është e nevojshme mbështetja teknike nga OBSH-ja dhe Organizata Ndërkombëtare e Punës (ILO) për të ndihmuar në zhvillimin e politikave dhe strategjive të bazuara në fakte për financim të barabartë të kujdesit shëndetësor.

Përdorimi i mjeteve analitike të zhvilluara nga OBSH për të përsosur matjen e drejtësisë dhe barazisë në financimin e kujdesit shëndetësor duhet të ofrojë fakte shkencore solide për vendimmarrësit për të angazhuar debatin politik rreth opsioneve të financimit të kujdesit shëndetësor dhe rolit të qeverisë.

Është thelbësore që partnerët e rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë, duke përfshirë sektorin privat, organizatat joqeveritare dhe shoqatat profesionale, të kontribuojnë në dialogun e politikave dhe duhet të bëhen përpjekje për të përfshirë partnerët dypalësh dhe shumëpalësh si dhe bankat rajonale dhe ndërkombëtare të zhvillimit të përfshira në shëndetësi.

Privatizimi në sektorin shëndetësor do të vazhdojë, dhe ritmi pritet të rritet për shkak të ndryshimit të skenarëve politikë dhe ekonomikë dhe ndikimit të globalizimit. Prandaj, *ministritë e shëndetësisë duhet të jenë të pajisura/përgatitura mirë për të menaxhuar drejtimet e reja të politikave*, veçanërisht nëpërmjet përmirësimit të funksioneve të përcaktimit të standardeve dhe rregullatorëve.

Është e qartë se *nëse qeverisja nuk forcohet, politikat e privatizimit mund të çojnë në një zhvillim të parregulluar të sektorit privat duke rezultuar në ndikime negative mbi barazinë, cilësinë e shërbimeve dhe efikasitetin e përgjithshëm të sistemit shëndetësor*.

Vizioni kombëtar për zhvillimin e shëndetësisë, i projektuar nën udhëheqjen e qeverisë, duhet të përfshijë të gjithë partnerët, duke përfshirë sektorin privat dhe aktorët e tjerë joqeveritarë, në mënyrë që të shmanget dublikimi, keqkuptimi dhe konflikti i interesave.

Ministritë e shëndetësisë duhet të zhvillojnë legjislacion dhe mjete rregullative për të përmirësuar menaxhimin e partneritetit publik-private, veçanërisht në kontraktimin dhe prishjen e kontratave për shërbimet klinike dhe jo-klinike të kujdesit shëndetësor. Një konsultim i organizuar OBSH për të vlerësuar përvojat e vendit në kontraktimin në sistemet shëndetësore [13] theksoi *aftësitë e kufizuara në shumicën e ministrive të shëndetësisë në negociata* dhe *mbështetjen e kufizuar ligjore në organizimin e marrëveshjeve kontraktuese*, në *zbatimin e kontratave të rëna dakord* dhe në *monitorimin e ndikimit të këtyre marrëdhënieve kontraktuale*. Janë të nevojshme studimet të tjera për të shkëmbyer mësimet e nxjerra nga praktikat më të mira në këtë fushë të rëndësishme.

Duke pasur parasysh dështimet e tregut në shëndetësi dhe përgjegjësitë sociale të qeverisë në ofrimin e shërbimeve cilësore dhe të përballueshme dhe duke marrë në konsideratë investimet e rëndësishme publike në infrastrukturën e sistemit shëndetësor në shumicën e vendeve në zhvillim, qeveritë, përveç funksionimit të tyre qeverisës, ende kanë një rol për të luajtur në *ofrimin e shërbimeve në bashkëpunim me partnerët e tjerë*. Për të siguruar barazi në qasjen në kujdesin shëndetësor, objektet publike në zonat e largëta dhe ato rurale, të cilat mbeten ofruesit kryesorë të shërbimeve për miliona njerëz në këto vende, *duhet të forcohen më tej*. Sigurimi i burimeve të nevojshme njerëzore dhe financiare për këto objekte do t'u mundësojë atyre të prodhojnë shërbime shëndetësore të arritshme dhe të përballueshme. Duhet të

zhvillohet një sistem transparent i llogaridhënies për të vlerësuar dhe monitoruar përdorimin efektiv dhe efikas të burimeve publike në zhvillimin shëndetësor.

Ministritë e shëndetësisë duhet të ngrenë çështjen e përmirësimit të pagave të nëpunësve civilë, sepse institucionet publike nuk mund të veprojnë në mënyrë efektive dhe efikase me një forcë pune të paguar pak dhe jo të motivuar.

Edhe pse çështja nuk lidhet vetëm me ministritë e shëndetësisë, por me të gjithë sektorin publik, ministritë e shëndetësisë mund të argumentojë rastin e tyre të veçantë për trajtim të favorshëm bazuar në natyrën specifike dhe jetë-shpëtuese të shërbimeve shëndetësore.

Reformat e filluara në disa vende të Rajonit, duke përfshirë kreditë tatimore dhe disa përfitime të tjera, duke përfshirë ndihmat për strehim, kanë krijuar stimuj për profesionistët shëndetësorë që punojnë me kohë të plotë në mjediset publike pa ndryshuar shkallën e pagave të të gjithë nëpunësve civilë.

Disa nga reformat që synojnë l*ejimin e nëpunësve civilë të ushtrojnë edhe privatisht aktvitetin* e tyre në mënyrë që të përmirësojnë të ardhurat e tyre, *po e shtrembërojnë të gjithë sistemin e shpërndarjes së shërbimeve*, duke krijuar pabarazi të panevojshme dhe duke gjeneruar abuzime si të institucioneve shëndetësore publike ashtu dhe pacientëve që i frekuentojnë ato.

Konkluzione

Qeveritë kanë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë në ekonomitë e zhvilluara dhe ato në zhvillim, duke pasur parasysh mandatin e tyre social dhe natyrën e veçantë të tregut të kujdesit shëndetësor. Përpjekjet e iniciuara nga qeveritë për të ndërtuar sisteme moderne shëndetësore duhet të vazhdojnë dhe përshtaten me ndryshimet dhe sfidat e reja në fushat politike, ekonomike, sociale dhe kulturore.

Pavarësisht nga presionet me të cilat po përballen qeveritë për menaxhimin e sektorëve socialë, ministritë e shëndetësisë duhet të vazhdojnë të luajnë rolin e tyre udhëheqës në zhvillimin e shëndetësisë dhe duhet të mbrojnë rëndësinë e investimit në shëndetësi dhe mbrojtjen e vlerave shoqërore të barazisë, solidaritetit dhe drejtësisë.

Zhvillimi i shëndetësisë duhet të koordinohet midis të gjitha ministrive dhe agjencive përkatëse të qeverisë dhe me të gjitha palët e interesit, duke përfshirë akademinë, shoqatat profesionale, sektorin privat dhe organizatat e shoqërisë civile. Duhet të bëhen përpjekje për të *promovuar rëndësinë qendrore të shëndetit në zhvillimin gjithëpërfshirës socio-ekonomik*.

Sektori privat po merr një rol në rritje në financimin dhe shpërndarjen/ofrimin e kujdesit shëndetësor. Megjithatë, duhet të kujdesemi për të siguruar që zhvillimet e tilla nuk janë në kurriz të një sektori publik efektiv dhe efikas dhe të sigurohemi që ato të zbatohen nën udhëheqje të fortë dhe qeverisje optimale nga qeveria. *Privatizimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore duhet të jetë i dizajnuar mirë dhe i udhëhequr nga ministritë e shëndetësisë dhe departamentet tjera përkatëse*, duke marrë parasysh obligimet sociale të qeverive në zhvillimin e shëndetësisë dhe qëllimet kryesore të sistemit shëndetësor.

OBSH do të sigurojë mbështetjen teknike të nevojshme për të ndihmuar ministritë e shëndetësisë në zbatimin më të mirë të rolit të tyre në zhvillimin e shëndetësisë nëpërmjet funksioneve të saja të bashkëpunimit teknik normativ dhe teknik dhe duke promovuar rrjetëzimin dhe shkëmbimin e përvojave dhe modeleve të mira të punës në fusha të ndryshme. OBSH gjithashtu do të promovojë një kulturë të zhvillimit të politikave dhe strategjive bazuar në fakte dhe do të promovojë forumet kombëtare dhe rajonale të politikave shëndetësore ku diskutohen çështje të rëndësishme dhe ku zhvillohen axhenda për aktivitete

të mëtejshme kërkuese shkencore lidhur me politikat shëndetësore. OBSH do të vazhdojë t'u kujtojë qeverive angazhimet e tyre globale për qëllimin frymëzues dhe fisnik të "shëndetit për të gjithë" dhe për të zbatuar strategji efektive për arritjen e Qëllimeve të Zhvillimit të Mijëvjeçarit që lidhen me shëndetin.

OBSH do të vazhdojë të mbështesë Shtetet Anëtare në zotërimin dhe përdorimin e mjeteve të saj analitike për të vlerësuar barazinë, efikasitetin dhe performancën e përgjithshme të sistemit shëndetësor nëpërmjet ndërtimit të kapaciteteve, zhvillimit institucional dhe ofrimit të ekspertizës teknike. Interes i veçantë do t'i kushtohet mbështetjes së qeverisjes, financimit dhe funksioneve të burimeve njerëzore. Observatori rajonal i OBSH për sistemet shëndetësore do të ndihmojë në vlerësimin e zhvillimit të shëndetësisë në rajon dhe në krijimin e rrjeteve midis politikbërësve dhe profesionistët e shëndetësisë për të adresuar sfidat me të cilat përballen sistemet shëndetësore në arritjen e synimeve të tyre. Monitorimi dhe vlerësimi i rolit të qeverive në zhvillimin e shëndetësisë do të jetë ndër detyrat e observatorit rajonal të OBSH-së.

Rekomandime

1. Qeveritë duhet të promovojnë investimet në zhvillimin e shëndetësisë duke qënë se këto investime kanë efektivitet (kthim) të rëndësishëm ekonomik dhe duhet të mbrojnë/advokojnë për rëndësinë qëndrore të shëndetit në të gjitha iniciativat e zhvillimit.

2. Qeveritë duhet të vazhdojnë të luajnë rolin e tyre udhëheqës në zhvillimin e shëndetësisë në mënyrë që të mbrojnë vlerat shoqërore të barazisë, solidaritetit dhe drejtësisë në përputhje me politikat "shëndet për të gjithë" dhe strategjitë që e konsiderojnë shëndetin si një të drejtë njerëzore dhe jo si një mall në treg.

3. Qeveritë duhet të forcojnë aftësitë e tyre qeverisëse, veçanërisht në zhvillimin e politikave, rregullimin dhe menaxhimin e përzierjeve/partneriteteve publike-private. Roli i qeverisë në ofrimin e shërbimeve duhet të mbrohet në mënyrë që të sigurohet aksesi për grupet e varfëra, të pambrojtura dhe popullatat rurale dhe të largëta. Një interes i veçantë duhet t'i kushtohet përmirësimit të kushteve të punës për profesionistët që punojnë me kohë të plotë në mjediset publike të shëndetësisë.

4. Qeveritë duhet të promovojnë zhvillimin e observatorëve kombëtarë të sistemit shëndetësor që synojnë zhvillimin e forumeve për të vlerësuar performancën e barazisë dhe të sistemit shëndetësor dhe për të përshtatur më mirë reformat e politikave ndaj ndryshimeve në zhvillim në fushat politike, ekonomike dhe sociale.

Referencat

1. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

2. Plan of action for implementing the Global Strategy for Health for All, Geneva, World Health Organization, 1982 (Health for All series No. 7).

3. Roemer MI. National health systems of the world, Vol. 1. The countries. New York, Oxford University Press, 1991.

4. Ashworth W. A short history of the international economy since 1850. London; New York, Longman, 1975.

5. Agency for Development and Coordination of International Relations. The French social protection system, Paris, ADECRI, 2005.

6. Declaration of Alma Ata, In: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, World Health Organization, 1978.

7. Eastern Mediterranean Regional Health Professions Education Directory. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.

8. Scarpaci JL, ed. Health services privatization in industrial societies. New Brunswick, Rutgers University Press, 1989.

9. Health evidence network (HEN). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, Regional Office for Europe, 2006.

10. Health 21: Regional health-for-all policy and strategy for the 21st century, Technical paper presented at the forty-sixth session of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean (EM/RC46/5), Cairo, 20–23 September 1999. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1999.

11. Sabri B. Social health insurance in the region, Journal of the International Social Security Association, 2004.

12. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, World Health Organization, 2004.

13. The role of contractual arrangements in improving health system performance. Report on a regional meeting, Cairo, 18–20 April 2005. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005.

SHEMBUJ TË ROLIT TË QEVERISË NË SHTETE TË NDRYSHME

Australia

Tre nivelet e qeverisjes janë kolektivisht përgjegjës për sigurimin e kujdesit shëndetësor universal: niveli federal; niveli shtetëror dhe territorial; dhe lokal.

Qeveria federale kryesisht siguron fonde dhe mbështetje indirekte për shtetet dhe profesionet shëndetësore, duke subvencionuar ofruesit e kujdesit parësor nëpërmjet Skemës së Përfitimeve të Medicare (MBS) dhe Skemës së Përfitimeve Farmaceutike (PBS) si dhe sigurimin e fondeve për shërbimet shtetërore. Ajo ka vetëm një rol të kufizuar në ofrimin e shërbimeve direkte.

Shtetet kanë shumicën e përgjegjësisë për spitalet publike, shërbimet e ambulancës, kujdesin dentar publik, shërbimet shëndetësore të komunitetit dhe kujdesin për shëndetin mendor. Ata kontribuojnë me fondet e veta përveç atyre të siguruara nga qeveria federale.

Qeverisja vendore (lokale) luan një rol në ofrimin e programeve shëndetësore dhe parandaluese në komunitet, të tilla si imunizimi dhe rregullimi i standardeve ushqimore.

Kanadaja

Provincat dhe territoret në Kanada kanë përgjegjësinë kryesore për organizimin dhe dhënien e shërbimeve shëndetësore dhe mbikëqyrjen e ofruesve. Shumë prej tyre kanë krijuar *autoritetet rajonale shëndetësore* që planifikojnë dhe ofrojnë shërbime publike të financuara në nivel lokal.

Në përgjithësi, këto autoritete janë përgjegjëse për financimin dhe ofrimin e kujdesit spitalor, të komunitetit dhe kujdesin afatgjatë, si dhe shërbimet shëndetësore mendore dhe publike.

Qeveria federale bashkëfinancon programet e provincave dhe territoriale, të cilat duhet t'i përmbahen Aktit Shëndetësor të Kanadasë (1985), i cili përcakton standardet për shërbimet spitalore, diagnostikuese dhe mjekësore "të nevojshme nga ana mjekësore".

Akti deklaron se për të patur të drejtën për të marrë kontribute të plota federale për kujdesin shëndetësor, çdo plan provincial sigurimi shëndetësor duhet të jetë: i administruar publikisht, i plotë në mbulim, universal, i lëvizshëm nëpër provinca dhe i arritshëm (për shembull, pa pagesa për pacienët).

Qeveria federale gjithashtu rregullon sigurinë dhe efikasitetin e pajisjeve mjekësore, farmaceutike dhe produkteve natyrale të shëndetit; financon kërkimin shëndetësor; administron një varg shërbimesh për popullata të caktuara, përfshirë Kombet e Para, Inuitët, pjesëtarët e Forcave të Armatosura Kanadeze, disa veteranë, refugjatë të rivendosur, të burgosur në burgjet federale; si dhe administron disa funksione të shëndetit publik.

Zvicra

Detyrat dhe përgjegjësitë në sistemin shëndetësor zviceran ndahen midis *niveleve federale*, *kantonale* dhe *komunale të qeverisjes*.

Sistemi mund të konsiderohet *shumë i decentralizuar*, pasi kantonet luajnë një rol kritik.

Secili prej 26 kantoneve (duke përfshirë gjashtë gjysmë kantone) ka kushtetutën e vet dhe është përgjegjës për licensimin e ofruesve, koordinimin e shërbimeve spitalore dhe subvencionimin e institucioneve dhe primeve individuale.

Qeveria federale luan një rol të rëndësishëm në rregullimin e financimit të sistemit, i cili realizohet përmes sigurimit të detyrueshëm shëndetësor (MHI) dhe sigurimeve të tjera sociale; sigurimi i cilësisë dhe sigurisë së produkteve farmaceutike dhe pajisjeve mjekësore; mbikëqyrjen e nismave të shëndetit publik; dhe promovimin e kërkimit shkencor dhe trajnimit.

Komunat, nga ana tjetër, janë përgjegjëse kryesisht për kujdesin afatgjatë (shtëpitë e të moshuarve dhe shërbimet e kujdesit shtëpiak) dhe shërbime të tjera mbështetëse sociale për grupet vulnerabël.

Futja e Ligjit të ri Federal të Sigurimeve Shëndetësore në vitin 1996 kishte tri objektiva kryesore: 1) për të forcuar barazinë duke futur mbulim universal dhe subvencione për familjet me të ardhura të ulëta; 2) zgjerimin e shportës së përfitimeve dhe sigurimin e standardeve të larta të shërbimeve shëndetësore; dhe 3) të përmbajë kostot në rritje të sistemit shëndetësor.

Kina

Në Kinë, qeveria qendrore ka përgjegjësinë e përgjithshme për legjislacionin, politikat dhe administratën shëndetësore kombëtare.

Ajo udhëhiqet nga parimi që çdo qytetar ka të drejtë të marrë shërbime bazë të kujdesit shëndetësor, me qeveritë lokale - provincat, prefekturat, qytete, qytezat dhe fshatrat - përgjegjëse për ofrimin e tyre, me variacione sipas rrethanave lokale.

Autoritetet shëndetësore përfshijnë Komisionin Kombëtar të Shëndetit dhe Planifikimit Familjar dhe Komisionet Lokale të Planifikimit të Shëndetit dhe Planifikimit Familjar, të cilat kanë përgjegjësinë kryesore për organizimin dhe shpërndarjen/ofrimin e kujdesit shëndetësor dhe mbikëqyrjen e ofruesve (kryesisht spitale).

Autoritetet shëndetësore në nivelin e prefekturës, qytetit dhe fshatit kanë një fleksibilitet të kufizuar në zbatimin e politikave shëndetësore të provincave.

Danimarka

Qasja universale në kujdesin shëndetësor është parimi bazë i shkruar në Ligjin e Shëndetit të Danimarkës, i cili përcakton detyrimin e qeverisë për të promovuar shëndetin e popullatës dhe për të parandaluar dhe trajtuar sëmundjet, vuajtjet dhe kufizimet funksionale.

Parimet e tjera kryesore përfshijnë sigurimin e: një cilësie të lartë të kujdesit; qasje e lehtë dhe e barabartë në kujdes; integrimin e shërbimit; zgjedhja; transparenca; aksesi/qasja në informacion; dhe kohët e shkurtra të pritjes për kujdesin shëndetësor. Ligji gjithashtu cakton përgjegjësinë për rajonet dhe komunat për ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Qeveria kombëtare vendos kuadrin rregullator për shërbimet shëndetësore dhe është përgjegjëse për planifikimin dhe mbikëqyrjen e përgjithshme.

Pesë rajone administrative të qeverisura nga këshilla të zgjedhur në mënyrë demokratike janë përgjegjëse për planifikimin dhe shpërndarjen e shërbimeve të specializuara, por gjithashtu kanë detyra që lidhen me kujdesin dhe koordinimin e specializuar social.

Rajonet posedojnë, menaxhojnë dhe financojnë spitalet dhe financojnë shumicën e shërbimeve të ofruara nga mjekët e përgjithshëm (GP), specialistët e zyrës, fizioterapistët, dentistët dhe farmacistët.

Bashkitë janë përgjegjëse për financimin dhe dhënien e kujdesit në shtëpitë e të moshuarve, infermieret në shtëpi, vizitorët shëndetësorë, disa shërbime dentare, shërbime shëndetësore shkollore, ndihmë në shtëpi dhe trajtim për abuzimin e drogës dhe alkoolit.

Bashkitë janë gjithashtu përgjegjëse për detyrat e përgjithshme të parandalimit dhe rehabilitimit; rajonet janë përgjegjëse për rehabilitimin e specializuar.

Gjermania

Sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm për të gjithë qytetarët dhe për banorët e përhershëm të Gjermanisë. Ai sigurohet nga dy sisteme:

1) fondet e sigurimeve shëndetësore konkuruese jo-fitimprurëse, jo-qeveritare ("fondet e sëmundjeve" – ishin 118 në Janar 2016) në sistemin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor (SHI); dhe

2) sigurimi shëndetësor privat zëvendësues (PHI).

Shtetet zotërojnë shumicën e spitaleve universitare, ndërsa bashkitë luajnë një rol në aktivitetet e shëndetit publik dhe zotërojnë rreth gjysmën e shtretërve spitalorë.

Megjithatë, nivelet e ndryshme të qeverisjes nuk kanë pothuajse asnjë rol në financimin e drejtpërdrejtë ose në ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Në një masë të madhe, rregullorja i delegohet shoqatave vetëqeverisëse brenda fondeve të sëmundjes dhe shoqatave të ofruesve, të cilat së bashku përfaqësohen nga organi më i rëndësishëm, Komiteti i Përbashkët Federal.

Franca

Sigurimi i kujdesit shëndetësor në Francë është përgjegjësi kombëtare. Ministria e Çështjeve Sociale, Shëndetësisë dhe të Drejtave të Grave është përgjegjëse për përcaktimin e strategjisë kombëtare. Gjatë dy dekadave të fundit, shteti është përfshirë gjithnjë e më shumë në kontrollin e shpenzimeve shëndetësore të financuara nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor (SHI).

Planifikimi dhe rregullimi brenda kujdesit shëndetësor përfshijnë negociatat ndërmjet përfaqësuesve të ofruesve, shtetit, dhe SHI. Rezultatet e këtyre negociatave janë përkthyer/reflektuar në ligjet e miratuara nga Parlamenti.

Përveç përcaktimit të strategjisë kombëtare, përgjegjësitë e qeverisë qendrore përfshijnë shpërndarjen e shpenzimeve të buxhetuara ndërmjet sektorëve të ndryshëm (spitale, kujdes ambulator, shëndet mendor dhe shërbime për banorët me aftësi të kufizuara) dhe, në lidhje me spitalet, midis rajoneve.

Ministria është e përfaqësuar në rajonet nga agjencitë rajonale të shëndetësisë, të cilat janë përgjegjëse për shëndetin e popullatës dhe kujdesin shëndetësor, duke përfshirë parandalimin dhe ofrimin e kujdesit, shëndetin publik dhe kujdesin social.

Shëndeti dhe kujdesi social për të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuara janë nën juridiksionin e Këshillit të Përgjithshëm, të cilat janë organet drejtuese në nivel lokal.

Anglia

Përgjegjësia për legjislacionin shëndetësor dhe politikën e përgjithshme në Angli i takon Parlamentit, Sekretarit të Shtetit për Shëndetësinë dhe Departamentit të Shëndetësisë.

Sipas Aktit të Shëndetit (2006), Sekretari i Shtetit ka një detyrim ligjor për të promovuar një shërbim shëndetësor gjithëpërfshirës që ofron kujdes pa pagesë, përveç shërbimeve me tarifa që tashmë janë në fuqi. Të drejtat për ata që mund të përfitojnë kujdesin e Shërbimit Kombëtar të Shëndetit (NHS) janë përmbledhur në Kushtetutën e NHS; ato përfshijnë të drejtën për qasje/akses në kujdes pa diskriminim dhe brenda afateve kohore të caktuara për disa kategori, të tilla si urgjenca dhe kujdesi spitalor i planifikuar.

Departamenti i Shëndetësisë siguron kujdestari për sistemin e përgjithshëm shëndetësor, por përgjegjësia e përditshme për drejtimin e NHS qëndron në një organ publik të veçantë, NHS England.

NHS England administron buxhetin e NHS, mbikëqyr 209 Grupe Lokale të Komisioneve Klinike (CCGs) dhe siguron që objektivat e përcaktuara në një mandat vjetor nga Sekretari i Shtetit për Shëndetësinë janë përmbushur, duke përfshirë qëllimet lidhur me eficiencen dhe shëndetësinë.

Buxhetet për shëndetin publik mbahen nga autoritetet e qeverisjes vendore, të cilave ju kërkohet të mbajnë "borde të shëndetit dhe të mirëqenies" për të përmirësuar koordinimin e shërbimeve lokale dhe për të zvogëluar pabarazitë shëndetësore.

India

Kushtetuta e Indisë konsideron se "e drejta për jetën" është thelbësore dhe e detyron qeverinë të sigurojë "të drejtën për shëndetin" për të gjithë.

Në një masë të konsiderueshme, sektori i shëndetësisë i Indisë është formuar nga struktura e saj federale dhe ndarjet federale të përgjegjësive dhe financimit.

Shtetet janë përgjegjëse për organizimin dhe dhënien e shërbimeve shëndetësore banorëve të tyre.

Qeveria qendrore është përgjegjëse për traktatet ndërkombëtare shëndetësore, edukimin mjekësor, parandalimin e falsifikimit të ushqimit, kontrollin e cilësisë në prodhimin e ilaceve, kontrollin e sëmundjeve në nivel kombëtar dhe programet e planifikimit familjar. Ajo gjithashtu përcakton politikën kombëtare shëndetësore duke përfshirë kuadrin rregullator dhe mbështet shtetet.

Drafti i Politikave Kombëtare të Shëndetit të përgatitur në vitin 2015 propozon që shëndeti të bëhet një e drejtë themelore dhe e konsideron rolin e qeverisë si kritik. Kjo qasje do të qartësonte, forconte dhe do t'i jepte përparësi rolit të qeverisë në formimin e sistemit shëndetësor.

Izraeli

Qeveria, nëpërmjet Ministrisë së Shëndetësisë, është përgjegjëse për shëndetin e popullatës dhe funksionimin e përgjithshëm të sistemit të kujdesit shëndetësor (përfshirë rregullimin e siguruesve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor). Ajo gjithashtu zotëron dhe drejton një rrjet të madh të qendrave të shëndetit të nënës dhe fëmijës, rreth gjysmën e kapacitetit të shtretërve të kujdesit akut të vendit dhe rreth 80 përqind të kapacitetit të shtretërve psikiatrikë.

Në vitin 1995, Izraeli miratoi një ligj kombëtar të sigurimit shëndetësor (NHI), i cili siguron mbulim universal. Përveç financimit të sigurimeve, qeveria siguron financim për shërbimin shëndetësor publik dhe është aktive në fusha të tilla si kontrolli i sëmundjeve ngjitëse, depistimi, promovimi i shëndetit dhe arsimi, shëndeti i mjedisit, si dhe ofrimi i drejtpërdrejtë i shërbimeve të ndryshme.

Gjithashtu është e përfshirë në mënyrë aktive në rregullimin financiar dhe cilësor të aktorëve kryesorë të sistemit shëndetësor, duke përfshirë planet shëndetësore, spitalet dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor.

Italia

Shërbimi Kombëtar Shëndetësor Italian (Servizio Sanitario Nazionale) u krijua në vitin 1978, me një mbulim universal, solidaritet, dinjitet njerëzor dhe nevoja shëndetësore si parime drejtuese.

Është i bazuar në rajone dhe organizohet në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal. Sipas kushtetutës italiane, qeveria qendrore kontrollon shpërndarjen e të ardhurave tatimore për kujdesin shëndetësor të financuar publikisht dhe përcakton një paketë kombëtare të përfitimeve ligjore që t'u ofrohet të gjithë banorëve në çdo rajon - "nivelet thelbësore të kujdesit".

19 rajonet dhe dy krahinat autonome kanë përgjegjësinë për të organizuar dhe ofruar shërbime shëndetësore përmes njësive të shëndetit lokal. Rajonet gëzojnë autonomi të konsiderueshme në përcaktimin e strukturës makro të sistemeve të tyre shëndetësore.

Njësitë lokale të shëndetit menaxhohen nga një menaxher i përgjithshëm i emëruar nga guvernatori i rajonit dhe ofrojnë kujdes parësor, kujdes spitalor, kujdes ambulator të specializuar, kujdes shëndetësor publik dhe kujdes shëndetësor në lidhje me kujdesin social.

Japonia

Qeveria rregullon pothuajse të gjitha aspektet e Sistemit Universal të Sigurimeve Shëndetësore (SHIS).

Qeveritë kombëtare dhe lokale detyrohen nga ligji për të siguruar një sistem që në mënyrë efektive siguron kujdes mjekësor me cilësi të lartë. Qeveria kombëtare vendos programin e tarifave SHIS dhe jep subvencione për qeveritë lokale, siguruesit dhe ofruesit. Gjithashtu, krijon dhe zbaton rregulloret e hollësishme për siguruesit dhe ofruesit.

47 prefekturat (rajonet) të Japonisë zbatojnë këto rregullore dhe zhvillojnë ofrimin e kujdesit shëndetësor rajonal me buxhetet e tyre dhe fondet e ndara nga qeveria kombëtare. Më shumë se 1,700 komuna veprojnë në përbërësit e SHIS dhe organizojnë aktivitete për promovimin e shëndetit për banorët e tyre.

Hollanda

Në Hollandë, qeveria kombëtare ka përgjegjësinë e përgjithshme për përcaktimin e prioriteteve të kujdesit shëndetësor, futjen e ndryshimeve legjislative kur është e nevojshme dhe monitorimin e qasjes, cilësisë dhe kostove.

Ajo gjithashtu financon pjesërisht sigurimin social shëndetësor (një sistem gjithëpërfshirës me mbulim universal) për paketën e përfitimit bazë (përmes subvencioneve nga taksimi i përgjithshëm dhe rialokimit të taksave të pagave midis siguruesve nëpërmjet sistemit të rregullimit të rrezikut) dhe sistemit të sigurimit të detyrueshëm social për kujdesin afatgjatë.

Parandalimi dhe mbështetja sociale nuk janë pjesë e sigurimeve shëndetësore sociale, por financohen përmes taksimit të përgjithshëm.

Bashkitë dhe siguruesit shëndetësorë janë përgjegjës për shumicën e shërbimeve ambulatore afatgjata dhe të gjithë kujdesin e të rinjve nën një qasje të bazuar në ofrim (me nivel të lartë të lirisë në nivel lokal).

Norvegjia

Qeveria është përgjegjëse për sigurimin e kujdesit shëndetësor për popullatën, në përputhje me qëllimin e deklaruar për qasje të barabartë në kujdesin shëndetësor pa marrë parasysh moshën, racën, gjininë, të ardhurat ose zonën e banimit.

Kujdesi parësor shëndetësor dhe social është përgjegjësi e komunave, me ministrinë e shëndetit të Norvegjisë që luan një rol indirekt nëpërmjet legjislacionit dhe mekanizmave të financimit.

Në kujdesin e specializuar, ministria gjithashtu luan një rol të drejtpërdrejtë nëpërmjet zotërimit të spitaleve dhe dhënien e direktivave në bordet e autoriteteve rajonale të kujdesit shëndetësor (RHAs).

Zelanda e Re

Duke filluar me miratimin e Aktit të Sigurisë Sociale në vitin 1938, në Zelandën e Re është zhvilluar një konsensus që qeveria ka një rol themelor në sigurimin e nevojave të kujdesit shëndetësor të popullsisë. Në të njëjtën kohë, vazhdon përkrahja publike edhe për një rol të sektorit privat. Nëpërmjet Strategjisë Shëndetësore të Zelandës së Re, qeveria luan një rol qendror në përcaktimin e axhendës së politikave dhe kërkesave të shërbimit dhe në përcaktimin e buxhetit vjetor shëndetësor të financuar publikisht.

Përgjegjësia për planifikimin, blerjen dhe ofrimin e shërbimeve shëndetësore, si dhe mbështetjen e aftësisë së kufizuar për personat mbi moshën 65 vjeçare, përbëhet nga 20 borde shëndetësore të distriktit të përcaktuara gjeografikisht (DHBs), secila prej të cilave përbëhet nga shtatë anëtarë lokalë dhe deri në katër anëtarë të emëruar nga Ministri i Shëndetësisë. Këto borde ndjekin objektivat, synimet dhe kërkesat e shërbimit të qeverisë gjatë funksionimit të spitaleve dhe qendrave shëndetësore në pronësi të qeverisë, ofrimin e shërbimeve të komunitetit dhe blerjen e shërbimeve nga ofruesit privatë dhe joqeveritarë.

Singapori

Qeveria e Singaporit ka planifikuar, ndërtuar dhe vazhdon të zhvillojë dhe mbajë sistemin publik të kujdesit shëndetësor të vendit. Ajo rregullon sigurimin shëndetësor publik dhe privat në vend.

Sistemi i kujdesit shëndetësor administrohet nga Ministria e Shëndetësisë, e cila ka përgjegjësinë për vlerësimin e nevojave shëndetësore dhe për planifikimin dhe dhënien e shërbimeve nëpërmjet rrjeteve të objekteve shëndetësore dhe spitalore, qendrave të kujdesit ditor dhe shtëpive të të moshuarve.

Ministria administron, planifikon dhe mban personelin në të gjithë sistemin dhe është përgjegjës për politikat e financimit dhe qeverisjen e sistemit publik të kujdesit shëndetësor.

Suedia

Të tre nivelet e qeverisë suedeze janë të përfshira në sistemin e kujdesit shëndetësor.

Në nivel kombëtar, Ministria e Shëndetësisë dhe Çështjeve Sociale është përgjegjëse për politikën e përgjithshme shëndetësore dhe të kujdesit shëndetësor, duke punuar në bashkëpunim me tetë agjenci qeveritare kombëtare.

Në nivel rajonal, 12 këshillat e qarkut dhe nëntë organet rajonale janë përgjegjëse për financimin dhe dhënien e shërbimeve shëndetësore për qytetarët.

Në nivel lokal, 290 komuna janë përgjegjëse për kujdesin për të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuara. Autoritetet lokale dhe rajonale përfaqësohen nga Shoqata Suedeze e Autoriteteve Lokale dhe Rajoneve (SALAR).

Tre parime themelore zbatohen për të gjithë kujdesin shëndetësor në Suedi:

1. Dinjiteti njerëzor: Të gjitha qeniet njerëzore kanë të drejta të barabarta për dinjitet dhe kanë të njëjtat të drejta pa marrë parasysh statusin e tyre në komunitet.

2. Nevoja dhe solidariteti: Ata në nevojë më të madhe kanë përparësi në trajtimin e tyre.

3. Kosto-efektiviteti: Kur duhet të bëhet një zgjedhje, duhet të ketë një ekuilibër të arsyeshëm ndërmjet kostove dhe përfitimeve, me koston e matur në lidhje me përmirësimin e shëndetit dhe cilësisë së jetës.

Shtetet e Bashkuara të Amerikës

Akti "Affordable Care Act" (ACA), i miratuar në vitin 2010, krijoi "përgjegjësi të përbashkët" midis qeverisë, punëdhënësve dhe individëve për të siguruar që të gjithë amerikanët të kenë akses në sigurime shëndetësore të përballueshme dhe me cilësi të mirë.

Megjithatë, mbulimi shëndetësor mbetet i fragmentuar, me burime të shumta private dhe publike, si dhe boshllëqe të gjera në nivelet e të siguruarve në të gjithë popullsinë e SHBA. Qendra për Shërbimet e Medicare dhe Medicaid (CMS) administron Medicare, një program federal për të personat 65 vjec e lart dhe disa njerëz me aftësi të kufizuara, dhe punon në partneritet me qeveritë e shteteve për të administruar edhe Medicaid dhe Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP), një konglomerat e programeve shtetërore-federale për popullata të caktuara me të ardhura të ulëta.

Sigurimi privat rregullohet kryesisht në nivel shtetëror. Në vitin 2014, u krijuan tregjet e sigurimeve shëndetësore të administruara nga shteti dhe në nivel federal për të siguruar akses shtesë në mbulimin e sigurimeve private, me subvencione të primeve të bazuara në të ardhura për njerëzit me të ardhura të ulta dhe të mesme. Përveç kësaj, shteteve iu dha mundësia për të marrë pjesë në një zgjerim federal të subvencionuar të të drejtës për t'u përfshirë në Medicaid.

Aktorët kryesorë në sistemin shëndetësor:

QEVERIA

Rikujtese nga Leksioni 1

E drejta per Shendet

- E drejta per shendet eshte baza e Ekonomise Shendetesore dhe Politikave Shendetesore.
- Dimensionet:

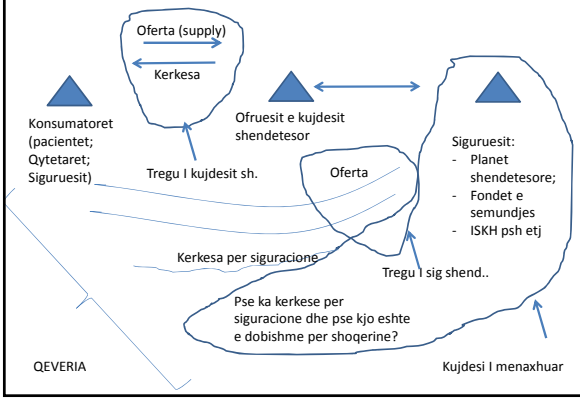
1. Individual: Efektivitet maksimal;
2. Social: Kosto minimale;
3. Etik: Universalizmi.

Pra, Efektivitet universal maksimal duke perdorur burimet e disponueshme.

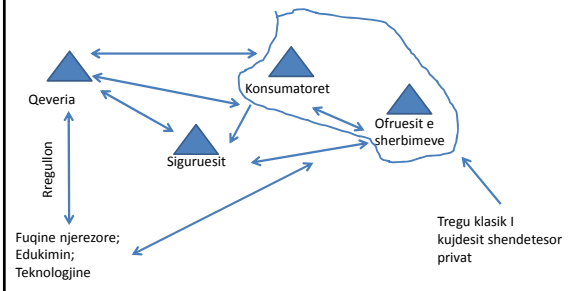
Zemra e ekonomiksit?

- Shperndarja eficiente dhe e barabarte (sipas nevojave-ketu duhet diskutuar) e burimeve. Pra:
- Duhet te kerkojme vlere per parate: shperndarja e pershtatshme e burimeve,.

Sistemi I kujdesit shendetesor



Aktoret ne kujdesin shendetesor



Perse deshton tregu i lire ne shendetesi

1. Externalitetet
2. Perzgjedhja negative
3. Rreziku moral
4. Racionaliteti
5. Asimetria e informacionit
6. Praktikat e tregtimit qe kufizojne konkurrencen (tregu farmaceutik, barnat patente)

Perse deshton tregu i lire ne shendetesi

7. Asimetria e informacionit lidhur me barnat
8. Aftesia e ofertes per te percaktuar kerkesen (imponimi i teknologjive te reja)
9. Mungesa e ekuilibrit ne fuqine e tregut (pak operatore farmaceutike)
10. Vullneti I plote I klienteve nuk mund te ushtrohet (zgjedhje nen presion pasi nuk dihet cila eshte zgjedhja ideale)

Prandaj….

Per keto arsye, dora e padukshme e konkurrences se lire (Adam Smith), nuk funksionon ne rastin e tregut shendetesor.

Si rrjedhoje, **nderhyrja e qeverise** ne tregun shendetesor eshte e domosdoshme per te rregulluar marrdheniet midis aktoreve duke bere qe te mos deshtoje ky treg sepse shoqeria eshte solidare.

Qeveria…

Qeveritë luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë.

Ndryshimet dramatike gjatë katër dekadave të fundit çuan në një ripozicionim të rolit të qeverisë në shëndetësi si dhe sektorë të tjerë socialë.

Ndërsa forcat e tregut nuk arrijnë të trajtojnë sic duhet nevojat shëndetësore të popullsisë, qeveritë kanë një detyrim për të ndërhyrë për të përmirësuar barazinë dhe efektivitetin, për të kryer funksionet e shëndetit publik dhe për të prodhuar të mirat publike jetësore që kanë ndikim në zhvillimin e shëndetit

Qeveria…

Qeveritë, nëpërmjet **ministrive të shëndetësisë** dhe të **ministrive** dhe **agjencive të tjera** të lidhura me shëndetin, luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë, nëpërmjet:

- *forcimit të sistemeve shëndetësore*; dhe
- *gjenerimit të burimeve njerëzore, financiare* dhe *të tjera*.

Kjo i lejon sistemet shëndetësore të arrijnë qëllimet e tyre për përmirësimin e shëndetit, reduktimin e pabarazive shëndetësore, sigurimin e barazisë në financimin e kujdesit shëndetësor dhe përgjigjjen e nevojave të popullsisë

Qeveria…

Përmirësimi i rezultateve shëndetësore nuk i atribuohet vetëm sistemeve shëndetësore, siç tregojnë të dhënat shkencore, por edhe:

- determinantëve socialë,
- ekonomikë,
- kulturorë,
- mjedisorë,

siç pasqyrohet në kuadrin konceptual të OBSH-së “Shëndet për të Gjithë”

Qeveria…

Roli i qeverive në zhvillimin e shëndetësisë është dokumentuar mirë në mbarë botën dhe ilustrohet nga rritja mbresëlënëse e sistemeve shëndetësore, të iniciuara dhe të mbështetura nga qeveritë dhe të ndjekura përmes *partneritetit me sektorin privat*, *organizatat joqeveritare* dhe *institucionet bamirëse.*

Qeveria…

Qeveritë, të cilat vendosin taksa dhe përfitojnë nga burimet natyrore, kanë detyrime sociale për të garantuar siguri dhe për të lehtësuar zhvillimin socio-ekonomik, duke përfshirë arsimin dhe zhvillimin e shëndetësisë.

Qeveria…

Lëvizja drejt demokracisë, decentralizimit dhe roli më aktiv i shoqërisë civile në qeverisje si dhe rritja e rëndësisë së sektorit privat në zhvillimin socio-ekonomik, janë shoqëruar me ndryshime të politikave që pasqyrojnë:

- *më shumë privatizim*,
- *një rol më të kufizuar të qeverisë në zhvillimin e politikave*, *planifikimin strategjik* dhe *menaxhimin*, dhe
- *mbështetje më të madhe në forcat e tregut*

Qeveria…

Sidoqoftë, rasti i sektorit të shëndetësisë është i dallueshëm nga sektorët e tjerë, pasi forcat e tregut nuk arrijnë të adresojnë siç duhet nevojat shëndetësore të popullsisë, për arsye të ndryshme, duke *bërë që qeveritë të kenë përgjegjësi të veçanta në zhvillimin e shëndetësisë*.

Si pasojë e dështimeve të tregut, qeveritë kanë një detyrim për të ndërhyrë në mënyrë që të përmirësojnë barazinë dhe efikasitetin, të kryejnë funksione të rëndësishme të shëndetit publik dhe të prodhojnë të mira jetësore publike të cilat kanë shumë ndikim në zhvillimin e shëndetit.

Qeveria…

Për më tepër, shëndeti perceptohet jo thjesht si një mall në treg, por si një *nevojë themelore njerëzore* dhe *një e drejtë sociale*, siç sanksionohet në shumë kushtetuta dhe traktate të nënshkruara.

Ky angazhim nënkupton *role dhe përgjegjësi të rëndësishme për qeveritë*, pavarësisht ndryshimeve politike dhe mjediset shoqërore.

Qeveria…

Qeveritë në vendet në zhvillim marrin mesazhe kontradiktore në lidhje me rolet dhe përgjegjësitë e tyre në ndryshim në fushën e shëndetësisë.

Nga njëra anë, politikat e ekonomisë së tregut favorizojnë ndërhyrjen e kufizuar të qeverisë si në financimin e kujdesit shëndetësor dhe në ofrimin e shërbimeve.

Nga ana tjetër ka fakte që tregojnë se *varfëria po rritet*, *mbulimi nga mbrojtja sociale nuk po përmirësohet*, dhe *pabarazitë në qasjen ndaj kujdesit shëndetësor cilësor janë në rritje*.

Një situatë e tillë kërkon një rol *më proaktiv nga qeveritë në fusha të ndryshme*, duke përfshirë qeverisjen, financimin dhe ofrimin e shërbimeve, me qëllim të mbrojtjes së barazisë dhe vlerave të tjera shoqërore

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Kujdesi për shëndetin i ka rrënjët që në fillimet e historisë njerëzore.

Evolucioni ka kaluar nga shëruesit popullorë, tek shëruesit dhe institucionet fetare që ndërtuan spitale, trajnuan profesionistët e mjekësisë, etj.

Nevoja për mbështetje në rast të sëmundjes ishte arsyeja e krijimit të sigurimit shëndetësor në Europë dhe në botë.

Punëtorët e industrisë zhvilluan fondet e para të sëmundjes, të cilat më vonë evoluuan në sigurimin social shëndetësor nën drejtimin e Bismarck-ut në Gjermani, ndërsa sigurimi shëndetësor i bazuar në taksa u promovua nga Lord Beveridge në Mbretërinë e Bashkuar pas Luftës së Dytë Botërore.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Në Francë, ndihma e ndërsjellë dhe shoqëritë e ndërsjella evoluuan gjatë gjithë shekullit të 19-të dhe fillimit të shekullit të 20-të në një sistem të ndihmës sociale që mbulonte vetëm një popullsi të kufizuar për shkak të natyrës së tij vullnetare.

Raporti Beveridge ndikoi në zhvillimin e një sistemi gjithëpërfshirës të sigurimeve shoqërore në Francë dhe në shumë vende të Organizatës për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim (OECD) pas Luftës së Dytë Botërore

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Në vendet me të ardhura të ulëta, ku sektori formal i ekonomisë është i dobët dhe mbulimi i qeverisë zakonisht është i kufizuar, skemat e sigurimeve shëndetësore të komunitetit e kanë pasur zanafillën dhe krijohen ende edhe sot për të ofruar mbrojtje shëndetësore sociale.

Fondet e sëmundjeve janë zhvilluar për të ndihmuar punëtorët në përballimin e pasojave sociale të sëmundjeve dhe lëndimeve për veten dhe familjet e tyre dhe për të shmangur shpenzimet katastrofike si rezultat i shëndetit të dobët.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Evolucioni i sistemeve moderne shëndetësore pas Luftës së Dytë Botërore u lehtësua nga zhvillimet dramatike në teknologjinë biomjekësore dhe zbulimet e rëndësishme, të tilla si antibiotikët dhe pajisje të tjera.

Qeveria kombëtare në Francë mori kontrollin e spitaleve fetare, të cilat filluan të menaxhoheshin nga autoritetet lokale si pjesë e politikës së ndarjes midis shtetit dhe Kishës.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Qeveritë kombëtare luajtën një rol vendimtar në zhvillimin e sistemeve shëndetësore, si pjesë e funksioneve sovrane duke përfshirë *qeverisjen*, *infrastrukturën e sistemit shëndetësor* dhe *trajnimin e nevojave të fuqisë punëtore shëndetësore* në të gjitha fushat e mjekësisë dhe shëndetit publik.

Në shumicën e vendeve të OECD-së, me përjashtim të Shteteve të Bashkuara të Amerikës, *shkollat mjekësore* dhe *spitalet kryesore u zhvilluan nga qeveritë* dhe *edukimi i personelit shëndetësor* ishte dhe ende është *i subvencionuar fort nga qeveritë*, qoftë qendrore apo lokale.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Kjo situatë pasqyrohet edhe në strukturën e shpenzimeve shëndetësore në vendet me të ardhura të larta, *ku 70% ose më shumë e shpenzimeve të përgjithshme shëndetësore vjen nga burimet publike të financimit*.

Pjesa e lartë e financimit të kujdesit shëndetësor social dhe publik shpjegohet me nivelin e mbrojtjes sociale e cila në shumë vende, përveç Shteteve të Bashkuara të Amerikës, është pothuajse universale.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Zbatimi i ekonomisë së tregut në shumë ekonomi të zhvilluara dhe në zhvillim nuk është shoqëruar me një tërheqje ose mos-përfshirje të qeverive nga përgjegjësitë e tyre sociale në zhvillimin e shëndetësisë.

Kjo për arsye se roli i zhvillimit shëndetësor në formimin e kapitalit social dhe mbrojtjen e shëndetit si një e drejtë njerëzore janë pranuar në mbarë botën.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Zhvillimet politike globale pas Luftës së Parë Botërore mbështetën lëvizjen drejt shëndetit si një e drejtë njerëzore.

Traktati i Versajës i dha jetë në vitin 1919 Organizatës Ndërkombëtare të Punës (ILO) bazuar në parimin e "paqes përmes drejtësisë sociale" dhe nxitjes së sigurisë sociale ndaj rreziqeve të ndryshme, duke përfshirë sëmundjet dhe lëndimet.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Kombet e Bashkuara miratuan Deklaratën Universale të të Drejtave të Njeriut në vitin 1948, ku thuhet se "*secili ka të drejtën e një standardi jetese për shëndetin dhe mirëqenien për vete dhe familjen e tij, duke përfshirë ushqimin, veshmbathjen, strehimin dhe kujdesin mjekësor, shërbimet, dhe të drejtën për siguri në rast të papunësisë, sëmundjes, paaftësisë, vejërisë, pleqërisë ose mungesave të tjera të jetesës në rrethana që nuk janë nën kontrollin e tij*".

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Kushtetuta e OBSH-së, e miratuar në Asamblenë e Parë Botërore të Shëndetësisë në vitin 1948, përcaktoi si objektiv të saj "*arritjen nga të gjithë popujt e nivelit më të lartë të mundshëm të shëndetit*" dhe deklaroi se "*Qeveritë kanë përgjegjësi për shëndetin e popullit të tyre* që mund të përmbushen vetëm me sigurimin dhe ofrimin e masave adekuate shëndetësore dhe sociale".

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Në vitin 1968, Deklarata e Teheranit garantoi mbrojtjen e familjes dhe fëmijëve.

Në vitin 1974, Deklarata Universale për Çrrënjosjen e Urisë dhe Kequshqyerjes, bëri thirrje për eliminimin e urisë dhe të kequshqyerjes në cdo vend.

Në vitin 1975, Deklarata e të Drejtave të Personave me Aftësi të Kufizuar afirmoi të drejtën e këtyre personave për rehabilitim të plotë.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Në vitin 1978, Deklarata e Alma-Ata-s pohoi se "*shëndeti është .... një e drejtë themelore e njeriut*" dhe se "*objektivi madhor social i qeverive, organizatave ndërkombëtare dhe gjithë komunitetit botëror në dekadat e ardhshme duhet të jetë arritja nga të gjithë popujt e botës deri në vitin 2000 të një niveli të shëndetit që do t'u lejojë atyre të bëjnë një jetë shoqërisht dhe ekonomikisht produktive*".

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Këto parime universale u mbështetën nga Komisioneri i Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut në shumë raste.

Ish-komisionerja, Mary Robinson (1997-2002) deklaroi se "Një botë ku ekziston siguria e vërtetë është e mundur vetëm kur të gjitha të drejtat e njeriut - civile, politike, ekonomike, sociale dhe kulturore - janë të garantuara për të gjithë njerëzit. *Qeveritë në të gjithë botën duhet të zgjerojnë mendimin dhe politikat e tyre për të përfshirë një kuptim më të gjerë të sigurisë përtej sigurisë së shteteve të vecanta*".

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Të gjitha këto deklarata dhe traktate kanë ndikuar në rolin e qeverisë në fushën e zhvillimit të shëndetit dhe kanë ndihmuar në formimin e sistemeve shëndetësore, veçanërisht në nivelin e hartimit të politikave ku gjejnë vend angazhimet politike në nivel kombëtar, rajonal dhe global.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Situata në lidhje me rolin e qeverisë në ekonomitë e zhvilluara është e ngjashme në shumë aspekte me atë të vendeve në zhvillim, përfshirë rajonin tonë dhe vendin tonë.

Një nga problemet kryesore në vendet në zhvillim është fakti se sistemet e sigurimeve shëndetësore thjesht u kopjuan nga vendet e zhvilluara, duke cuar në zhvillimin e siguracioneve sociale dhe private sipas rastit dhe në efektivitetin e tyre.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Nga ana tjetër, situata në shumë vende në zhvillim ka qënë e karakterizuar nga *indikatorë jo të favorshëm shëndetësorë*, *mungesë e theksuar e burimeve njerëzore në shëndetësi* për shkak të emigrimit të profesionistëve të trajnuar brenda dhe jashtë vendit.

Mungesa e burimeve njerëzore në shëndetësi përkeqësohet edhe më tej nga pabarazitë në aftësitë e marra, shpërndarja e pabarabartë brenda vendit si dhe nga migrimi i brendshëm dhe i jashtëm i profesionistëve të shëndetësisë.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Zhvillimi real i sistemit të shëndetësisë në vendet në zhvillim filloi në fund të viteve 1950 dhe 1960 nën udhëheqjen e qeverive kombëtare.

Ky zhvillim u bë i mundur nëpërmjet zbatimit të axhendave kombëtare të zhvillimit social dhe ekonomik, ku *shëndeti ishte ndër prioritetet kryesore*.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Në shumë kushtetuta, kujdesi shëndetësor dhe arsimi konsideroheshin si të drejta të njeriut dhe komuniteti i'a besoi qeverive ofrimin e tyre falas.

Shumica e vendeve kanë miratuar një sistem shëndetësor të bazuar në taksa, ku shumica e fondeve vinin nga buxheti i shtetit dhe shërbimet shëndetësore ishin falas.

Një situatë e tillë ka kontribuar në rritjen e mbulimit nga kujdesi shëndetësor, duke çuar në përmirësimin e rezultateve shëndetësore, siç reflektohet në rritjen e jetëgjatësisë dhe reduktimin e përgjithshëm të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Qeveritë kontribuan në zhvillimin e mbrojtjes sociale për kategori të ndryshme të punëtorëve, duke u bazuar në skemat ekzistuese të sigurimeve të bazuara në punëdhënës dhe duke zgjeruar gradualisht mbulimin e tyre.

Angazhimi kombëtar reflektohet edhe në politikat arsimore që synojnë sigurimin e vetëmjaftueshmërisë në zhvillimin e burimeve njerëzore. Investime të rëndësishme u bënë për të zhvilluar shkollat mjekësore, shkollat e farmacisë dhe shkollat e personelit të infermierisë.

Analiza e të dhënave në kohë ka treguar një korrelacion pozitiv ndërmjet rritjes së burimeve njerëzore për shëndetin dhe përmirësimit të rezultateve shëndetësore.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Institucionet e trajnimit u përdorën gjithashtu për të mbështetur aktivitetet kërkimore në fusha të ndryshme të shëndetit, për të ngritur standardet e shëndetit publik dhe për të kontrolluar sëmundjet endemike.

Qeveritë, duke shfrytëzuar burimet publike, vazhdojnë të realizojnë shumicën e investimeve në infrastrukturën e sistemit shëndetësor duke përfshirë personelin shëndetësor dhe objektet fizike.

Numri i shkollave mjekësore në rajonin e Mesdheut Lindor, për shembull, u rrit nga 18 në 1950 në 252 deri në fund të vitit 2005 dhe shumica e shkollave u ndërtuan nga qeveritë. Megjithatë, që nga viti 1980, ka pasur një rritje të vazhdueshme në edukimin privat të burimeve njerëzore dhe në investimet private në institucionet shëndetësore në shumicën e vendeve në zhvillim.

Evolucioni i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Rritja e sektorit privat në ofrimin e shërbimeve dhe në edukimin e personelit shëndetësor u mundësua nëpërmjet përfshirjes *direkte* dhe *indirekte të qeverive*.

Qeveritë në disa vende u dhanë stimuj investitorëve privatë në formën e kredive tatimore dhe masa të tjera.

Gjithashtu, ministritë e shëndetësisë dhe arsimit të lartë zhvilluan mbështetje ligjore, norma dhe standarde me qëllim përmirësimin e rregullimit të zhvillimit të sektorit privat.

Fushat e rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Ministritë e shëndetësisë janë përgjegjëse për zhvillimin kryesor të shëndetësisë përmes zbatimit dhe përmirësimit të funksioneve kryesore të sistemit shëndetësor, duke përfshirë:

- udhëheqjen dhe qeverisjen,
- financimin e kujdesit shëndetësor,
- ofrimin e shërbimeve shëndetësore,
- gjenerimin e inputeve për zhvillimin e shëndetësisë, duke përfshirë burimet njerëzore për shëndetin dhe teknologjinë biomjekësore.

Përpjekjet janë të koordinuara me ministritë dhe departamentet e tjera përkatëse.

Udhëheqja dhe qeverisja

Qeveritë janë kujdestare të angazhimeve sociale dhe vlerave të tilla si solidariteti, drejtësia sociale dhe barazia, të cilat janë të theksuara në kushtetutat e tyre, traktatet dhe konventat e nënshkruara.

Në shumë kushtetuta në mbarë botën të drejtat e kujdesit shëndetësor dhe arsimit janë përcaktuar qartë dhe qeveritë janë përgjegjëse për sigurimin e aksesit në këto shërbime pa barriera financiare dhe për të siguruar që vlera e shëndetit si një e drejtë themelore njerëzore për të gjithë është e mbrojtur.

Udhëheqja dhe qeverisja

Ministritë e shëndetësisë mbikëqyrin zhvillimin e përgjithshëm të sistemeve shëndetësore duke përdorur *funksionin e tyre të qeverisjes*, që përfshin:

- analizën dhe formulimin e politikave;
- rregullimin e ofrimit të shërbimeve ndërmjet partnerëve;
- zhvillimin e normave dhe standardeve për sigurimin e cilësisë; dhe
- sigurimin e zbatimit të politikave dhe strategjive të dakordësuara.

Udhëheqja dhe qeverisja

Funksioni i qeverisjes mbështetet nga një *sistem informacioni rutinë*, i mbështetur nga studimet në popullatë dhe nga legjislacioni i shëndetit në përputhje me vlerat etike kombëtare.

Roli i qeverisjes është duke marrë një rëndësi të madhe duke pasur parasysh kompleksitetin në rritje të sistemeve shëndetësore dhe ndryshimin e rrethanave epidemiologjike dhe demografike.

Ministritë e shëndetësisë janë të mandatuara për të vlerësuar performancën e sistemeve shëndetësore në drejtim të barazisë, përmirësimit të cilësisë dhe efikasitetit dhe kënaqësisë së popullatës me shërbimet shëndetësore.

Udhëheqja dhe qeverisja

Nevoja për ndërhyrjen e qeverisë në kujdesin shëndetësor shpjegohet me veçantinë e shërbimeve shëndetësore të cilat nuk mund t'i lihen vetëm ndikimit të forcave të tregut për gjenerimin dhe shpërndarjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor (*kujtoni arsyet se përse dështon tregu i lirë në shëndetësi*).

Ndërhyrja e qeverisë duhet të jetë *e shumëanshme*, duke garantuar ofrimin e të mirave publike, strategji për kontrollin e kostove, ndërhyrjen për të kompensuar hezitimin e tregut, për të siguruar përfshirjen e grupeve më vulnerabël, duke qënë aktori kryesorë në zhvillimin e skemave të para-pagimit dhe të sigurimeve që mbrojnë individët nga shpenzimet katastrofike për shëndetin, qofshin këto sociale, private ose një përzierje e të dyjave.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Në shumicën e vendeve të OECD, ndërsa financimi i kujdesit shëndetësor është mbi baza sociale, ofrimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor sigurohet nga *ofruesit publikë* dhe *privatë* dhe *organizatat joqeveritare*.

Roli i qeverisë është shpesh që të *drejtojë zhvillimin e përgjithshëm shëndetësor duke hartuar politikat dhe programet shëndetësore*, duke *siguruar funksionet thelbësore të shëndetit publik* dhe duke *rregulluar ofrimin e shërbimeve shëndetësore*.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Në shumicën e vendeve të OECD-së, qeveritë ofrojnë shërbime shëndetësore, duke përfshirë të mira (mallra) publike si shërbimet promovuese dhe parandaluese dhe kujdesin spitalor.

Ndërsa roli i spitaleve private në ofrimin e shërbimeve është në rritje në këto vende, *spitalet publike mbeten referencë* për standardet e cilësisë, çmimet e shërbimeve, trajnimin e profesionistëve të shëndetësisë dhe kërkimin shkencor shëndetësor dhe mjekësor në aspekte të ndryshme.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Ministritë e shëndetësisë janë përgjegjëse për mbrojtjen e shëndetit dhe e ndërmarrin këtë përgjegjësi duke zbatuar funksionet thelbësore të shëndetit publik, duke përfshirë *sistemet e survejancës* dhe *sigurimin e të mirave publike* të tilla si *programet për imunizimin masiv, mbrojtjen e mjedisit, fortifikimin e ushqimit, sigurinë e ushqimore,* etj.

Ofrimi i funksioneve esenciale të shëndetit publik po ndërlikohet gjithnjë e më shumë në kontekstin e rritjes së globalizimit dhe ndikimit të tij në ndryshimin e stileve të jetesës, duke përfshirë zakonet e të ngrënit dhe rritjen e shpejtë të udhëtimeve ndërkombëtare dhe teknologjisë së komunikimit.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Për të përmbushur funksionet e saj shëndetësore publike dhe për të mbrojtur sigurinë kombëtare shëndetësore, qeveritë, nëpërmjet ministrive të shëndetësisë, janë përgjegjës për sigurimin e ilaçeve dhe vaksinave të nevojshme dhe rrjeteve laboratorike mbështetëse.

Qeveritë gjithashtu janë të përfshira në ofrimin e shërbimeve klinike në nivelet primare, sekondare dhe terciare të sistemeve shëndetësore. Këto shërbime ofrohen në komunitete, ambiente pune dhe institucione publike, duke përfshirë qendrat shëndetësore, rrjetet hulumtuese të sëmundjes dhe spitalet.

Në shumicën e vendeve shërbimet shëndetësore u ofrohen ushtrisë, forcave të sigurisë dhe vartësve të tyre në ambiente të veçanta.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Roli i qeverisë në ofrimin e shërbimeve kontribuon në rritjen e barazisë në qasjen në kujdesin shëndetësor, veçanërisht në zonat rurale dhe të largëta ku ofruesit e kualifikuar privatë, të shqetësuar për të ardhurat e tyre, janë të pakët.

Sigurimi i drejtpërdrejtë i shërbimeve shëndetësore nga qeveritë kontribuon në rregullimin e tregut për çmimet dhe sasinë e shërbimeve.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Institucionet shëndetësore dhe *spitalet në pronësi të qeverisë* janë *qendrat e referencës për trajnimin e burimeve njerëzore* dhe shpesh janë *vendet më të përshtatshme për veprimtaritë kërkimore shkencore në fushën e shëndetit, shëndetit publik dhe mjekësisë*.

Zhvillimi i kërkimeve shkencore bio-mjekësore dhe shëndetësore i *detyrohet jashtëzakonisht shumë mbështetjes së institucioneve qeveritare* në projektimin, financimin, mbrojtjen e vlerave etike dhe në monitorimin e ndikimit të aktiviteteve kërkimore në rezultatet shëndetësore.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Qeveritë po bëhen gjithnjë e më të shqetësuara për *menaxhimin e përzierjes publike-private në ofrimin e shërbimeve shëndetësore*, rezultat i shumë politikave aktive të privatizimit të iniciuara në sistemet shëndetësore të orientuara drejt mirëqenies dhe që kanë për qëllim *rritjen e furnizimit/ofrimit të shërbimeve shëndetësore private*.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Dy dekadat e fundit të shekullit të 20-të ishin dëshmitare të valëve të politikës shëndetësore dhe reformave sektoriale që synonin përmirësimin e efektivitetit të sistemeve shëndetësore dhe rritjen e barazisë në lidhje me qasjen në kujdesin shëndetësor. Për shembull, në Mbretërinë e Bashkuar, Australi dhe disa vende në zhvillim janë dizajnuar reforma për të futur praktikën private në spitalet publike, si pjesë e *partneritetit publik-privat (PPP)*.

Në vendet e OECD-së dhe gjetkë janë futur rregulla të orientuara drejt biznesit për menaxhimin në sistemet e ofrimit të shërbimeve ku dominon elementi publik.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Aktorët kryesorë, që përfshijnë shoqatat profesionale dhe sindikatat, kanë qëndrime të ndryshme ndaj këtyre reformave, që variojnë nga *mbështetja aktive* deri në *kundërshti totale*.

Në SHBA, kur spitalet fitimprurëse u krahasuan me spitale jo-fitimprurëse, performanca rezultoi e ngjashme.

Studimi i gjerë i programeve të imunizimit në Kanada ka treguar se *institucionet publike ofrojnë avantazhe mbi institucionet private* në lidhje me *llogaridhënien, standardizimin e procedurave, praktikat e trajtimit të vaksinave, përdorimin e burimeve njerëzore, menaxhimin e të dhënave shëndetësore, koston* etj.

Në Kaliforni, shtatë qarqe lokale i kthyen spitalet e tyre publike drejt menaxhimit privat në fund të viteve 1970, me shpresën e rritjes së efektivitetit. Pas disa vitesh gjyqi, pesë nga shtatë "kontratat private të menaxhimit" u ndërprenë pasi nuk kishte asnjë fakt të reduktimit të kostove të njësisë operatore ose përmirësimit të efektivitetit.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Në Kubë, pas revolucionit të vitit 1959, ndodhi transformimi i menjëhershëm i sistemit shëndetësor nga një sistem i dominuar nga sektori privat në një sistem me karakter pothuajse tërësisht publik, dhe shoqërimi i tij me një rritje të madhe të ofrimit të shërbimeve dhe përmirësim spektakolar në gjendjen shëndetësore të kubanezëve dhe një numër determinantësh sociale, duke përfshirë nivelin e alfabetizimit.

Në Kili, diktatura ushtarake e viteve 1970 reduktoi përfshirjen e qeverisë në ofrimin e shërbimeve dhe inkurajoi privatizimin e kujdesit shëndetësor me ndikim negativ në aksesin për segmentet e varfra të popullsisë, ndonëse jetëgjatësia e pritshme për popullatën në tërësi nuk u zvogëlua si pasojë e këtyre ndryshimeve.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore

Në vitin 1989 u botua një përmbledhje e përgjithshme e privatizimit të shërbimit shëndetësor në të gjithë botën, e cila konkludoi se ndërsa objektivi kryesor i privatizimit ishte zgjerimi i zgjedhjes individuale, "*luksi për të pasur zgjedhje vërtet të lira në fushën e kujdesit shëndetësor mbeti i kufizuar tek një grup i vogël i konsumatorëve të privilegjuar në shoqëritë e industrializuara*".

Parashikohet se *tendenca gradualisht do të zhvendoset drejt më shumë kontrolli shtetëror*, pasi janë mësuar leksionet konceptuale dhe metodologjike të privatizimit të shërbimeve shëndetësore, por koha e një ndryshimi të tillë do të varet nga forcat më të mëdha politike në një botë të trazuar.

Financimi i kujdesit shëndetësor

Qeveritë luajnë një rol të rëndësishëm në financimin e kujdesit shëndetësor duke mobilizuar burimet e nevojshme përmes:

- buxheteve publike dhe mekanizmave të tjerë kontribues;
- duke bashkuar burimet (pooling of resources) e përcaktuara/alokuara për zhvillimin e shëndetësisë;
- duke udhëhequr procesin e alokimit të burimeve; dhe
- blerjen e shërbimeve shëndetësore nga ofruesit e ndryshëm.

Financimi i kujdesit shëndetësor

Ministritë e shëndetësisë kanë besimin e publikut që të mbrojnë barazinë në akses duke përmirësuar mbrojtjen ndaj rrezikut financiar, duke ulur barrierat financiare për të patur akses në sistem në veçanti për të varfërit dhe për popullatat e rrezikuara, dhe duke siguruar që financimi i kujdesit shëndetësor nga të gjitha grupet e popullatës në bazë të të ardhurave është i drejtë.

Financimi i kujdesit shëndetësor po bëhet një funksion i rëndësishëm në sistemet shëndetësore ndërkohë që *pabarazitë brenda dhe mes vendeve në lidhje me aksesin po rriten* për shkak *të barrierave financiare* dhe *mungesës së mbrojtjes sociale të përshtatshme*.

Zhvillimi i burimeve njerëzore

Duke qënë se *burimet njerëzore* përbëjnë *inputet dhe asetet kryesore në sistemet shëndetësore*, *qeveritë janë përgjegjëse* për hartimin e politikave të përshtatshme për zhvillimin e burimeve njerëzore që synojnë përmbushjen e nevojave reale të popullsisë, sigurimin e aftësive të përshtatshme, përmirësimin e barazisë në shpërndarjen e burimeve njerëzore, menaxhimin e përshtatshëm të tyre, dhe monitorimin dhe vlerësimin e fuqisë punëtore shëndetësore kombëtare.

Zhvillimi i burimeve njerëzore

Qeveritë përcaktojnë *standardet kombëtare për edukimin* e personelit shëndetësor dhe zhvillojnë *sisteme për akreditimin* e institucioneve të trajnimit.

Politikat dhe strategjitë e duhura për zhvillimin e burimeve njerëzore varen nga *shkalla e bashkëpunimit ndërsektorial midis ministrive të shëndetësisë dhe ministrive të arsimit dhe departamenteve të tjera përkatëse*.

Shpesh mungesa e koordinimit ndërmjet palëve të ndryshme të interesit çon në dublikimin e panevojshëm të përpjekjeve (kostove) dhe prodhimin joefektiv të fuqisë punëtore shëndetësore.

Nxitja e rëndësisë së shëndetit (shëndeti si pjesë qendrore) në zhvillimin socio-ekonomik

Qeveritë luajnë një rol vendimtar advokues në nxitjen e rolit qendror të shëndetit në zhvillimin e përgjithshëm social dhe ekonomik. Disa studime kanë treguar ndërveprimin midis shëndetit dhe zhvillimit ekonomik duke arritur në konkluzionin se *duhet të zhvillohet bashkëpunimi ndërsektorial* në mënyrë që të shfrytëzohen sinergjitë e rëndësishme midis shëndetit dhe zhvillimit.

Fokusi në determinantët social të shëndetit u vu në lëvizje pas Deklaratës së Alma-Ata-s, e cila synonte arritjen e shëndetit për të gjithë nëpërmjet kujdesit shëndetësor parësor, dhe ky objektiv u afirmua më tej në strategjitë e OKB-së për zhvillim të plotë socio-ekonomik pas Samiteve Botërore për Zhvillimin Social në vitet 1995 dhe 2000.

Sfidat kryesore me të cilat përballen qeveritë në zhvillimin e shëndetësisë

Ndryshimet dhe sfidat që u zhvilluan në nivel global, rajonal dhe kombëtar gjatë gjysmës së fundit të shekullit të 20-të kanë pasur ndikim të rëndësishëm në sistemet shëndetësore, në ritmin e zhvillimit të tyre dhe në rezultatet shëndetësore.

Në fushën politike, demokratizimi me rritjen e pjesëmarrjes së shoqërisë civile në qeverisje dhe përqendrimi në qeverisjen lokale dhe të decentralizuar ka ndikuar në konfigurimin e sistemeve shëndetësore në mbarë botën dhe në rajon. Zhvillimi i politikave po bëhet gjithnjë e më pjesëmarrës dhe organizimi dhe menaxhimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore po decentralizohet më tej në rajone dhe madje edhe në komunitete.

Ky trend u forcua pas Deklaratës së Alma-Ata-s.

Sfidat kryesore me të cilat përballen qeveritë në zhvillimin e shëndetësisë

Sfida kryesore që nga fillimi i viteve 1980 është përfaqësuar nga *lëvizja drejt ekonomive të tregut* dhe *ulja e interesit në planifikimin qendror në zhvillimin social dhe ekonomik*.

Në shumë ekonomi në zhvillim, reformat makroekonomike duke përfshirë rregullimet strukturore dhe programet e stabilizimit u zbatuan *nën presionin e Fondit Monetar Ndërkombëtar dhe Bankës Botërore* dhe shpesh të shoqëruara nga *shkurtimet në shpenzimet publike për sektorët social,* përfshirë *shëndetin dhe arsimin*.

Sfidat kryesore me të cilat përballen qeveritë në zhvillimin e shëndetësisë

Politikat e ndarjes së kostove (cost-sharing) u zbatuan për të kompensuar zvogëlimin e buxheteve qeveritare të caktuara për shëndetin.

Reformat makroekonomike çuan në kufizime në rekrutimin e profesionistëve të rinj të shëndetësisë dhe zëvendësimin e pensionistëve si pjesë e politikave dhe programeve të reduktimit të sektorit publik.

Reduktimi i shpenzimeve shëndetësore të qeverisë kontribuoi në *privatizimin pasiv*, pasi *institucioneve publike gjithnjë e më shumë u mungonin barnat e nevojshme dhe burimet njerëzore të motivuara*, duke inkurajuar ata përdorues të sektorit publik që mund ta përballonin koston që të transferoheshin tek ofruesit privatë.

Sfidat kryesore me të cilat përballen qeveritë në zhvillimin e shëndetësisë

Politikat aktive të privatizimit u përqafuan gjithashtu në shumicën e sistemeve shëndetësore nëpërmjet *stimujve* që i'u *ofruan investitorëve privatë* në formën e kredive të subvencionuara dhe kredive tatimore, veçanërisht në rajonet e varfra dhe të privuara.

Nxitjet u zhvilluan gjithashtu në shumë sisteme shëndetësore të vendeve në zhvillim, duke u lejuar *punonjësve publikë të shëndetësisë të ushtrojnë privatisht aktivitetin e tyre brenda dhe jashtë objekteve publike*.

Në fushën sociale, sfidat kryesore përfaqësohen nga *varfëria në rritje*, *zgjerimi i pabarazive* brenda dhe mes vendeve dhe *rritja e përjashtimit social*.

Sfidat kryesore … disa fakte

Pothuajse 3 miliardë njerëz jetojnë me më pak se 2 dollarë në ditë, pavarësisht rritjes së të ardhurave për frymë në shumë vende në zhvillim.

Raporti mesatar i të ardhurave në nivelin global të 20% më të pasurve të popullsisë kundrejt 20% më të varfërve të popullsisë është 82-1, krahasuar me 30 në 1 në 1960.

Rritja e cënueshmërisë sociale, ekonomike dhe mjedisore shoqërohet me një përkeqësim të gjendjes shëndetësore të komuniteteve të privuara dhe bën thirrje për një *rol më proaktiv të qeverive*.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Në përgjithësi vendet në zhvillim janë zotuar të mbrojnë vlerat e barazisë dhe të drejtësisë shoqërore dhe i rikonfirmojnë ato përmes nënshkrimit të Deklaratës të Alma-Ata-s dhe miratimit të "Shëndet për të Gjithë" për shekullin 21, i cili thekson rëndësinë e shëndetit si e drejtë e njeriut dhe në kontekstin e sigurisë njerëzore.

Zhvillimi shëndetësor ka vëmendje të madhe në axhendat politike dhe sociale të Shteteve Anëtare të OBSH-së, siç pasqyrohen në programet e partive politike të përfshira në zgjedhjet e fundit presidenciale dhe parlamentare, dhe në shumë programe reformash që synonin përmirësimin e performancës së sistemit shëndetësor.

Megjithatë, zhvillimet e reja ndikohen nga ndryshimet dhe sfidat me të cilat ballafaqohet zhvillimi shëndetësor në botë.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Analiza e llogarive kombëtare shëndetësore ka treguar se në shumicën e vendeve me të ardhura të mesme dhe me të ardhura të ulëta, *shpenzimet qeveritare, si përqindje e shpenzimeve totale shëndetësore*, po *zvogëlohen me kalimin e kohës*.

Profili i ri i financimit karakterizohet nga *vendosja e barrës në rritje të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor mbi familjet dhe komunitetet* dhe *zvogëlimi i barazisë dhe drejtësisë në financimin e kujdesit shëndetësor*.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Disa studime të kryera në vendet me të ardhura mesatare kanë zbuluar se 2% e familjeve përballen me shpenzime katastrofale për shkak të shëndetit jo të mirë, duke u detyruar të shpenzojnë ndërmjet 30% dhe 40% të të ardhurave të tyre të disponueshme për trajtim mjekësor dhe rrezikun varfërimit për shkak të ngjarjeve të lidhua me sëmundjen.

Përveç vendeve me të ardhura të larta dhe prodhuesve të naftës, të cilat përfaqësojnë vetëm një përqindje të vogël të popullsisë së vendeve në zhvillim, niveli i mbrojtjes sociale është mjaft i kufizuar.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Në vendet me të ardhura të ulëta, që përbëjnë gati gjysmën e popullsisë, pjesa qeveritare e shpenzimeve totale të kujdesit shëndetësor po zvogëlohet dhe përfaqëson vetëm 20% -30%, gjë që shkakton shqetësime serioze rreth barazisë.

Hendeku financiar në financimin e kujdesit shëndetësor, bazuar në rekomandimet e Komisionit për Makroekonominë dhe Shëndetin në lidhje me sigurimin e shërbimeve shëndetësore bazë, është aq i madh sa që Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit të OKB-së nuk ka gjasa të arrihen pa përpjekje konkrete për të krijuar solidaritet rajonal dhe ndërkombëtar për zhvillimin e shëndetësisë.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Në vendet me të ardhura të larta, ku qasja është pothuajse universale dhe përmes buxhetit të qeverisë, po bëhen përpjekje për të reduktuar shpenzimet publike në shëndetësi duke zbatuar pagesat e përdoruesve për shërbimet publike dhe duke hartuar politika kontributive përmes skemave të parapagimit për popullatën e huaj.

Praktika e dyfishtë e profesionistëve që punojnë në sektorin publik ka kontribuar për zbehjen e kufijve midis sektorëve publikë dhe privatë dhe për një formë të privatizimit pasiv.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Në disa vende, shërbimet publike u jepen *ofruesve privatë* sidomos *shërbimet ndihmëse dhe jo-klinike*, duke përfshirë *sigurimin*, *furnizimin me ushqime*, *lavanderi* etj.

Disa shërbime të *kushtueshme të imazherisë dhe stomatologjisë* gjithashtu janë kontraktuar tek *ofruesit privatë* si pjesë e politikave të privatizimit aktiv .

Ministritë e shëndetësisë *nuk janë të pajisura dhe përgatitura mirë* për të *menaxhuar kombinimin e ri publik-privat* në ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Menaxhimi i përzierjes publike-private në sistemet shëndetësore po bëhet i vështirë për shkak të disa dobësive institucionale të ministrive të shëndetësisë, veçanërisht në lidhje me qeverisjen dhe mjetet dhe instrumentet e përshtatshme rregullatore.

Vendosja e standardeve dhe zhvillimi i normave për sigurimin dhe përmirësimin e cilësisë janë gjithashtu të dobëta.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Sektori privat po luan një rol në rritje në ofrimin e shërbimeve mjekësore dhe në trajnimin e burimeve njerëzore për shëndetin.

Sidoqoftë, *rritja e sektorit privat* në ofrimin e shërbimeve shpesh është e *pakoordinuar*, duke çuar në *dyfishimin/dublikimin e strukturave qeveritare* dhe *të sigurimeve shoqërore* dhe në *rritjen e pabarazive* në qasjen ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor cilësor.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Roli në rritje i sektorit privat në edukimin e personelit shëndetësor *nuk është mbështetur nga një rol më i fuqishëm i qeverisë* në përcaktimin e normave dhe standardeve të përshtatshme për prodhimin e burimeve njerëzore.

Kjo ngre shqetësime në lidhje me cilësinë e profesionistëve të rinj të trajnuar në institucionet private dhe sigurinë e punësimit për të diplomuarit e rinj nga shkollat private.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Si pjesë e mundësive të ofruara nga globalizimi, disa investitorë privatë po kërkojnë vende të hapura në fushën e turizmit mjekësor dhe shëndetësor në disa vende dhe po planifikojnë të zgjerojnë objektet e tyre spitalore me teknologji mjekësore të nivelit më të lartë.

Rreziku i *zhvillimit të pakoordinuar* mund të çojë në tregje të ngopura për kujdesin spitalor dhe bën thirrje për një *rol aktiv për qeveritë në rregullimin e furnizimit të shërbimeve*.

Konkluzione

Qeveritë kanë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë në ekonomitë e zhvilluara dhe ato në zhvillim, duke pasur parasysh mandatin e tyre social dhe natyrën e veçantë të tregut të kujdesit shëndetësor.

Përpjekjet e iniciuara nga qeveritë për të ndërtuar sisteme moderne shëndetësore duhet të vazhdojnë dhe përshtaten me ndryshimet dhe sfidat e reja në fushat politike, ekonomike, sociale dhe kulturore.

Konkluzione

Pavarësisht nga presionet me të cilat po përballen qeveritë për menaxhimin e sektorëve socialë, ministritë e shëndetësisë duhet të vazhdojnë të luajnë rolin e tyre udhëheqës në zhvillimin e shëndetësisë dhe duhet të mbrojnë rëndësinë e investimit në shëndetësi dhe mbrojtjen e vlerave shoqërore të barazisë, solidaritetit dhe drejtësisë.

Konkluzione

Zhvillimi i shëndetësisë duhet të *koordinohet midis të gjitha ministrive* dhe *agjencive përkatëse të qeverisë* dhe *me të gjitha palët e interesit*, duke përfshirë akademinë, shoqatat profesionale, sektorin privat dhe organizatat e shoqërisë civile.

Duhet të bëhen përpjekje për të *promovuar rëndësinë qendrore të shëndetit në zhvillimin gjithëpërfshirës socio-ekonomik*.

Konkluzione

Sektori privat po merr një rol në rritje në financimin dhe shpërndarjen/ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Megjithatë, duhet të kujdesemi për të siguruar që zhvillimet e tilla *nuk janë në kurriz të një sektori publik efektiv* dhe *efikas* dhe të *sigurohemi që ato të zbatohen nën udhëheqje të fortë dhe qeverisje optimale nga qeveria*.

Privatizimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore duhet të jetë i dizajnuar mirë dhe i udhëhequr nga ministritë e shëndetësisë dhe departamentet e tjera përkatëse, duke marrë parasysh obligimet sociale të qeverive në zhvillimin e shëndetësisë dhe qëllimet kryesore të sistemit shëndetësor.

Rekomandime

Qeveritë duhet të *promovojnë investimet në zhvillimin e shëndetësisë* duke qënë se këto investime kanë efektivitet (kthim) të rëndësishëm ekonomik dhe duhet *të mbrojnë/advokojnë për rëndësinë qëndrore të shëndetit* në të gjitha iniciativat e zhvillimit.

Qeveritë duhet të vazhdojnë të *luajnë rolin e tyre udhëheqës* në zhvillimin e shëndetësisë në mënyrë që të mbrojnë vlerat shoqërore të barazisë, solidaritetit dhe drejtësisë në përputhje me politikat “shëndet për të gjithë” dhe strategjitë që e konsiderojnë shëndetin si një të drejtë njerëzore dhe jo si një mall në treg.

Rekomandime

Qeveritë duhet të *forcojnë aftësitë e tyre qeverisëse*, veçanërisht në zhvillimin e politikave, rregullimin dhe menaxhimin e përzierjeve/partneriteteve publike-private.

Roli i qeverisë në ofrimin e shërbimeve duhet të mbrohet në mënyrë që të sigurohet aksesi për grupet e varfëra, të pambrojtura dhe popullatat rurale dhe të largëta.

Një interes i veçantë duhet t'i kushtohet *përmirësimit të kushteve të punës për profesionistët që punojnë me kohë të plotë në mjediset publike të shëndetësisë*.

Rekomandime

Qeveritë duhet të p*romovojnë zhvillimin e observatorëve kombëtarë të sistemit shëndetësor* që synojnë zhvillimin e forumeve për të vlerësuar performancën e barazisë dhe të sistemit shëndetësor dhe për të përshtatur më mirë reformat e politikave ndaj ndryshimeve në zhvillim në fushat politike, ekonomike dhe sociale.

SHEMBUJ TË ROLIT TË QEVERISË NË SHTETE TË NDRYSHME

Australia

Tre nivelet e qeverisjes janë kolektivisht përgjegjës për sigurimin e kujdesit shëndetësor universal: niveli federal; niveli shtetëror dhe territorial; dhe lokal.

Qeveria federale kryesisht siguron fonde dhe mbështetje indirekte për shtetet dhe profesionet shëndetësore, duke subvencionuar ofruesit e kujdesit parësor nëpërmjet Skemës së Përfitimeve të Medicare (MBS) dhe Skemës së Përfitimeve Farmaceutike (PBS) si dhe sigurimin e fondeve për shërbimet shtetërore. Ajo ka vetëm një rol të kufizuar në ofrimin e shërbimeve direkte.

Shtetet kanë shumicën e përgjegjësisë për spitalet publike, shërbimet e ambulancës, kujdesin dentar publik, shërbimet shëndetësore të komunitetit dhe kujdesin për shëndetin mendor. Ata kontribuojnë me fondet e veta përveç atyre të siguruara nga qeveria federale.

Qeverisja vendore (lokale) luan një rol në ofrimin e programeve shëndetësore dhe parandaluese në komunitet, të tilla si imunizimi dhe rregullimi i standardeve ushqimore.

Kanadaja

Provincat dhe territoret në Kanada kanë përgjegjësinë kryesore për organizimin dhe dhënien e shërbimeve shëndetësore dhe mbikëqyrjen e ofruesve. Shumë prej tyre kanë krijuar *autoritetet rajonale shëndetësore* që planifikojnë dhe ofrojnë shërbime publike të financuara në nivel lokal.

Në përgjithësi, këto autoritete janë përgjegjëse për financimin dhe ofrimin e kujdesit spitalor, të komunitetit dhe kujdesin afatgjatë, si dhe shërbimet shëndetësore mendore dhe publike.

Qeveria federale bashkëfinancon programet e provincave dhe territoriale, të cilat duhet t'i përmbahen Aktit Shëndetësor të Kanadasë (1985), i cili përcakton standardet për shërbimet spitalore, diagnostikuese dhe mjekësore "të nevojshme nga ana mjekësore".

Kanadaja

Akti deklaron se për të patur të drejtën për të marrë kontribute të plota federale për kujdesin shëndetësor, çdo plan provincial sigurimi shëndetësor duhet të jetë: i administruar publikisht, i plotë në mbulim, universal, i lëvizshëm nëpër provinca dhe i arritshëm (për shembull, pa pagesa për pacienët).

Qeveria federale gjithashtu rregullon sigurinë dhe efikasitetin e pajisjeve mjekësore, farmaceutike dhe produkteve natyrale të shëndetit; financon kërkimin shëndetësor; administron një varg shërbimesh për popullata të caktuara, përfshirë Kombet e Para, Inuitët, pjesëtarët e Forcave të Armatosura Kanadeze, disa veteranë, refugjatë të rivendosur, të burgosur në burgjet federale; si dhe administron disa funksione të shëndetit publik.

Kina

Në Kinë, qeveria qendrore ka përgjegjësinë e përgjithshme për legjislacionin, politikat dhe administratën shëndetësore kombëtare.

Ajo udhëhiqet nga parimi që çdo qytetar ka të drejtë të marrë shërbime bazë të kujdesit shëndetësor, me qeveritë lokale - provincat, prefekturat, qytete, qytezat dhe fshatrat - përgjegjëse për ofrimin e tyre, me variacione sipas rrethanave lokale.

Autoritetet shëndetësore përfshijnë Komisionin Kombëtar të Shëndetit dhe Planifikimit Familjar dhe Komisionet Lokale të Planifikimit të Shëndetit dhe Planifikimit Familjar, të cilat kanë përgjegjësinë kryesore për organizimin dhe shpërndarjen/ofrimin e kujdesit shëndetësor dhe mbikëqyrjen e ofruesve (kryesisht spitale).

Autoritetet shëndetësore në nivelin e prefekturës, qytetit dhe fshatit kanë një fleksibilitet të kufizuar në zbatimin e politikave shëndetësore të provincave.

Gjermania

Sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm për të gjithë qytetarët dhe për banorët e përhershëm të Gjermanisë. Ai sigurohet nga dy sisteme:

1) fondet e sigurimeve shëndetësore konkuruese jo-fitimprurëse, jo-qeveritare ("fondet e sëmundjeve" – ishin 118 në Janar 2016) në sistemin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor (SHI); dhe

2) sigurimi shëndetësor privat zëvendësues (PHI).

Shtetet zotërojnë shumicën e spitaleve universitare, ndërsa bashkitë luajnë një rol në aktivitetet e shëndetit publik dhe zotërojnë rreth gjysmën e shtretërve spitalorë.

Megjithatë, nivelet e ndryshme të qeverisjes nuk kanë pothuajse asnjë rol në financimin e drejtpërdrejtë ose në ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Në një masë të madhe, rregullorja i delegohet shoqatave vetëqeverisëse brenda fondeve të sëmundjes dhe shoqatave të ofruesve, të cilat së bashku përfaqësohen nga organi më i rëndësishëm, Komiteti i Përbashkët Federal.

Franca

Sigurimi i kujdesit shëndetësor në Francë është përgjegjësi kombëtare. Ministria e Çështjeve Sociale, Shëndetësisë dhe të Drejtave të Grave është përgjegjëse për përcaktimin e strategjisë kombëtare. Gjatë dy dekadave të fundit, shteti është përfshirë gjithnjë e më shumë në kontrollin e shpenzimeve shëndetësore të financuara nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor (SHI).

Planifikimi dhe rregullimi brenda kujdesit shëndetësor përfshijnë negociatat ndërmjet përfaqësuesve të ofruesve, shtetit, dhe SHI. Rezultatet e këtyre negociatave janë përkthyer/reflektuar në ligjet e miratuara nga Parlamenti.

Përveç përcaktimit të strategjisë kombëtare, përgjegjësitë e qeverisë qendrore përfshijnë shpërndarjen e shpenzimeve të buxhetuara ndërmjet sektorëve të ndryshëm (spitale, kujdes ambulator, shëndet mendor dhe shërbime për banorët me aftësi të kufizuara) dhe, në lidhje me spitalet, midis rajoneve.

Anglia

Përgjegjësia për legjislacionin shëndetësor dhe politikën e përgjithshme në Angli i takon Parlamentit, Sekretarit të Shtetit për Shëndetësinë dhe Departamentit të Shëndetësisë.

Sipas Aktit të Shëndetit (2006), Sekretari i Shtetit ka një detyrim ligjor për të promovuar një shërbim shëndetësor gjithëpërfshirës që ofron kujdes pa pagesë, përveç shërbimeve me tarifa që tashmë janë në fuqi. Të drejtat për ata që mund të përfitojnë kujdesin e Shërbimit Kombëtar të Shëndetit (NHS) janë përmbledhur në Kushtetutën e NHS; ato përfshijnë të drejtën për qasje/akses në kujdes pa diskriminim dhe brenda afateve kohore të caktuara për disa kategori, të tilla si urgjenca dhe kujdesi spitalor i planifikuar.

Anglia

Departamenti i Shëndetësisë siguron kujdestari për sistemin e përgjithshëm shëndetësor, por përgjegjësia e përditshme për drejtimin e NHS qëndron në një organ publik të veçantë, NHS England.

NHS England administron buxhetin e NHS, mbikëqyr 209 Grupe Lokale të Komisioneve Klinike (CCGs) dhe siguron që objektivat e përcaktuara në një mandat vjetor nga Sekretari i Shtetit për Shëndetësinë janë përmbushur, duke përfshirë qëllimet lidhur me eficiencen dhe shëndetësinë.

Buxhetet për shëndetin publik mbahen nga autoritetet e qeverisjes vendore, të cilave ju kërkohet të mbajnë "borde të shëndetit dhe të mirëqenies" për të përmirësuar koordinimin e shërbimeve lokale dhe për të zvogëluar pabarazitë shëndetësore.

Shtetet e Bashkuara të Amerikës

Akti “Affordable Care Act” (ACA), i miratuar në vitin 2010, krijoi "përgjegjësi të përbashkët" midis qeverisë, punëdhënësve dhe individëve për të siguruar që të gjithë amerikanët të kenë akses në sigurime shëndetësore të përballueshme dhe me cilësi të mirë.

Megjithatë, mbulimi shëndetësor mbetet i fragmentuar, me burime të shumta private dhe publike, si dhe boshllëqe të gjera në nivelet e të siguruarve në të gjithë popullsinë e SHBA. Qendra për Shërbimet e Medicare dhe Medicaid (CMS) administron Medicare, një program federal për të personat 65 vjec e lart dhe disa njerëz me aftësi të kufizuara, dhe punon në partneritet me qeveritë e shteteve për të administruar edhe Medicaid dhe Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP), një konglomerat e programeve shtetërore-federale për popullata të caktuara me të ardhura të ulëta.

Shtetet e Bashkuara të Amerikës

Sigurimi privat rregullohet kryesisht në nivel shtetëror.

Në vitin 2014, u krijuan tregjet e sigurimeve shëndetësore të administruara nga shteti dhe në nivel federal për të siguruar akses shtesë në mbulimin e sigurimeve private, me subvencione të primeve të bazuara në të ardhura për njerëzit me të ardhura të ulta dhe të mesme.

Përveç kësaj, shteteve iu dha mundësia për të marrë pjesë në një zgjerim federal të subvencionuar të të drejtës për t’u përfshirë në Medicaid.

LEKSIONI 3

–

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR – PËRDORUESIT / KONSUMATORËT / PACIENTËT

HYRJE

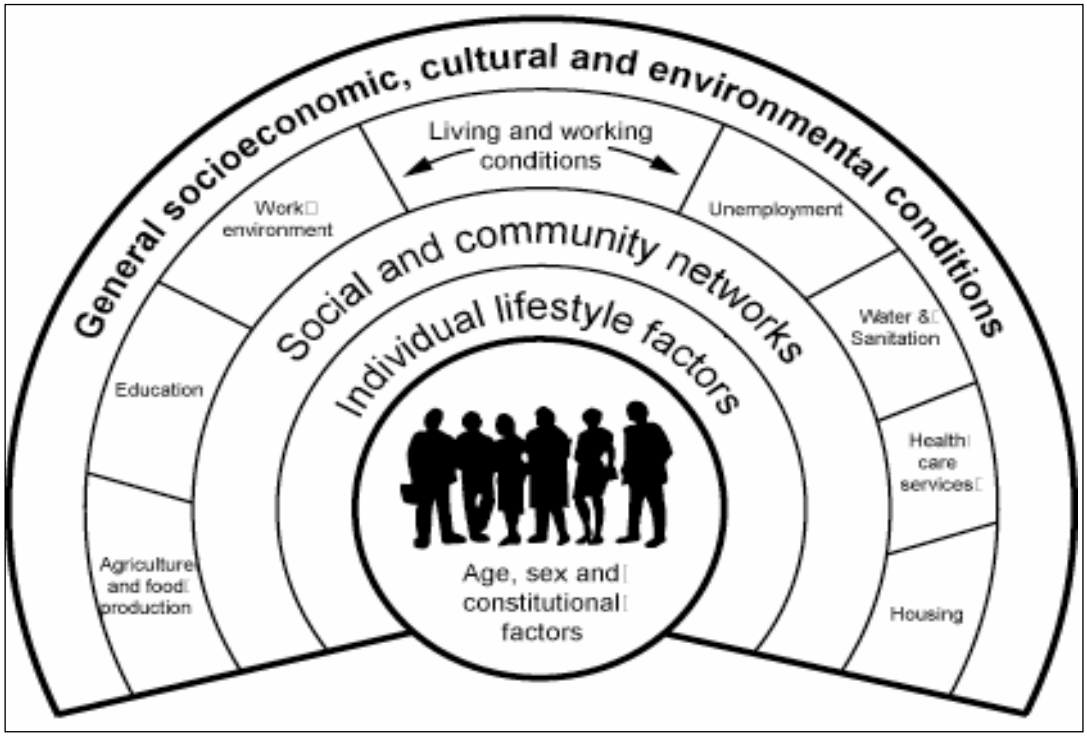
Gjatë hartimit të një sistemi shëndetësor, duhet të përpiqemi të kuptojmë se për çfarë kanë nevojë përdoruesit dhe si mund të përmbushen më mirë nevojat e tyre.

Modeli i përqendruar tek përdoruesit është një kuadër i proceseve në të cilat detyrat, nevojat dhe dhimbjet/ankesat e përdoruesit drejtojnë secilës fazë të procesit të dizajnimit. Për të ofruar një eksperiencë gjithëpërfshirëse të përdoruesit, duhet të konsiderojmë të gjithë ata që bashkëveprojnë me një sistem, qoftë drejtpërdrejt ose tërthorazi.

Shkaqet e shëndetit jo të mirë dhe klasifikimi i tyre

Arsyet për të kontaktuar dhe kërkuar ndihmën e sistemit shëndetësor janë të shumëllojta. Natyrisht, influenca dhe faktorë të shumtë mund të ndikojnë dhe ndërveprojnë me njëri-tjetrin për të prodhuar një nivel të caktuar shëndeti (ose sëmundjeje) në një individ të caktuar në një vend dhe kohë të dhënë (Figura 1).

Figura 1. Rrethanat e përgjithshme socio-ekonomike, kulturore dhe mjedisore që ndikojnë në shëndet



(Burimi: G Dahlgren and M Whitehead, 1991)

Në vija të përgjithshme, faktorët që ndikojnë në shëndet dhe sëmundje përfshijnë:

- Tërsinë e faktorëve individualë (mosha, gjinia, etnia, etj.);
- Tërësinë e faktorëve që lidhen me stilin individual të jetesës;
- Tërësinë e faktorëve që kanë të bëjnë me rrjetet sociale dhe komunitetet;
- Tërësinë e faktorëve që kanë të bëjnë me kushtet e jetesës dhe të punës (papunësia, uji dhe saniteti, shërbimet e kujdesit shëndetësor, strehimi, mjedisi i punës, edukimi, bujqësia dhe prodhimi i ushqimeve, etj.;
- Tërësia e faktorëve që kanë të bëjnë me kushtet e përgjithshme socio-ekonomike, kulturore dhe mjedisore.

Arsyet për të kontaktuar me sistemin shëndetësor

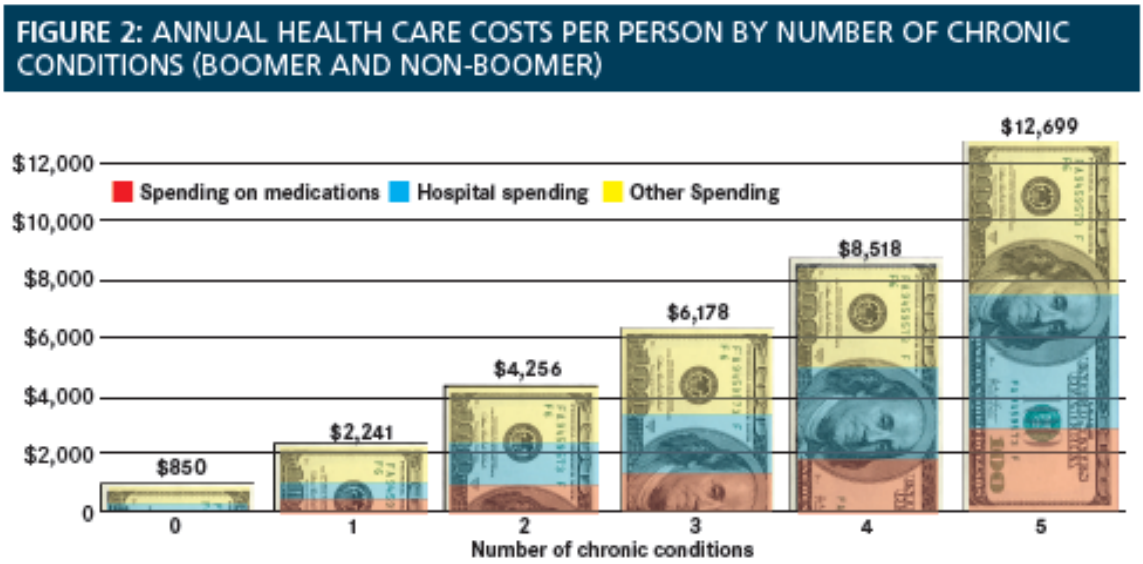
Arsyet kryesore që i shtyjnë njerëzit të kontaktojnë sistemin shëndetësor përfshijnë:

- Gjendjet shëndetësore akute (urgjencat mjekësore, trauma, dhe cdo lloj tjetër problemi që kërkon ndërhyrje urgjente për të ruajtur shëndetin);
- Cdo sëmundje apo gjendje shëndetësore që ka nevojë për mendim apo trajtim të specializuar;
- Sëmundjet kronike;
- Sëmundjet infektive akute;
- Probleme të shëndetit mendor;
- Shëndeti oral;
- Shëndeti fizik (përfshirë mbipeshën, obezitetin, etj.);
- Probleme si pasojë e stilit jo të shëndetshëm të jetesës;
- Cështje që kanë të bëjnë me shtatzëninë (tek femrat);
- Cështje të moshimit;
- Cështje estetike;
- Cështje që kanë të bëjnë me rehabilitime të ndryshme;
- Trajtimi i varësisë të ndryshme;
- Shërbime apo ndërhyrje parandaluese;
- Nevoja për informim, këshillim apo marrjen e opinioneve të dyta apo të treta; etj.

Natyrisht, në varësi të nevojave të përdoruesve do të variojë dhe kostoja e kujdesit shëndetësor për të cilin ata kanë nevojë.

Për shumbull, në Figura 2 në vijim paraqiten kostot vjetore shendetësore për person sipas numrit të sëmundjeve [1] që ata kanë:

Figura 2. Kostoja vjetore shëndetësore për person sipas numrit të sëmundjeve kronike



Adapted from *When I'm 64: How Boomers Will Change Health Care*, American Hospital Association, 2007.

Kurse Figura 3 dhe Figura 4 paraqesin disa aspekte të kostove në rritje të epidemisë së obezitetit në SHBA.

Figura 3. Kostoja e obesitetit në SHBA, 1999-2012

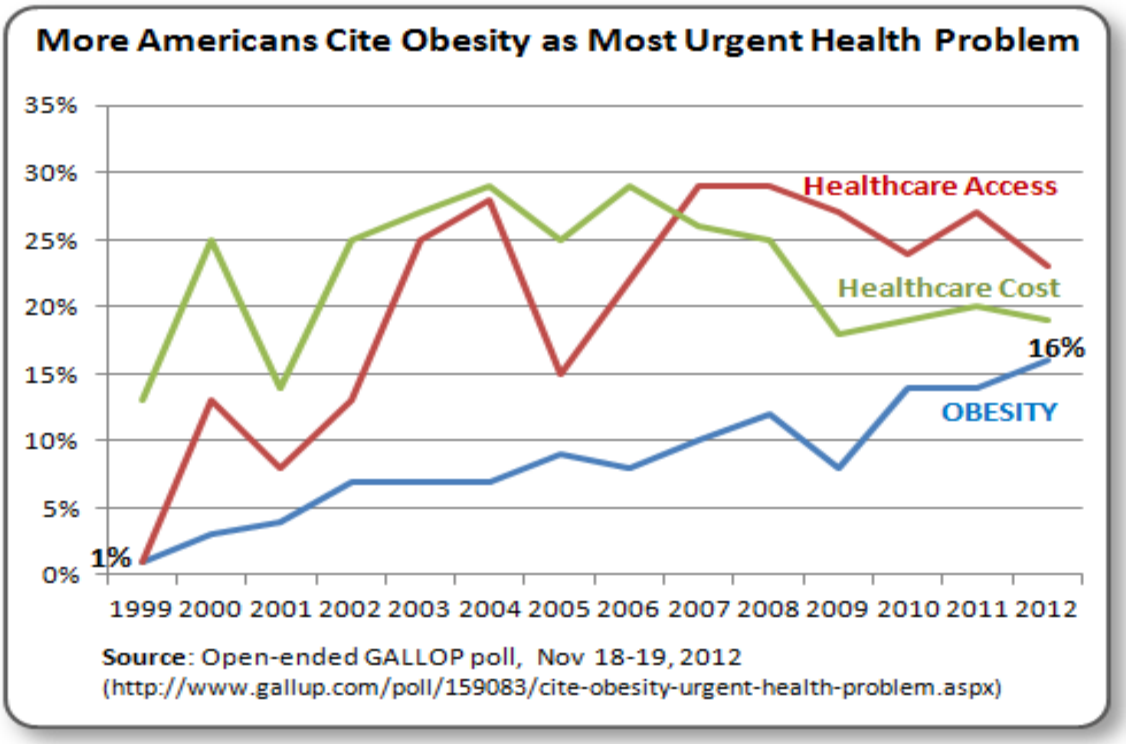
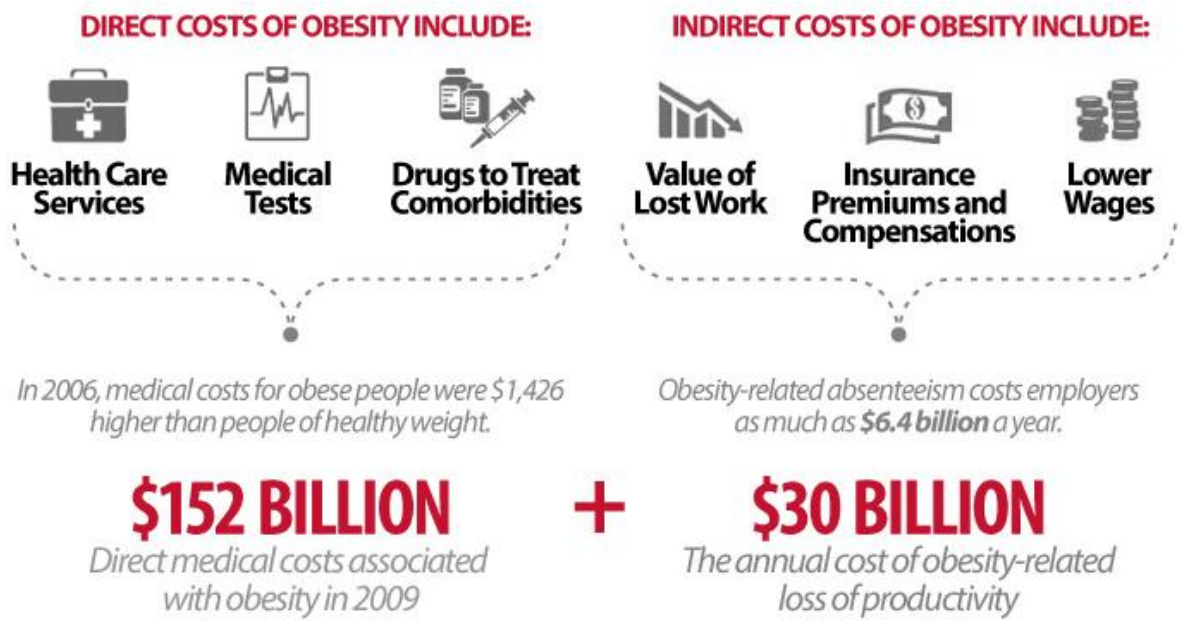


Figura 4. Kostot direkte dhe indirekte të obezitetit në SHBA [2]



Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Një element i rëndësishëm i performancës optimale të sistemit shëndetësor është dhe *përfshirja e përdoruesve të këtij sistemi (pacientëve) në procesin e vendim-marrjes*, ose *lirinë për të shprehur opinionin e tyre* lidhur me mënyrat e ndryshme të trajtimit dhe mbajtjes së regjimit të rekomanduar apo pjesëmarrja në procesin e meanxhimit dhe vetë-menaxhimit të gjendjes shëndetësore përkatëse [3]. Këto aspekte përfshijnë gjithashtu është shkëmbimin e informacionit, ndjenjave dhe shenjave si dhe pranimi i këshillave dhe udhëzimeve të ekipit mjekësor lidhur me menaxhimin e sëmundjes [3].

Në përgjithësi, termi "*përfshirja e pacientit*" nuk kuptohet qartë dhe në mënyrë të plotë as nga pacientët as nga stafi mjekësor, duke nënkuptuar kështu gjëra të ndryshme për njerëz të ndryshëm.

Për disa "përfshirja e pacientit" nënkuptonte një koncept të paqartë që ka të bëjë me jetesën e shëndetëshme dhe përgjegjësia personale për shëndetin vetjak. Si për mjekët ashtu edhe për pacientët, ky koncept shpesh thjeshtohej në shprehjen "pranim dhe zbatim i urdhërave të mjekut" [4]. Në raste të tjera, termi mendohet së nënkupton dhënien e informacioneve bazë mjekut nga pacientët lidhur me simptomat, por nuk konsiderohet si një mjet për të rritur dialogun dhe ndërveprimin me stafin mjekësor.

Mjekët dhe pacientët mendojnë që komunikimi është një aspekt qendror i përfshirjes së pacientëve. Por, për pacientët kjo nënkuptonte që mjekët duhet t'u shpjegojnë atyre diagnozën e sëmundjes dhe trajtimin e saj. Kurse për mjekët kjo nënkuptonte që pacientët duhet të përshkruajnë simptomat e tyre dhe t'i mbajnë mjekët të informuar lidhur me progresin e trajtimit [4]. Prandaj, një nga barrierat më të mëdha ndaj komunikimit efektiv

është dhe koha që mjekët kalojnë apo kanë në dispozicioni për pacienët. Të dyja palët, si mjekët ashtu dhe pacientët, mendojnë se mjekët kanë kohë të pamjaftueshme për të shpjeguar opsionet e ndryshme të trajtimit [4].

Në shumë raste janë të pranishme "marrdhëniet tradicionale mjek-pacient", ku mjeku shihet si "zoti" dhe profesionisti i pasfidueshëm kurse pacietët ndjehen jo të lirshëm për të dhënë mendimin e tyre. Ku raporti mjek-pacient është më i clirët, pacientët e kanë më të lehtë për të shprehur mendimin e tyre [4]. Për këtë arsye, pacientët mendojnë se me infermieret mund të komunikohet më lehtë dhe më efektivisht krahasur me mjekët, veçanërisht ato në spitale [4].

Ndërsa profesionistët e kujdesit shëndetësor priren të jenë të kënaqur me marrëdhënien aktuale me pacientët, pacientët duan një marrëdhënie më të balancuar dhe kjo shpesh lidhur me shkëmbimin e informacionit. Ndërsa pacientët nuk duan të jenë përgjegjës për marrjen e vendimeve, ata mendojnë së është e rëndësishme të mund të bëjnë pyetje dhe të kuptojnë se si janë marrë vendimet [4].

Mundësia për të zgjedhur është gjithashtu një aspekt kyç i përfshirjes së pacientëve, në këndvshtrimin e disa prej tyre. Zgjedhja përfshin një sërë çështjesh duke përfshirë: të qenurit në gjendje të ndryshosh mjekët dhe të jenë të vetëdijshëm për trajtimet alternative. Mundësia për të zgjedhur konsiderohet si më problematike për praktikuesit/ofruesit, pasi disa prej tyre mendojnë se pacientët do të hutoheshin nëse do t'u jepnin alternativa ose do të kishin më pak besim në trajtimin e propozuar [4].

Megjithëse lidhet më shumë me konceptin e kompetencave shëndetësore se sa përfshirja e pacientit në vetvete, opinion i përgjithshëm është se interneti është fusha ku ka pasur zhvillimet më domethënëse pasi pothuajse të gjithë pacientët tani kanë akses më të madh në informacionin rreth simptomave të tyre dhe kujdesit shëndetësor (si dhe rreth opsioneve të kujdesit shëndetësor). Kjo konsiderohet si pozitive nga pacientët, por u pa më ambivalente (që krijon paqartësi) nga disa ofrues të kujdesit shëndetësor. Rregullimi më i madh i informacionit u konsiderua si një mbrojtje e dobishme kundër rrezikut të "diagnozës së gabuar nëpërmjet internetit" nga pacientët [4].

Nga ana tjetër, profesionistët e kujdesit shëndetësor konsiderojnë së përfshirja e pacientëve ka disa përfitime të tilla si: pacientë më të motivuar dhe të angazhuar, me ndjeshmëri më të madhe dhe aftësi të rritura për të kuptuar problemet. Pacientët mendojnë se përfitimet përfshijnë më shumë informacion dhe opsione në lidhje me trajtimin dhe një dialog më të hapur me personelin shëndetësor ku përmirësohet komunikimi dhe mund të bëhen pyetje.

Dy rreziqet kryesore të "përfshirjes së pacientit" u perceptuan të jenë kërkesat e nevojshme për burime (për shembull, kohë dhe staf shtesë) dhe ndikimi negativ që mund të ketë në marrëdhënien e mjek-pacient:

- Shtimi i shpjegimeve lidhur me kujdesin shëndetësor dhe diskutimi i opsioneve të trajtimit nënkupton një rritje të kërkesës për kohën e mjekëve.
- Më shumë të dhëna nga pacienti - potencialisht të bazuara në informacionet e pasakta të mbledhura nga interneti - mund të nënkuptojë që pacientët që nuk pajtohen me ekspertin e kujdesit shëndetësor dhe mund të refuzojnë trajtimin më të mirë [4].

Megjithatë, këto konsiderata ndryshojnë edhe sipas llojit të pjesëmarrësve ose pacientëve:

- Pacientët me sëmundje kronike kanë tendencë të kenë më shumë përvojë në vetë-monitorimin dhe aspekte të tjera dhe shpesh kanë një kuptim më praktik të përfshirjes së pacientit.
- Pacientët më të rinj në moshë dhe ata me arsimim më të mirë kanë zakonisht pritshmëri më të larta të përfshirjes së tyre dhe priren të jenë më pak të gatshëm të vënë në diskutim vendimet e marra për kujdesin shëndetësor të tyre.

Përvec aspekteve të përbashkëta, ka dhe dallime midis vendeve të caktuara (që për thjeshtësi po i referohemi si "lindje" dhe "perëndim"). Në përgjithësi në vendet e Lindjes (Republika Çeke, Hungaria, Letonia, Polonia, Rumania, Sllovakia dhe në një masë më të vogël Greqi) gjendja aktuale e infrastrukturës së kujdesit shëndetësor është përshkruar shpesh si më pak e financuar dhe në mënyrë joadekuate duke patur prirje për marrëdhënie më pak të balancuara midis mjekëve dhe pcientëve. Në këto vende, pacientët kanë tendencë të kenë më pak njohuri se çfarë mund të përfshijë ose nënkuptojë "përfshirja e pacientit" dhe ka më shumë ngurrim për të patur një marrëdhënie më interaktive me kujdesin e tyre shëndetësor [4].

Sidoqoftë, të dhënat tregojnë se përfshirja e pacientëve, në kuptimin e vendosjes së pacientëve në zemër të procesit të kujdesit shëndetësor, duket se kuptohet dobët nga shumë profesionistë dhe pacientë në të gjithë Bashkimin Europian, me fare pak ide dhe aktivitete konkrete të cilat formëzojnë konceptin në praktikën reale të kujdesit shëndetësor [4].

Pacienti në qendër në organizimin e sistemeve të integruara të kujdesit shëndetësor

Kujdesi shëndetësor me pacientin në qendër po bëhet një faktor më i rëndësishëm suksesi në dizenjimin e sistemeve të integruara të kujdesit shëndetësor.

Për këtë arsye do përpiqemi të ofrojmë një strukturë të një hierarkie të nevojave dhe pritshmërive të pacientëve për dizenjimin e sistemeve të organizuara të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor.

A duhet të dizenjohen sistemet e kujdesit shëndetësor në përputhje me nevojat e pacientëve?

Shqyrtimi dhe marrja në konsideratë e nevojave, pritshmërive dhe prioriteteve të pacientëve ka një efekt pozitiv në angazhimin e pacientëve ndaj trajtimit dhe për këtë arsye mund të përmirësojë rezultatet e programeve të ofrimit të kujdesit shëndetësor [5,6].

Përfshirja aktive e pacientit (fuqizimi) dhe shqyrtimi i pritshmërive dhe prioriteteve të pacientëve mund të rrisin në mënyrë të qëndrueshme pranimin e sistemit. *Kujdesi i integruar*, *kujdesi i koordinuar* dhe *menaxhimi i sëmundjeve* janë sinonime për sistemet e organizuara të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor, që synojnë të strukturojnë kujdesin për një popullatë të përcaktuar ose procesin e kujdesit për një tregues (sëmundje) të përcaktuar.

Një pengesë e madhe për të futur shërbime inovative në sistemin e kujdesit shëndetësor është *pranimi i konsumatorëve dhe vendimmarrësve klinikë*. "Sistemet e kujdesit shëndetësor kanë sfidën e vështirë për të përmbushur në mënyrë efektive dëshirat dhe nevojat e pacientëve

duke përshtatur ndërhyrjet bazuar në preferencat e secilit person, si dhe në kontekstin personal dhe social" [7].

Ndërsa ekspertët veprojnë në interes të njerëzve në nevojë, pranimi nga ana e pacientëve dhe ekspertëve të tipareve ose vecorive të sistemeve të kujdesit të integruar është një parakusht që do të bëhet një tipar standard i sistemeve të sotme të kujdesit shëndetësor.

Shërbimet dhe organizatat inovative synojnë të arrijnë kujdes më cilësor, kosto më të ulëta dhe kënaqësi më të madhe të pacientëve.

Instituti i Mjekësisë thekson që *vendimet shëndetësore duhet të përshtaten bazuar në nevojat dhe vlerat e pacientëve* [8]. Porter dhe Teisberg theksojnë se "kujdesi shëndetësor është në përplasjeje të vazhdueshme me nevojat e pacientit dhe realitetin ekonomik" [9]. Në termat e politikës shëndetësore, kjo i referohet shërbimeve "që janë në përputhje të ngushtë me dhe i përgjigjen dëshirës, nevojave dhe preferencave të pacientëve" [10]. Problemi për të arritur këtë nuk qëndron në mungesën e njohurive, dhe as tek mos-gatishmëria e njerëzve për të shpenzuar para. Përkundrazi, vështirësitë qëndrojnë në aftësinë për të kuptuar prioritetet e njerëzve.

Sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin

Risia më e fuqishme strukturore në kujdesin shëndetësor do të bazohet në një ndryshim të paradigmës - sistemet e kujdesit shëndetësor të përqëndruar tek pacienti. Pavarësisht kësaj hipoteze, hartuesit e politikave dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor e konceptojnë pjesën më të madhe të sistemeve të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor, me një nivel të ulët të përfshirjes së publikut të gjerë. Për më tepër, literatura e publikuar nuk specifikon qartë rëndësinë relative që pacientët i'u atribuojnë karakteristikave të caktuara të kujdesit të integruar.

Pranimi i një programi të kujdesit (të integruar) bazohet në vlerësimin e pacientëve të tipareve dhe atributeve të shërbimeve të ofruara. Projektimi dhe dizenjimi i shërbimeve që janë të ndjeshme ndaj nevojave të pacientëve në kontekstin e burimeve të kufizuara mund të kërkojë që politikëbërësit dhe vendimmarrësit të zgjedhin midis disa karakteristikave të projektit. Ky është një nga problemet më të mëdha me të cilat politikëbërësit dhe vendimmarrësit do të përballen në vitet e ardhshme dhe ngre pikëpyetje për mënyrën se si duhet të organizohen sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor dhe se si duhet të ofrohen.

Për më tepër, përmbushja e pritshmërive mbi një varg atributesh mund të jetë e vështirë në kontekstin e buxheteve të kufizuara; kjo ka çuar në rritjen e interesit për metodat për vlerësimin e prioriteteve. Në rastin e sistemeve të integruara të shpërndarjes, vlerat e pacientit do të vlerësohen në lidhje me një sërë veçorish të rëndësishme të pacientit të sistemeve të organizuara të shpërndarjes.

Disa nga pyetjet që kërkojnë përgjigje janë: Cilat dimensione përshkruajnë më së miri pacientët dhe prioritetet e ekspertëve drejt një organizimi më të mirë të sistemeve të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor? Cilat karakteristika dhe dimensione e rrisin dobinë

(utilitetin) e pacientit nga pikëpamja e konsumatorit dhe ekspertit? Gjetjet mund të të përdoren në sektorët parandalues, kurativë dhe rehabilitues të kujdesit ndaj pacientit dhe të ndihmojnë në dizejnimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin.

Konteksti ku ndodh vendimmarrja: Cilat janë nevojat? Cfarë nënkupton "pacienti në qendër"?

Nevojat e pacientëve

Në përgjithësi, nevoja kuptohet si "një ndjenjë e mungesës me dëshirën për të lehtësuar këtë" [11]. Heqja e deficitit njihet si plotësimi i nevojës. Në kontekstin e këtij përkufizimi, prioritetet mund të konsiderohen si radha e heqjes së deficiteve.

Një term i lidhur ngushtë me konceptin e nevojës dhe prioriteteve është ai i dobisë (utilitetit). Kërkesa, që rrjedh nga nevojat, bazuar në dobinë e pritshme, duhet të shihet si rezultat i nën-proceseve të njëpasnjëshme dhe mund të konsiderohet një sekuencë intelektuale e sjelljes ekonomike.

Nga pikëpamja ekonomike, nevojat përfaqësojnë një komponent të rëndësishëm të motivit duke qenë se ato janë përgjegjëse për proceset e veprimit ekonomik dhe kështu mund të përdoren për të shpjeguar sjelljen [12,13].

Nëse prioritetet e pacientëve merren parasysh në mënyrë adekuate, mund të supozojmë në mënyrë të drejtë se kjo do të rrisë pranimin për shkak të rritjes së kënaqësisë, dhe rritjen e angazhimit, me trajtimin klinik dhe programet e shëndetit publik. Për këtë arsye, nevojat janë pikat fillestare për një analizë të motivimit për sjelljen e përdorimit dhe pranimin nga ana e pacientëve të sistemeve inovative të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Megjithëse këto terma përdoren zakonisht, ata ende nuk kanë një përkufizim të njëtrajtshëm. Për të analizuar nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve për këto lloj sistemesh të ofrimit të kujdesit, më parë duhet të përkufizojmë termat ose konceptet.

Sistemet e organizuara të kujdesit shëndetësor

"Sistemet e organizuara të kujdesit shëndetësor" mund të shihen si një term i përbashkët për shumë forma të ndryshme të kujdesit shëndetësor: kujdes i integruar, kujdes i koordinuar, qasje shumëdisiplinore ose kujdes i përqendruar tek mjekët, që sigurojnë shërbime shëndetësore racionale trans-funksionale, me në qendër pacientin, përgjatë të tërë vazhdimësisë së nevojave shëndetësore [14,15].

Si i tillë, termi "rrjetet e organizuara të kujdesit shëndetësor" mbulon të gjitha rrjetet të cilat vazhdimisht organizojnë dhe/ose ofrojnë kujdes shëndetësor për një grup të caktuar të popullsisë dhe mbajnë përgjegjësi mjekësore dhe financiare për kujdesin shëndetësor [16].

Kujdesi i integruar

Integrimi paraqet një set të unifikuar nga ana metodologjike që përfshin financimin, administrimin, organizimin dhe ofrimin e shërbimeve, me qëllim të vendosjes së koordinimit dhe bashkëpunimit ndërmjet sektorëve të ndryshëm të sistemit të kujdesit shëndetësor [17].

Kujdesi i integruar siguron shërbime shëndetësore racionale trans-funksionale, me në qendër pacientin, përgjatë të tërë vazhdimësisë së nevojave shëndetësore [14,15].

Kujdesi i koordinuar

Termi "kujdes i koordinuar" deri më sot nuk ka një përkufizim të unifikuar, përgjithësisht të vlefshëm. Në vend të kësaj, janë tentuar të jepën shumë përkufizime të termit. Bodenheimer e përcakton kujdesin e koordinuar si "integrim i vetëdijshëm i proceseve të kujdesit të pacientit midis dy ose më shumë aktorëve të përfshirë në trajtim në mënyrë që të mundësojë ose lehtësojë kujdesin e duhur për pacientin" [18].

Elementi qendror i përpjekjeve të shumta për të përkufizuar kujdesin e koordinuar është "pacienti në qendër" dhe përqendrimi në grupet specifike të synuara (target) në vend që të jetë i orintuar drejt popullatës [19]. Chen et al. dallojnë dy forma të kujdesit të koordinuar në përkufizimin e tyre: *menaxhimi i rastit* dhe *menaxhimi i sëmundjes* [20].

Modeli final i dimensioneve të nevojave

Në mënyrë që të krijojë ose të garantojë kujdesin me në qendër pacientin, është thelbësore të konstatohen dhe merren parasysh pritshmëritë, prioritetet dhe nevojat e pacientit. Për këtë është i rëndësishëm mendimi i vetë pacientëve pikësëpari, edhe pse analiza e pikëpamjeve të ekspertëve është gjithashtu e rëndësishme.

Të dhënat tregojnë se pikëpamjet e pacientëve dhe mjekëve nuk janë krejtësisht të ndryshme. Parametrat e kujdesit profesional dhe ndërpersonal janë aspektet më të rëndësishme në pikëpamjen e pacientëve dhe mjekëve.

Gjithashtu, mjekët dhe pacientët përputheshin mjaft mirë edhe lidhur me nevojën e "Koordinimit dhe Vazhdimësisë" dhe "Shërbimit dhe Infrastrukturës".

Bazuar në analizën përkatës, u zhvillua një model gjithëpërfshirës që përfshin pritjet e të pacientëve dhe ekspertëve. Modeli i gjeneruar nga hulumtimi i pacientëve dhe ekspertëve mund të përmblidhet siç tregohet në Tabelën 1.

Tabela 1. Dimensionet dhe nën-dimensionet e sistemit të integruar të kujdesit shëndetësor me pacientin në qendër

Dimensioni	**Nën-dimensioni**
1. Aksesi	Kontrolli i aksesit Aksesi gjeografik

	Aksesi në kohën e duhur
2. Shërbimet dhe infrastruktura	Miqësore me pacientin dhe të përdorshme Pajisjet dhe godinat Stafi
3. Të dhënat dhe informacioni	Informacioni shëndetesor Të dhënat e pacientit Indikatorët e performancës
4. Kujdesi profesional	Sigurimi i cilësisë mjekësore Kompetencat dhe njohuritë e profesionistëve shëndetësore Edukimi i pacientëve
5. Koordinimi dhe vazhdimësia	Kujdesi ndër-disiplinar Koordinimi i kujdesit Vazhdimësia e informacionit
6. Kujdesi ndër-personal	Fuqizimi i pacientëve Komunikimi mjek-pacient Marrdhënia mjek-pacient
7. Kujdesi shëndetësor i personalizuar	Menaxhimi individual i pacientit Shërbime të personalizuara Pjesëmarrje sociale

Shtatë faktorët që përbëjnë modelin përfundimtar të dimensioneve të nevojave përshkruhen në vijim.

1. Aksesi

Qasja në objekte/institucione, organizata dhe shërbime shëndetësore është parakusht për shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore. Qasja gjeografike dhe ajo në kohë në shërbimet e kujdesit shëndetësor duhet të bazohet në nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve të prekur [21-24].

Qasja gjeografike lidhet në terma praktikë me afërsinë ndaj kujdesit të ofruar nga mjeku i përgjithshëm, kujdesit të mjekut specialist brenda një distance të arsyeshme dhe kujdesit spitalor në përputhje me nevojat e pacientëve.

Kjo mbulon si distancën deri tek profesionistët e shëndetësisë, ashtu edhe për pajisjet teknike dhe klinike, për shembull, spitalet [25].

"Aksesi në kohë" tenton të mbulojë rregullimet organizative të hyrjes në sistemin e kujdesit shëndetësor. Kjo mbulon në veçanti orët e hapjes, disponueshmërinë e caktimit të vizitave dhe kohën e pritjes si për një takim ashtu edhe për kohën e kaluar në zyrë [21,24,26].

Qasja në shërbimet e kujdesit shëndetësor mund të bëhet më e vështirë nga "pengesa" të ndryshme ndaj saj. Një pengesë fillestare mund të ekzistojë në aspektet financiare. Rregullat e pagesës shtesë mund të jenë një arsye për të mos u vizituar tek mjeku. Veçanërisht në sistemet e kujdesit shëndetësor në të cilin shumë shërbime duhet të paguhen nga vetë anëtarët, shpesh është e pamundur për të ata me të ardhura të ulëta për të financuar këto shërbime ose për të paguar premiumet e siguracionit shëndetësor [27].

2. Infrastruktura dhe shërbimet

"Infrastruktura dhe shërbimi" i referohet kryesisht dy fushave: kushtet fizike (strukturore) të objekteve të kujdesit shëndetësor dhe personelit dhe karakteristikat e lidhura me të. Kushtet dhe burimet strukturore sigurojnë kujdesin shëndetësor, por nuk e garantojnë atë. Ato ndikojnë në kujdesin indirekt dhe gjithashtu ndikojnë në cilësinë e shërbimeve të ofruara në objekt. Nëse burimet e nevojshme, teknologjia mjekësore ose burimet e personelit nuk janë në dispozicion, kjo ndikon në cilësinë ose çon në humbjen e shërbimeve [28].

"Përshtatshmëria me përdoruesit dhe aksesueshmëria" ka të bëjë me qasjen e papenguar në objektet e kujdesit shëndetësor dhe orenditë në përputhje me nevojat e pacientit [29,30]. Kjo i referohet mbi të gjitha situatës infrastrukturore. Parkimi adekuat dhe transporti publik brenda objektit mund të ndikojë ndjeshëm në perceptimin e pacientit për këtë dimension të nevojave. Aksesi i papenguar i shërbimeve të kujdesit shëndetësor luan një rol thelbësor në *kujdesin e personave me aftësi të kufizuara fizike* për sa i përket disponueshmërisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor ndaj tyre.

"Orendi dhe objekte" përshkruan pajisjet, përshtatjen e tyre dhe aspektet e shërbimit brenda objekteve të ndryshme të sistemit të kujdesit shëndetësor. Arritja e një standardi të lartë në trajtimin e sëmundjeve të veçanta kërkon përgatitje adekuate ose përshtatje të një objekti shëndetësor [29]. Kjo gjithashtu përfshin sigurimin që është e lehtë për të gjetur rrugën përreth objektit [24,26,31].

Përveç aspekteve të mobilimit dhe shërbimit, nga këndvështrimi i pacientit, një atmosferë miqësore midis stafit dhe ndërmjet personelit dhe pacientëve është i rëndësishëm dhe ndikon në natyrën e shërbimit të ofruar [28]. Ndryshe nga kujdesi ndërpersonal, megjithatë, në këtë nën-dimension të "personelit", marrëdhënia mjek-pacient nuk është fokusi i vëmendjes. Ky nën-dimension përshkruan ndërveprimet shoqërore dhe psikologjike jashtë komunikimit të drejtpërdrejtë me mjekun dhe pacientin [28].

3. Të dhënat dhe informacioni

Veçanërisht në sistemin e kujdesit shëndetësor është e vërtetë se të dhënat nuk janë domosdoshmërisht informacion dhe informacioni nuk është domosdoshmërisht njohuria e kërkuar (ajo që vendos). Të dhënat kanë kuptim vetëm për pacientët kur futen në kontekst - dmth ato janë kontekstualizuar në "informacion".

Për të përfshirë në mënyrë aktive një pacient, rrjeti i kujdesit të organizuar duhet të disponojë "Informacionin Shëndetësor" që është i saktë dhe me cilësi të lartë [32-34]. Në këtë kontekst, është veçanërisht e rëndësishme për pacientët që të marrin informacionin përkatës të paraqitur individualisht dhe në një formë miqësore për pacientin [24]. Qëllimi është forcimi i kompetencave vendimmarrëse dhe aftësive njohëse të pacientëve me njohuri specifike dhe përcaktimi i cilësisë së informacionit në dispozicion (përjashtuar abuzimin).

Një cështje qendrore në kuptimin e "Të Dhënave të pacientëve" është mbledhja dhe ruajtja transparente dhe e sigurt e të dhënave. Nga perspektiva e pacientit, është e rëndësishme të

sigurohet se ai ose ajo ka akses në të dhënat vetjakte të tij/saj, ka dispozicion të lirë mbi të dhe që siguria e të dhënave është e siguruar. Transparenca, disponueshmëria dhe siguria, në mënyrë që pacientët të kenë qasje dhe të kontrollojnë të dhënat e tyre mjekësore kur kërkohet, pa vështirësi, janë të rëndësishme [35].

Së fundmi, disponueshmëria dhe cilësia e "Indikatorëve të Performancës" janë faktorë të tjerë të rëndësishëm në këtë dimension. Ofrimi i informacionit në lidhje me ofruesin e kujdesit shëndetësor, specializimin e tij ose të saj ose certifikatat e cilësisë, si dhe paraqitjen transparente të gamës dhe fushëveprimit të shërbimeve shëndetësore që ofrohen, kanë treguar se janë të rëndësishme për pacientët [24,34,36].

4. Kujdesi profesional

Dimensioni 'Kujdesi Profesional' mbulon kujdesin klinik [35] dhe përshkruan kujdesin mjekësor dhe atë të specializuar [37] të ofruar nga ofruesit e ndryshëm të kujdesit shëndetësor gjatë kujdesit shëndetësor të organizuar [38,39], por gjithashtu masa për të garantuar sigurimin e cilësisë(mjekësore) dhe sigurinë e pacientit. Një sistem i ofrimit të kujdesit shëndetësor konsiderohet me cilësi të lartë nëse është projektuar të jetë efektiv, i sigurt, i koordinuar dhe i përqëndruar tek pacientët [40].

Një aspekt i këtij dimensioni është transferimi i informacionit ose 'Edukimi pacientit'. Në transferimin e njohurive nga ofruesi i kujdesit shëndetësor çështja është se si të edukohet pacienti në mënyrë që të rriten kompetencat e tij/saj, të ruhet vendosmëria e tij/saj dhe, sa të jetë e mundur, pacienti të marrë përgjegjësinë për shëndetin e tij - me qëllim mundësimin e marrjes së vendimeve të nevojshme.

Nën-dimensioni 'Kompetencat e Ofruesit të Kujdesit Shëndetësor' karakterizohet nga kujdesi profesional i pacientit brenda konceptit të kujdesit dhe përshtatjen e tij me nevojat e pacientëve. Kjo nuk merr parasysh vetëm specializmin e mjekëve, por edhe kompetencën dhe përvojën e mjekëve. Çështjet qendrore këtu janë nëse dhe në çfarë mënyre kualifikimet e stafit të perceptuara nga pacientët kanë një efekt në suksesin e trajtimit.

Në vitet e fundit, 'Sigurimi i cilësisë mjekësore' ka marrë gjithnjë e më tepër rëndësi. Kujdesi mjekësor pritet të korrespondojë me standardet më të fundit të mjekësisë (bazuar në fakte shkencore), të jetë i përshtatshëm dhe të mos kryhet në mënyrë të panevojshme [35]. Kjo do të thotë që të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor mbajnë përgjegjësi për kujdesin shëndetësor të tepërt, të papërshtatshëm ose të pasaktë.

5. Koordinimi dhe vazhdimësia

Kujdesi i koordinuar është nga njëra anë planifikimi afatgjatë dhe menaxhimi i kujdesit të një pacienti dhe nga ana tjetër një program i kujdesit të integruar i cili duhet të koordinohet ndërmjet ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe sektorëve të përfshirë [41,42].

Vazhdimi i kujdesit në të vërtetë do të thotë se ekziston një tranzicion i garantuar nga një ofrues i kujdesit shëndetësor në tjetrin (shih Ndërhyrja në Tranzicionin e Kujdesit [43]) ose

që pacienti ka një person kontakti të vazhdueshëm, i cili është përgjegjës për koordinimin e shërbimeve (shih Modelin e Kujdesit Kronik [44] ose Konceptin Shtëpisë Mjekësore [45,46]).

'Kujdesi ndërdisiplinor' përshkruan bashkëpunimin ndërdisiplinar ndër-specialistik ndërmjet ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor dhe / ose organizatave shoqërore brenda një sektori shëndetësor (nganjëherë referuar si integrimi horizontal) [47]. Kuadri përfshin kujdesin e lidhur dhe të qëndrueshëm të pacientit të siguruar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor të cilat mbeten konstante sa më shumë që të jetë e mundur dhe që punojnë së bashku me specialistë të tjerë brenda një sektori të kujdesit shëndetësor [48]. Kjo ka për qëllim të sigurojë që pacientët të marrin kujdes të plotë brenda kuadrit të njohur bazuar në nevojat e tyre (shih Fuqizimi i pacientëve) [21,32].

Idealisht, përveç kujdesit ndërdisiplinor, duhet të ekzistojë edhe 'Koordinimi i Kujdesit' nëpërmjet disa ofruesve të kujdesit shëndetësor që përfaqësojnë nivele të ndryshme të kujdesit [49]. Në praktikë, kjo përshkruan integrimin e proceseve të kujdesit shëndetësor që përfaqësojnë një ofrim trans-sektoral të shërbimeve, për shembull, spitalin, kujdesin ambulator dhe rehabilitimin [47]. Kujdesi i vazhdueshëm i një pacienti apo një grupi të popullsisë përfshin jo vetëm menaxhimin e kujdesit akut, por edhe organizimin e konsultimeve parandaluese dhe pas kujdesit.

Për të optimizuar koordinimin dhe vazhdimësinë në sigurimin e kujdesit shëndetësor të pacientëve, është thelbësore që të gjithë ata që janë përfshirë të kontribuojnë në një shkëmbim më të mirë të informacionit dhe në këtë mënyrë në një kulturë të përmirësuar të komunikimit.

'Vazhdimësia Informative' përshkruan transferimin e vazhdueshëm dhe të përditësuar të informacionit mbi rezultatet e testimit dhe ekzaminimit dhe njoftimin reciprok. Për hartimin efikas të kujdesit shëndetësor të pacientëve në kuadër të një rrjeti të kujdesit të koordinuar, shkëmbimi i informacionit ose komunikimit ka një ndikim të konsiderueshëm në cilësinë dhe efektivitetin e kostos së ofrimit të kujdesit shëndetësor [50].

6. Kujdesi ndërpersonal

Kujdesi ndërpersonal konsiderohet si një nga karakteristikat më të rëndësishme të shërbimeve të kujdesit shëndetësor në kuptimin e kujdesit me në qendër pacientin [51]. Kompetencat ndërpersonale janë gjithashtu një tregues i kompetencës terapeutike. Vendosja e kritereve për trajtim të suksesshëm nga perspektiva e pacientit janë perceptimi i nevojave të tyre individuale, një nivel i lartë ndjeshmërie, informacioni gjithëpërfshirës profesional dhe respektimi i marrëdhënieve psiko-emocionale [52].

Nën-dimensioni 'Marrëdhënia mjek-pacient' fokusohet në kujdesin jo-mjekësor të pacientit. Kjo ka të bëjë me kujdesin ndërpersonal, domethënë qëndrimin, qasjen dhe sjelljen ndaj pacientit. Kjo mbulon në veçanti aspekte të tilla si vëmendja, ndershmëria dhe të qënit i clirët dhe i hapur gjatë trajtimit. Një marrëdhënie personale me një person kontakti të njohur dhe konstant është vendimtare për pacientët [53] dhe ndikon në pajtueshmërinë dhe përkushtimin e tyre [51,54].

Qëllimi i "Komunikimit mjek-pacient" konsiston në përcaktimin e ideve, vlerave dhe prioriteteve të pacientëve dhe integrimin e tyre në komunikimin shëndetësor [38]. Një aftësi e rëndësishme në fushën e kujdesit ndërpersonal është aftësia e ofruesit të kujdesit shëndetësor për të komunikuar [26,32] i cili duhet të mundësojë një komunikim të sinqertë, të hapur dhe të kuptueshëm, në të cilin pacienti gjithashtu ka mundësinë të shprehë mendimin e tij [26]. Empatia dhe vëmendja, në mënyrë që pacienti të mund të diskutojë problemet shëndetësore, gjithashtu luan një rol të rëndësishëm [40].

Pacientët luhaten midis nevojës për vetë-vendosje dhe dëshirës për ofrimin e shtigjeve dhe termave të referencave të qarta nga ana e profesionistëve mjekësorë përgjegjës për kujdesin e tyre (ekspertë). Individualizimi dhe 'Fuqizimi i pacientëve' janë një shprehje e "pacientit në qendër" dhe një kriter vendimtar për suksesin. Qëllimi është t'u japë pacientëve më shumë përgjegjësi për veten dhe kujdesin e tyre shëndetësor dhe t'i përfshijë ata në vendimmarrje për terapitë (vendimmarrja e përbashkët) [24,26].

7. Kujdesi shëndetësor i individualizuar

Institucionet e sistemit shëndetësor synojnë që me vetëdije të marrin në konsideratë kontekstin individual dhe social të pacientëve dhe t'i përfshijnë ato më intensivisht në diagnostifikim dhe terapi [26]. Ndërveprimi social, mbajtja e kontakteve sociale dhe mbështetja e të afërmve ose grupeve të vetë-ndihmës kanë një efekt pozitiv në suksesin e trajtimit [55].

'Menaxhimi individual' nga pacienti përshkruan kryesisht dizajnin gjithëpërfshirës dhe koherent të menaxhimit dhe vazhdimësisë brenda qasjes së menaxhimit. Në sfondin e ndjekjes së kujdesit të vazhdueshëm, vazhdimësia e menaxhimit dhe kontrolli individual nga ana e pacientit mbulojnë disponueshmërinë e sistemit dhe aftësinë e rrjetit të kujdesit për t'iu përgjigjur nevojave dinamike të pacientëve [56].

Për të arritur këtë qëllim, mund të përdoren metoda të ndryshme të menaxhimit në kuadër të kujdesit të koordinuar: opsionet e mundshme përfshijnë, për shembull, qasjet e menaxhimit të rastit ose qasjet e rojtarit të portës [38].

Nën-dimensioni 'Shërbimet e personalizuara' përshkruan qëllimin në fusha të ndryshme të vendim-marrjes dhe pjesëmarrjes që është përgjithësisht brenda kufizimeve terapeutike. Kujdesi i personalizuar ose i individualizuar mund të përkufizohet si kujdesi që merr parasysh nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve [40].

Dimensioni gjithashtu përshkruan përshtatjen e proceseve të kujdesit për nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve [24,31,39]. Në kushtet e një perspektive multifaktoriale, hartimi i kujdesit shëndetësor me pacientin në qendër dhe njohja dhe shqyrtimi i ndërvarësive të intelektit, trupit dhe shpirtit në kuadër të strukturave të koordinuara të kujdesit, parandalimit, promovimit të shëndetit dhe kujdesit afatgjatë të pacientëve me sëmundje kronike janë komponente të mëtejshme vendimtare të kujdesit shëndetësor efektiv.

Së fundmi, dimensioni "Pjesëmarrja Sociale" përshkruan aftësinë e pacientëve jo vetëm për të ruajtur jetën e tyre normale brenda komunitetit, por edhe për të vazhduar jetën e tyre të punës

ose për të rifilluar pjesëmarrjen sa më shpejt që të jetë e mundur gjatë terapisë. Është veçanërisht e rëndësishme që kujdesi të përshtatet në mjedisin e veçantë të pacientit dhe që nevojat individuale të merren në konsideratë. Një mjedis pozitiv shoqëror nga miqtë dhe të afërmit [21,22,24] për të motivuar dhe mbështetur pacientët është një nga faktorët vendimtarë të suksesit për ndryshimin (e qëndrueshëm) të shprehive të jetesës dhe ruajtjen e rregullave të terapisë [29].

Konkluzione

Shpërndarja e kujdesit shëndetësor efektiv brenda buxheteve të kufizuara kërkon të kuptohen përparësitë e pacientit. Shpenzimet në sistemin e kujdesit shëndetësor po rriten. Sidoqoftë, gjykimet e ekspertëve dhe nevojat ose preferencat e pacientëve nuk janë gjithmonë në harmoni [57] dhe kështu rekomandimet e trajtimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor nuk janë gjithmonë të pranuara dhe të zbatuara nga pacientët në një mënyrë që është terapeutikisht ideale ose e dëshirueshme. Në këtë sfond bashkërendimi i praktikës klinike dhe politikave shëndetësore me prioritetet dhe nevojat e pacientit do të përmirësojë efektivitetin e ndërhyrjeve shëndetësore. Vendimmarrësit politikë dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor mjekësor duhet të jenë të aftë për të marrë vendimin e tyre mbi informacione te besueshme lidhur me pritshmëritë që kanë pacientët për trajtimin e tyre dhe nëse një program i veçantë kujdesi është i dobishëm dhe i arsyeshëm në lidhje me nevojat dhe preferencat e pacientit.

Andersen i quan kërkesat individuale të cilat, krahas faktorëve të tjerë, ndikojnë padyshim në vendimin për shfrytëzimin e nevojave të shërbimeve shëndetësore me termin “nevoja” [58]. Ky term përdoret për të përshkruar të gjithë faktorët që ndikojnë drejtpërdrejt në vendimin për shfrytëzimin e shërbimeve. Përveç komponentit subjektiv, 'nevoja e perceptuar', kjo gjithashtu përfshin nevojën objektive të krijuar nga ekspertët, 'nevoja e vlerësuar'. Andersen supozon se nevoja përfaqëson arsyen e drejtpërdrejtë për shfrytëzimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor [58]. Duke e cuar këtë arsyetim edhe një hap më tej, mund të argumentohet se motivimi i një individi për të shfrytëzuar një ofertë shëndetësore është gjithashtu e ndikuar ndjeshëm nga paragjykimet e tij mbi shëndetin, të cilat përfaqësojnë disa aspekte të karakteristikave të tij predispozuese. Këto “besime shëndetësore” individuale janë përshkruar shumë herë teorikisht (shih për shembull 'Modelin e Besimit të Shëndetit').

Pacienti ndikohët në mënyrë të drejtpërdrejtë dhe duhet të jetë fokusi i kujdesit. Rrjetet e kujdesit shëndetësor me pacientin në qëndër dhe inovative, në këtë mënyrë, synojnë të bëjnë kujdesin shëndetësor ndaj pacientit më efektiv dhe të përshtasin ofertat në dispozicion me pritshmëritë e pacientëve.

Inicimi i ofertave të përshtatshme kërkon shqyrtimin e motivimit individual dhe kushteve të nevojshme.

Një ofrues i kujdesit shëndetësor mund të motivojë pacientët veçanërisht mirë nëse ai/ajo i njeh faktorët që ndikojnë në dobinë e perceptuar të pacientit.

Ofertat e kujdesit shëndetësor dhe proceset e trajtimit për këtë arsye duhet të jenë të përshtatura me prioritetet dhe pritshmëritë e pacientit. Nëse këto janë të njohura, efektiviteti i

trajtimeve dhe shërbimeve mund të përmirësohet dhe ofrohen shërbime të përshtatura për nevojat individuale të pacientëve.

Referencat

1. American Hospital Association. When I'm 64: How Boomers Will Change Health Care. Chicago, IL; 2007.
2. "The Cost of Obesity." Public Health : George Washington University. George Washington University School of Public Health and Health Services.
3. Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. Soc Sci Med. 2007;64(6):1297-310.
4. European Commission. Eurobarometer Qualitative Study. Patient involvement. Aggregate Report May 2012.
5. Loh, A, Leonhart, R, Wills, C, Simon, D and Härter, M (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Education and Counseling 65(1): 69–78.
6. Reginster, J, Rabenda, V and Neuprez, A (2006). Adherence, patient preference and dosing frequency: understanding the relationship. Bone 38(4) Suppl 1: S2.
7. Sevin, C, Moore, G, Shepherd, J, Jacobs, T and Hupke, C (2009). Transforming care teams to provide the best possible patient-centered, collaborative care. The Journal of Ambulatory Care Management 32(1): 24–31.
8. Institute of Medicine , . Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academic Press. 2001.
9. Porter, ME and Teisberg, EO , . Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, MA: Harvard Business School Press. 2006.
10. Laine, C and Davidoff, F (1996). Patient-centered medicine. a professional evolution. Jama 275(2): 152–6.
11. Leonhäuser, I-U , . Bedürfnis, Bedarf, Normen und Standards. Ansätze für eine bedarfsorientierte Verbraucherpolitik. Berlin: Duncker & Humblot. 1988. [in German]
12. Rudolf, RC , . Bedürfnis und Bedürftigkeit. Ursachen und Funktionen sozialpolitischen Handelns in anthropologisch- ökonomischer Sicht. Campus Forschung; 351. Frankfurt/Main: Campus Verlag. 1983. [in German]
13. Sheth, J, Newman, B and Gross, B , . Consumption values and market choices: theory and applications. Cincinnati, OH: South-Western. 1991.

14. Mühlbacher, A, Henke, K-D and Troschke, Jv (2000). Die Integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 76: 592–8. [in German]

15. Spearman, C (1904). The proof and measurement of association between two things. The American Journal of Psychology 15(1): 72–101.

16. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson, DA, Erickson, KM and Mitchell, JB , . Remaking health care in America: the evolution of organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass. 2000.

17. Kodner, D and Spreeuwenberg, C (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications–a discussion paper. International Journal of Integrated Care 2: 2–5. Available from: http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100309

18. Bodenheimer, T (2008). Coordinating care - a perilous journey through the health care system. The New England Journal of Medicine 358: 1064–71.

19. Sprague, L , . In National Health Policy Forum; Report No. 791: Issue Brief May 16. Washington, DC: National Health Policy Forum. 2003. Disease management to population-based health: steps in the right direction?.

20. Chen, A, Brown, R, Archibald, N, Aliotta, S and Fox, PD , . Best practices in coordinated care. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research. 2000.

21. Gerteis, M, Edgman-Levitan, S, Daley, J and Delbanco, TL , . Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1993. p. 317

22. Berenson, R et al. (2008). A house is not a home: keeping patients at the center of practice redesign. Health Affairs 27(5): 1219.

23. Schoenbaum, S (2007). Can care be patient-centred and clinically efficient?. The Bulletin of the Royal College of Pathologists 139: 27–30.

24. Shaller, D , . Patient-centered care: what does it take?. New York: The Commonwealth Fund. 2007.

25. Seddon, M, Marshall, M, Campbell, S and Roland, M (2001). Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. Quality in Health Care 10(3): 152–8.

26. Anderson, R, Barbara, A and Feldman, S (2007). What patients want: a content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. The Journal of Medical Practice Management 22(5): 255–61.

27. Schoen, C et al. (2010). How health insurance design affects access to care and costs. By income. In eleven countries. Health Affairs 29(12): 2323–34.

28. Campbell, SM, Roland, MO and Buetow, SA (2000). Defining quality of care. Social Science & Medicine 51(11): 1611–26.

29. Mühlbacher, A and Bethge, S (2010). What are the key attributes of overweight and obesity therapy? A conceptual map of patient - centered outcomes. Value in Health 13(3): A212.

30. Vonberg, R-P, Sander, C and Gastmeier, P (2008). Consumer attitudes about health care-acquired infections: a German survey on factors considered important in the choice of a hospital. American Journal of Medical Quality 23(1): 56–9.

31. Koren, M (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. Health Affairs 29(2): 312–7.

32. Edgman-Levitan, S and Cleary, P (1996). What information do consumers want and need?. Health Affairs 15(4): 42.

33. Reid, R, Friedberg, M, Adams, J, McGlynn, E and Mehrotra, A (2010). Associations between physician characteristics and quality of care. Archives of Internal Medicine 170(16): 1442.

34. Davis, K, Schoenbaum, S and Audet, A (2005). A 2020 vision of patient centered primary care. Journal of General Internal Medicine 20(10): 953–7.

35. NCQA , . Overview physician practice connections®— patient-centered medical home (PPC-PCMH™). National Committee for Quality Assurance (NCQA). 2008.

36. Walters, B, Barnard, D and Paris, S (2006). Patient portals" and "E-visits". The Journal of Ambulatory Care Management 29(3): 222.

37. Donabedian, A , . The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbour: Health Administration Press. 1980.

38. Antonelli, RC, McAllister, JW and Popp, J , . Making care coordination a critical component of the pediatric health system: a multidisciplinary framework. New York: The Commonwealth Fund. 2009.

39. Rittenhouse, D, Shortell, S and Fisher, E (2009). Primary care and accountable care-two essential elements of delivery-system reform. New England Journal of Medicine 361(24): 2301.

40. Davis, K et al. , . Mirror, mirror on the wall: an international update on the comparative performance of American health care. New York: The Commonwealth Fund. 2007.

41. McCarthy, D and Mueller, K (2009). Organizing for higher performance: case studies of organized delivery systems series overview, findings, and methods commonwealth fund pub. 1288. New York: Commonwealth Fund 21

42. Hofmarcher, MM, Oxley, H and Rusticelli, E , . OECD Health Working Paper No. 30. Paris: 2007. Improved health system performance through better care coordination.

43. Coleman, E, Parry, C, Chalmers, S and Min, S (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Archives of Internal Medicine 166(17): 1822.

44. Wagner, E (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. Effective Clinical Practice 1(1): 2–4.

45. Sia, C (2004). History of the medical home concept. Pediatrics 113(5): 1473–8.

46. Wegner, SE, Antonelli, RC and Turchi, RM (2009). The medical home--improving quality of primary care for children. Pediatric Clinics of North America 56(4): 953–64.

47. Hwang, W, Chang, J, LaClair, M and Paz, H (2013). Effects of integrated delivery system on cost and quality. American Journal of Managed Care 19(5): e175–84.

48. Freeman, G and Hjortdahl, P (1997). What future for continuity of care in general practice?. BMJ 314(7098): 1870.

49. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen , . Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. SVR-Gutachten 2000/2001. Berlin: 2001. [in German]

50. Mühlbacher, A and Berhanu, S , . Die elektronische Patientenakte: ein internetbasiertes Konzept für das Management von Patientenbeziehungen. ZiGPrint. 2002. [in German]

51. Travaline, JM, Ruchinskas, R and D'Alonzo, GE (2005). Clinical practice - patient-physician communication: why and how. The Journal of the American Osteopathic Association 105(1): 13–8.

52. Street, RL Jr, Makoul, G, Arora, NK and Epstein, RM (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling 74(3): 295–301.

53. Beran, M, Fowles, JB, Kind, EA and Craft, CE (2008). Patient and physician communication about weight management: can we close the gap. American Journal of Lifestyle Medicine 2(75(State of the Art Reviews)): 75–83.

54. Wilson, I et al. (2007). Physician–patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. Journal of General Internal Medicine 22(1): 6–12.

55. Oxman, T, Freeman, D Jr and Manheimer, E (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. Psychosomatic Medicine 57(1): 5.

56. Reid, R, Haggerty, J and McKendry, R , . Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. 2002.

57. Mühlbacher, AC and Juhnke, C (2013). Patient preferences versus physicians' judgement: does it make a difference in healthcare decision making?. Applied Health Economics and Health Policy 11(3): 163–80.

58. Andersen, R (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of Health and Social Behavior 36(1): 1–10.

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR:

PACIENTËT – PËRDORUESIT – KONSUMATORËT

Rikujtese nga Leksioni 2

Nderhyrja e qeverise ne tregun shendetesor eshte e domosdoshme per te rregulluar marrdheniet midis aktoreve duke bere qe te mos deshtoje ky treg sepse shoqeria eshte solidare.

Qeveria…

Qeveritë, nëpërmjet **ministrive të shëndetësisë** dhe të **ministrive** dhe **agjencive të tjera** të lidhura me shëndetin, luajnë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë, nëpërmjet:

- *forcimit të sistemeve shëndetësore*; dhe
- *gjenerimit të burimeve njerëzore, financiare* dhe *të tjera*.

Kjo i lejon sistemet shëndetësore të arrijnë qëllimet e tyre për përmirësimin e shëndetit, reduktimin e pabarazive shëndetësore, sigurimin e barazisë në financimin e kujdesit shëndetësor dhe përgjigjjen e nevojave të popullsisë

Qeveria…

Roli i qeverive në zhvillimin e shëndetësisë është dokumentuar mirë në mbarë botën dhe ilustrohet nga rritja mbresëlënëse e sistemeve shëndetësore, të iniciuara dhe të mbështetura nga qeveritë dhe të ndjekura përmes *partneritetit me sektorin privat*, *organizatat joqeveritare* dhe *institucionet bamirëse.*

Qeveria…

Qeveritë, të cilat vendosin taksa dhe përfitojnë nga burimet natyrore, kanë detyrime sociale për të garantuar siguri dhe për të lehtësuar zhvillimin socio-ekonomik, duke përfshirë arsimin dhe zhvillimin e shëndetësisë.

Qeveria…

Lëvizja drejt demokracisë, decentralizimit dhe roli më aktiv i shoqërisë civile në qeverisje si dhe rritja e rëndësisë së sektorit privat në zhvillimin socio-ekonomik, janë shoqëruar me ndryshime të politikave që pasqyrojnë:

- *më shumë privatizim*,
- *një rol më të kufizuar të qeverisë në zhvillimin e politikave*, *planifikimin strategjik* dhe *menaxhimin*, dhe
- *mbështetje më të madhe në forcat e tregut*

Qeveria…

Sidoqoftë, rasti i sektorit të shëndetësisë është i dallueshëm nga sektorët e tjerë, pasi forcat e tregut nuk arrijnë të adresojnë siç duhet nevojat shëndetësore të popullsisë, për arsye të ndryshme, duke *bërë që qeveritë të kenë përgjegjësi të veçanta në zhvillimin e shëndetësisë*.

Si pasojë e dështimeve të tregut, qeveritë kanë një detyrim për të ndërhyrë në mënyrë që të përmirësojnë barazinë dhe efikasitetin, të kryejnë funksione të rëndësishme të shëndetit publik dhe të prodhojnë të mira jetësore publike të cilat kanë shumë ndikim në zhvillimin e shëndetit.

Qeveria…

Për më tepër, shëndeti perceptohet jo thjesht si një mall në treg, por si një *nevojë themelore njerëzore* dhe *një e drejtë sociale*, siç sanksionohet në shumë kushtetuta dhe traktate të nënshkruara.

Ky angazhim nënkupton *role dhe përgjegjësi të rëndësishme për qeveritë*, pavarësisht ndryshimeve politike dhe mjediset shoqërore.

Fushat e rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë

Ministritë e shëndetësisë janë përgjegjëse për zhvillimin kryesor të shëndetësisë përmes zbatimit dhe përmirësimit të funksioneve kryesore të sistemit shëndetësor, duke përfshirë:

- *udhëheqjen dhe qeverisjen*,
- *financimin e kujdesit shëndetësor*,
- *ofrimin e shërbimeve shëndetësore*,
- *gjenerimin e inputeve për zhvillimin e shëndetësisë, duke përfshirë burimet njerëzore për shëndetin dhe teknologjinë biomjekësore*.

Përpjekjet janë të koordinuara me ministritë dhe departamentet e tjera përkatëse.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Analiza e llogarive kombëtare shëndetësore ka treguar se në shumicën e vendeve me të ardhura të mesme dhe me të ardhura të ulëta, *shpenzimet qeveritare, si përqindje e shpenzimeve totale shëndetësore*, po *zvogëlohen me kalimin e kohës*.

Profili i ri i financimit karakterizohet nga *vendosja e barrës në rritje të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor mbi familjet dhe komunitetet* dhe *zvogëlimi i barazisë dhe drejtësisë në financimin e kujdesit shëndetësor*.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Në disa vende, shërbimet publike u jepen *ofruesve privatë* sidomos *shërbimet ndihmëse dhe jo-klinike*, duke përfshirë *sigurimin*, *furnizimin me ushqime*, *lavanderi* etj.

Disa shërbime të *kushtueshme të imazherisë dhe stomatologjisë* gjithashtu janë kontraktuar tek *ofruesit privatë* si pjesë e politikave të privatizimit aktiv .

Ministritë e shëndetësisë *nuk janë të pajisura dhe përgatitura mirë* për të *menaxhuar kombinimin e ri publik-privat* në ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Ndryshimi i rolit të qeverisë në zhvillimin e shëndetësisë në vendet në zhvillim

Roli në rritje i sektorit privat në edukimin e personelit shëndetësor *nuk është mbështetur nga një rol më i fuqishëm i qeverisë* në përcaktimin e normave dhe standardeve të përshtatshme për prodhimin e burimeve njerëzore.

Kjo ngre shqetësime në lidhje me cilësinë e profesionistëve të rinj të trajnuar në institucionet private dhe sigurinë e punësimit për të diplomuarit e rinj nga shkollat private.

Konkluzione

Qeveritë kanë një rol të rëndësishëm në zhvillimin e shëndetësisë në ekonomitë e zhvilluara dhe ato në zhvillim, duke pasur parasysh mandatin e tyre social dhe natyrën e veçantë të tregut të kujdesit shëndetësor.

Përpjekjet e iniciuara nga qeveritë për të ndërtuar sisteme moderne shëndetësore duhet të vazhdojnë dhe përshtaten me ndryshimet dhe sfidat e reja në fushat politike, ekonomike, sociale dhe kulturore.

Konkluzione

Pavarësisht nga presionet me të cilat po përballen qeveritë për menaxhimin e sektorëve socialë, ministritë e shëndetësisë duhet të vazhdojnë të luajnë rolin e tyre udhëheqës në zhvillimin e shëndetësisë dhe duhet të mbrojnë rëndësinë e investimit në shëndetësi dhe mbrojtjen e vlerave shoqërore të barazisë, solidaritetit dhe drejtësisë.

Konkluzione

Zhvillimi i shëndetësisë duhet të *koordinohet midis të gjitha ministrive* dhe *agjencive përkatëse të qeverisë* dhe *me të gjitha palët e interesit*, duke përfshirë akademinë, shoqatat profesionale, sektorin privat dhe organizatat e shoqërisë civile.

Duhet të bëhen përpjekje për të *promovuar rëndësinë qendrore të shëndetit në zhvillimin gjithëpërfshirës socio-ekonomik*.

Konkluzione

Sektori privat po merr një rol në rritje në financimin dhe shpërndarjen/ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Megjithatë, duhet të kujdesemi për të siguruar që zhvillimet e tilla *nuk janë në kurriz të një sektori publik efektiv* dhe *efikas* dhe të *sigurohemi që ato të zbatohen nën udhëheqje të fortë dhe qeverisje optimale nga qeveria*.

Privatizimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore duhet të jetë i dizajnuar mirë dhe i udhëhequr nga ministritë e shëndetësisë dhe departamentet e tjera përkatëse, duke marrë parasysh obligimet sociale të qeverive në zhvillimin e shëndetësisë dhe qëllimet kryesore të sistemit shëndetësor.

Rekomandime

Qeveritë duhet të *promovojnë investimet në zhvillimin e shëndetësisë* duke qënë se këto investime kanë efektivitet (kthim) të rëndësishëm ekonomik dhe duhet *të mbrojnë/advokojnë për rëndësinë qëndrore të shëndetit* në të gjitha iniciativat e zhvillimit.

Qeveritë duhet të vazhdojnë të *luajnë rolin e tyre udhëheqës* në zhvillimin e shëndetësisë në mënyrë që të mbrojnë vlerat shoqërore të barazisë, solidaritetit dhe drejtësisë në përputhje me politikat “shëndet për të gjithë” dhe strategjitë që e konsiderojnë shëndetin si një të drejtë njerëzore dhe jo si një mall në treg.

Rekomandime

Qeveritë duhet të *forcojnë aftësitë e tyre qeverisëse*, veçanërisht në zhvillimin e politikave, rregullimin dhe menaxhimin e përzierjeve/partneriteteve publike-private.

Roli i qeverisë në ofrimin e shërbimeve duhet të mbrohet në mënyrë që të sigurohet aksesi për grupet e varfëra, të pambrojtura dhe popullatat rurale dhe të largëta.

Një interes i veçantë duhet t'i kushtohet *përmirësimit të kushteve të punës për profesionistët që punojnë me kohë të plotë në mjediset publike të shëndetësisë*.

Rekomandime

Qeveritë duhet të p*romovojnë zhvillimin e observatorëve kombëtarë të sistemit shëndetësor* që synojnë zhvillimin e forumeve për të vlerësuar performancën e barazisë dhe të sistemit shëndetësor dhe për të përshtatur më mirë reformat e politikave ndaj ndryshimeve në zhvillim në fushat politike, ekonomike dhe sociale.

Leksioni 3

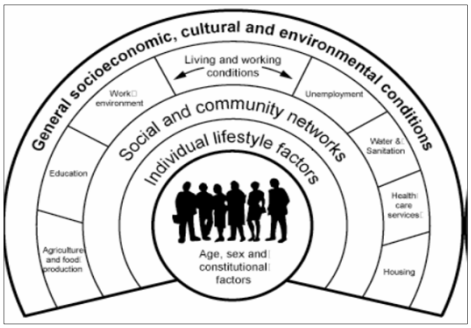
Pacientët / konsumatorët / përdouresit e sistemit shëndetësor

Hyrje

Gjatë hartimit të një sistemi shëndetësor, duhet të përpiqemi të kuptojmë se për çfarë kanë nevojë përdoruesit dhe si mund të përmbushen më mirë nevojat e tyre.

Modeli i përqendruar tek përdoruesit është një kuadër i proceseve në të cilat detyrat, nevojat dhe dhimbjet/ankesat e përdoruesit drejtojnë secilës fazë të procesit të dizajnimit. Për të ofruar një eksperiencë gjithëpërfshirëse të përdoruesit, duhet të konsiderojmë të gjithë ata që bashkëveprojnë me një sistem, qoftë drejtpërdrejt ose tërthorazi.

Shkaqet e shëndetit jo të mirë dhe klasifikimi i tyre



Shkaqet e shëndetit jo të mirë dhe klasifikimi i tyre

Faktorët që ndikojnë në shëndet dhe sëmundje përfshijnë:

- Tërsinë e faktorëve individualë (mosha, gjinia, etnia, etj.);
- Tërësinë e faktorëve që lidhen me stilin individual të jetesës;
- Tërësinë e faktorëve që kanë të bëjnë me rrjetet sociale dhe komunitetet;
- Tërësinë e faktorëve që kanë të bëjnë me kushtet e jetesës dhe të punës (papunësia, uji dhe saniteti, shërbimet e kujdesit shëndetësor, strehimi, mjedisi i punës, edukimi, bujqësia dhe prodhimi i ushqimeve, etj.;
- Tërësia e faktorëve që kanë të bëjnë me kushtet e përgjithshme socio-ekonomike, kulturore dhe mjedisore.

Arsyet për të kontaktuar me sistemin shëndetësor

Arsyet kryesore që i shtyjnë njerëzit të kontaktojnë sistemin shëndetësor përfshijnë:

- Gjendjet shëndetësore akute (urgjencat mjekësore, trauma, dhe cdo lloj tjetër problemi që kërkon ndërhyrje urgjente për të ruajtur shëndetin);
- Cdo sëmundje apo gjendje shëndetësore që ka nevojë për mendim apo trajtim të specializuar;
- Sëmundjet kronike;
- Sëmundjet infektive akute;
- Probleme të shëndetit mendor;
- Shëndeti oral;
- Shëndeti fizik (përfshirë mbipeshën, obezitetin, etj.);

Arsyet për të kontaktuar me sistemin shëndetësor

Arsyet kryesore që i shtyjnë njerëzit të kontaktojnë sistemin shëndetësor përfshijnë:

- Probleme si pasojë e stilit jo të shëndetshëm të jetesës;
- Cështje që kanë të bëjnë me shtatzëninë (tek femrat);
- Cështje të moshimit;
- Cështje estetike;
- Cështje që kanë të bëjnë me rehabilitime të ndryshme;
- Trajtimi i varësisë të ndryshme;
- Shërbime apo ndërhyrje parandaluese;
- Nevoja për informim, këshillim apo marrjen e opinioneve të dyta apo të treta; etj.

Kostoja e kujdesit shëndetësor..

Natyrisht, në varësi të nevojave të përdoruesve do të variojë dhe kostoja e kujdesit shëndetësor për të cilin ata kanë nevojë.

Për shumbull, në Figura 2 në vijim paraqiten kostot vjetore shendetësore për person sipas numrit të sëmundjeve që ata kanë:

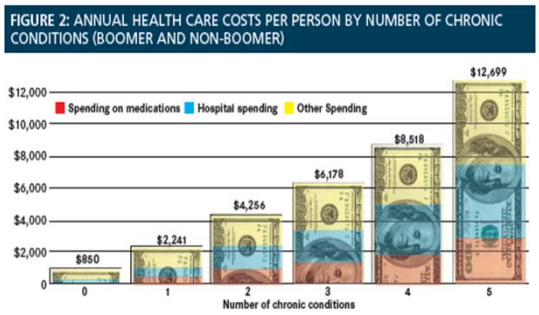
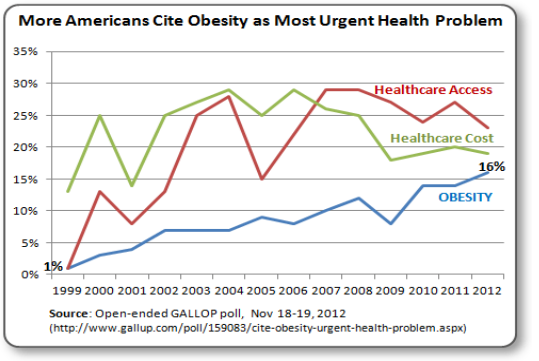
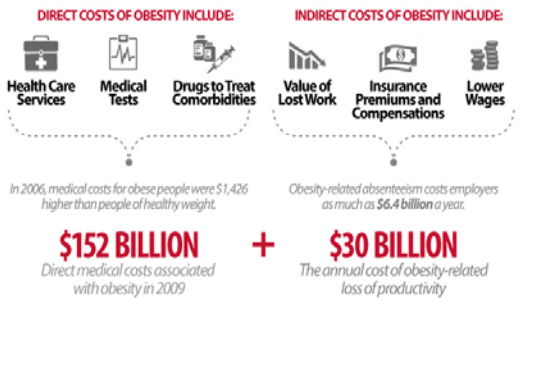


FIGURE 2: ANNUAL HEALTH CARE COSTS PER PERSON BY NUMBER OF CHRONIC CONDITIONS (BOOMER AND NON-BOOMER)
$12,000
$10,000
$8,000
$6,000
$4,000
$2,000
0
Spending on medications
Hospital spending
Other Spending
$850
$2,241
$4,256
$6,178
$8,518
$12,699
0
1
2
3
4
5
Number of chronic conditions
Adapted from When I'm 64: How Boomers Will Change Health Care, American Hospital Association, 2007.


More Americans Cite Obesity as Most Urgent Health Problem
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
Healthcare Access
Healthcare Cost
16%
OBESITY
1%
1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Source: Open-ended GALLOP poll, Nov 18-19, 2012
(http://www.gallup.com/poll/159083/cite-obesity-urgent-health-problem.aspx)


DIRECT COSTS OF OBESITY INCLUDE:
Health Care Services
Medical Tests
Drugs to Treat Comorbidities
In 2006, medical costs for obese people were $1,426 higher than people of healthy weight.
$152 BILLION
Direct medical costs associated with obesity in 2009
+
INDIRECT COSTS OF OBESITY INCLUDE:
Value of Lost Work
Insurance Premiums and Compensations
Lower Wages
Obesity-related absenteeism costs employers as much as $6.4 billion a year.
$30 BILLION
The annual cost of obesity-related loss of productivity

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Një element i rëndësishëm i performancës optimale të sistemit shëndetësor është dhe *përfshirja e përdoruesve të këtij sistemi (pacientëve) në procesin e vendim-marrjes*, ose *lirinë për të shprehur opinionin e tyre* lidhur me mënyrat e ndryshme të trajtimit dhe mbajtjes së regjimit të rekomanduar apo pjesëmarrja në procesin e meanxhimit dhe vetë-menaxhimit të gjendjes shëndetësore përkatëse . Këto aspekte përfshijnë gjithashtu është shkëmbimin e informacionit, ndjenjave dhe shenjave si dhe pranimi i këshillave dhe udhëzimeve të ekipit mjekësor lidhur me menaxhimin e sëmundjes.

Në përgjithësi, termi "*përfshirja e pacientit*" nuk kuptohet qartë dhe në mënyrë të plotë as nga pacientët as nga stafi mjekësor, duke nënkuptuar kështu gjëra të ndryshme për njerëz të ndryshëm.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Për disa "përfshirja e pacientit" nënkuptonte një koncept të paqartë që ka të bëjë me jetesën e shëndetëshme dhe përgjegjësia personale për shëndetin vetjak. Si për mjekët ashtu edhe për pacientët, ky koncept shpesh thjeshtohej në shprehjen "pranim dhe zbatim i urdhërave të mjekut".

Në raste të tjera, termi mendohet së nënkupton dhënien e informacioneve bazë mjekut nga pacientët lidhur me simptomat, por nuk konsiderohet si një mjet për të rritur dialogun dhe ndërveprimin me stafin mjekësor.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Mjekët dhe pacientët mendojnë që *komunikimi* është një aspekt qendror i përfshirjes së pacientëve. Por, për pacientët kjo nënkuptonte që mjekët duhet t'u shpjegojnë atyre diagnozën e sëmundjes dhe trajtimin e saj. Kurse për mjekët kjo nënkuptonte që pacientët duhet të përshkruajnë simptomat e tyre dhe t'i mbajnë mjekët të informuar lidhur me progresin e trajtimit.

Prandaj, një nga barrierat më të mëdha ndaj komunikimit efektiv është dhe koha që mjekët kalojnë apo kanë në dispozicioni për pacienët. Të dyja palët, si mjekët ashtu dhe pacientët, mendojnë se *mjekët kanë kohë të pamjaftueshme* për të shpjeguar opsionet e ndryshme të trajtimit .

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Në shumë raste janë të pranishme “marrdhëniet tradicionale mjek-pacient”, ku mjeku shihet si “zoti” dhe profesionisti i pasfidueshëm kurse pacietët ndjehen jo të lirshëm për të dhënë mendimin e tyre. Ku raporti mjek-pacient është më i clirët, pacientët e kanë më të lehtë për të shprehur mendimin e tyre.

Për këtë arsye, pacientët mendojnë se me infermieret mund të komunikohet më lehtë dhe më efektivisht krahasur me mjekët, veçanërisht ato në spitale.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Ndërsa profesionistët e kujdesit shëndetësor priren të jenë të kënaqur me marrëdhënien aktuale me pacientët, pacientët duan një marrëdhënie më të balancuar dhe kjo shpesh lidhur me shkëmbimin e informacionit. Ndërsa pacientët nuk duan të jenë përgjegjës për marrjen e vendimeve, ata mendojnë së është e rëndësishme të mund të bëjnë pyetje dhe të kuptojnë se si janë marrë vendimet .

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Mundësia për të zgjedhur është gjithashtu një aspekt kyç i përfshirjes së pacientëve, në këndvshtrimin e disa prej tyre. Zgjedhja përfshin një sërë çështjesh duke përfshirë: të qenurit në gjendje të ndryshosh mjekët dhe të jenë të vetëdijshëm për trajtimet alternative. Mundësia për të zgjedhur konsiderohet si më problematike për praktikuesit/ofruesit, pasi disa prej tyre mendojnë se pacientët do të hutoheshin nëse do t'u jepnin alternativa ose do të kishin më pak besim në trajtimin e propozuar.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Megjithëse lidhet më shumë me konceptin e kompetencave shëndetësore se sa përfshirja e pacientit në vetvete, opinion i përgjithshëm është se interneti është fusha ku ka pasur zhvillimet më domethënëse pasi pothuajse të gjithë pacientët tani kanë akses më të madh në informacionin rreth simptomave të tyre dhe kujdesit shëndetësor (si dhe rreth opsioneve të kujdesit shëndetësor).

Kjo konsiderohet si pozitive nga pacientët, por u pa më ambivalente (që krijon paqartësi) nga disa ofrues të kujdesit shëndetësor. Rregullimi më i madh i informacionit u konsiderua si një mbrojtje e dobishme kundër rrezikut të "diagnozës së gabuar nëpërmjet internetit" nga pacientët.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Nga ana tjetër, profesionistët e kujdesit shëndetësor konsiderojnë së përfshirja e pacientëve ka disa përfitime të tilla si: pacientë më të motivuar dhe të angazhuar, me ndjeshmëri më të madhe dhe aftësi të rritura për të kuptuar problemet.

Pacientët mendojnë se përfitimet përfshijnë më shumë informacion dhe opsione në lidhje me trajtimin dhe një dialog më të hapur me personelin shëndetësor ku përmirësohet komunikimi dhe mund të bëhen pyetje.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Dy rreziqet kryesore të "përfshirjes së pacientit" u perceptuan të jenë *kërkesat e nevojshme për burime* (për shembull, kohë dhe staf shtesë) dhe *ndikimi negativ* që mund të ketë në marrëdhënien e mjek-pacient:

- *Shtimi i shpjegimeve* lidhur me kujdesin shëndetësor dhe diskutimi i opsioneve të trajtimit nënkupton një rritje të kërkesës për kohën e mjekëve.
- *Më shumë të dhëna nga pacienti* - potencialisht të bazuara në informacionet e pasakta të mbledhura nga interneti - mund të nënkuptojë që pacientët që nuk pajtohen me ekspertin e kujdesit shëndetësor dhe mund të refuzojnë trajtimin më të mirë.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Megjithatë, këto konsiderata ndryshojnë edhe sipas llojit të pjesëmarrësve ose pacientëve:

- *Pacientët me sëmundje kronike* kanë tendencë të kenë më shumë përvojë në vetë-monitorimin dhe aspekte të tjera dhe shpesh kanë një kuptim më praktik të përfshirjes së pacientit.
- *Pacientët më të rinj në moshë* dhe ata me *arsimim më të mirë* kanë zakonisht pritshmëri më të larta të përfshirjes së tyre dhe priren të jenë më pak të gatshëm të vënë në diskutim vendimet e marra për kujdesin shëndetësor të tyre.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Përvec aspekteve të përbashkëta, ka dhe dallime midis vendeve të caktuara (që për thjeshtësi po i referohemi si "lindje" dhe "perëndim"). Në përgjithësi në vendet e Lindjes (Republika Çeke, Hungaria, Letonia, Polonia, Rumania, Sllovakia dhe në një masë më të vogël Greqi) gjendja aktuale e infrastrukturës së kujdesit shëndetësor është përshkruar shpesh si më pak e financuar dhe në mënyrë joadekuate duke patur prirje për marrëdhënie më pak të balancuara midis mjekëve dhe pcientëve.

Në këto vende, pacientët kanë tendencë të kenë më pak njohuri se çfarë mund të përfshijë ose nënkuptojë "*përfshirja e pacientit*" dhe ka më shumë ngurrim për të patur një marrëdhënie më interaktive me kujdesin e tyre shëndetësor.

Përfshirja e përdoruesve/konsumatorëve/pacientëve në sistemin shëndetësor

Sidoqoftë, të dhënat tregojnë se përfshirja e pacientëve, në kuptimin e *vendosjes së pacientëve në zemër të procesit të kujdesit shëndetësor*, duket se kuptohet dobët nga shumë profesionistë dhe pacientë në të gjithë Bashkimin Europian, me fare pak ide dhe aktivitete konkrete të cilat formëzojnë konceptin në praktikën reale të kujdesit shëndetësor.

Pacienti në qendër në organizimin e sistemeve të integruara të kujdesit shëndetësor

Kujdesi shëndetësor me pacientin në qendër po bëhet *një faktor më i rëndësishëm suksesi* në dizenjimin e *sistemeve të integruara të kujdesit shëndetësor*.

Për këtë arsye do përpiqemi të ofrojmë një strukturë të një hierarkie të nevojave dhe pritshmërive të pacientëve për dizenjimin e sistemeve të organizuara të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor.

A duhet të dizenjohen sistemet e kujdesit shëndetësor në përputhje me nevojat e pacientëve?

Shqyrtimi dhe marrja në konsideratë e *nevojave, pritshmërive* dhe *prioriteteve* të pacientëve ka një efekt pozitiv në angazhimin e pacientëve ndaj trajtimit dhe për këtë arsye mund të përmirësojë rezultatet e programeve të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Përfshirja aktive e pacientit (*fuqizimi*) dhe shqyrtimi i pritshmërive dhe prioriteteve të pacientëve mund të rrisin në mënyrë të qëndrueshme pranimin e sistemit.

Kujdesi i integruar, *kujdesi i koordinuar* dhe *menaxhimi i sëmundjeve* janë sinonime për sistemet e organizuara të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor, që synojnë të strukturojnë kujdesin për një popullatë të përcaktuar ose procesin e kujdesit për një tregues (sëmundje) të përcaktuar.

A duhet të dizenjohen sistemet e kujdesit shëndetësor në përputhje me nevojat e pacientëve?

Një pengesë e madhe për të futur shërbime inovative në sistemin e kujdesit shëndetësor është *pranimi i konsumatorëve dhe vendimmarrësve klinikë*. "Sistemet e kujdesit shëndetësor kanë sfidën e vështirë për të përmbushur në mënyrë efektive dëshirat dhe nevojat e pacientëve duke përshtatur ndërhyrjet bazuar në preferencat e secilit person, si dhe në kontekstin personal dhe social".

Ndërsa ekspertët veprojnë në interes të njerëzve në nevojë, *pranimi nga ana e pacientëve* dhe *ekspertëve* të tipareve ose vecorive të sistemeve të kujdesit të integruar është një *parakusht* që do të bëhet një tipar standard i sistemeve të sotme të kujdesit shëndetësor.

A duhet të dizenjohen sistemet e kujdesit shëndetësor në përputhje me nevojat e pacientëve?

Shërbimet dhe organizatat inovative synojnë të arrijnë kujdes më cilësor, kosto më të ulëta dhe kënaqësi më të madhe të pacientëve.

Instituti i Mjekësisë thekson që *vendimet shëndetësore duhet të përshtaten bazuar në nevojat dhe vlerat e pacientëve* .

Porter dhe Teisberg theksojnë se "kujdesi shëndetësor është në përplasjeje të vazhdueshme me nevojat e pacientit dhe realitetin ekonomik". Në termat e politikës shëndetësore, kjo i referohet shërbimeve "që janë në përputhje të ngushtë me dhe i përgjigjen dëshirës, nevojave dhe preferencave të pacientëve".

Problemi për të arritur këtë nuk qëndron në mungesën e njohurive, dhe as tek mos-gatishmëria e njerëzve për të shpenzuar para. Përkundrazi, vështirësitë qëndrojnë në *aftësinë për të kuptuar prioritetet e njerëzve.*

Sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin

Risia më e fuqishme strukturore në kujdesin shëndetësor do të bazohet në një ndryshim të paradigmës - *sistemet e kujdesit shëndetësor të përqëndruar tek pacienti*.

Pavarësisht kësaj hipoteze, hartuesit e politikave dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor e konceptojnë pjesën më të madhe të sistemeve të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor, *me një nivel të ulët të përfshirjes së publikut të gjerë*. Për më tepër, literatura e publikuar nuk specifikon qartë rëndësinë relative që pacientët i'u atribuojnë karakteristikave të caktuara të kujdesit të integruar.

Sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin

Pranimi i një programi të kujdesit (të integruar) bazohet në *vlerësimin e pacientëve të tipareve dhe atributeve* të shërbimeve të ofruara.

Projektimi dhe dizenjimi i shërbimeve që janë të ndjeshme ndaj nevojave të pacientëve në kontekstin e burimeve të kufizuara mund të kërkojë që politikëbërësit dhe vendimmarrësit të zgjedhin midis disa karakteristikave të projektit.

Ky është një nga problemet më të mëdha me të cilat politikëbërësit dhe vendimmarrësit do të përballen në vitet e ardhshme dhe ngre pikëpyetje për mënyrën se si duhet të organizohen sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor dhe se si duhet të ofrohen.

Sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin

Për më tepër, përmbushja e pritshmërive mbi një varg atributesh mund të jetë e vështirë në kontekstin e *buxheteve të kufizuara*; kjo ka çuar në rritjen e interesit për metodat për vlerësimin e prioriteteve. Në rastin e *sistemeve të integruara të shpërndarjes*, vlerat e pacientit do të vlerësohen në lidhje me një sërë veçorish të rëndësishme të pacientit të sistemeve të organizuara të shpërndarjes.

Sistemet e shpërndarjes së kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin

Disa nga pyetjet që kërkojnë përgjigje janë: Cilat dimensione përshkruajnë më së miri pacientët dhe prioritetet e ekspertëve drejt një organizimi më të mirë të sistemeve të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor? Cilat karakteristika dhe dimensione e rrisin dobinë (utilitetin) e pacientit nga pikëpamja e konsumatorit dhe ekspertit? Gjetjet mund të të përdoren në sektorët parandalues, kurativë dhe rehabilitues të kujdesit ndaj pacientit dhe të ndihmojnë në dizejnimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin.

Konteksti ku ndodh vendimmarrja:
Cilat janë nevojat?
Cfarë nënkupton “pacienti në qendër”?

Nevojat e pacientëve

Në përgjithësi, *nevoja* kuptohet si "*një ndjenjë e mungesës me dëshirën për të lehtësuar këtë*". Heqja e deficitit njihet si *plotësimi i nevojës*. Në kontekstin e këtij përkufizimi, *prioritetet* mund të konsiderohen si *radha e heqjes së deficiteve*.

Një term i lidhur ngushtë me konceptin e nevojës dhe prioriteteve është ai i *dobisë* (utilitetit). Kërkesa, që rrjedh nga nevojat, bazuar në dobinë e pritshme, duhet të shihet si rezultat i nën-proceseve të njëpasnjëshme dhe mund të konsiderohet një sekuencë intelektuale e sjelljes ekonomike.

Nevojat e pacientëve

Nga pikëpamja ekonomike, *nevojat përfaqësojnë një komponent të rëndësishëm të motivit* duke qenë se ato janë përgjegjëse për proceset e veprimit ekonomik dhe kështu mund të përdoren për të shpjeguar *sjelljen*.

Nëse prioritetet e pacientëve merren parasysh në mënyrë adekuate, mund të supozojmë në mënyrë të drejtë se kjo do të rrisë pranimin për shkak të rritjes së kënaqësisë, dhe rritjen e angazhimit, me trajtimin klinik dhe programet e shëndetit publik.

Për këtë arsye, *nevojat* janë *pikat fillestare* për një *analizë të motivimit* për sjelljen e përdorimit dhe *pranimin nga ana e pacientëve* të sistemeve inovative të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Nevojat e pacientëve

Megjithëse këto terma përdoren zakonisht, ata ende nuk kanë një përkufizim të njëtrajtshëm.

Për të analizuar nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve për këto lloj sistemesh të ofrimit të kujdesit, më parë duhet të *përkufizojmë termat* ose *konceptet*.

Termi: Sistemet e organizuara të kujdesit shëndetësor

"Sistemet e organizuara të kujdesit shëndetësor" mund të shihen si një term i përbashkët për shumë forma të ndryshme të kujdesit shëndetësor: kujdes i integruar, kujdes i koordinuar, qasje shumëdisiplinore ose kujdes i përqendruar tek mjekët, që sigurojnë shërbime shëndetësore racionale trans-funksionale, me në qendër pacientin, përgjatë të tërë vazhdimësisë së nevojave shëndetësore.

Si i tillë, termi "rrjetet e organizuara të kujdesit shëndetësor" mbulon të gjitha rrjetet të cilat vazhdimisht organizojnë dhe/ose ofrojnë kujdes shëndetësor për një grup të caktuar të popullsisë dhe mbajnë përgjegjësi mjekësore dhe financiare për kujdesin shëndetësor

Termi: Kujdesi i integruar

Integrimi paraqet një set të unifikuar nga ana metodologjike që përfshin financimin, administrimin, organizimin dhe ofrimin e shërbimeve, me qëllim të vendosjes së koordinimit dhe bashkëpunimit ndërmjet sektorëve të ndryshëm të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Kujdesi i integruar siguron shërbime shëndetësore racionale trans-funksionale, me në qendër pacientin, përgjatë të tërë vazhdimësisë së nevojave shëndetësore.

Termi: Kujdesi i koordinuar

Termi "kujdes i koordinuar" deri më sot nuk ka një përkufizim të unifikuar, përgjithësisht të vlefshëm. Në vend të kësaj, janë tentuar të jepën shumë përkufizime të termit. Bodenheimer e përcakton kujdesin e koordinuar si "integrim i vetëdijshëm i proceseve të kujdesit të pacientit midis dy ose më shumë aktorëve të përfshirë në trajtim në mënyrë që të mundësojë ose lehtësojë kujdesin e duhur për pacientin".

Elementi qendror i përpjekjeve të shumta për të përkufizuar kujdesin e koordinuar është "pacienti në qendër" dhe përqendrimi në grupet specifike të synuara (target) në vend që të jetë i orintuar drejt popullatës .

Chen et al. dallojnë dy forma të kujdesit të koordinuar në përkufizimin e tyre: *menaxhimi i rastit* dhe *menaxhimi i sëmundjes*.

Modeli final i dimensioneve të nevojave

Në mënyrë që të krijojë ose të garantojë kujdesin me në qendër pacientin, është thelbësore të konstatohen dhe merren parasysh pritshmëritë, prioritetet dhe nevojat e pacientit. Për këtë është i rëndësishëm mendimi i vetë pacientëve pikësëpari, edhe pse analiza e pikëpamjeve të ekspertëve është gjithashtu e rëndësishme.

Të dhënat tregojnë se pikëpamjet e pacientëve dhe mjekëve nuk janë krejtësisht të ndryshme. Parametrat e kujdesit profesional dhe ndërpersonal janë aspektet më të rëndësishme në pikëpamjen e pacientëve dhe mjekëve.

Modeli final i dimensioneve të nevojave

Gjithashtu, mjekët dhe pacientët përputheshin mjaft mirë edhe lidhur me nevojën e "Koordinimit dhe Vazhdimësisë" dhe "Shërbimit dhe Infrastrukturës".

Bazuar në analizën përkatës, u zhvillua një model gjithëpërfshirës që përfshin pritjet e të pacientëve dhe ekspertëve. Modeli i gjeneruar nga hulumtimi i pacientëve dhe ekspertëve mund të përmblidhet siç tregohet në Tabelën 1.

Tabela 1. Dimensionet dhe nën-dimensionet e sistemit të integruar të kujdesit shëndetësor me pacientin në qendër

Dimensioni	Nën-dimensioni
1. Aksesi	Kontrolli i aksesit
	Aksesi gjeografik
	Aksesi në kohën e duhur
2. Shërbimet dhe infrastruktura	Miqësore me pacientin dhe të përdorshme
	Pajisjet dhe godinat
	Stafi
3. Të dhënat dhe informacioni	Informacioni shëndetesor
	Të dhënat e pacientit
	Indikatorët e performancës
4. Kujdesi profesional	Sigurimi i cilësisë mjekësore
	Kompetencat dhe njohuritë e profesionistëve shëndetësore
	Edukimi i pacientëve
5. Koordinimi dhe vazhdimësia	Kujdesi ndër-disiplinar
	Koordinimi i kujdesit
	Vazhdimësia e informacionit
6. Kujdesi ndër-personal	Fuqizimi i pacientëve
	Komunikimi mjek-pacient
	Marrdhënia mjek-pacient
7. Kujdesi shëndetësor i personalizuar	Menaxhimi individual i pacientit
	Shërbime të personalizuara
	Pjesëmarrje sociale

1. Aksesi

Qasja në objekte/institucione, organizata dhe shërbime shëndetësore është parakusht për shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore. Qasja gjeografike dhe ajo në kohë në shërbimet e kujdesit shëndetësor duhet të bazohet në nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve të prekur.

Qasja gjeografike lidhet në terma praktikë me afërsinë ndaj kujdesit të ofruar nga mjeku i përgjithshëm, kujdesit të mjekut specialist brenda një distance të arsyeshme dhe kujdesit spitalor në përputhje me nevojat e pacientëve.

Kjo mbulon si distancën deri tek profesionistët e shëndetësisë, ashtu edhe për pajisjet teknike dhe klinike, për shembull, spitalet.

1. Aksesi

"Aksesi në kohë" tenton të mbulojë rregullimet organizative të hyrjes në sistemin e kujdesit shëndetësor. Kjo mbulon në veçanti orët e hapjes, disponueshmërinë e caktimit të vizitave dhe kohën e pritjes si për një takim ashtu edhe për kohën e kaluar në zyrë.

Qasja në shërbimet e kujdesit shëndetësor mund të bëhet më e vështirë nga "pengesa" të ndryshme ndaj saj. Një pengesë fillestare mund të ekzistojë në aspektet financiare. *Rregullat e pagesës shtesë* mund të jenë një arsye për të mos u vizituar tek mjeku.

Veçanërisht në sistemet e kujdesit shëndetësor në të cilin shumë shërbime duhet të paguhen nga vetë anëtarët, shpesh është e pamundur për të ata me të ardhura të ulëta për të financuar këto shërbime ose për të paguar premiumet e siguracionit shëndetësor.

2. Infrastruktura dhe shërbimet

"Infrastruktura dhe shërbimi" i referohet kryesisht dy fushave:

- *kushtet fizike* (strukturore) të objekteve të kujdesit shëndetësor; dhe
- *personelit* dhe karakteristikat e lidhura me të.

Kushtet dhe burimet strukturore sigurojnë kujdesin shëndetësor, por nuk e garantojnë atë.

Ato ndikojnë në kujdesin indirekt dhe gjithashtu ndikojnë në cilësinë e shërbimeve të ofruara në objekt.

Nëse burimet e nevojshme, teknologjia mjekësore ose burimet e personelit nuk janë në dispozicion, kjo ndikon në cilësinë ose çon në humbjen e shërbimeve.

2. Infrastruktura dhe shërbimet

"Përshtatshmëria me përdoruesit dhe aksesueshmëria" ka të bëjë me qasjen e papenguar në objektet e kujdesit shëndetësor dhe orenditë në përputhje me nevojat e pacientit.

Kjo i referohet mbi të gjitha *situatës infrastrukturore*. Parkimi adekuat dhe transporti publik brenda objektit mund të ndikojë ndjeshëm në perceptimin e pacientit për këtë dimension të nevojave.

Aksesi i papenguar i shërbimeve të kujdesit shëndetësor luan një rol thelbësor në *kujdesin e personave me aftësi të kufizuara fizike* për sa i përket disponueshmërisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor ndaj tyre.

2. Infrastruktura dhe shërbimet

"Orendi dhe objekte" përshkruan pajisjet, përshtatjen e tyre dhe aspektet e shërbimit brenda objekteve të ndryshme të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Arritja e një standardi të lartë në trajtimin e sëmundjeve të veçanta kërkon përgatitje adekuate ose përshtatje të një objekti shëndetësor. Kjo gjithashtu përfshin sigurimin që është e lehtë për të gjetur rrugën përreth objektit.

Përveç aspekteve të mobilimit dhe shërbimit, nga këndvështrimi i pacientit, një atmosferë miqësore midis stafit dhe ndërmjet personelit dhe pacientëve është i rëndësishëm dhe ndikon në natyrën e shërbimit të ofruar.

3. Të dhënat dhe informacioni

Për të përfshirë në mënyrë aktive një pacient, rrjeti i kujdesit të organizuar duhet të disponojë "Informacionin Shëndetësor" që është *i saktë* dhe me *cilësi të lartë*.

Në këtë kontekst, është veçanërisht e rëndësishme për pacientët që të marrin informacionin përkatës të paraqitur individualisht dhe në një formë miqësore për pacientin.

Qëllimi është forcimi i kompetencave vendimmarrëse dhe aftësive njohëse të pacientëve me njohuri specifike dhe përcaktimi i cilësisë së informacionit në dispozicion.

3. Të dhënat dhe informacioni

Një cështje qendrore në kuptimin e "Të Dhënave të pacientëve" është m*bledhja* dhe *ruajtja transparente* dhe *e sigurt* e të dhënave.

Nga perspektiva e pacientit, është e rëndësishme të sigurohet se ai ose ajo ka akses në të dhënat vetjakte të tij/saj, dhe që siguria e të dhënave është e siguruar.

Transparenca, disponueshmëria dhe *siguria*, në mënyrë që pacientët të kenë qasje dhe të kontrollojnë të dhënat e tyre mjekësore kur kërkohet, pa vështirësi, janë të rëndësishme.

3. Të dhënat dhe informacioni

Së fundmi, disponueshmëria dhe cilësia e “Indikatorëve të Performancës” janë faktorë të tjerë të rëndësishëm në këtë dimension.

Ofrimi i informacionit në lidhje me ofruesin e kujdesit shëndetësor, specializimin e tij ose të saj ose certifikatat e cilësisë, si dhe paraqitjen transparente të gamës dhe fushëveprimit të shërbimeve shëndetësore që ofrohen, kanë treguar se janë të rëndësishme për pacientët.

4. Kujdesi profesional

Dimensioni 'Kujdesi Profesional' mbulon kujdesin klinik dhe përshkruan kujdesin mjekësor dhe atë të specializuar të ofruar nga ofruesit e ndryshëm të kujdesit shëndetësor gjatë kujdesit shëndetësor të organizuar, por gjithashtu masa për të garantuar sigurimin e cilësisë(mjekësore) dhe sigurinë e pacientit.

Një sistem i ofrimit të kujdesit shëndetësor konsiderohet me cilësi të lartë nëse është projektuar të jetë efektiv, i sigurt, i koordinuar dhe i përqëndruar tek pacientët.

4. Kujdesi profesional

Një aspekt i këtij dimensioni është transferimi i informacionit ose 'Edukimi pacientit'.

Në transferimin e njohurive nga ofruesi i kujdesit shëndetësor çështja është se *si të edukohet pacienti në mënyrë që të rriten kompetencat e tij/saj, të ruhet vendosmëria e tij/saj dhe, sa të jetë e mundur, pacienti të marrë përgjegjësinë për shëndetin e tij* - me qëllim mundësimin e marrjes së vendimeve të nevojshme.

4. Kujdesi profesional

Nën-dimensioni 'Kompetencat e Ofruesit të Kujdesit Shëndetësor' karakterizohet nga kujdesi profesional i pacientit brenda konceptit të kujdesit dhe përshtatjen e tij me nevojat e pacientëve.

Kjo nuk merr parasysh vetëm specializmin e mjekëve, por edhe kompetencën dhe përvojën e mjekëve.

Çështjet qendrore këtu janë nëse dhe në çfarë mënyre kualifikimet e stafit të perceptuara nga pacientët kanë një efekt në suksesin e trajtimit.

4. Kujdesi profesional

Në vitet e fundit, 'Sigurimi i cilësisë mjekësore' ka marrë gjithnjë e më tepër rëndësi.

Kujdesi mjekësor pritet të korrespondojë me standardet më të fundit të mjekësisë (bazuar në fakte shkencore), të jetë i përshtatshëm dhe të mos kryhet në mënyrë të panevojshme.

Kjo do të thotë që të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor mbajnë përgjegjësi për kujdesin shëndetësor të tepërt, të papërshtatshëm ose të pasaktë.

5. Koordinimi dhe vazhdimësia

Kujdesi i koordinuar është nga njëra anë *planifikimi afatgjatë* dhe *menaxhimi i kujdesit të një pacienti* dhe nga ana tjetër një *program i kujdesit të integruar* i cili duhet të *koordinohet ndërmjet ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe sektorëve të përfshirë*.

Vazhdimi i kujdesit në të vërtetë do të thotë se ekziston një *tranzicion i garantuar* nga një ofrues i kujdesit shëndetësor në tjetrin ose që pacienti ka një person kontakti të vazhdueshëm, i cili është përgjegjës për koordinimin e shërbimeve.

5. Koordinimi dhe vazhdimësia

'Kujdesi ndërdisiplinor' përshkruan bashkëpunimin ndërdisiplinar ndër-specialistik ndërmjet ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor dhe / ose organizatave shoqërore brenda një sektori shëndetësor (nganjëherë referuar si integrimi horizontal) .

Kuadri përfshin kujdesin e lidhur dhe të qëndrueshëm të pacientit të siguruar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor të cilat mbeten konstante sa më shumë që të jetë e mundur dhe që punojnë së bashku me specialistë të tjerë brenda një sektori të kujdesit shëndetësor.

Kjo ka për qëllim të sigurojë që pacientët të marrin kujdes të plotë brenda kuadrit të njohur bazuar në nevojat e tyre.

5. Koordinimi dhe vazhdimësia

Idealisht, përveç kujdesit ndërdisiplinor, duhet të ekzistojë edhe *'Koordinimi i Kujdesit*' nëpërmjet disa ofruesve të kujdesit shëndetësor që përfaqësojnë nivele të ndryshme të kujdesit.

Në praktikë, kjo përshkruan integrimin e proceseve të kujdesit shëndetësor që përfaqësojnë një *ofrim trans-sektoral të shërbimeve*, për shembull, spitalin, kujdesin ambulator dhe rehabilitimin.

Kujdesi i vazhdueshëm i një pacienti apo një grupi të popullsisë përfshin jo vetëm menaxhimin e kujdesit akut, por edhe organizimin e konsultimeve parandaluese dhe pas kujdesit.

5. Koordinimi dhe vazhdimësia

Për të optimizuar koordinimin dhe vazhdimësinë në sigurimin e kujdesit shëndetësor të pacientëve, është thelbësore që *të gjithë ata që janë përfshirë* të kontribuojnë në një *shkëmbim më të mirë të informacionit* dhe në këtë mënyrë në një *kulturë të përmirësuar të komunikimit*.

'Vazhdimësia Informative' përshkruan transferimin e vazhdueshëm dhe të përditësuar të informacionit mbi rezultatet e testimit dhe ekzaminimit dhe njoftimin reciprok.

Për hartimin efikas të kujdesit shëndetësor të pacientëve në kuadër të një rrjeti të kujdesit të koordinuar, shkëmbimi i informacionit ose komunikimit ka një ndikim të konsiderueshëm në cilësinë dhe efektivitetin e kostos së ofrimit të kujdesit shëndetësor.

6. Kujdesi ndërpersonal

Kujdesi ndërpersonal konsiderohet si një nga karakteristikat më të rëndësishme të shërbimeve të kujdesit shëndetësor në kuptimin e kujdesit me në qendër pacientin.

Kompetencat ndërpersonale janë gjithashtu një tregues i kompetencës terapeutike.

Vendosja e kritereve për trajtim të suksesshëm nga perspektiva e pacientit janë:

- perceptimi i nevojave të tyre individuale,
- një nivel i lartë ndjeshmërie,
- informacioni gjithëpërfshirës profesional, dhe
- respektimi i marrëdhënieve psiko-emocionale .

6. Kujdesi ndërpersonal

Nën-dimensioni *'Marrëdhënia mjek-pacient*' fokusohet në kujdesin jo-mjekësor të pacientit.

Kjo ka të bëjë me kujdesin ndërpersonal, domethënë qëndrimin, qasjen dhe sjelljen ndaj pacientit.

Kjo mbulon në veçanti aspekte të tilla si vëmendja, ndershmëria dhe të qënit i clirët dhe i hapur gjatë trajtimit.

Një marrëdhënie personale me një person kontakti të njohur dhe konstant është vendimtare për pacientët dhe ndikon në pajtueshmërinë dhe përkushtimin e tyre.

6. Kujdesi ndërpersonal

Qëllimi i "*Komunikimit mjek-pacient*" konsiston në përcaktimin e ideve, vlerave dhe prioriteteve të pacientëve dhe integrimin e tyre në komunikimin shëndetësor.

Një aftësi e rëndësishme në fushën e kujdesit ndërpersonal është aftësia e ofruesit të kujdesit shëndetësor për të komunikuar , i cili duhet të mundësojë një komunikim të *sinqertë, të hapur* dhe *të kuptueshëm*, në të cilin pacienti gjithashtu ka mundësinë të shprehë mendimin e tij.

Empatia dhe *vëmendja*, në mënyrë që pacienti të mund të diskutojë problemet shëndetësore, gjithashtu luan një rol të rëndësishëm .

6. Kujdesi ndërpersonal

Pacientët luhaten midis nevojës për vetë-vendosje dhe dëshirës për ofrimin e shtigjeve dhe termave të referencave të qarta nga ana e profesionistëve mjekësorë përgjegjës për kujdesin e tyre (ekspertë).

Individualizimi dhe *'Fuqizimi i pacientëve*' janë një shprehje e "pacientit në qendër" dhe një kriter vendimtar për suksesin.

Qëllimi është t'u japë pacientëve më shumë përgjegjësi për veten dhe kujdesin e tyre shëndetësor dhe t'i përfshijë ata në vendimmarrje për terapitë (*vendimmarrja e përbashkët*).

7. Kujdesi shëndetësor i individualizuar

Institucionet e sistemit shëndetësor synojnë që me vetëdije të marrin në konsideratë kontekstin individual dhe social të pacientëve dhe t'i përfshijnë ato më intensivisht në diagnostifikim dhe terapi.

Ndërveprimi social, mbajtja e kontakteve sociale dhe mbështetja e të afërmve ose grupeve të vetë-ndihmës kanë një efekt pozitiv në suksesin e trajtimit.

7. Kujdesi shëndetësor i individualizuar

'Menaxhimi individual' nga pacienti përshkruan kryesisht dizajnin *gjithëpërfshirës dhe koherent* të menaxhimit dhe *vazhdimësisë* brenda qasjes së menaxhimit.

Në sfondin e ndjekjes së kujdesit të vazhdueshëm, vazhdimësia e menaxhimit dhe kontrolli individual nga ana e pacientit mbulojnë disponueshmërinë e sistemit dhe aftësinë e rrjetit të kujdesit për t'iu përgjigjur nevojave dinamike të pacientëve.

Për të arritur këtë qëllim, mund të përdoren metoda të ndryshme të menaxhimit në kuadër të kujdesit të koordinuar: opsionet e mundshme përfshijnë, për shembull, *qasjet e menaxhimit të rastit* ose *qasjet e rojtarit të portës.*

7. Kujdesi shëndetësor i individualizuar

Nën-dimensioni 'Shërbimet e personalizuara' përshkruan qëllimin në fusha të ndryshme të vendim-marrjes dhe pjesëmarrjes që është përgjithësisht brenda kufizimeve terapeutike. Kujdesi i personalizuar ose i individualizuar mund të përkufizohet si *kujdesi që merr parasysh nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve*.

Dimensioni gjithashtu përshkruan përshtatjen e proceseve të kujdesit për nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve . Në kushtet e një perspektive multifaktoriale, hartimi i kujdesit shëndetësor me pacientin në qendër dhe njohja dhe shqyrtimi i ndërvarësive të intelektit, trupit dhe shpirtit në kuadër të strukturave të koordinuara të kujdesit, parandalimit, promovimit të shëndetit dhe kujdesit afatgjatë të pacientëve me sëmundje kronike janë komponente të mëtejshme vendimtare të kujdesit shëndetësor efektiv.

7. Kujdesi shëndetësor i individualizuar

Së fundmi, dimensioni "*Pjesëmarrja Sociale*" përshkruan aftësinë e pacientëve jo vetëm për të ruajtur jetën e tyre normale brenda komunitetit, por edhe për të vazhduar jetën e tyre të punës ose për të rifilluar pjesëmarrjen sa më shpejt që të jetë e mundur gjatë terapisë.

Është veçanërisht e rëndësishme që kujdesi të përshtatet në mjedisin e veçantë të pacientit dhe që nevojat individuale të merren në konsideratë.

Një mjedis pozitiv shoqëror nga miqtë dhe të afërmit për të motivuar dhe mbështetur pacientët është një nga faktorët vendimtarë të suksesit për ndryshimin (e qëndrueshëm) të shprehive të jetesës dhe ruajtjen e rregullave të terapisë.

Konkluzione

Shpërndarja e kujdesit shëndetësor efektiv brenda buxheteve të kufizuara kërkon të kuptohen përparësitë e pacientit.

Shpenzimet në sistemin e kujdesit shëndetësor po rriten.

Sidoqoftë, gjykimet e ekspertëve dhe nevojat ose preferencat e pacientëve nuk janë gjithmonë në harmoni dhe kështu rekomandimet e trajtimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor nuk janë gjithmonë të pranuara dhe të zbatuara nga pacientët në një mënyrë që është terapeutikisht ideale ose e dëshirueshme.

Konkluzione

Në këtë sfond bashkërendimi i praktikës klinike dhe politikave shëndetësore me prioritetet dhe nevojat e pacientit do të përmirësojë efektivitetin e ndërhyrjeve shëndetësore.

Vendimmarrësit politikë dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor mjekësor duhet të jenë të aftë për të marrë vendimin e tyre mbi informacione te besueshme lidhur me pritshmëritë që kanë pacientët për trajtimin e tyre dhe nëse një program i veçantë kujdesi është i dobishëm dhe i arsyeshëm në lidhje me nevojat dhe preferencat e pacientit.

Konkluzione

Kërkesat individuale të cilat, krahas faktorëve të tjerë, ndikojnë padyshim në vendimin për shfrytëzimin e nevojave të shërbimeve shëndetësore njihen me termin “nevoja”.

Ky term përdoret për të përshkruar të gjithë faktorët që ndikojnë drejtpërdrejt në vendimin për shfrytëzimin e shërbimeve.

Përveç komponentit subjektiv, 'nevoja e perceptuar', kjo gjithashtu përfshin nevojën objektive të krijuar nga ekspertët, 'nevoja e vlerësuar'. Andersen supozon se nevoja përfaqëson arsyen e drejtpërdrejtë për shfrytëzimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Konkluzione

Duke e cuar këtë arsyetim edhe një hap më tej, mund të argumentohet se motivimi i një individi për të shfrytëzuar një ofertë shëndetësore është gjithashtu e ndikuar ndjeshëm nga paragjykimet e tij mbi shëndetin, të cilat përfaqësojnë disa aspekte të karakteristikave të tij predispozuese.

Këto “besime shëndetësore” individuale janë përshkruar shumë herë teorikisht (shih për shembull 'Modelin e Besimit të Shëndetit').

Konkluzione

Pacienti ndikohët në mënyrë të drejtpërdrejtë dhe duhet të jetë fokusi i kujdesit. Rrjetet e kujdesit shëndetësor me pacientin në qëndër dhe inovative, në këtë mënyrë, synojnë të bëjnë kujdesin shëndetësor ndaj pacientit më efektiv dhe të përshtasin ofertat në dispozicion me pritshmëritë e pacientëve.

Inicimi i ofertave të përshtatshme kërkon shqyrtimin e motivimit individual dhe kushteve të nevojshme.

Një ofrues i kujdesit shëndetësor mund të motivojë pacientët veçanërisht mirë nëse ai/ajo i njeh faktorët që ndikojnë në dobinë e perceptuar të pacientit.

Konkluzione

Ofertat e kujdesit shëndetësor dhe proceset e trajtimit për këtë arsye duhet të jenë të përshtatura me prioritetet dhe pritshmëritë e pacientit.

Nëse këto janë të njohura, efektiviteti i trajtimeve dhe shërbimeve mund të përmirësohet dhe ofrohen shërbime të përshtatura për nevojat individuale të pacientëve.

LEKSIONI 4

–

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR – OFRUESIT E KUJDESIT SHËNDETËSOR

HYRJE

Ofruesit e kujdesit shëndetësor janë një ndër 4 aktorët kyc të cdo sistemi shëndetësor kudo në botë. Por cfarë kuptojmë me termin "Kujdes Shëndetësor"? Cfarë kuptojmë me termin "ofrues i kujdesit shëndetësor"? Cilat janë llojet e kujdesit shëndetësor dhe llojet e ofruesve të kujdesit shëndetësor? Si vihen këta të fundit në marrdhënie me njëri-tjetrin dhe me hallkat e ndryshme të sistemit shëndetësor drejt qëllimit final të sistemit efektive të kujdesit shëndetësor?

Këtyre pyetjeve do u përgjigjemi në vijim.

Përkufizimi i kujdesit shëndetësor

Kujdesi shëndetësor është një mënyrë e organizuar e kujdesit mjekësor që ka të bëjë me ruajtjen e shëndetit të të gjithë trupit.

Kujdesi shëndetësor (KSh) ofrohet nga ofruesit e kujdesit shëndetësor ose profesionistët në fusha të ndryshme, duke përfshirë farmacinë, infermierinë, mjekësinë, stomatologjinë, psikologjinë, mjekët e përgjithshëm, etj. Ditë pas dite institucionet shëndetësore janë përmirësuar në cdo pjesë të botës dhe i përgjigjen përparimit teknologjike në fushën e shëndetësisë. Kujdesi shëndetësor ndikohet kryesisht nga kushtet sociale, ekonomike dhe politikat shëndetësore të shteteve përkatëse dhe ndryshon sipas shteteve, individëve, grupeve të ndryshme, etj.

Në vende të ndryshme janë ngritur sisteme të ndryshme të kujdesit shëndetësor. Sipas OBSH-së, sistemet e kujdesit shëndetësor kërkojnë burime njerëzore të mirë-trajnuara dhe të paguar në mënyrë të përshtatshme, ato duhet të ofrojnë medikamente cilësore në kohën e duhur, duhet të jenë të pajisura me teknologjinë e duhur, etj.

Llojet e kujdesit shëndetësor

Çdo individ kërkon kujdes të ndryshëm shëndetësor në varësi të problemit të tij shëndetësor: disa individë kërkojnë kujdes normal kurse disa të tjerë kërkojnë kujdes shtesë dhe shumë të specializuar.

Pra, në bazë të kushteve ose gjendjeve shëndeteësore të pacientit, kujdesit shëndetësor ndahet në lloje të ndryshme. Më poshtë përshkruhen disa lloje të kujdesit shëndetësor:

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Kujdesi shëndetësor parësor kryesisht fokusohet në *barazinë shëndetësore* duke prodhuar politikë sociale përtej sistemit tradicional të kujdesit shëndetësor.

Qëllimi kryesor i tij është që të sigurojë kujdes shëndetësor lokal për pacientët, sepse profesionistët që kanë të bëjnë me kujdesin parësor janë mjekë të përgjithshëm, merren me një gamë të gjerë problemesh psikologjike, fizike dhe sociale, në ndryshim nga mjekët specialistë të cilët përqëndrohen në një sëmundje të caktuar ose fushë shëndetësore të caktuar.

Shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor po rriten me shpejtësi si në vendet e zhvilluara ashtu edhe në ato në zhvillim, në përputhje me rritjen e numrit të të rriturve (adultëve) me rrezik më të lartë për sëmundje kronike jo të transmetueshme, si diabeti, astma, dhimbja e shpinës, hipertensioni, ankthi, depresioni etj.

Për të arritur qëllimet përfundimtare të kujdesit shëndetësor parësor, OBSH ka përshkruar pesë elementë, si më poshtë vijon:

- Reduktimi i përjashtimit dhe pabarazive sociale në shëndet (reforma që synojnë mbulimin universal).
- Rritja e pjesëmarrjes së aktorëve të këtij sistemi.
- Integrimi i shëndetit në të gjithë sektorët.
- Organizimi i shërbimeve shëndetësore sipas ose bazuër në nevojat dhe pritshmëritë e njerëzve.
- Ndjekja e modeleve bashkëpunuese të dialogut politik (politikave shëndetësore).

Në fakt, OBSH e konsideron KSHP-në si sistemin më të rëndësishëm për arritjen e barazisë së kujdesit shëndetësor dhe një gur themeli për shëndetin e popullatës. Për këtë arsye, në dokumenta e fundit të OBSH-së i bëhet jehonë rëndësisë së KSHP-së dhe reformave të sistemit shëndetësor të cilat rrisin rolin qëndror të kësaj hallke të sistemve shëndetësore.

Madje, slogani i famshëm i OBSH-së thotë: Kujdesi Shëndetësor Parësor, tani më shumë se kurrë (1). Pse është i nevojshëm një rinovim i kujdesit shëndetësor parësor (PHC), dhe pse tani, më shumë se kurrë? Përgjigjja e menjëhershme është kërkesa e dukshme për një gjë të tillë nga Shtetet Anëtare - jo vetëm nga profesionistët e shëndetësisë, por edhe nga arena politike.

Globalizimi po e vendos nën stres kohezionin social në shumë vende, dhe sistemet shëndetësore, si përbërës kyç të arkitekturës së shoqërive bashkëkohore, është e qartë se nuk po funksionojnë apo nuk po përmbushin detyrat e tyre ashut sic duhet.

Njerëzit janë gjithnjë e më të padurueshëm me pamundësinë e shërbimeve shëndetësore për të ofruar nivele të mbulimit kombëtar që plotësojnë kërkesat e deklaruara dhe nevojat në ndryshim, dhe me dështimin e tyre për të ofruar shërbime në mënyra që korrespondojnë me pritshmëritë e tyre. Nuk ka diskutim që sistemet shëndetësore duhet t'u përgjigjen më mirë - dhe më shpejt - sfidave të një bote që ndryshon. KSHP mund ta bëjë këtë!

Sot pranohet fakti se popullatat janë lënë pas dore dhe ndjenja e mundësive të humbura i dha jetë tridhjetë vjet më parë, zhvendosjen e paradigmës së të menduarit rreth shëndetit në konferencën e Alma-Ata-s. Konferenca e Alma-Ata-s mobilizoi lëvizjen “Kujdesi Shëndetësor Parësor” të profesionistëve dhe institucioneve, qeverive dhe organizatave të shoqërisë civile, studiuesve dhe organizatave bazë që u bashkuan për të adresuar trajtimin e pabarazive shëndetësore "politikisht, shoqërisht dhe ekonomikisht të papranueshme" në të gjitha vendet (1).

Deklarata e Alma-Ata-s ishte e qartë për vlerat që duhet të ndiqeshin: drejtësia sociale dhe e drejta për shëndet më të mirë për të gjithë, pjesëmarrja dhe solidariteti. Kishte një ndjesi se përparimi drejt këtyre vlerave kërkonte ndryshime thelbësore në mënyrën se si funksiononin sistemet e kujdesit shëndetësor dhe mënyrën se si shfrytëzohej potenciali i sektorëve të tjerë (1).

Përkthimi i këtyre vlerave në reforma të prekshme ka qenë i pabarabartë. Sidoqoftë, sot, barazia shëndetësore gëzon përparësi më të madhe në diskursin e udhëheqësve politikë dhe të ministrive të shëndetësisë, si dhe të strukturave të qeverisjes vendore, organizatave profesionale dhe organizatave të shoqërisë civile (1).

Vlerat e KSHP-së për të arritur *shëndetin për të gjithë* kërkojnë sisteme shëndetësore që: "Vendosin njerëzit në qendër të kujdesit shëndetësor". Ajo cfarë njerëzit i konsiderojnë mënyra të dëshirueshme të jetesës si individë dhe çfarë presin ata për shoqëritë e tyre - domethënë se çfarë vlerësojnë njerëzit - përbëjnë parametra të rëndësishëm për qeverisjen e sektorit të shëndetësisë.

KSHP ka mbetur pikë referimi për diskutimin e shumicës së vendeve lidhur me shëndetin pikërisht sepse lëvizja e KSHP u përpoq të siguronte përgjigje racionale, të bazuara në fakte dhe paraprirëse ndaj nevojave shëndetësore dhe për këto pritshmëri dhe shpresa sociale.

Arritja e kësaj kërkon kompromise që duhet të fillojnë duke marrë parasysh "pritshmëritë e qytetarëve për shëndetin dhe kujdesin shëndetësor" dhe duke siguruar që "zëri dhe zgjedhja e tyre të ndikojnë në mënyrë të vendosur në mënyrën në të cilën shërbimet shëndetësore projektohen dhe funksionojnë" (1).

Një rishikim literature i kohëve të fundit i KSHP-së i bën jehonë kësaj perspektive si "e drejta për nivelin më të lartë të arritshëm të shëndetit", "maksimalizimi i barazisë dhe solidaritetit", ndërsa udhëhiqet nga "reagimi ndaj nevojave të njerëzve". Lëvizja drejt *shëndetit për të gjithë* kërkon që sistemet shëndetësore t'u përgjigjen sfidave të një bote në ndryshim dhe pritshmërive në rritje për një performancë më të mirë.

Kjo përfshin riorientim të konsiderueshëm dhe reformë të mënyrave të funksionimit të sistemeve shëndetësore në shoqëri sot: këto reforma përbëjnë axhendën e rinovimit të KSHP-së (1).

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Ky lloj i kujdesit shëndetësor ofrohet nga **mjekë specialistë** dhe **specialistë** për probleme të tjera shëndetësore që nuk kanë kontakt të drejtpërdrejtë me një pacient si urologët, dermatologët, kardiologët, etj.

Sipas politikës kombëtare të sistemit shëndetësor, pacienti ka nevojë për t'u referuar nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor për të vazhduar më tej në kujdesin shëndetësor sekondar. Pacienti nuk mund të ketë akses të drejtpërdrejt në kujdesin shëndetësor sekondar, sepse ndonjëherë sistemi shëndetësor ka imponuar një kufizim të referimit të pacientëve në terma të pagesës, por kjo ndryshon nga shteti në shtet.

Sistemet e përfshira në këtë kategori njihen si sistemi i shëndetësor i rrethit dhe sistemi i shëndetësor rajonal (të adaptuara për vendin tonë).

(a) Sistemi Shëndetësor i Rrethit: Ky sistem kryesisht fokusohet në shëndetin e fëmijës dhe kujdesin e lindjes. Popullsia që mbulon ky sistem është rreth 25000 deri në 50000 dhe përfshin qendra të ndryshme të kujdesit shëndetësor dhe spitalet e bashkiake. Qendrat e kujdesit shëndetësor marrin referime nga kujdesi shëndetësor parësor dhe mbeten të hapura për 24 orë çdo ditë. Spitalet e rretheve përfshijnë shërbimet e urgjencës, kujdesin neonatal, kujdesin gjithëpërfshirës obstetrik të urgjencës etj dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

(b) Sistemi Shëndetësor Rajonal: Në këtë sistem, spitalet marrin referime nga Sistemet Shëndetësore të Rrethit dhe bashkiake. Spitali Rajonal ofron shërbime gjinekologjike,

mjekësi të përgjithshme, obstetrikë, kirurgji të përgjithshme, etj. dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

Kujdesi shëndetësor tretësor (KSHT)

Ky lloj i kujdesit shëndetësor njihet si **kujdes shëndetësor i specializuar konsultativ** zakonisht për pacientët e hospitalizuar dhe për pacientët e referuar nga kujdesi shëndetësor parësor dhe dytësor për ekzaminim dhe trajtim mjekësor të avancuar.

Shërbimet në vijim janë shembuj të shërbimeve të kujdesit shëndetësor terciar: kirurgjia plastike, trajtimi i djegies, kirurgjia kardiake, menaxhimi i kancerit, neurokirurgjia, ndërhyrjet komplekse mjekësore dhe kirurgjike, etj.

Ofruesi kryesor i kujdesit shëndetësor terciar është Sistemi Kombëtar Shëndetësor i përbërë nga Spitalet Rajonale dhe Spitali Kombëtar (Qëndra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" në Tiranë dhe spitalet e tjera terciare në rastin e vendit tonë).

Spitalet rajonale marrin një pacientë të referuar nga nga spitalet e ndryshme rajonale dhe shërbejnë si qendra trajnimi në mënyrë të ngjashme me spitalet kombëtare referuese. Kujdesi shëndetësor terciar ofron dhe shërbime shtesë të kujdesit shëndetësor dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

Kush konsiderohet "ofrues/praktikues i kujdesit shëndetësor"?

Sipas Fjalorit Mjekësor, me termin "ofrues i kujdesit shëndetësor" kuptohet cdo person, institucion ose agjenci që ofron shërbime shëndetësor për konsumatorët e kujdesit shëndetësor", ose "një person që ofron cdo lloj forme të kujdesit shëndetësor, si psh. mjek, infermiere, dentist, punonjës i shëndetit mendor, këshillues i kontrollit të lindjes, menaxher i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme, etj. (2).

Ky është përkufizimi bazë, i cili ndryshon më shumë ose më pak sipas shteteve të ndryshme. Kështu, një tjetër përkufizim i ofruesit të kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara është: "Sipas rregulloreve federale, një "ofrues i kujdesit shëndetësor" përkufizohet si: një doktor i mjekësisë ose osteopatisë, podiatristët, dentistët, psikologët klinikë, optometristët, infermieret dhe ndihmëset e tyre, infermieret-mami ose punonjësit socialë klinikë të autorizuar për të ushtruar profesionin e tyre nga shteti dhe ushtrimi brenda fushëveprimit të praktikës së tyre siç përcaktohet nga ligji i Shtetit, ose një praktikues i Shkencës së Krishterë (3).

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë:

1. **Infermiere praktikuese e kujdesit për adultët** - Infermieret me arsim të nivelit universitar; mund të shërbejnë si ofrues të kujdesit parësor në një institucion për kujdesin e të rriturve ose në shtëpi.

2. **Infermieret e praktikës së avancuar** – Infermiere me arsim pas-universitar, përgatiten me edukim, njohuri, shkathtësi dhe fushëveprim të avancuar didaktik dhe klinik në infermieri.

3. **Audiologjist** - Specialistë në identifikimin, diagnostikimin, trajtimin dhe monitorimin e çrregullimeve të pjesëve të sistemit auditor dhe vestibular të veshit; të trajnuar për të diagnostikuar, menaxhuar dhe trajtuar dëgjimin, zhurmën në veshë ose probleme të ekuilibrit; Këta janë të aftë të japin, menaxhojnë dhe rehabilitojnë aparatet e dëgjimit dhe vlerësojnë pacienët kandidatë për implantet kokleare.

4. **Specialistë të infermierisë klinike - Specialistë të infermierisë janë infermiere që kanë trajnim në një fushë të tillë si shëndeti** kardiak, psikiatrik ose shëndeti komunitar.

5. **Edukator i Certifikuar i Astmës** – Këta mësojnë pacientët rreth astmës së tyre, duke përfshirë masat parandaluese, si të shmangin sulmet, përdorimin e duhur të ilaçeve, dietën dhe këshillimin për stilin e jetesës dhe përdorimin e planeve të veprimit me shkrim që lejojnë rregullimin e shpejtë të ilaçeve kur përkeqësohen.simptomat

6. **Trajneri i Certifikuar Atletik** – Profesionistë shumë të kualifikuar dhe me aftësi multiple të kujdesit shëndetësor që bashkëpunojnë me mjekët për të ofruar shërbime parandaluese, kujdesin e urgjencës, diagnozë klinike, ndërhyrje terapeutike dhe rehabilitim të lëndimeve dhe gjendjeve mjekësore.

7. **Edukator i Çertifikuar i Diabetit** – Një profesionist shëndetësor i cili posedon njohuri dhe përvojë të plotë për gjendjet pre-diabetike, parandalimin e diabetit dhe menaxhimin e tij. Edukon dhe mbështet njerëzit e prekur nga diabeti për të kuptuar dhe menaxhuar gjendjen e tyre.

8. **Këshilltari i Certifikuar Gjenetik** – Profesionistë të kujdesit shëndetësor të trajnuar në nivel Masteri të cilët kombinojnë njohuritë e tyre për shkencën bazë, gjenetikën mjekësore, parimet epidemiologjike dhe teorinë e këshillimit me aftësitë e tyre në vlerësimin e rrezikut gjenetik, edukimin, komunikimin ndërpersonal dhe këshillimin për të ofruar shërbime klientëve dhe familjeve të tyre për një grup të ndryshëm rrethanash gjenetike ose gjenomike.

9. **Terapist i Certifikuar i Dorës** – Një terapist i çertifikuar i dorës është një terapist okupacional ose terapist fizik i cili ka minimalisht tre vjet përvoje klinike, duke përfshirë 4.000 orë ose më shumë në praktikën e drejtpërdrejtë në terapi e dorës.

10. **Edukator i Çertifikuar i Laktacionit** – Një individ i trajnuar në mënyrë profesionale që ofron trajnime gjithëpërfshirëse në edukimin me gji. Ata janë të kualifikuar për të mësuar, mbështetur dhe edukuar publikun mbi ushqyerjen me gji dhe çështjet e lidhura me të.

11. **Asistent Mjekësor i Certifikuar** – Asistent i Certifikuar Mjekësor (jo i licencuar). Një profesionist i tillë licensohet pas përfundimit të një programi ndihmës mjekësor dhe zakonisht siguron mbështetje nëpunësi, administrative dhe klinike bazë për mjekët.

12. **Specialist Infermier Klinik** - Siguron kujdes të drejtpërdrejtë për pacientët në një nga një sërë specializimesh, si pediatri, geriatri, kujdesi i urgjencës dhe onkologji. Këta mund të shërbejnë gjithashtu si këshilltarë, duke ndihmuar profesionistët e tjerë mjekësorë që punojnë për të përmirësuar rezultatet e pacientit dhe për të ndikuar në të gjitha nivelet e kujdesit.

13. **Klinicist i Çertifikuar i Mbështetjes së Ushqyerjes** - Mbështetja e të ushqyerit është një praktikë e specializuar që kërkon ekspertizën e profesionistëve të shumëfishtë të kujdesit shëndetësor. Këta sigurojnë kujdes cilësor për mbështetjen e ushqyerjes, ata mbështesin publikun, kolegët e tyre, anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor dhe administratorët në trajtimin efikas të sëmundjeve dhe gjendjeve jo të favorshme.

14. **Infermiere-mami e certifikuar** – Infermieret-mami të certifikuara kanë trajnim për nevojat e kujdesit shëndetësor të grave, duke përfshirë kujdesin para lindjes, aktivitetin e lindjes dhe lindjen, si dhe kujdesin për një gruaj që ka lindur.

15. **Teknik i Certifikuar i Mjekësisë Oftalmike** - Teknikët mjekësorë të syrit - të njohur gjithashtu si personel i syrit - punojnë me një oftalmolog (mjek i syrit) për të siguruar kujdesin e pacientit duke kryer detyra klinike të lidhura me syrin si: marrja e historive mjekësore të pacientit, udhëzimi i pacientëve rreth medikamenteve, testeve dhe procedurave.

16. **Specialist i Certifikuar i Forcës dhe Kondicionimit** – Këta janë profesionistë që aplikojnë njohuri shkencore për të trajnuar atletët me qëllimin parësor të përmirësimit të performancës atletike.

17. **Zyrtari klinik** - Një praktikues i licencuar i mjekësisë i cili është i trajnuar dhe i autorizuar për kryerjen e detyrave mjekësore të përgjithshme ose të specializuara si diagnoza dhe trajtimi i sëmundjeve dhe dëmtimeve, urdhërimin dhe interpretimin e testeve mjekësore, kryerjen e procedurave rutinore mjekësore dhe kirurgjike dhe referimin e pacientëve tek praktikuesit e tjerë .

18. **Përzierësi** – Ky është një person që përzien përbërësit dhe përgatit ilaçin dhe ia dorëzon atë pacientit. Përzierësi është ai që krijon ilaçet (përmbushja/ekzekutimi i recetës së mjekut).

19. **Punonjësi Shëndetësor i Komunitetit** – Këta janë anëtarë të një komuniteti të zgjedhur nga vetë komuniteti ose organizatat e komunitetit për të siguruar kujdesin themelor shëndetësor dhe mjekësor për komunitetin e tyre dhe të aftë për të ofruar kujdes parandalues, promovues dhe rehabilitues për këto komunitete. Emra të tjerë për këtë lloj ofruesish të kujdesit shëndetësor përfshijnë punonjësin e shëndetësisë së fshatit, ndihmësin shëndetësor të komunitetit, promotorin e shëndetit të komunitetit dhe këshilltarin shëndetësor me aftësi shëruese natyrale (lay).

20. **Infermierja e Regjistruar e Kujdesit Kritik** - Specialistë me fokus në kujdesin maksimal të pacientëve të sëmurë ose në gjendje kritike pas lëndimeve të mëdha, operacioneve ose sëmundjeve kërcënuese për jetën.

21. **Doktor** - Profesionist që praktikon mjekësinë dhe merret me nxitjen, promovimin, mbajtjen ose rivendosjen e shëndetit përmes studimit, diagnozës dhe trajtimit të sëmundjes, lëndimit dhe dëmtimeve të tjera fizike dhe mendore.

22. **Doktor i Osteopatisë** - Doktorët e Mjekësisë Osteopatike janë mjekë të çdo specialiteti të licencuar plotësisht. Mjekët osteopatikë janë trajnuar për të: - Parandaluar sëmundjet dhe dëmtimet duke ruajtur një mënyrë jetese të shëndetshme. – Ekzaminuar në mënyrë të plotë pacientin për të vënë diagnozën pa u fokusuar vetëm tek simptomat. - Ndihmuar trupin të shërojë vetveten. - Besuar se të gjitha pjesët e trupit punojnë së bashku dhe ndikojnë tek njëri-tjetri. Këta profesionistë janë të trajnuar posaçërisht në sistemin nervor dhe në sistemin musculoskeletal (muskujt dhe eshtrat). - Kryejnë trajtime manipuluese osteopatike, një qasje praktike për diagnozën, trajtimin dhe parandalimin e sëmundjes ose lëndimit.

23. **Doktor i Terapisë Fizike** – Ky konsiderohet si mjek klinik i edukuark në shumë fusha të rehabilitimit.

24. **Dentisti** - Një dentist është një kirurg i specializuar në stomatologji - diagnoza, parandalimi dhe trajtimi i sëmundjeve dhe gjendjeve të zgavrës së gojës.

25. **Asistenti dentar** -Ndihmon dentistin në ofrimin e trajtimit dentar efikas. Ndihmon përgatitjen e pacientit për trajtim, sterilizim të instrumenteve, kalimin e instrumenteve dentistit gjatë procedurës, mbajtjen e aparaturave të thithjes, ekspozimin e radiografive të dhëmbëve, marrjen e gjurmëve të dhëmbëve dhe fabrikimin e kurorave të përkohshme të dhëmbëve.

26. **Higjenist dentar** – Pikësëpari këta janë profesionistë të kujdesit shëndetësor parësor që punojnë në mënyrë të pavarur ose pranë dentistëve dhe profesionistëve të tjerë dentarë • ofrojnë kujdes të plotë shëndetësor oral. Ata kanë trajnim dhe edukim që përqendrohet dhe specializohet në parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve të gojës.

27. **Teknik dentar** Një anëtar i ekipit të dhëmbëve, i cili me recetën nga një dentisti ndërton aparate të ndryshme dentare me porosi si kurora, ura, implante, proteza etj.

28. **Terapist dentar** - Një anëtar i ekipit të dhëmbëve që siguron kujdes dentar parandalues dhe riparues, zakonisht për fëmijët dhe adoleshentët. Roli i saktë ndryshon dhe varet nga edukimi i terapistëve dhe nga rregulloret e ndryshme dentare dhe udhëzimet e çdo vendi.

29. **Dietisti** - Një ekspert në shkencëne e dietëse, domethënë në ushqyerjen njerëzore dhe rregullimin e dietës. Një dietist ndryshon ushqyerjen e pacientit të tyre bazuar në gjendjen e mjekësore dhe nevojat individuale të pacientit.

30. **Doktorët e Mjekësisë Osteopatike** – Një "gjeneralist" i cili shpesh specializohet në mjekësinë interne, në praktikën e familjes ose në pediatri.

31. **Teknik i Urgjencës Mjekësore** – Këta janë klinicistë, të trajnuar për t'iu përgjigjur shpejt situatave emergjente në lidhje me çështjet mjekësore, lëndimet traumatike dhe skenat e aksidenteve.

32. **Praktikuesi i Infermierisë Familjare** – Këta kanë arsim universitar, të certifikuar në nivel kombëtar dhe të licencuar nga shteti dhe që kujdesen për pacientët në gjendje të qëndrueshme mjekësore të të gjitha moshave, që nga foshnjat e deri tek pacientët e moshuar.

33. **Praktikuesi i Infermierisë Geriatrike** - Infermiere me trajnim të nivelit universitar. Mund të shërbejnë si ofrues të kujdesit parësor në geriatri.

34. **Hospitalist**. - Një spitalist është një mjek i specializuar në kujdesin e pacientëve të hospitalizuar dhe praktika/aktiviteti e të cilëve kryhet në spital, jo në një zyrë.

35. **Farmacistët e licencuar** – Trajnimi universitar. Farmacisti përgatit dhe përpunon recetat e ilaceve që janë përshkruar nga ofruesi i kujdesit primar apo specialisti. Farmacistët ofrojnë informacione për njerëzit rreth ilaçeve. Ata gjithashtu konsultohen me ofruesit e kujdesit shëndetësor rreth dozave, ndërveprimeve dhe efekteve anësore të barnave.

36. **Infermieret Praktike të licencuara** – Këta janë kujdestarë të licencuar nga shteti të cilët janë trajnuar për t'u kujdesur për të sëmurët. Ata/ato janë licencuar për të administruar medikamente të specifikuara, për të vlerësuar shenjat jetësore dhe për të kryer shumë procedura të kujdesit të pacientit.

37. **Punonjësit e Rasteve Mjekësore** Punojnë në spitale dhe vende të tjera të shërbimit shëndetësor. Ata shërbejnë si drejtues të rasteve, terapistë, ose punojnë me pacientët për t'i udhëzuar ata nëpërmjet kujdesit dhe trajtimeve të tyre

38. **Doktorët Mjekësorë** - Një "gjeneralist" i cili shpesh specializohet në mjekësinë interne, në praktikën e familjes ose në pediatri.

39. **Teknolog i Laboratorit Mjekësor** - Një profesionist i kujdesit shëndetësor i cili kryen analiza diagnostike kimike, hematologjike, imunologjike, histopatologjike, citopatologjike, mikroskopike, dhe bakteriologjike në lëngjet e trupit të tilla si gjak, urinë, pështymë, fece, lëngun cerebrospinal (CSF), lëngun peritoneal, lëngun perikardial dhe lëngun synovial, si dhe mostra të tjera.

40. **Transkripcionist mjekësor** - Këta mbajnë shënime në emër të ofruesve mjekësore dhe të kujdesit shëndetësor. Ata qëndrojnë krejtësisht prapa skenës.

41. **Infermiere** - Infermierja është një profesioniste në kuadër të sektorit të kujdesit shëndetësor e fokusuar në kujdesin e individëve, familjeve dhe komuniteteve në mënyrë që ata të mund të arrijnë, ruajnë ose rimëkëmbin shëndetin dhe cilësinë optimale të jetës

42. **Infermieret praktikuese** - Infermieret me trajnim të nivelit pasuniversitar. Këto zakonisht mund të përshkruajnë ilaçe, janë trajnuar për të trajtuar kujdesin shëndetësor (shqetësimet e zakonshme dhe depistimet rutinë) dhe ndoshta planifikimin familjar.

43. **Infermiere anesteziste** - Një infermiere e avancuar e cila ka arsim dhe trajnim të specializuar në anestezi. Ky/kjo punon me një anestezist për të përbërë ekipin e kujdesit të anestezisë.

44. **Obstetrit / gjinekologët** - Doktorë që specializohen në obstetrikë dhe gjinekologji, duke përfshirë kujdesin shëndetësor të grave, mirëqenien dhe kujdesin prenatal. Shumë gra përdorin këta profesionistë si ofruesin e tyre parësor të kujdesit shëndetësor.

45. **Praktikuesit e Departamenteve Operative** - Një lloj ofruesi i kujdesit shëndetësor i përfshirë në planifikimin e përgjithshëm dhe në ofrimin e kujdesit perioperativ. Ata kryesisht janë të punësuar në departamentet operative kirurgjikale por mund të gjenden edhe në zona të tjera klinike, duke përfshirë departamentet e urgjencës, njësitë e kujdesit intensiv dhe shërbimet e ambulancës.

46. **Oftalmologët** - Specialistë në problemet mjekësore dhe kirurgjikale të syrit. Kredencialet e tyre përfshijnë Doktorët Mjekësorë (MD) ose Doktorët Osteopatikë. U lejohet të trajtojnë në mënyrë mjekësore sëmundjen e syve, të zbatojnë terapinë me lazer dhe të kryejnë kirurgji të përkohshme kur kjo nevojitet.

47. **Staf paramjekësor (ndihmës)** - Një ndihmës është një profesionist i kujdesit shëndetësor, kryesisht në ambjentet para-spitalore dhe jashtë-spitalore, duke punuar kryesisht si pjesë e shërbimeve mjekësore të urgjencës, të tilla si në një ambulancë.

48. **Teknik i kujdesit të pacientit** - Këta ndihmojnë me kujdesin e pacientëve duke vlerësuar shenjat vitale, mbledhjen e mostrave të gjakut për testim dhe futjen e kateterit urinar. Këta gjithashtu sigurojnë kujdes personal për pacientët.

49. **Infermieret praktikuese pediatrike** Infermierë me trajnim të nivelit pasuniversitar. Mund të shërbejnë si ofruese të kujdesit parësor në pediatri.

50. **Përfaqësuesit farmaceutikë** - Gjithashtu njihen me termin përfaqësues mjekësorë. Sigurojnë një lidhje midis mjekëve dhe kompanive farmaceutike.

51. **Farmacist** Një profesionist i cili praktikon farmacinë, fushën e shkencave shëndetësore që fokusohet në përdorimin e sigurt dhe efektiv të medikamenteve. Farmacistët interpretojnë dhe i komunikojnë këto njohuri të specializuara tek pacientët, mjekët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor

52. **Flebotomist** - Një klinicist i aftë në artin e venopunkturës. I aftë të bëjë një prerje në një venë për të injektuar ose për të nxjerrë lëngje trupore për testime klinike ose mjekësore, transfuzionet, donacionet ose kërkimin shkencor.

53. **Mjek** - Një profesionist i cili praktikon mjekësinë dhe merret me nxitjen, mbajtjen ose rivendosjen e shëndetit nëpërmjet studimit, diagnozës dhe trajtimit të sëmundjes, lëndimit dhe dëmtimeve të tjera fizike dhe mendore.

54. **Asistent i mjekut** - Një ofrues i kujdesit i cili ofron një gamë të gjerë shërbimesh në bashkëpunim me një doktor mjekësor (MD) ose doktor të osteopatisë (DO).

55. **Fizioterapist** - Klinicist që përdor forcën dhe lëvizjet mekanike (biomekanikën ose kineziologjinë), terapinë manuale, terapi ushtrimore, elektroterapi dhe terapi të tjera fizike për trajtimin dhe rehabilitimin e dëmtimeve dhe promovimin e lëvizshmërisë, funksionit dhe cilësisë së jetës përmes ekzaminimit, diagnozës, prognozës, dhe ndërhyrjeve fizike.

56. **Podiatër / Doktor i Mjekësisë Podiatrike** - Është një kirurg i "këmbës dhe kyçit të këmbës". Podiatristët janë profesionistët e vetëm mjekësorë që specializohen ekskluzivisht në trajtimin e këmbës dhe të kyçit të këmbës.

57. **Ofruesi i kujdesit parësor** - Një profesionist i çertifikuar të cilin mund ta kontaktoni fillimisht për kontrolle dhe probleme shëndetësore. Mund të ndihmojë në menaxhimin e shëndetit tuaj të përgjithshëm.

58. **Psikolog** - Një psikolog është një profesionist i cili vlerëson dhe studion sjelljen dhe proceset mendore.

59. **Radiografist/imazherist** - Profesionistë të kujdesit shëndetësor që specializohen në imazhet e anatomisë njerëzore për diagnostikimin dhe trajtimin e patologjisë. Radiografistët janë rrallëherë dhe pothuajse gjithmonë gabimisht, të njohur si teknikë të rrezeve X.

60 **Radioterapist** - Një profesionist shëndetësor që punon në fushën e onkologjisë rrezatuese. Terapistët e rrezatimit planifikojnë dhe administrojnë trajtimet e rrezatimit tek pacientët me kancer.

61. **Infermieret e regjistruara** -Infermieret e regjistruara janë diplomuar nga një program infermierie, kanë kaluar një provim të bordit shtetëror dhe janë të licencuara nga shteti.

62. **Terapist frymëmarrjeje** - Është një mjek i specializuar i kujdesit shëndetësor i trajnuar në mjekësinë pulmonare për të punuar terapeutikisht me njerëz që vuajnë nga sëmundja pulmonare. Terapistët e frymëmarrjes punojnë më së shpeshti në kujdesin intensiv dhe sallat e operimit, por gjenden edhe në ambulanca dhe në mjediset e shëndetit në shtëpi.

63. **Patolog i gjuhës së folur** - I quajtur edhe terapist i gjuhës dhe të folurit. Specializohet në vlerësimin, diagnozën dhe trajtimin e çrregullimeve të komunikimit, njohjes, çrregullimeve të zërit dhe çrregullimeve të gëlltitjes.

64. **Kirurg** - Një kirurg është një mjek i cili kryen operacione dhe procedura kirurgjikale.

65. **Asistentët kirurgjikale** - Personel i certifikuar që ndihmon kirurgët gjatë një larmie të madhe të procedurave kirurgjikale, duke përfshirë kirurgjinë ortopedike, vaskulare dhe të përgjithshme.

Llojet e organizatave të kujdesit shëndetësor

Një agjenci e kujdesit shëndetësor konsiderohet cdo godinë/institucion e cila ofron shërbime të kujdesit shëndetësor (psh., shërbime kurative, parandaluese, edukuese, etj.) për komunitetin.

Agjencite e kujdesit shëndetësor klasifikohen në tre mënyra:

1. Bazuar në kohëzgjatjen e qëndrimit:

- me qëndrim të shkurtër;
- kujdesi akut tradicional
- kujdes afatgjatë.

2. Bazuar në llojin e shërbimit të ofruar:

- shërbime të përgjithshme vs. shërbime të specializuara;
- shërbime komunitare vs. shërbime terciare;
- kujdesi sub-akut (tranzitor);

- kujdesi në shtëpi;
- kujdesi ambulator.

3. Bazuar në llojin e pronësisë:

- qeveritare;
- jo qeveritare për fitim;
- jo qeveritare jo për fitim.

1. Klasifikimi bazuar në kohëzgjatjen e qëndrimit:

a. *Agjencitë me kohë qëndrimi të shkurtër* - Këto qendra ofrojnë shërbime për klientët që vuajnë nga gjendje akute që kërkojnë më pak se 24 orë kujdes shëndetësor. Qëndrat me qëndrim të shkurtër mund të ndodhen në njësi të vecanta në spitale, ose në qendrat e qëndrimit të shkurtër.

b. *Kujdesi akut tradicional* – zakonisht ofrohet në spitale. Këtu përfshihen pacientët që qëndrojnë më shumë se 24 orë nën kujdes, por më pak se 30 ditë.

c. *Kujdesi afatgjatë* – Këtu përfshihen ato agjenci që ofrojnë shërbime për pacientët me nevoja madhore rehabilitimi, sëmundje kronike, humbej të funksionit ose sëmundje mendore. Kohëzgjatja e qëndrimit varion nga disa muaj në vite.

2. Klasifikimi bazuar në llojin e shërbimeve shëndetësore:

a. *Spitali i përgjithshëm* – Ky ofron shërbime mjekësore, kirurgjikale, obstetrike, shërbime të urgjencës, diagnostike, laboratorike, etj.

b. *Spital i specialiteteve* – Ofron vetëm një lloj specifik kujdesi, të tillë si spitalet psikiatrike, spitalet e grave, spitalet e fëmijëve. Spitalet e specialiteteve janë më pak të zakonshme sesa spitalet e përgjithshme.

c. *Spital i komunitetit* – Ofron po ato shërbime që ofrojnë spitalet e përgjithshme por për komunitete specifike.

d. *Spital terciar* – Këto shërbejnë si qendra referimi për pacientët me probleme komplekse apo të pazakonta. Këto kanë pajisje dhe infrastrukturën për kujdes të specializuar, si qëndrat e djegies, qendrat e transplantit të palcës së kockave, si dhe burimet për kujdes të përgjithshëm.

Këto spitale i shërbejnë zonave të gjera gjeografike përvec komuniteti pranë tyre.

Zakonisht janë të lidhura me një universitet ose janë pjesë e një qendre më të madhë mjekësore.

e. *Kujdesi sub-akut (kujdesi tranzitor)* – Ky lloj kujdesi po ofrohet gjithnjë e më shpesh në një njësi të vecantë të spitalit ose mund të ofrohet në qëndra të kujdesit afatgjatë. Në spital njësia ofron shërbime mjekësore dhe dalje të shpejtë nga spitali. Kurse në qendrat e kujdesit afatgjatë ofron shërbime rehabilituese.

f. *Shërbimet në shtëpi* – Këto ofrohen në agjencite komunitare të kujdesit shëndetësor, nga profesionistet e KSh-se, përfshirë infermieret, terapistët fizikë, punonjësit socialë, etj.

Kujdesi në shtëpi përfshin: kujdesin afatshkurtër – mësim dhe monitorim pas shtrimit në spital; kujdesin e ndërmjetëm – për të ndihmuar individin deri sa të mundësohet vetë-kujdesi; dhe, kujdesin afatgjatë – për personat me probleme të vazhdueshme shëndetësore.

g. *Kujdesi ambulator* – Ky i referohet shërbimeve që i ofrohen personave jo të hospitalizuar. Qendrat/mjediset ambulatore përfshijnë:

- qendrat kirurgjikale ambulatore;

- klinikat e vogla të urgjencës;

- njësitë ambulatore të dializës;

- qendrat ambulatore të lindjes.

3. Klasifikimi bazuar në llojin e pronësisë:

a. *Organizatat qeveritare (publike)* – Këto zotërohen, administrohen dhe kontrollohen nga qeveria. Ofrojnë kujdes pa para' për pacientët. Mund të ofrojnë akomodim gjithashtu, pa pagesë.

Spitalet publike zotërohen nga: Ministria e Shëndetësisë, Universiteti, Ushtria, organizatat siguruese, organizatat e kujdesit shëndetësor.

b. *Organizatat jo-qeveritare: Agjencitë për fitim (private)* – Këto zotërohen, vihen në funksionim dhe kontrollohen nga individë, grupe ose organizata private.

c. *Organizatat jo-qeveritare: Agjencitë jo për fitim (agjencitë shëndetësore vullnetare)* – Këto zotërohen dhe vihen në funksionim nga grupe ose organizata (psh., organizata fetare). Kostot kapitale për funksionimin e tyre sigurohen nga disa mënyra (psh., nga donacionet).

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë (ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor)

Organizimi i ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor (KSH) mund të bëhet në mënyra të ndryshme. Sigurisht, mjekët mund të ofrojnë individualisht shërbimet e tyre, në mënyrë private, por këtu po flasim për organizimin e ofruesve në mënyrë që ata të mundësojnë shërbimet shëndeteësore për publikun në tërësi.

Zakonisht, ofruesit bashkohen në grupe ose lloje të ndryshme organizatash, të cilat i mbrojnë ata në shumë aspekte si dhe ofrojnë një sërë avantazhesh lidhur me praktikën e tyre profesionale.

Shkurtimisht, organizimi i ofrimit dhe shpërndarjes së shërbimeve KSH gjithnjë e më shumë po bëhet sipas modelit të "kujdesit të menaxhuar". "Kujdesi i menaxhuar" (MC) i referohet një sërë organizimesh të ndryshme, të cilat variojnë nga ato ku kemi integrim të plotë midis siguracioneve shëndetësore dhe shpërndarjes së shërbimeve, të tilla si Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMO), tek ato në të cilat njerëzit e siguruar janë kufizuar në një set të caktuar ofruesish, të tilla si Shoqatat e Praktikës sw Pavarur (IPA), e deri tek organizimet ku zgjedhja e ofruesve është e pakufizuar por siguruesit sigurojnë stimuj për të zgjedhur ofrues të caktuar dhe monitorojnë kujdesin e ofruar, të tilla si Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO) [4]. Planet shwndetwsore tw orientuara drejt konsumatorit (CDHPs) u zhvilluan nw fillimin e viteve 2000, duke patur diferenca me planet e tjera shwndetwsore, edhe pse mjaft elemente tw MC-sw gjenden edhe nw kwo plane. Termi MC i referohet edhe instrumenteve të menaxhimit, të tilla si shqyrtimi i utilitetit ose menaxhimi i sëmundjes.

Në këtë kontekst, përdoret termi Organizata e Kujdesit të Menaxhuar (MCOs).

Kujdesi i menaxhuar shpesh konsiderohet si një "*institucion amerikan, që vepron në tregun private të sigurimit vullnetar dhe që lidhet me ofrimin e shërbimeve shëndetësore*

individuale". Por që prej fillimi të viteve 1990, disa vende, përfshirë UK, Hollandën, Gjermaninë, Izraelin, Francën dhe disa vende të Amerikës Latine kanë përfshirë zyrtarisht elementë të MC-së në sistemet e tyre shëndetësore. Shtete të tjera po mendojnë të bëjnë të njëjtën gjë gjithashtu (4).

Instrumentet e MC-së, edhe pse pikësëpari lidhen me ofrimin/shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore individuale/personale, mbështeten fort tek konceptet e shëndetit publik. Planet e kujdesit të menaxhuar edhe financojnë kujdesin shëndetësor por edhe përpiqen të menaxhojnë shpenzimet shëndetësore të popullatave që ato mbulojnë, ndryshe nga disa sigurues klasikë, të cilët kryesisht financojnë kujdesin e pacientëve individuale (4). Planet e kujdesit të menaxhuar bazohen dhe përdorin epidemiologjinë, kërkimin shkencor për paranadilimin, dhe analizat e kosto-efektivitetit për të plotësuar nevojat e popullatave që mbulojnë.

Një dekadë më parë, llojet e ndryshme të MCO-ve ishin mjaft të dallueshme. Që atëherë dallimet midis formave tradicionale të sigurimit shëndetësor dhe organizatave të kujdesit të menaxhuar janë ngushtuar deri në pikën ku është shumë e vështirë të thuhet nëse një entitet është një kompani sigurimi ose një MCO. Në ndryshim nga situata 20 vjet më parë, kur organizatat e menaxhuara të kujdesit shpesh përmendeshin si "sisteme alternative për ofrimin e shërbimeve", kujdesi i menaxhur në forma të ndryshme përbën tani formën mbizotëruese të mbulimit me siguracione shëndetësore në Shtetet e Bashkuara, kështu që vetëm pak njerëz e marrin sigurimin shëndetësor nëpërmjet formave tradicionale të siguracioneve (kompensimeve për dëmin). Me fjaltë të tjera, pavarësisht formës së organizimit, shumë aspekte të KM-së kanë migruar në forma të tjera mbulimi dhe vazhdojnë të migrojnë dhe evoluajnë gjithë kohës.

Duke qënë se shumë nga format e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor kanë mjaft elemente të përbashkëta me organizatat e sigurimeve shëndetësore, atëherë këto forma do të përshkruhen në leksionin 5. Për momentin, në vijim po përshkruajmë disa karakteristika të kujdesit shëndetësor aktual në përgjithësi në botë.

Situata aktuale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Në Shtetet e Bashkuara, numri i mjekëve që praktikojnë profesionin e tyre vetëm (praktika solo) ose në grupe dyshe (dy mjekë që punojnë bashkë) u ul nga 69% dhe 11%, përkatësisht, në vitin 2003, në 33% në vitin 2008 (Piña, 2015).

Në vitin 2008, 92% e ofruesve ofronin shërbime vetëm për një specialitet të caktuar mjekësor dhe 8% ofronin shërbime për disa specialitete; 15% e mjekëve ishin angazhuar në praktika ku operonin 3 deri në 5 mjekë, dhe 19% bënin pjesë në grupe prej 6 deri 50 mjekësh.

Rreth 13% e mjekëve punon në ambjente spitalore, dhe 44% e mjekëve të spitaleve punonin në klinikë kurse të tjerët ndaheshin midis shërbimit të urgjencës dhe stafit spitalor (Piña, 2015).

Midis mjekëve, 3% punonin në qendrat e shëndetit komunitar dhe 4% në organizatat e ruajtjes së shëndetit (HMOs).

Nga këndvështrimi i specialiteteve, 79% punonin në qendra ku ofrohej shërbim për një specialitet dhe vetëm 21% punonin në qendra ku ofrohej shërbim për shumë specialitete (Piña, 2015).

Në Europë, deri në vitin 2003, rreth 26% e mjekëve të përgjithshëm në zonat urbane dhe 32% e atyre në zonat rurale aplikonin praktikën-solo (dmth, ushtronin profesionin e tyre vetëm, jo

në bashkëpunim me mjekë të tjerë në terma të llojeve formale të organizimit dhe bashkëpunimit) [6].

Është e qartë se mjekët që punojnë vetëm (solo-practice) janë një specie në zhdukje. Por cilat janë arsyet për këtë? Një arsye mund të jetë avantazhet që ofron puna në një grup ose organizatë, lidhur me pagesën ose balancën më të mirë midis jetës dhe punës në këto organizata (spitale, psh.).

Mjekëve të rinj u mungon interesi në aspektet e biznesit të lidhura me mjekësinë dhe ndoshta nuk e kanë nxitjen e duhur të sipërmarrësit që është e nevojshme për të menaxhuar një aktivitet mjekësor vetëm.

Nga ana tjetër, të qënët pjesëtar i një grupi mund të rrisë aftësitë negocijuese me palët e treta.

Së fundmi, duhet një volum shumë i madh dokumentacioni për të provuar që aktiviteti solo është efektiv, ofron kujdes të integruar me cilësi të lartë dhe me kosto të përshtatshme. Këto cështje administrative mund të menaxhohen më mirë nga praktikat e punës në grupe ose organizata sesa nga mjekët që punojnë në solo-practice (7).

Referencat

1. The World Health Report 2008. World Health Organization. E disponueshme në: http://www.who.int/whr/2008/en/
2. https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+care+provider
3. https://hr.berkeley.edu/node/3777
4. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.
5. Piña IL, Cohen PD, Larson DB, Marion LN, Sills MR, Solberg LI, Zerzan J. A framework for describing health care delivery organizations and systems. . Am J Public Health. 2015;105(4):670-9.
6. Boerma GWW. Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. 2003.
7. The vanishing act of solo practice. E disponueshme në: http://www.dermatologytimes.com/dermatology/vanishing-act-solo-practice

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR:

OFRUESIT E SHERBIMEVE SHENDETESORE

Rikujtese nga Leksioni 3

Cilat janë atributet e sistemeve të integruara të kujdesit shëndetësore që kanë pacientin në qendër?

Tabela 1. Dimensionet dhe nën-dimensionet e sistemit të integruar të kujdesit shëndetësor me pacientin në qendër

Dimensioni	Nën-dimensioni
1. Aksesi	Kontrolli i aksesit
	Aksesi gjeografik
	Aksesi në kohën e duhur
2. Shërbimet dhe infrastruktura	Miqësore me pacientin dhe të përdorshme
	Pajisjet dhe godinat
	Stafi
3. Të dhënat dhe informacioni	Informacioni shëndetesor
	Të dhënat e pacientit
	Indikatorët e performancës
4. Kujdesi profesional	Sigurimi i cilësisë mjekësore
	Kompetencat dhe njohuritë e profesionistëve shëndetësore
	Edukimi i pacientëve
5. Koordinimi dhe vazhdimësia	Kujdesi ndër-disiplinar
	Koordinimi i kujdesit
	Vazhdimësia e informacionit
6. Kujdesi ndër-personal	Fuqizimi i pacientëve
	Komunikimi mjek-pacient
	Marrdhënia mjek-pacient
7. Kujdesi shëndetësor i personalizuar	Menaxhimi individual i pacientit
	Shërbime të personalizuara
	Pjesëmarrje sociale

Konkluzione

Shpërndarja e kujdesit shëndetësor efektiv brenda buxheteve të kufizuara kërkon të kuptohen përparësitë e pacientit.

Shpenzimet në sistemin e kujdesit shëndetësor po rriten.

Sidoqoftë, gjykimet e ekspertëve dhe nevojat ose preferencat e pacientëve nuk janë gjithmonë në harmoni dhe kështu rekomandimet e trajtimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor nuk janë gjithmonë të pranuara dhe të zbatuara nga pacientët në një mënyrë që është terapeutikisht ideale ose e dëshirueshme.

Konkluzione

Në këtë sfond bashkërendimi i praktikës klinike dhe politikave shëndetësore me prioritetet dhe nevojat e pacientit do të përmirësojë efektivitetin e ndërhyrjeve shëndetësore.

Vendimmarrësit politikë dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor mjekësor duhet të jenë të aftë për të marrë vendimin e tyre mbi informacione te besueshme lidhur me pritshmëritë që kanë pacientët për trajtimin e tyre dhe nëse një program i veçantë kujdesi është i dobishëm dhe i arsyeshëm në lidhje me nevojat dhe preferencat e pacientit.

Konkluzione

Rrjetet e kujdesit shëndetësor me pacientin në qëndër dhe inovative, në këtë mënyrë, synojnë të bëjnë kujdesin shëndetësor ndaj pacientit më efektiv dhe të përshtasin ofertat në dispozicion me pritshmëritë e pacientëve.

Inicimi i ofertave të përshtatshme kërkon shqyrtimin e motivimit individual dhe kushteve të nevojshme.

Një ofrues i kujdesit shëndetësor mund të motivojë pacientët veçanërisht mirë nëse ai/ajo i njeh faktorët që ndikojnë në dobinë e perceptuar të pacientit.

Konkluzione

Ofertat e kujdesit shëndetësor dhe proceset e trajtimit për këtë arsye duhet të jenë të përshtatura me prioritetet dhe pritshmëritë e pacientit.

Nëse këto janë të njohura, efektiviteti i trajtimeve dhe shërbimeve mund të përmirësohet dhe ofrohen shërbime të përshtatura për nevojat individuale të pacientëve.

Leksioni 4

Ofruesit e kujdesit shendetesor

Hyrje

Ofruesit e kujdesit shëndetësor janë një ndër 4 aktorët kyc të cdo sistemi shëndetësor kudo në botë. Por:

- Cfarë kuptojmë me termin “Kujdes Shëndetësor”?
- Cfarë kuptojmë me termin “ofrues i kujdesit shëndetësor”?
- Cilat janë llojet e kujdesit shëndetësor dhe llojet e ofruesve të kujdesit shëndetësor?
- Si vihen këta të fundit në marrdhënie me njëri-tjetrin dhe me hallkat e ndryshme të sistemit shëndetësor drejt qëllimit final të sistemit efektive të kujdesit shëndetësor?

Përkufizimi i kujdesit shëndetësor

Kujdesi shëndetësor është një mënyrë e organizuar e kujdesit mjekësor që ka të bëjë me ruajtjen e shëndetit të të gjithë trupit.

Kujdesi shëndetësor (KSh) ofrohet nga ofruesit e kujdesit shëndetësor ose profesionistët në fusha të ndryshme, duke përfshirë farmacinë, infermierinë, mjekësinë, stomatologjinë, psikologjinë, mjekët e përgjithshëm, etj.

Ditë pas dite institucionet shëndetësore janë përmirësuar në cdo pjesë të botës dhe i përgjigjen përparimit teknologjike në fushën e shëndetësisë.

Përkufizimi i kujdesit shëndetësor

Kujdesi shëndetësor ndikohet kryesisht nga kushtet sociale, ekonomike dhe politikat shëndetësore të shteteve përkatëse dhe ndryshon sipas shteteve, individëve, grupeve të ndryshme, etj.

Në vende të ndryshme janë ngritur sisteme të ndryshme të kujdesit shëndetësor. Sipas OBSH-së, *sistemet e kujdesit shëndetësor* kërkojnë burime **njerëzore të mirë-trajnuara** dhe të **paguar në mënyrë të përshtatshme**, ato duhet të ofrojnë **medikamente cilësore** në **kohën e duhur**, duhet të jenë të pajisura me **teknologjinë e duhur**, etj.

Llojet e kujdesit shëndetësor

Çdo individ kërkon kujdes të ndryshëm shëndetësor në varësi të problemit të tij shëndetësor: disa individë kërkojnë *kujdes normal* kurse disa të tjerë kërkojnë *kujdes shtesë* dhe *shumë të specializuar*.

Pra, në bazë të kushteve ose gjendjeve shëndeteësore të pacientit, kujdesit shëndetësor ndahet në lloje të ndryshme.

Më poshtë përshkruhen disa lloje të kujdesit shëndetësor:

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Kujdesi shëndetësor parësor kryesisht fokusohet në *barazinë shëndetësore* duke prodhuar politikë sociale përtej sistemit tradicional të kujdesit shëndetësor.

Qëllimi kryesor i tij është që të sigurojë kujdes shëndetësor lokal për pacientët, sepse profesionistët që kanë të bëjnë me kujdesin parësor janë mjekë të përgjithshëm, merren me një gamë të gjerë problemesh psikologjike, fizike dhe sociale, në ndryshim nga mjekët specialistë të cilët përqëndrohen në një sëmundje të caktuar ose fushë shëndetësore të caktuar.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor po rriten me shpejtësi si në vendet e zhvilluara ashtu edhe në ato në zhvillim, në përputhje me rritjen e numrit të të rriturve (adultëve) me rrezik më të lartë për sëmundje kronike jo të transmetueshme, si diabeti, astma, dhimbja e shpinës, hipertensioni, ankthi, depresioni etj.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Për të arritur qëllimet përfundimtare të kujdesit shëndetësor parësor, OBSH ka përshkruar pesë elementë, si më poshtë vijon:

- *Reduktimi i përjashtimit* dhe *pabarazive sociale* në shëndet (reforma që synojnë mbulimin universal).
- *Rritja e pjesëmarrjes* së aktorëve të këtij sistemi.
- *Integrimi i shëndetit* në të gjithë sektorët.
- *Organizimi i shërbimeve shëndetësore* sipas ose bazuar në *nevojat dhe pritshmëritë e njerëzve*.
- Ndjekja e *modeleve bashkëpunuese* të dialogut politik (politikave shëndetësore).

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

OBSH e konsideron KSHP-në si sistemin më të rëndësishëm për arritjen e barazisë së kujdesit shëndetësor dhe një gur themeli për shëndetin e popullatës.

Për këtë arsye, në dokumenta e fundit të OBSH-së i bëhet jehonë rëndësisë së KSHP-së dhe reformave të sistemit shëndetësor të cilat rrisin rolin qëndror të kësaj hallke të sistemeve shëndetësore.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Pse është i nevojshëm një rinovim i kujdesit shëndetësor parësor (PHC), dhe pse tani, më shumë se kurrë?

Përgjigjja e menjëhershme është *kërkesa e dukshme për një gjë të tillë nga Shtetet Anëtare* - jo vetëm nga profesionistët e shëndetësisë, por edhe nga arena politike.

Globalizimi po e vendos nën stres kohezionin social në shumë vende, dhe sistemet shëndetësore, si përbërës kyç të arkitekturës së shoqërive bashkëkohore, është e qartë se nuk po funksionojnë apo nuk po përmbushin detyrat e tyre ashtu sic duhet.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Njerëzit janë gjithnjë e më të padurueshëm me pamundësinë e shërbimeve shëndetësore për të ofruar nivele të mbulimit kombëtar që plotësojnë kërkesat e deklaruara dhe nevojat në ndryshim, dhe me dështimin e tyre për të ofruar shërbime në mënyra që korrespondojnë me pritshmëritë e tyre.

Nuk ka diskutim që sistemet shëndetësore duhet t'u përgjigjen më mirë - dhe më shpejt - sfidave të një bote që ndryshon.

KSHP mund ta bëjë këtë!

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Sot pranohet fakti se popullatat janë lënë pas dore dhe ndjenja e mundësive të humbura i dha jetë tridhjetë vjet më parë, zhvendosjen e paradigmës së të menduarit rreth shëndetit në *konferencën e Alma-Ata.*

Konferenca e Alma-Ata-s mobilizoi lëvizjen "Kujdesi Shëndetësor Parësor" të profesionistëve dhe institucioneve, qeverive dhe organizatave të shoqërisë civile, studiuesve dhe organizatave bazë që *u bashkuan për të adresuar* trajtimin e pabarazive shëndetësore "politikisht, shoqërisht dhe ekonomikisht të papranueshme" në të gjitha vendet.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Deklarata e Alma-Ata-s ishte e qartë për vlerat që duhet të ndiqeshin: *drejtësia sociale* dhe e *drejta për shëndet* më të mirë për të gjithë, *pjesëmarrja* dhe *solidariteti*.

Kishte një ndjesi se përparimi drejt këtyre vlerave kërkonte ndryshime thelbësore në mënyrën se si funksiononin sistemet e kujdesit shëndetësor dhe mënyrën se si shfrytëzohej potenciali i sektorëve të tjerë.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Përkthimi i këtyre vlerave në reforma të prekshme ka qenë i pabarabartë.

Sidoqoftë, sot, barazia shëndetësore *gëzon përparësi më të madhe në diskursin e udhëheqësve politikë dhe të ministrive të shëndetësisë*, si dhe *të strukturave të qeverisjes vendore, organizatave profesionale dhe organizatave të shoqërisë civile.*

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Vlerat e KSHP-së për të arritur *shëndetin për të gjithë* kërkojnë sisteme shëndetësore që:

"*Vendosin njerëzit në qendër të kujdesit shëndetësor*".

Ajo cfarë njerëzit i konsiderojnë mënyra të dëshirueshme të jetesës si individë dhe çfarë presin ata për shoqëritë e tyre - domethënë se *çfarë vlerësojnë njerëzit* - përbëjnë parametra të rëndësishëm për qeverisjen e sektorit të shëndetësisë.

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

KSHP ka mbetur pikë referimi për diskutimin e shumicës së vendeve lidhur me shëndetin pikërisht sepse *lëvizja e KSHP u përpoq të siguronte përgjigje racionale, të bazuara në fakte* dhe p*araprirëse* ndaj nevojave shëndetësore dhe për këto pritshmëri dhe shpresa sociale.

Arritja e kësaj kërkon kompromise që duhet të fillojnë duke marrë parasysh "*pritshmëritë e qytetarëve për shëndetin dhe kujdesin shëndetësor*" dhe duke siguruar që "*zëri dhe zgjedhja e tyre të ndikojnë në mënyrë të vendosur në mënyrën në të cilën shërbimet shëndetësore projektohen dhe funksionojnë*".

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Një rishikim literature i kohëve të fundit i KSHP-së i bën jehonë kësaj perspektive si "*e drejta për nivelin më të lartë të arritshëm të shëndetit*", "*maksimalizimi i barazisë dhe solidaritetit*", ndërsa udhëhiqet nga "*reagimi ndaj nevojave të njerëzve*".

Lëvizja drejt *shëndetit për të gjithë* kërkon që sistemet shëndetësore t'u përgjigjen sfidave të një bote në ndryshim dhe pritshmërive në rritje për një performancë më të mirë.

Kjo përfshin **riorientim të konsiderueshëm** dhe **reformë të mënyrave të funksionimit të sistemeve shëndetësore** në shoqëri sot: këto reforma përbëjnë axhendën e rinovimit të KSHP-së.

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Ky lloj i kujdesit shëndetësor ofrohet nga **mjekë specialistë** dhe **specialistë** për probleme të tjera shëndetësore që nuk kanë kontakt të drejtpërdrejtë me një pacient si urologët, dermatologët, kardiologët, etj.

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Sipas politikës kombëtare të sistemit shëndetësor, pacienti ka nevojë për t'u **referuar** nga profesionistët e **kujdesit shëndetësor parësor** për të vazhduar më tej në kujdesin shëndetësor sekondar.

Pacienti **nuk mund** të ketë akses të drejtpërdrejt në **kujdesin shëndetësor sekondar**, sepse ndonjëherë sistemi shëndetësor ka imponuar një kufizim të referimit të pacientëve në terma të pagesës, por kjo ndryshon nga shteti në shtet.

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Sistemet e përfshira në këtë kategori njihen si sistemi i **shëndetësor i rrethit** dhe **sistemi i shëndetësor rajonal** (të adaptuara për vendin tonë).

Sistemi Shëndetësor i Rrethit

Ky sistem kryesisht fokusohet në shëndetin e fëmijës dhe kujdesin e lindjes.

Popullsia që mbulon ky sistem është rreth 25000 deri në 50000 dhe përfshin *qendra* të ndryshme *të kujdesit shëndetësor* dhe *spitalet e bashkiake*.

Qendrat e kujdesit shëndetësor marrin referime nga kujdesi shëndetësor parësor dhe mbeten të hapura për 24 orë çdo ditë.

Spitalet e rretheve përfshijnë shërbimet e urgjencës, kujdesin neonatal, kujdesin gjithëpërfshirës obstetrik të urgjencës etj dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

Sistemi Shëndetësor Rajonal

Në këtë sistem, spitalet marrin referime nga Sistemet Shëndetësore të Rrethit dhe Bashkiake.

Spitali Rajonal ofron shërbime gjinekologjike, mjekësi të përgjithshme, obstetrikë, kirurgji të përgjithshme, etj. dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

Kujdesi shëndetësor tretësor (KSHT)

Ky lloj i kujdesit shëndetësor njihet si **kujdes shëndetësor i specializuar konsultativ** zakonisht për *pacientët e hospitalizuar* dhe për *pacientët e referuar nga kujdesi shëndetësor parësor* dhe *dytësor* për ekzaminim dhe trajtim mjekësor të avancuar.

Shërbimet në vijim janë shembuj të shërbimeve të kujdesit shëndetësor terciar: kirurgjia plastike, trajtimi i djegies, kirurgjia kardiake, menaxhimi i kancerit, neurokirurgjia, ndërhyrjet komplekse mjekësore dhe kirurgjike, etj.

Kujdesi shëndetësor tretësor (KSHT)

Ofruesi kryesor i kujdesit shëndetësor terciar është *Sistemi Kombëtar Shëndetësor* i përbërë nga Spitalet Rajonale dhe Spitali Kombëtar (Qëndra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" në Tiranë dhe spitalet e tjera terciare në rastin e vendit tonë).

Spitalet rajonale marrin *pacientë të referuar* nga *spitalet e ndryshme rajonale* dhe shërbejnë si qendra trajnimi në mënyrë të ngjashme me spitalet kombëtare referuese.

Kujdesi shëndetësor terciar ofron dhe shërbime shtesë të kujdesit shëndetësor dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

Kush konsiderohet "*ofrues/praktikues i kujdesit shëndetësor*"?

Sipas Fjalorit Mjekësor, me termin "ofrues i kujdesit shëndetësor" kuptohet :

"Cdo person, institucion ose agjenci që ofron shërbime shëndetësor për konsumatorët e kujdesit shëndetësor", ose "një person që ofron cdo lloj forme të kujdesit shëndetësor, si psh. mjek, infermiere, dentist, punonjës i shëndetit mendor, këshillues i kontrollit të lindjes, menaxher i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme, etj".

Kush konsiderohet "*ofrues/praktikues i kujdesit shëndetësor*"?

Ky është përkufizimi bazë, i cili ndryshon më shumë ose më pak sipas shteteve të ndryshme.

Kështu, një tjetër përkufizim i ofruesit të kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara është: "Sipas rregulloreve federale, një "ofrues i kujdesit shëndetësor" përkufizohet si: një doktor i mjekësisë ose osteopatisë, podiatristët, dentistët, psikologët klinikë, optometristët, infermieret dhe ndihmëset e tyre, infermieret-mami ose punonjësit socialë klinikë të autorizuar për të ushtruar profesionin e tyre nga shteti dhe ushtrimi brenda fushëveprimit të praktikës së tyre siç përcaktohet nga ligji i Shtetit, ose një praktikues i Shkencës së Krishterë.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Infermiere praktikuese e kujdesit për adultët - Infermieret me arsim të nivelit universitar; mund të shërbejnë si ofrues të kujdesit parësor në një institucion për kujdesin e të rriturve ose në shtëpi.

Infermieret e praktikës së avancuar – Infermiere me arsim pas-universitar, përgatiten me edukim, njohuri, shkathtësi dhe fushëveprim të avancuar didaktik dhe klinik në infermieri.

Audiologjist - Specialistë në identifikimin, diagnostikimin, trajtimin dhe monitorimin e çrregullimeve të pjesëve të sistemit auditor dhe vestibular të veshit; të trajnuar për të diagnostikuar, menaxhuar dhe trajtuar dëgjimin, zhurmën në veshë ose probleme të ekuilibrit; Këta janë të aftë të japin, menaxhojnë dhe rehabilitojnë aparatet e dëgjimit dhe vlerësojnë pacienët kandidatë për implantet kokleare.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Specialistë të infermierisë klinike - Specialistë të infermierisë janë infermiere që kanë trajnim në një fushë të tillë si shëndeti kardiak, psikiatrik ose shëndeti komunitar.

Edukator i Certifikuar i Astmës – Këta mësojnë pacientët rreth astmës së tyre, duke përfshirë masat parandaluese, si të shmangin sulmet, përdorimin e duhur të ilaçeve, dietën dhe këshillimin për stilin e jetesës dhe përdorimin e planeve të veprimit me shkrim që lejojnë rregullimin e shpejtë të ilaçeve kur përkeqësohen.simptomat

Trajneri i Certifikuar Atletik – Profesionistë shumë të kualifikuar dhe me aftësi multiple të kujdesit shëndetësor që bashkëpunojnë me mjekët për të ofruar shërbime parandaluese, kujdesin e urgjencës, diagnozë klinike, ndërhyrje terapeutike dhe rehabilitim të lëndimeve dhe gjendjeve mjekësore.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Edukator i Çertifikuar i Diabetit – Një profesionist shëndetësor i cili posedon njohuri dhe përvojë të plotë për gjendjet pre-diabetike, parandalimin e diabetit dhe menaxhimin e tij. Edukon dhe mbështet njerëzit e prekur nga diabeti për të kuptuar dhe menaxhuar gjendjen e tyre.

Këshilltari i Certifikuar Gjenetik – Profesionistë të kujdesit shëndetësor të trajnuar në nivel Masteri të cilët kombinojnë njohuritë e tyre për shkencën bazë, gjenetikën mjekësore, parimet epidemiologjike dhe teorinë e këshillimit me aftësitë e tyre në vlerësimin e rrezikut gjenetik, edukimin, komunikimin ndërpersonal dhe këshillimin për të ofruar shërbime klientëve dhe familjeve të tyre për një grup të ndryshëm rrethanash gjenetike ose gjenomike.

Terapist i Certifikuar i Dorës – Një terapist i çertifikuar i dorës është një terapist okupacional ose terapist fizik i cili ka minimalisht tre vjet përvoje klinike, duke përfshirë 4.000 orë ose më shumë në praktikën e drejtpërdrejtë në terapi e dorës.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Edukator i Çertifikuar i Laktacionit – Një individ i trajnuar në mënyrë profesionale që ofron trajnime gjithëpërfshirëse në edukimin me gji. Ata janë të kualifikuar për të mësuar, mbështetur dhe edukuar publikun mbi ushqyerjen me gji dhe çështjet e lidhura me të.

Asistent Mjekësor i Certifikuar – Asistent i Certifikuar Mjekësor (jo i licencuar). Një profesionist i tillë licensohet pas përfundimit të një programi ndihmës mjekësor dhe zakonisht siguron mbështetje nëpunësi, administrative dhe klinike bazë për mjekët.

Specialist Infermier Klinik - Siguron kujdes të drejtpërdrejtë për pacientët në një nga një sërë specializimesh, si pediatri, geriatri, kujdesi i urgjencës dhe onkologji. Këta mund të shërbejnë gjithashtu si këshilltarë, duke ndihmuar profesionistët e tjerë mjekësorë që punojnë për të përmirësuar rezultatet e pacientit dhe për të ndikuar në të gjitha nivelet e kujdesit.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Klinicist i Çertifikuar i Mbështetjes së Ushqyerjes - Mbështetja e të ushqyerit është një praktikë e specializuar që kërkon ekspertizën e profesionistëve të shumëfishtë të kujdesit shëndetësor. Këta sigurojnë kujdes cilësor për mbështetjen e ushqyerjes, ata mbështesin publikun, kolegët e tyre, anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor dhe administratorët në trajtimin efikas të sëmundjeve dhe gjendjeve jo të favorshme.

Infermiere-mami e certifikuar – Infermieret-mami të certifikuara kanë trajnim për nevojat e kujdesit shëndetësor të grave, duke përfshirë kujdesin para lindjes, aktivitetin e lindjes dhe lindjen, si dhe kujdesin për një gruaj që ka lindur.

Teknik i Certifikuar i Mjekësisë Oftalmike - Teknikët mjekësorë të syrit - të njohur gjithashtu si personel i syrit - punojnë me një oftalmolog (mjek i syrit) për të siguruar kujdesin e pacientit duke kryer detyra klinike të lidhura me syrin si: marrja e historive mjekësore të pacientit, udhëzimi i pacientëve rreth medikamenteve, testeve dhe procedurave.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Specialist i Certifikuar i Forcës dhe Kondicionimit – Këta janë profesionistë që aplikojnë njohuri shkencore për të trajnuar atletët me qëllimin parësor të përmirësimit të performancës atletike.

Zyrtari klinik - Një praktikues i licencuar i mjekësisë i cili është i trajnuar dhe i autorizuar për kryerjen e detyrave mjekësore të përgjithshme ose të specializuara si diagnoza dhe trajtimi i sëmundjeve dhe dëmtimeve, urdhërimin dhe interpretimin e testeve mjekësore, kryerjen e procedurave rutinore mjekësore dhe kirurgjike dhe referimin e pacientëve tek praktikuesit e tjerë.

Përzierësi – Ky është një person që përzien përbërësit dhe përgatit ilaçin dhe ia dorëzon atë pacientit. Përzierësi është ai që krijon ilaçet (përmbushja/ekzekutimi i recetës së mjekut).

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Punonjësi Shëndetësor i Komunitetit – Këta janë anëtarë të një komuniteti të zgjedhur nga vetë komuniteti ose organizatat e komunitetit për të siguruar kujdesin themelor shëndetësor dhe mjekësor për komunitetin e tyre dhe të aftë për të ofruar kujdes parandalues, promovues dhe rehabilitues për këto komunitete. Emra të tjerë për këtë lloj ofruesish të kujdesit shëndetësor përfshijnë punonjësin e shëndetësisë së fshatit, ndihmësin shëndetësor të komunitetit, promotorin e shëndetit të komunitetit dhe këshilltarin shëndetësor me aftësi shëruese natyrale (lay).

Infermierja e Regjistruar e Kujdesit Kritik - Specialistë me fokus në kujdesin maksimal të pacientëve të sëmurë ose në gjendje kritike pas lëndimeve të mëdha, operacioneve ose sëmundjeve kërcënuese për jetën.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Doktor - Profesionist që praktikon mjekësinë dhe merret me nxitjen, promovimin, mbajtjen ose rivendosjen e shëndetit përmes studimit, diagnozës dhe trajtimit të sëmundjes, lëndimit dhe dëmtimeve të tjera fizike dhe mendore.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Doktor i Osteopatisë - Doktorët e Mjekësisë Osteopatike janë mjekë të çdo specialiteti të licencuar plotësisht. Mjekët osteopatikë janë trajnuar për të: - Parandaluar sëmundjet dhe dëmtimet duke ruajtur një mënyrë jetese të shëndetshme. – Ekzaminuar në mënyrë të plotë pacientin për të vënë diagnozën pa u fokusuar vetëm tek simptomat. - Ndihmuar trupin të shërojë vetveten. - Besuar se të gjitha pjesët e trupit punojnë së bashku dhe ndikojnë tek njëri-tjetri. Këta profesionistë janë të trajnuar posaçërisht në sistemin nervor dhe në sistemin musculoskeletal (muskujt dhe eshtrat). - Kryejnë trajtime manipuluese osteopatike, një qasje praktike për diagnozën, trajtimin dhe parandalimin e sëmundjes ose lëndimit.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Doktor i Terapisë Fizike – Ky konsiderohet si mjek klinik i edukuark në shumë fusha të rehabilitimit.

Dentisti - Një dentist është një kirurg i specializuar në stomatologji - diagnoza, parandalimi dhe trajtimi i sëmundjeve dhe gjendjeve të zgavrës së gojës.

Asistenti dentar -Ndihmon dentistin në ofrimin e trajtimit dentar efikas. Ndihmon përgatitjen e pacientit për trajtim, sterilizim të instrumenteve, kalimin e instrumenteve dentistit gjatë procedurës, mbajtjen e aparaturave të thithjes, ekspozimin e radiografive të dhëmbëve, marrjen e gjurmëve të dhëmbëve dhe fabrikimin e kurorave të përkohshme të dhëmbëve.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Higjenist dentar – Pikësëpari këta janë profesionistë të kujdesit shëndetësor parësor që punojnë në mënyrë të pavarur ose pranë dentistëve dhe profesionistëve të tjerë dentarë • ofrojnë kujdes të plotë shëndetësor oral. Ata kanë trajnim dhe edukim që përqendrohet dhe specializohet në parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve të gojës.

Teknik dentar Një anëtar i ekipit të dhëmbëve, i cili me recetën nga një dentisti ndërton aparate të ndryshme dentare me porosi si kurora, ura, implante, proteza etj.

Terapist dentar - Një anëtar i ekipit të dhëmbëve që siguron kujdes dentar parandalues dhe riparues, zakonisht për fëmijët dhe adoleshentët. Roli i saktë ndryshon dhe varet nga edukimi i terapistëve dhe nga rregulloret e ndryshme dentare dhe udhëzimet e çdo vendi.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Dietisti - Një ekspert në shkencëne e dietëse, domethënë në ushqyerjen njerëzore dhe rregullimin e dietës. Një dietist ndryshon ushqyerjen e pacientit të tyre bazuar në gjendjen e mjekësore dhe nevojat individuale të pacientit.

Doktorët e Mjekësisë Osteopatike – Një "gjeneralist" i cili shpesh specializohet në mjekësinë interne, në praktikën e familjes ose në pediatri.

Teknik i Urgjencës Mjekësore – Këta janë klinicistë, të trajnuar për t'iu përgjigjur shpejt situatave emergjente në lidhje me çështjet mjekësore, lëndimet traumatike dhe skenat e aksidenteve.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Praktikuesi i Infermierisë Familjare – Këta kanë arsim universitar, të certifikuar në nivel kombëtar dhe të licencuar nga shteti dhe që kujdesen për pacientët në gjendje të qëndrueshme mjekësore të të gjitha moshave, që nga foshnjat e deri tek pacientët e moshuar.

Praktikuesi i Infermierisë Geriatrike - Infermiere me trajnim të nivelit universitar. Mund të shërbejnë si ofrues të kujdesit parësor në geriatri.

Hospitalist. - Një spitalist është një mjek i specializuar në kujdesin e pacientëve të hospitalizuar dhe praktika/aktiviteti e të cilëve kryhet në spital, jo në një zyrë.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Farmacistët e licencuar – Trajnimi universitar. Farmacisti përgatit dhe përpunon recetat e ilaceve që janë përshkruar nga ofruesi i kujdesit primar apo specialisti. Farmacistët ofrojnë informacione për njerëzit rreth ilaçeve. Ata gjithashtu konsultohen me ofruesit e kujdesit shëndetësor rreth dozave, ndërveprimeve dhe efekteve anësore të barnave.

Infermieret Praktike të licencuara – Këta janë kujdestarë të licencuar nga shteti të cilët janë trajnuar për t'u kujdesur për të sëmurët. Ata/ato janë licencuar për të administruar medikamente të specifikuara, për të vlerësuar shenjat jetësore dhe për të kryer shumë procedura të kujdesit të pacientit.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Punonjësit e Rasteve Mjekësore Punojnë në spitale dhe vende të tjera të shërbimit shëndetësor. Ata shërbejnë si drejtues të rasteve, terapistë, ose punojnë me pacientët për t'i udhëzuar ata nëpërmjet kujdesit dhe trajtimeve të tyre

Doktorët Mjekësorë - Një "gjeneralist" i cili shpesh specializohet në mjekësinë interne, në praktikën e familjes ose në pediatri.

Teknolog i Laboratorit Mjekësor - Një profesionist i kujdesit shëndetësor i cili kryen analiza diagnostike kimike, hematologjike, imunologjike, histopatologjike, citopatologjike, mikroskopike, dhe bakteriologjike në lëngjet e trupit të tilla si gjak, urinë, pështymë, fece, lëngun cerebrospinal (CSF), lëngun peritoneal, lëngun perikardial dhe lëngun synovial, si dhe mostra të tjera.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Transkripcionist mjekësor - Këta mbajnë shënime në emër të ofruesve mjekësore dhe të kujdesit shëndetësor. Ata qëndrojnë krejtësisht prapa skenës.

Infermiere - Infermierja është një profesioniste në kuadër të sektorit të kujdesit shëndetësor e fokusuar në kujdesin e individëve, familjeve dhe komuniteteve në mënyrë që ata të mund të arrijnë, ruajnë ose rimëkëmbin shëndetin dhe cilësinë optimale të jetës

Infermieret praktikuese - Infermieret me trajnim të nivelit pasuniversitar. Këto zakonisht mund të përshkruajnë ilaçe, janë trajnuar për të trajtuar kujdesin shëndetësor (shqetësimet e zakonshme dhe depistimet rutinë) dhe ndoshta planifikimin familjar.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Infermiere anesteziste - Një infermiere e avancuar e cila ka arsim dhe trajnim të specializuar në anestezi. Ky/kjo punon me një anestezist për të përbërë ekipin e kujdesit të anestezisë.

Obstetrit / gjinekologët - Doktorë që specializohen në obstetrikë dhe gjinekologji, duke përfshirë kujdesin shëndetësor të grave, mirëqenien dhe kujdesin prenatal. Shumë gra përdorin këta profesionistë si ofruesin e tyre parësor të kujdesit shëndetësor.

Praktikuesit e Departamenteve Operative - Një lloj ofruesi i kujdesit shëndetësor i përfshirë në planifikimin e përgjithshëm dhe në ofrimin e kujdesit perioperativ. Ata kryesisht janë të punësuar në departamentet operative kirurgjikale por mund të gjenden edhe në zona të tjera klinike, duke përfshirë departamentet e urgjencës, njësitë e kujdesit intensiv dhe shërbimet e ambulancës.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Oftalmologët - Specialistë në problemet mjekësore dhe kirurgjikale të syrit. Kredencialet e tyre përfshijnë Doktorët Mjekësorë (MD) ose Doktorët Osteopatikë. U lejohet të trajtojnë në mënyrë mjekësore sëmundjen e syve, të zbatojnë terapinë me lazer dhe të kryejnë kirurgji të përkohshme kur kjo nevojitet.

Staf paramjekësor (ndihmës) - Një ndihmës është një profesionist i kujdesit shëndetësor, kryesisht në ambjentet para-spitalore dhe jashtë-spitalore, duke punuar kryesisht si pjesë e shërbimeve mjekësore të urgjencës, të tilla si në një ambulancë.

Teknik i kujdesit të pacientit - Këta ndihmojnë me kujdesin e pacientëve duke vlerësuar shenjat vitale, mbledhjen e mostrave të gjakut për testim dhe futjen e kateterit urinar. Këta gjithashtu sigurojnë kujdes personal për pacientët.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Infermieret praktikuese pediatrike Infermierë me trajnim të nivelit pasuniversitar. Mund të shërbejnë si ofruese të kujdesit parësor në pediatri.

Përfaqësuesit farmaceutikë - Gjithashtu njihen me termin përfaqësues mjekësorë. Sigurojnë një lidhje midis mjekëve dhe kompanive farmaceutike.

Farmacist Një profesionist i cili praktikon farmacinë, fushën e shkencave shëndetësore që fokusohet në përdorimin e sigurt dhe efektiv të medikamenteve. Farmacistët interpretojnë dhe i komunikojnë këto njohuri të specializuara tek pacientët, mjekët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Flebotomist - Një klinicist i aftë në artin e venopunkturës. I aftë të bëjë një prerje në një venë për të injektuar ose për të nxjerrë lëngje trupore për testime klinike ose mjekësore, transfuzionet, donacionet ose kërkimin shkencor.

Mjek - Një profesionist i cili praktikon mjekësinë dhe merret me nxitjen, mbajtjen ose rivendosjen e shëndetit nëpërmjet studimit, diagnozës dhe trajtimit të sëmundjes, lëndimit dhe dëmtimeve të tjera fizike dhe mendore.

Asistent i mjekut - Një ofrues i kujdesit i cili ofron një gamë të gjerë shërbimesh në bashkëpunim me një doktor mjekësor (MD) ose doktor të osteopatisë (DO).

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Fizioterapist - Klinicist që përdor forcën dhe lëvizjet mekanike (biomekanikën ose kineziologjinë), terapinë manuale, terapi ushtrimore, elektroterapi dhe terapi të tjera fizike për trajtimin dhe rehabilitimin e dëmtimeve dhe promovimin e lëvizshmërisë, funksionit dhe cilësisë së jetës përmes ekzaminimit, diagnozës, prognozës, dhe ndërhyrjeve fizike.

Podiatër / Doktor i Mjekësisë Podiatrike - Është një kirurg i "këmbës dhe kyçit të këmbës". Podiatristët janë profesionistët e vetëm mjekësorë që specializohen ekskluzivisht në trajtimin e këmbës dhe të kyçit të këmbës.

Ofruesi i kujdesit parësor - Një profesionist i çertifikuar të cilin mund ta kontaktoni fillimisht për kontrolle dhe probleme shëndetësore. Mund të ndihmojë në menaxhimin e shëndetit tuaj të përgjithshëm.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Psikolog - Një psikolog është një profesionist i cili vlerëson dhe studion sjelljen dhe proceset mendore.

Radiografist/imazherist - Profesionistë të kujdesit shëndetësor që specializohen në imazhet e anatomisë njerëzore për diagnostikimin dhe trajtimin e patologjisë. Radiografistët janë rrallëherë dhe pothuajse gjithmonë gabimisht, të njohur si teknikë të rrezeve X.

Radioterapist - Një profesionist shëndetësor që punon në fushën e onkologjisë rrezatuese. Terapistët e rrezatimit planifikojnë dhe administrojnë trajtimet e rrezatimit tek pacientët me kancer.

Infermieret e regjistruara -Infermieret e regjistruara janë diplomuar nga një program infermierie, kanë kaluar një provim të bordit shtetëror dhe janë të licencuara nga shteti.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Terapist frymëmarrjeje - Është një mjek i specializuar i kujdesit shëndetësor i trajnuar në mjekësinë pulmonare për të punuar terapeutikisht me njerëz që vuajnë nga sëmundja pulmonare. Terapistët e frymëmarrjes punojnë më së shpeshti në kujdesin intensiv dhe sallat e operimit, por gjenden edhe në ambulanca dhe në mjediset e shëndetit në shtëpi.

Patolog i gjuhës së folur - I quajtur edhe terapist i gjuhës dhe të folurit. Specializohet në vlerësimin, diagnozën dhe trajtimin e çrregullimeve të komunikimit, njohjes, çrregullimeve të zërit dhe çrregullimeve të gëlltitjes.

Lloje të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Kirurg - Një kirurg është një mjek i cili kryen operacione dhe procedura kirurgjikale.

Asistentët kirurgjikale - Personel i certifikuar që ndihmon kirurgët gjatë një larmie të madhe të procedurave kirurgjikale, duke përfshirë kirurgjinë ortopedike, vaskulare dhe të përgjithshme.

Llojet e organizatave të kujdesit shëndetësor

Llojet e organizatave të kujdesit shëndetësor

Një agjenci e kujdesit shëndetësor konsiderohet cdo godinë/institucion e cila ofron shërbime të kujdesit shëndetësor (psh., shërbime kurative, parandaluese, edukuese, etj.) për komunitetin.

Agjencite e kujdesit shëndetësor klasifikohen në tre mënyra:

1. Bazuar në kohëzgjatjen e qëndrimit

2. Bazuar në llojin e shërbimit të ofruar

3. Bazuar në llojin e pronësisë

Klasifikimi bazuar në kohëzgjatjen e qëndrimit

a. ***Agjencitë me kohë qëndrimi të shkurtër*** - Këto qendra ofrojnë shërbime për klientët që vuajnë nga gjendje akute që kërkojnë më pak se 24 orë kujdes shëndetësor. Qëndrat me qëndrim të shkurtër mund të ndodhen në njësi të vecanta në spitale, ose në qendrat e qëndrimit të shkurtër.

b. ***Kujdesi akut tradicional*** – zakonisht ofrohet në spitale. Këtu përfshihen pacientët që qëndrojnë më shumë se 24 orë nën kujdes, por më pak se 30 ditë.

c. ***Kujdesi afatgjatë*** – Këtu përfshihen ato agjenci që ofrojnë shërbime për pacientët me nevoja madhore rehabilitimi, sëmundje kronike, humbej të funksionit ose sëmundje mendore. Kohëzgjatja e qëndrimit varion nga disa muaj në vite.

Klasifikimi bazuar në llojin e shërbimeve shëndetësore

a. ***Spitali i përgjithshëm*** – Ky ofron shërbime mjekësore, kirurgjikale, obstetrike, shërbime të urgjencës, diagnostike, laboratorike, etj.

b. ***Spital i specialiteteve*** – Ofron vetëm një lloj specifik kujdesi, të tillë si spitalet psikiatrike, spitalet e grave, spitalet e fëmijëve. Spitalet e specialiteteve janë më pak të zakonshme sesa spitalet e përgjithshme.

c. ***Spital i komunitetit*** – Ofron po ato shërbime që ofrojnë spitalet e përgjithshme por për komunitete specifike.

d. ***Spital terciar*** – Këto shërbejnë si qendra referimi për pacientët me probleme komplekse apo të pazakonta. Këto kanë pajisje dhe infrastrukturën për kujdes të specializuar, si qëndrat e djegies, qendrat e transplantit të palcës së kockave, si dhe burimet për kujdes të përgjithshëm.

Këto spitale i shërbejnë zonave të gjera gjeografike përvec komuniteti pranë tyre. Zakonisht janë të lidhura me një universitet ose janë pjesë e një qendre më të madhë mjekësore.

Klasifikimi bazuar në llojin e shërbimeve shëndetësore

e. ***Kujdesi sub-akut (kujdesi tranzitor)*** – Ky lloj kujdesi po ofrohet gjithnjë e më shpesh në një njësi të vecantë të spitalit ose mund të ofrohet në qëndra të kujdesit afatgjatë. Në spital njësia ofron shërbime mjekësore dhe dalje të shpejtë nga spitali. Kurse në qendrat e kujdesit afatgjatë ofron shërbime rehabilituese.

f. ***Shërbimet në shtëpi*** – Këto ofrohen në agjencite komunitare të kujdesit shëndetësor, nga profesionistet e KSh-se, përfshirë infermieret, terapistët fizikë, punonjësit socialë, etj.

Kujdesi në shtëpi përfshin: kujdesin afatshkurtër – mësim dhe monitorim pas shtrimit në spital; kujdesin e ndërmjetëm – për të ndihmuar individin deri sa të mundësohet vetë-kujdesi; dhe, kujdesin afatgjatë – për personat me probleme të vazhdueshme shëndetësore.

Klasifikimi bazuar në llojin e shërbimeve shëndetësore

g. ***Kujdesi ambulator*** – Ky i referohet shërbimeve që i ofrohen personave jo të hospitalizuar. Qendrat/mjediset ambulatore përfshijnë:

- qendrat kirurgjikale ambulatore;
- klinikat e vogla të urgjencës;
- njësitë ambulatore të dializës;
- qendrat ambulatore të lindjes.

Klasifikimi bazuar në llojin e pronësisë

a. ***Organizatat qeveritare (publike)*** – Këto zotërohen, administrohen dhe kontrollohen nga qeveria. Ofrojnë kujdes pa para' për pacientët. Mund të ofrojnë akomodim gjithashtu, pa pagesë.

Spitalet publike zotërohen nga: Ministria e Shëndetësisë, Universiteti, Ushtria, organizatat siguruese, organizatat e kujdesit shëndetësor.

b. ***Organizatat jo-qeveritare: Agjencitë për fitim (private)*** – Këto zotërohen, vihen në funksionim dhe kontrollohen nga individë, grupe ose organizata private.

c. ***Organizatat jo-qeveritare: Agjencitë jo për fitim (agjencitë shëndetësore vullnetare)*** – Këto zotërohen dhe vihen në funksionim nga grupe ose organizata (psh., organizata fetare). Kostot kapitale për funksionimin e tyre sigurohen nga disa mënyra (psh., nga donacionet).

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë (ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor)

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Organizimi i ofrimit dhe shpërndarjes së shërbimeve KSH gjithnjë e më shumë po bëhet sipas modelit të "kujdesit të menaxhuar".

"**Kujdesi i menaxhuar**" (**MC**) i referohet një sërë organizimesh të ndryshme, të cilat variojnë nga ato ku kemi integrim të plotë midis siguracioneve shëndetësore dhe shpërndarjes së shërbimeve, të tilla si **Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit** (**HMO**), tek ato në të cilat njerëzit e siguruar janë kufizuar në një set të caktuar ofruesish, të tilla si **Shoqatat e Pavarura të Mjekësisë** (**IPA**), e deri tek organizimet ku zgjedhja e ofruesve është e pakufizuar por siguruesit sigurojnë stimuj për të zgjedhur ofrues të caktuar dhe monitorojnë kujdesin e ofruar, të tilla si **Organizatat e Ofruesit të Preferuar** (**PPO**).

Termi MC i referohet edhe instrumenteve të menaxhimit, të tilla si shqyrtimi i utilitetit ose menaxhimi i sëmundjes.

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Përdoret termi Organizata e Kujdesit të Menaxhuar (MCOs).

Kujdesi i menaxhuar shpesh konsiderohet si një "*institucion amerikan, që vepron në tregun private të sigurimit vullnetar dhe që lidhet me ofrimin e shërbimeve shëndetësore individuale"*.

Por që prej fillimi të viteve 1990, disa vende, përfshirë UK, Hollandën, Gjermaninë, Izraelin, Francën dhe disa vende të Amerikës Latine kanë përfshirë zyrtarisht elementë të MC-së në sistemet e tyre shëndetësore. Shtete të tjera po mendojnë të bëjnë të njëjtën gjë gjithashtu.

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Instrumentet e MC-së, edhe pse pikësëpari lidhen me ofrimin/shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore individuale/personale, mbështeten fort tek konceptet e *shëndetit publik*.

Planet e kujdesit të menaxhuar edhe financojnë kujdesin shëndetësor por edhe përpiqen të menaxhojnë shpenzimet shëndetësore të popullatave që ato mbulojnë, ndryshe nga disa sigurues klasikë, të cilët kryesisht financojnë kujdesin e pacientëve individuale.

Planet e kujdesit të menaxhuar bazohen dhe përdorin epidemiologjinë, kërkimin shkencor për parandalimin, dhe analizat e kosto-efektivitetit për të plotësuar nevojat e popullatave që mbulojnë

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Një dekadë më parë, llojet e ndryshme të MCO-ve ishin mjaft të dallueshme.

Që atëherë dallimet midis formave tradicionale të sigurimit shëndetësor dhe organizatave të kujdesit të menaxhuar janë ngushtuar deri në pikën ku është shumë e vështirë të thuhet nëse një entitet është një kompani sigurimi ose një MCO.

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Në ndryshim nga situata 20 vjet më parë, kur organizatat e menaxhuara të kujdesit shpesh përmendeshin si "sisteme alternative për ofrimin e shërbimeve", kujdesi i menaxhuar në forma të ndryshme përbën tani formën mbizotëruese të mbulimit me siguracione shëndetësore në Shtetet e Bashkuara, kështu që vetëm pak njerëz e marrin sigurimin shëndetësor nëpërmjet formave tradicionale të siguracioneve (kompensimeve për dëmin).

Me fjalë të tjera, pavarësisht formës së organizimit, shumë aspekte të MC-së kanë migruar në forma të tjera mbulimi dhe vazhdojnë të migrojnë dhe evoluojnë gjithë kohës.

Mënyrat e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësorë

Duke qënë se shumë nga format e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor kanë mjaft elemente të përbashkëta me organizatat e sigurimeve shëndetësore, atëherë këto forma do të përshkruhen në leksionin 5.

Për momentin, në vijim po përshkruajmë disa karakteristika të kujdesit shëndetësor aktual në përgjithësi në botë.

Situata aktuale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Në Shtetet e Bashkuara, numri i mjekëve që praktikojnë profesionin e tyre vetëm (praktika solo) ose në grupe dyshe (dy mjekë që punojnë bashkë) u ul nga 69% dhe 11%, përkatësisht, në vitin 2003, në 33% në vitin 2008 (vetë ose dy mjekë).

Në vitin 2008, 92% e ofruesve ofronin shërbime vetëm për një specialitet të caktuar mjekësor dhe 8% ofronin shërbime për disa specialitete; 15% e mjekëve ishin angazhuar në praktika ku operonin 3 deri në 5 mjekë, dhe 19% bënin pjesë në grupe prej 6 deri 50 mjekësh.

Situata aktuale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Rreth 13% e mjekëve punon në ambjente spitalore, dhe 44% e mjekëve të spitaleve punon në klinikë kurse të tjerët ndaheshin midis shërbimit të urgjencës dhe stafit spitalor.

Midis mjekëve, 3% punonin në qendrat e shëndetit komunitar dhe 4% në organizatat e ruajtjes së shëndetit (HMOs).

Nga këndvështrimi i specialiteteve, 79% punonin në qendra ku ofrohej shërbim për një specialitet dhe vetëm 21% punonin në qendra ku ofrohej shërbim për shumë specialitete.

Në Europë, deri në vitin 2003, rreth 26% e mjekëve të përgjithshëm në zonat urbane dhe 32% e atyre në zonat rurale aplikonin praktikën-solo (dmth, ushtronin profesionin e tyre vetëm, jo në bashkëpunim me mjekë të tjerë në terma të llojeve formale të organizimit dhe bashkëpunimit).

Situata aktuale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Është e qartë se **mjekët që punojnë vetëm** (solo-practice) janë një **specie në zhdukje**.

Por cilat janë arsyet për këtë?

Një arsye mund të jetë avantazhet që ofron puna në një grup ose organizatë, lidhur me pagesën ose balancën më të mirë midis jetës dhe punës në këto organizata (spitale, psh.).

Mjekëve të rinj u mungon interesi në aspektet e biznesit të lidhura me mjekësinë dhe ndoshta nuk e kanë nxitjen e duhur të sipërmarrësit që është e nevojshme për të menaxhuar një aktivitet mjekësor vetëm.

Situata aktuale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Nga ana tjetër, të qënët pjesëtar i një grupi mund të rrisë aftësitë negocijuese me palët e treta.

Së fundmi, duhet një volum shumë i madh dokumentacioni për të provuar që aktiviteti solo është efektiv, ofron kujdes të integruar me cilësi të lartë dhe me kosto të përshtatshme. Këto cështje administrative mund të menaxhohen më mirë nga praktikat e punës në grupe ose organizata sesa nga mjekët që punojnë në solo-practice

LEKSIONI 5

–

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR – SIGURUESIT SHËNDETËSORË

HYRJE

Sic e përmendëm në Leksionin 4, trendi i përgjithshëm i kujdesit shëndetësor është i ashtuquajturi Kujdes i Menaxhuar (MC), i cili realizohet nëpërmjet Organizatave të Kujdesit të Menaxhuar (MCOs).

Pavarësisht kësaj, ende ka mosmarrëveshje nëse termi Kujdes i Menaxhuar përshkruan me saktësi brezin e ri të mekanizmave të ofrimit të kujdesit shëndetësor dhe financimit të sistemit. Ata që e kundërshtojnë përdorimin e këtij termi ngrenë pikëpyetje lidhur me cfare menaxhojnë MCO-të me saktësi: po menaxhohet kujdesi mjekësor i pacientëve apo thjesht MCO-të po menaxhojnë përbërjen dhe rimbursimin e sistemeve të ofrimit të kujdesit shëndetësor?

Studiuesit të cilët janë në favor të termit MC, besojnë se menaxhimi i sistemeve të ofrimit të kujdesit shëndetësor (KSh) është i barazvlefshëm në rezultatet e tij me menaxhimin e kujdesit mjekësor që i ofrohet pacientëve. Në kontrast me metodat historike të financimit të ofrimit të kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara, brezi aktual i mekanizmave të financimit përfshin një menaxhim shumë më aktiv si të sistemit të ofrimit të KSh-së ashtu edhe të kujdesit mjekësor që i ofrohet pacientëve të vecantë.

Ndoshta arsyeja kryesore e mos-përdorimit të termit MC nga shumë aktorë në këtë industri mund të jetë perceptimi negativ që lidhet me këtë term. Ndërsa MC-ja po bëhej gjithnjë e më dominuese si model i mbulimit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara në vitet ’90, u vu re një kundërshti e fortë publike kundër masave kufizuese që ishin pjesë e shumë planeve të kujdesit të menaxhuar. Kjo mund të ketë ardhur edhe si pasojë e ndryshimit të fokusit nga kompanitë e vjetra të sigurimit, të cilat tashmë u përqëndruan në kontrollin e kostove duke u larguar disi nga konceptet e vjetra të ruajtjes së shëndetit, kujdesit parandalues, dhe menaxhimi i kujdesit duke e ofruar atë në kushtet më të përshtatshme. Përvec kësaj, shumë konsumatorë u detyruan të bëheshin pjesë e kujdesit të menaxhuar sepse planet e reja të kujdesit të menaxhuar u bënë oferta e vetme për përfitime shëndetësore që ofrohej nga punëdhënësit. Amerikanët vlerësojnë më shumë mundësinë për të zgjedhur në pjesën dërrmuese të transaksioneve ekonomike të tyre dhe kujdesi shëndetësor nuk bën përjashtim nga kjo tendencë.

Shumë plane shëndetësore tani e quajnë veten thjesht: plane shëndetësore ose plane të sigurimit shëndetësor.

Pavarësisht se termi MC mund të mos përshkruajë në mënyrë perfekte brezin aktual të mekanizmave të financimit dhe menaxhimit të kujdesit shëndetësor, ai vazhdon të sigurojë një përshkrim të mirë bazë për larminë e alternativave që ofron sot sistemi (1).

Një koncept i thjeshtëzuar por i dobishëm i termit Kujdes i Menaxhuar është ai që quhet proces i vazhdueshëm (Figura 1). Një njërën anë të këtij procesi qëndron *menaxhimi i fatkeqësisë ose dëmit* nëpërmjet certifikimit të pranimeve selektive dhe menaxhimin e rasteve katastrofike, të vendosura mbi një plan tradicional sigurimesh shëndetësore të bazuar në

kompensimin e dëmit. Procesi i vazhdimësisë vazhdon me *Planet e Shërbimit*, *PPOs*, *HMOs* e tipit *pika-shërbimi*, *me panel të hapur* dhe *me panel të mbyllur*. Ndërsa lëvizet nga njëri skaj i procesit tek tjetri, shtohen elemente të reja kontrolli dhe llogaridhënieje, rritet kompleksiteti dhe burimet financiare paraprake (overhead) për të vënë planin në funksionim, dhe arrihet kontroll më i lartë i kostove dhe cilësisë (1,2).

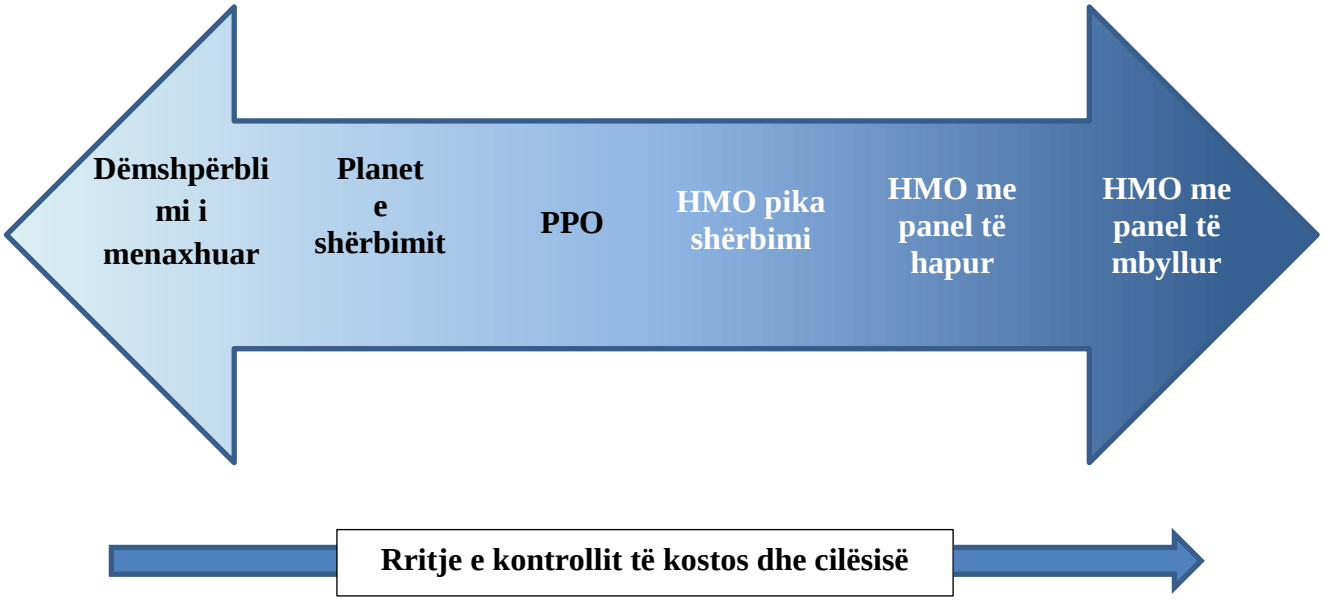


Figura 1. Procesi i vazhdimësisë së kujdesit të menaxhuar

Planet CDPH, nuk përkojnë mirë me këtë proces vazhdimësie prandaj do të përshkruhen vecmas llojeve tradicionale të planeve të kujdesit të menaxhuar.

Sic gjithashtu e përmendëm në Leksionin 4, duke qënë se shumë nga format e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor kanë mjaft elemente të përbashkëta me organizatat e sigurimeve shëndetësore, ose janë të ndërthurura pazgjidhmëisht me to, aq sa planet shëndetësore quhet edhe si "plane të sigurimeve shëndetësore", atëherë në vijim po përshkruajmë llojet kryesore të organizatave të kujdesit të menaxhuar dhe njëkohësisht me këtë përshkruhen në mënyrë natyrale dhe llojet kryesore të planeve të sigurimeve shëndetësore.

Llojet e Organizatave të Kujdesit të Menaxhuar (MCOs)

Duke patur parasysh që nuk ka dallime thelbësore ose kufij midis tyre, do të diskutojmë në vijim llojet kryesore të MCO-ve (1,2,3,4).

Lloji i sigurimit "kompensimi i dëmit" ose "dëmshpërblimi"

Lloji i sigurimit shëndetësor të dëmshpërblimit është thjesht: dëmshpërblen/kompenson përfituesit për shpenzimet financiare që lidhen me kujdesin shëndetësor.

Sigurimet dhe planet e shërbimit të bazuar në dëmshpërblimin/kompensimin ishin lloji kryesor i planeve shëndetësore para shpikjes së kujdesit shëndetësor të menaxhuar.

Fillimisht, kishte pak kontrolle për të menaxhuar koston dhe mbulimi ishte vetëm për sëmundjen, jo për mirëqënien ose shëndetin, shërbimet parandaluese (imunizimin), ose barnat me recetë nga mjeku.

Kompania e sigurimeve gjithashtu do përakton se cila duhet të jetë pagesa maksimale e përshtatshme për një procedurë ose vizitë profesionale, dhe kjo ishte gjithçka që paguhej.

Një ofrues atëherë ishte i lirë të faturonte përfituesin për çdo gjë që nuk paguhej nga kompania e sigurimeve. Në disa raste, kompania e sigurimeve i paguante paratë drejtpërsëdrejti tek përfituesit dhe ofruesit më pas duhet të paguheshin nga përfituesi nëse nuk i kishte mbledhur akoma tarifat e veta.

Rritja e kostove të kujdesit shëndetësor e goditi rëndë sigurimin e bazuar në dëmshpërblim gjatë viteve 1980 dhe fillim të viteve 1990, dhe ndërsa kujdesi i menaxhuar po fitonte terren, ky lloj sigurimi u tkurr. Tani sigurimi i bazuar në dëmshpërblim është relativisht i rrallë, dhe madje është zhdukur. Aty ku sigurimi bazuar në dëmshpërblim vazhdon të ekzistojë ende, ai shpesh aplikon metoda të kujdesit të menaxhuar (1,2,3,4).

Planet e shërbimeve

Planet e shërbimeve, shumica e të cilave (megjithëse jo ekskluzivisht) janë plane Blue Cross dhe Blue Shield (BCBS), janë të ngjashme në bazat e tyre me sigurimin e dëmshpërblimit por me një ndryshim shumë të rëndësishëm: ekzistencën e një rrjeti të kontraktuar të ofruesve. Ky rrjet i kontraktuar i ofruesve parashikon disa elementë shumë të rëndësishëm që aplikohen në kujdesin e menaxhuar në përgjithësi:

- Plani kontrakton direkt me ofruesit (mjekët, spitalet, etj).
- Kontratat e siguruesit specifikojnë se plani do t'i paguajë ata drejtpërdrejtë dhe ata mund të faturojnë pacientin (anëtarin) për bashkë-sigurim (një përqindje (%) fikse që pacienti paguan sa herë që merr një shërbim mjekësor), bashkëpagesa (një shumë fikse që pacienti paguan sa herë që merr një shërbim mjekësor) ose deductibles (një shumë fikse që paguan pacienti në një periudhë të caktuar, zakonisht në fillim të cdo viti, përpara se sigurimi i tij/saj të mbulojë kostot).
- Përderisa një anëtar (përfituesi) merr shërbime nga një ofrues i kontraktuar,anëtari është i mbrojtur nga faturimet e tjera: dmth., një ofrues nuk mund të faturojë pacientin për pagesat e mohuara nga plani.
- Plani ka një metodë për të llogaritur se çfarë pagese maksimale do të paguhet për të gjitha procedurat ose vizitat e ofruesve në lidhje me shërbimet profesionale.
- Plani ka një metodë për përcaktimin e pagesave të duhura për spitalet.

Planet e pa-menaxhuara të shërbimit u nënshtrohen të njëjtave presione si sigurimi i dëmshpërblimit në lidhje me kostot mjekësore me të njëjtin rezultat. Dallimi është se plani i shërbimeve nuk është zhdukur nga peizazhi i sistemit shëndetësor në të njëjtën shkallë si sigurimi i dëmshpërblimit dhe shpesh është pjesë e një lloji tjetër ofrimi. Për shembull, një

PPO e ofruar nga një plan Blue Cross Blue Shield siguron një shkallë të mbulimit të rrjetit edhe nëse anëtarët nuk shkojnë në një ofrues të kontraktuar nga PPO (1,2,3,4).

Kujdesi i Menaxhuar i aplikuar në Sigurimin e Dëmshpërblimit dhe Planin e Shërbimeve

Suksesi i perceptuar i HMO-ve dhe llojeve të tjera të organizatave të kujdesit të menaxhuar në kontrollin e shfrytëzimit dhe kostos së shërbimeve shëndetësore nxiti zhvillimin e mbulesave të tjera të kujdesit të menaxhuar që mund të kombinoheshin me sigurimin tradicional të dëmshpërblimit, sigurimin e planit të shërbimeve, ose sigurimin e ngjashëm me sigurimin e dëmshpërblimit (termi "sigurimi i dëmshpërblimit" përdoret për t'iu referuar të tre formave të mbulimit në këtë kontekst).

Këto forma të kujdesit të menaxhuar kanë për qëllim të sigurojnë kontrollin e kostos për planet e sigurimit duke ruajtur lirinë e individit për zgjedhjen e ofruesit dhe mbulimin për shërbimet jashtë planit. Megjithëse sigurimi tradicional i dëmshpërblimit tani është i pazakontë për shkak të kostos së lartë, ja vlen të kuptohet se si zbatohen këto mbivendosje.

U krijuan llojet e mëposhtme të mbulesave të kujdesit të menaxhuar:

- *Menaxhimi i shfrytëzimit të përgjithshëm*. Këto kompani ofrojnë një menu të plotë të aktiviteteve të menaxhimit të shfrytëzimit (utilitetit) të cilat mund të aplikohen nga punëdhënësit apo siguruesit. Disa mund të ofrojnë ose zhvillojnë panele të ofruesve pjesëmarrës brenda tregjeve individuale duke ngjasuar shumë me PPO-të.
- *Menaxhimi i shfrytëzimit të specialiteteve*. Firma që fokusohen në shqyrtimin e shfrytëzimit për shërbimet e specialiteteve janë bërë të zakonshme. Shëndeti i sjelljes dhe kujdesi dentar janë dy lloje të zakonshme të mbulesave të menaxhimit të shfrytëzimit të specialiteteve.
- *Menaxhimi i sëmundjeve*. Kompanitë e menaxhimit të sëmundjes mund të përqendrohen në sëmundje specifike dhe të kushtueshme (p.sh. diabeti) në vend të shfrytëzimit në përgjithësi.
- *Menaxhimi katastrofik apo i rasteve të shumta*. Disa firma janë zhvilluar për të ndihmuar punëdhënësit dhe siguruesit në menaxhimin e rasteve katastrofike, pavarësisht nga specialiteti i përfshirë. Ky shërbim përfshin shqyrtimin për të identifikuar rastet që do të bëhen katastrofike, negocimin e shërbimeve dhe rimbursimin me ofruesit të cilët mund të trajtojnë gjendjen e pacientit, zhvillimin e një protokolli trajtimi për pacientin dhe monitorimin e vazhdueshëm të trajtimit.
- *Menaxhimi i shfrytëzimit të kompensimit të punonjësve*. Në përgjigje të rritjes së shpejtë të kostos së sigurimit të kompensimit të punonjësve, firmat kanë zhvilluar mbulesa të kujdesit të menaxhuar për të adresuar atë që ata pretendojnë se janë nevoja unike të pacientëve të mbuluara nga përfitimet e kompensimit të punëtorëve. Sigurimi i kompensimit të punëtorëve është në fakt një sigurim i tipit aksident-pronë, jo sigurim shëndetësor. Megjithatë, në disa raste mund të aplikohen metodat e kujdesit të menaxhuar.

Shumë kompani të sigurimeve të dëmshpërblimit i kanë cuar këto koncepte disa hapa më tej përgjatë procesit të vazhdimësisë duke u shndërruar në MCO përmes blerjeve të HMO-ve dhe kompanive të tjera të kujdesit të menaxhuar.

Në fakt, të gjitha kompanitë e mëdha të sigurimeve të dëmshpërblimit që ekzistonin në fillim të viteve 1990 ose kanë shitur linjat e biznesit të tyre të sigurimeve shëndetësore në kompani të tjera ose janë bashkuar me kompani të mëdha të kujdesit të menaxhuar (1,2,3,4).

Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO)

PPO-të janë entitete përmes të cilave planet e përfitimeve shëndetësore të punëdhënësit dhe siguruesit shëndetësorë kontratojnë për blerjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për përfituesit e mbuluar nga një rrjet i përzgjedhur i ofruesve pjesëmarrës.

Në mënyrë tipike, ofruesit pjesëmarrës në PPO bien dakord t'i përmbahen menaxhimit të shfrytëzimit dhe procedurave të tjera të zbatuara nga PPO dhe bien dakord të pranojnë strukturën e rimbursimit të PPO-së dhe nivelet e pagesës.

Në këmbim, PPO-të mund të kufizojnë madhësinë e paneleve të ofruesve pjesëmarrëse dhe të ofrojnë stimuj për individët e mbuluar prej tyre për të përdorur ofruesit pjesëmarrës në vend të ofruesve të tjerë.

Në dallim nga mbulimi tradicional i HMO-së, individët me mbulim të PPO-së lejohen të përdorin ofrues jo-PPO, edhe pse zakonisht aplikohen nivele më të larta të bashkë-sigurimeve ose decuctibles (të zbritjeve) për shërbimet e ofruara nga këta ofrues që nuk marrin pjesë në PPO-në përkatëse (1,2,3,4).

PPO-të mund të jenë të gjera ose mund të jenë të veçanta sipas specialiteteve (p.sh., shëndeti i sjelljes, kiropraktika, dentare).

Karakteristikat kyce të përbashkëta të PPO-ve përfshijnë:

- *Rrjeti i ofruesve*. PPO-të zakonisht krijojnë një rrjet duke kontraktuar me ofrues të caktuar në një komunitet për të ofruar shërbime shëndetësore për individët e mbuluar. Shumica e PPO-ve kontraktojnë drejtpërdrejtë me spitalet, mjekët dhe institucionet apo qendrat e tjera diagnostikuese.
  Ofruesit mund të zgjidhen për të marrë pjesë në bazë të efikasitetit të tyre të kostos, reputacionit të tyre në komunitet dhe fushës së shërbimeve.
  Disa PPO mbledhin baza masive të informacionit rreth ofruesve të mundshëm, duke përfshirë kostot sipas kategorisë së diagnozës, përpara se të marrin vendimet e tyre kontraktuese. Megjithatë, sot PPO-të rrallë kufizojnë qëllimisht madhësinë e rrjetit të tyre, por ato kontraktojnë me cdo ofrues të gatshëm për të pranuar termat dhe kushtet e kontratës së PPO-së .
- *Normat e negociuara të pagesës*. Shumica e marrëveshjeve për pjesëmarrjen në PPO u kërkojnë ofruesve pjesëmarrës të pranojnë pagesat e PPO-së si pagesë për shërbimet e mbuluara plotësisht (me përjashtim të bashkëpagesave, bashkë-sigurimeve ose deductibles të aplikueshme).

Megjithëse mund të negocijohet pagesa me mjekët dhe ofruesit e tjerë profesional, më e zakonshme është që PPO thjesht të informojë mjekun se cilat do të jenë normat e pagesës, me të cilat mjeku ose mund të bjerë dakord dhe të lidhë kontratë me PPO ose të mos pajtohet me to, rast në të cilin ata nuk bëhen ofrues të PPO-së.
PPO përpiqen të negociojnë normat e pagesës me spitalet që u japin atyre një avantazh konkurrues në krahasim me sistemet e pagesave të bazuara në tarifa. Këto norma të pagesës zakonisht marrin formën e zbritjeve nga tarifat, plane të tarifave fikse, tarifat gjithëpërfshirëse për diem ose pagesat e bazuara në grupet e lidhura me diagnozën. Disa PPO kanë vendosur sisteme të çmimeve në grup për shërbime të caktuara, duke përfshirë lindjet normale, kirurgjinë me zemër të hapur, dhe disa lloje diagnozash në onkologji.

- *Menaxhimi i shfrytëzimit*. Shumë PPO zbatojnë programe të menaxhimit të shfrytëzimit për të kontrolluar shfrytëzimin dhe koston e shërbimeve shëndetësore të ofruara për përfituesit e mbuluar. Në PPO më të sofistikuara, këto programe të menaxhimit të shfrytëzimit ngjajnë me programet e operuara nga HMO-të.
- *Zgjedhja e konsumatorit*. Ndryshe nga HMO-të tradicionale, PPO-të në përgjithësi lejojnë përfituesit e mbuluar të përdorin ofruesit jo-PPO në vend të ofruesve PPO kur kanë nevojë për shërbime shëndetësore. Në këto raste aplikohen nivele më të larta të bashkëpagesave.

PPO-të mund të jenë në pronësi të shumë llojeve të organizatave të ndryshme (koalicion punëdhënësish, HMO, spitale, aleanca midis spitaleve, investitor i pavarur, kompani sigurimesh, pronësi e shumëfishtë, bashkëpunim mjekë-spital, grup mjekësh-spitalesh, të tjera).

Për më tepër, një PPO mund të operohet vetëm në dobi të pronarit të saj (p.sh., një PPO e krijuar nga një plan Blue Cross Blue Shield që ofron shërbime vetëm për anëtarët e BCBS) ose mund të jetë e ashtuquajtura PPO-me-qera që formohet për të ofruar shërbime për çdo plan shëndetësor nën një marrëveshje tarifore administrative (që mund të kufizohet vetëm në një tarifë aksesi ose mund të përfshijë tarifa për aktivitete të tjera) (1,2,3,4).

Organizatat e Ofruesit Ekskluziv (EPO)

Organizatat e ofruesit ekskluziv (EPOs) janë të ngjashme me PPO në organizimin dhe qëllimin e tyre. Ndryshe nga PPOs, megjithatë, EPOs i kufizojnë përfituesit e tyre për ofruesit pjesëmarrës për çdo shërbim shëndetësor. Me fjalë të tjera, përfituesit e mbuluar nga një EPO duhet të marrin të gjitha shërbimet e tyre shëndetësore të mbuluara nga ofruesit që marrin pjesë në EPO.

EPO në përgjithësi nuk mbulon shërbimet e marra nga ofruesit e tjerë, edhe pse mund të ketë përjashtime.

Disa EPOs ngjasojnë me HMO-të në atë që jo vetëm që kërkojnë përdorimin ekskluziv të rrjetit të ofruesve të EPO, por gjithashtu përdorin një qasje gatekeeper (funksioni portë ose roje) për të autorizuar shërbimet e kujdesit jo-parësor. Në këto raste, dallimi primar midis një HMO-je dhe një EPO-je është se i pari është i rregulluar sipas ligjeve dhe rregulloreve të

HMO-së, ndërsa kjo e fundit është e rregulluar sipas ligjeve dhe rregullave të sigurimeve ose Aktit të tjera. Shumica e EPO-ve ofrohen në të vërtetë nga PPO-të, jo nga HMO-të.

EPO-t zakonisht zbatohen nga punëdhënësit motivimi primar i të cilëve është kursimi i kostos. Këta punëdhënës janë më pak të shqetësuar në lidhje me reagimin e punonjësve të tyre ndaj kufizimeve të ashpra në zgjedhjen e ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe ofrojnë EPO-n si një zëvendësim për mbulimin tradicionale me sigurimet shëndetësore të dëmshpërblimit.

Për shkak të kufizimeve të ashpra në zgjedhjen e ofruesit, vetëm disa punëdhënës të mëdhenj kanë qenë të gatshëm të konvertojnë programet e tyre të përfitimeve shëndetësore në një format EPO.

Kur EPO-të fillimisht u shfaqën si një formë e mbulimit shëndetësor, disa vëzhgues parashikuan se ishin vala e së ardhmes dhe do të miratoheshin nga shumë punëdhënës të mëdhenj. Në realitet, disa prej atyre që kanë themeluar EPO-të i kanë braktisur ato në favor të opsioneve të tjera të sigurimit që ofrojnë më shumë zgjedhje për përfituesit. Sidoqoftë, megjithëse numri i PPO-ve që ofrojnë një opsion EPO për punëdhënësit është rritur, numri aktual i individëve të regjistruar në EPO ka rënë (1,2,3,4).

Planet e pikës së shërbimeve (POS)

Planet POS në thelb kombinojnë një plan shëndetësor HMO ose të ngjashëm me HMO me mbulimin e dëmshpërblimit (ose planin e shërbimeve) për kujdesin e marrë jashtë HMO-së.

Pasi u shpallën si një valë tjetër e së ardhmes, ato u rritën në mesin e viteve 1990 vetëm të humbur popullaritet, pasi shpresat e tyre për kursimet e kostos nuk arritën të materializoheshin. Ka dy mënyra në të cilat janë organizuar planet POS, në varësi të mjetit apo instrumentit për të ofruar shërbime HMO ose të ngjashme me HMO-të:

1. Organizatat e Ofruesit të Preferuar të Kujdesit Parësor

Këto lloje të planeve POS janë hibride të modeleve tradicionale HMO dhe PPO, edhe pse ato janë të licencuara si PPO. Më poshtë janë karakteristikat e këtyre llojet e planeve:

- Mjekët e kujdesit primar mund të rimbursohen përmes pagesave për frymë (p.sh., një pagesë fikse për cdo anëtar në muaj) ose metoda të tjera të rimbursimit të bazuara në performancë.
- Mund të ketë një shumë të mbajtur nga kompensimi i mjekut që paguhet e kushtëzuar me arritjen e qëllimeve të shfrytëzimit ose të kostos. Disa shtete e kufizojnë aftësinë e organizatave të menaxhuara të kujdesit për të vendosur ndalesa, dhe ato janë bërë më pak të zakonshme me kalimin e kohës.
- Mjeku i kujdesit parësor vepron si një rojtar për shërbimet referuese dhe institucionale mjekësore.
- Anëtari mban një mbulim për shërbimet e kryera që ose nuk janë të autorizuara nga mjeku i kujdesit parësor ose janë ofruar/dhënë nga ofruesit jo pjesëmarrës. Mbulimi i

tillë zakonisht është dukshëm më i ulët sesa mbulimi për shërbimet e autorizuara të ofruara nga ofruesit pjesëmarrës (p.sh. 100% në krahasim me 60%) [1,2,3,4].

2. Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit të tipit Pika e Shërbimeve

Ndërsa planet POS u rritën, disa HMO-të pranuan se pengesa kryesore për regjistrimin e anëtarëve shtesë dhe zgjerimin e pjesës së tregut ishte ngurrimi i individëve për të humbur plotësisht aftësinë e tyre për të marrë rimbursim për përdorimin e ofruesve që nuk marrin pjesë në planin ku ata bëjnë pjesë.

Këta individë e marrin në konsideratë mundësinë që ata mund të kenë nevojë për shërbimet e një specialisti të njohur për një çrregullim të rrallë (dhe të shtrenjtë për t'u trajtuar) dhe besojnë se HMO-ja nuk do t'i referojë ata për këtë kujdes ose nuk do të rimbursojë shpenzimet e tyre. Kjo mundësi, pa marrë parasysh sa pak gjasa ka që të ndodhë, i eklsipson në mendjet e shumë individëve të gjitha përfitimet e tjera të mbulimit HMO. Gjithashtu, kjo mundësi pengoi shumicën e punëdhënësve që të kufizonin zgjedhjen e përfitimeve shëndetësore në një HMO të vetme.

Një numër i HMO-ve (dhe kompanitë e sigurimeve me HMO dhe operacionet e dëmshpërblimit) menduan një zgjidhje për këtë problem: ata ofrojnë një nivel të caktuar të mbulimit të tipit dëmshpërblim për anëtarët e tyre. Anëtarët e HMO-ve të mbuluara sipas këtyre llojeve të skemave të përfitimeve mund të vendosin nëse do të përdorin përfitimet e HMO-së ose përfitimet e skemave të dëmshpërblimit për çdo rast të kujdesit. Me fjalë të tjera, anëtarit i lejohet të bëjë një zgjedhje të mbulimit në *pikën e shërbimit* kur nevojitet kujdesi mjekësor.

Mbulimi i dëmshpërblimit në dispozicion në kuadër të opsioneve të pikës së shërbimit nga HMO-të përfshin zakonisht zbritje/deductibles dhe bashkë-sigurime të larta për të inkurajuar anëtarët që të përdorin shërbimet HMO brenda rrjetit në vend të shërbimeve jashtë planit.

Anëtarët që përdorin pjesën e përfitimit jo-HMO të planit të përfitimeve mund të jenë gjithashtu subjekt i shqyrtimit të shfrytëzimit (p.sh., certifikimi i para-pranimit në skemë dhe rishikimi i vazhdueshëm i qëndrimit në planin e sigurimeve) [1,2,3,4].

Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMO)

HMO-të janë sisteme të organizuara të kujdesit shëndetësor që janë përgjegjëse për financimin dhe shpërndarjen e një game të gjerë shërbimesh shëndetësore gjithëpërfshirëse për një popullatë të regjistruar në to. Përkufizimi origjinal i një HMO-je përfshinte gjithashtu aspektin e financimit të kujdesit shëndetësor për një tarifë fikse të parapaguar (që këtej rrjedh termi *plani i para-paguar shëndetësor*), por ajo pjesë e përkufizimit nuk është më absolute, megjithëse është ende e zakonshme.

Në shumë mënyra, një HMO mund të shihet si një **kombinim** i një **siguruesi shëndetësor** dhe **një sistemi të menaxhimit të ofrimit të kujdesit shëndetësor**. Ndërsa kompanitë tradicionale të sigurimeve të kujdesit shëndetësor janë përgjegjëse për rimbursimin e

individëve të mbuluar për koston e kujdesit shëndetësor të tyre, HMO-të janë përgjegjës për ofrimin ose koordinimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për anëtarët e tyre të mbuluar përmes ofruesve të lidhura me këto HMO, të cilët rimbursohen sipas metodave të ndryshme.

Si rezultat i përgjegjësisë së tyre për ofrimin e shërbimeve shëndetësore të mbuluara për anëtarët e tyre, HMO-të duhet të sigurojnë që anëtarët e tyre të kenë qasje në shërbimet e kujdesit shëndetësor të mbuluara. Përveç kësaj, HMO-të në përgjithësi janë përgjegjëse për sigurimin e cilësisë dhe përshtatshmërisë së shërbimeve shëndetësore që ato u ofrojnë anëtarëve të tyre (1,2,3,4).

Modelet e Organizatave të Ruajtjes së Shëndetit

Modelet e njohura të HMO-ve janë: kontrata e *stafit*, *grupit*, *rrjetit*, s*hoqatës së pavarur (ose individuale) e praktikës* (IPA), dhe *kontrata e drejtpërdrejtë*. Një model shtesë është plani i qasjes së hapur, i cili ka karakteristikat e një HMO-se dhe një PPO-je.

Dallimet kryesore midis këtyre modeleve kanë të bëjnë me marrëdhënien midis HMO-së dhe mjekëve pjesëmarrës në të. Dikur, HMO-të individuale mund të kategorizoheshin mirë në një model të vetëm për qëllime përshkruese. Aktualisht, shumë (nëse jo shumica) HMO kanë marrëdhënie të ndryshme me grupe të ndryshme të mjekëve. Si rezultat, shumë HMO nuk mund të klasifikohen lehtë nën një model të vetëm, ndonëse këto plane herë pas here konsiderohen si modele të përziera. Përshkrimet e tipit të modelit të HMO-ve tani mund të përdoren më mirë për të përshkruar një marrëdhënie të HMO-së me segmente të caktuara të mjekëve të saj.

Në vijim paraqiten disa përshkrime të shkurtra të modeleve tradicionale të HMO-ve, pasuar nga një përshkrim i shkurtër i modelit të qasjes së hapur (1,2,3,4).

1. HMO-të me Model Stafi

Në HMO-të me *model të stafit*, mjekët që u shërbejnë përfituesve të mbuluar nga HMO-ja janë të punësuar nga HMO-ja. Këta mjekë zakonisht paguhen me rrogë dhe gjithashtu mund të marrin pagesa bonus ose stimuj që bazohen në performancën dhe produktivitetin e tyre. HMO-të që operojnë sipas këtij modeli duhet të punësojnë mjekë në të gjitha specialitetet më të zakonshme për të siguruar nevojat e kujdesit shëndetësor të anëtarëve të tyre. Këto HMO shpesh kontraktojnë me specialistët e përzgjedhur në komunitet për shërbime shëndetësore të rralla.

HMO-të me model të stafit gjithashtu njihen me termin HMO me panel të mbyllur sepse shumica e mjekëve pjesëmarrës janë punonjës të HMO-së dhe mjekët e komunitetit nuk janë në gjendje të marrin pjesë në to.

Ka pasur shumë shembuj të mirënjohur të HMO-ve me model të stafit në të kaluarën, por shumica prej tyre nuk i kanë mbajtur dot komponentët e mjekut. Shembujt përfshijnë Planin e Shëndetit Harvard-Pilgrim (mjekët u bënë një grup mjekësor i pavarur që nuk është më

ekskluziv për Harvard-Pilgrim), Shoqata Shëndetësore e Grupit të Uashingtonit, DC (nuk ekziston më), FHP (nuk ekziston më) e të tjerë .

Në shumicën e rasteve, këto plane kanë "nxjerrë" komponentin e mjekut si një grup mjekësor privat, edhe pse fillimisht i subvencionuar nga HMO-ja mëmë. Të dhënat historike të këtyre grupeve që u bënë papritur të pavarur nuk ishin gjithmonë të mira, dhe disa prej tyre tani janë zhdukur.

Ato HMO me model të stafit që ende ekzistojnë po përfshijnë lloje të tjera të marrëdhënieve me mjekët në sistemin e tyre të ofrimit të kujdesit. Edhe pse kompanitë e sigurimeve që u përplasën në krijimin e sistemeve të modelit të stafit (p.sh., Aetna's Healthëays) i kanë braktisur ato, disa sisteme të integruara të shpërndarjes ende përdorin një qasje të modelit të stafit.

Mjekët në HMO-të me model stafi zakonisht praktikojnë ose ushtrojnë veprimtarinë e tyre në një ose më shumë qendra të kujdesit ambulator të centralizuar. Këto objekte, të cilat shpesh i ngjajnë klinikave ambulatore, përmbajnë zyra mjekësore dhe lehtësira mbështetëse ndihmëse (p.sh. laborator dhe radiologji) për të mbështetur nevojat e kujdesit shëndetësor të përfituesve të HMO-së. HMO-të me model stafi zakonisht lidhin kontratë me spitalet dhe qendra të tjera në komunitet për të ofruar shërbime jo-nga-mjekët për anëtarët e tyre.

HMO-të me model stafi kanë një avantazh teorik në krahasim me modelet e tjera të HMO-ve në menaxhimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor, sepse ato kanë një shkallë më të madhe të kontrollit mbi modelet e praktikës të mjekëve të tyre. Si rezultat, mund të jetë më e lehtë për këto HMO për të menaxhuar dhe kontrolluar përdorimin e shërbimeve shëndetësore. Ato gjithashtu ofrojnë lehtësinë për blerjen me-një ndalesë (one-stop shop) për anëtarët e tyre, sepse objektet/godinat e HMO-së kanë tendencë të ofrojnë shërbim të plotë (dmth. ato kanë laborator, radiologji dhe departamente të tjera).

Megjithatë, HMO-të me model stafi kanë disa disavantazhe.

Së pari, HMO-të e stafit janë zakonisht *më të kushtueshme* për t'u zhvilluar dhe zbatuar për shkak të numrit të vogël të anëtarëve dhe shpenzimeve të mëdha të pagave fikse që HMO duhet të bëjë për mjekët e stafit dhe stafin mbështetës.

Së dyti, HMO-të e stafit ofrojnë një zgjedhje të kufizuar të mjekëve pjesëmarrës nga të cilët mund të zgjedhin anëtarët e mundshëm të HMO-së. Shumë anëtarë potencialë ngurrojnë të ndryshojnë mjekun e tyre aktual.

Së treti, të HMO-ve të stafit përjetuan probleme të produktivitetit me mjekët e tyre të stafit, gjë që ngriti kostot e tyre për ofrimin e kujdesit. Për shembull, ish Shoqata e Shëndetit të Grupit në Uashington DC u detyrua të shiste veten e saj tek Humana dhe të shndërrohej në një plan me model të grupit pjesërisht për shkak të shqetësimeve të produktivitetit të mjekut; përfundimisht, Humana nga ana e saj i'a shiti planin e saj të plotë të DC-së Kaiser-it (një plan me model grupi, jo model stafi).

Së fundmi, është e shtrenjtë për HMO-të e stafit që të zgjerojnë shërbimet e tyre në zona të reja për shkak të nevojës për të ndërtuar objekte të reja ambulatore.

Këto disavantazhe kanë çuar në gërryerjen e prezencës së këtyre HMO-ve në treg deri në atë pikë ku sot ato janë të pranishme vetëm në pak zona (1,2,3,4).

2. HMO-të me Model Grupi

Në HMO-të me model grupi (referuar këtej e tutje si HMO-të e grupit), HMO-ja kontrakton me një grup praktike mjekësh me shumë specialitete për të siguruar të gjitha shërbimet mjekësore për anëtarët e HMO-së.

Mjekët në grupin e tyre të praktikës janë të punësuar nga vetë grupi dhe jo nga HMO-ja. Në disa raste, këta mjekë mund të lejohen të vizitojnë si pacientët e HMO-së ashtu edhe pacientë të tjerë, edhe pse funksioni i tyre kryesor mund të jetë trajtimi i anëtarëve të HMO-së.

Mjekët në një grup praktike ndajnë ose përdorin bashkarisht godinat fizike, pajisjet, të dhënat mjekësore, dhe stafi mbështetës. Grupi mund të lidhë kontratë me HMO-në në baza gjithëpërfshirëse për frymë për të siguruar shërbime mjekësore për anëtarët e HMO-së. Përndryshe, grupi mund të kontraktojë bazuar në kosto për të ofruar shërbimet e tij, dhe në një rast të tillë ai ka atributet e një HMO-je të stafit të përshkruar më herët.

Ekzistojnë dy kategori të gjera të *HMO-ve të grupit*, siç përshkruhen në vijim:

Grupi Mbajtës (Rob). Në modelin e grupit rob, praktika e grupit të mjekëve ekziston vetëm për të ofruar shërbime për përfituesit e HMO-së. Në shumicën e rasteve, HMO-ja e formoi praktikën e grupit për t'i shërbyer anëtarëve të saj dhe për të rekrutuar mjekët dhe tani ofron shërbime administrative për grupin.

Shembulli më i shquar i këtij lloji të HMO-së është Plani i Shëndetit të Fondacionit Kaiser, ku Grupet Mjekësore Permanente ofrojnë të gjitha shërbimet mjekësore për anëtarët e Kaiser-it. Plani Shëndetësor i Fondacionit Kaiser, si HMO e licencuar, është përgjegjës për marketingimin e skemave përfituese, regjistrimin e anëtarëve, mbledhjen e pagesave premium dhe kryerjen e funksioneve të tjera të HMO-së. Grupet Mjekësore Permanente janë përgjegjës për dhënien e shërbimeve të mjekut për anëtarët e Kaiser-it në një marrëdhënie ekskluzive kontraktuale me Kaiser. Kaiser nganjëherë gabimisht mendohet të jetë një *HMO stafi* për shkak të marrëdhënies së ngushtë mes tij dhe Grupeve Mjekësore Permanente. Megjithëse nuk është shembulli i vetëm, Kaiser është qartësisht më i fuqishmi, veçanërisht në Kaliforni

Grupi i Pavarur. Në HMO-të e grupit me model të pavarur, HMO kontrakton me një grup ekzistues, të pavarur mjekësor me multi-specialitete për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e saj. Në disa raste, grupi i pavarur mjekësor është sponsori ose pronari i HMO-së. Një shembull i modelit të pavarur të grupit HMO është Plani Shëndetësor Geisinger i Danville, Pensilvani. Klinika Geisinger, e cila është një praktikë e madhe grupi mjekësh me multispecialitete, është grupi i pavarur i lidhur me Planin Shëndetësor Geisinger (edhe pse plani shëndetësor gjithashtu kontrakton me mjekët e pavarur për të siguruar mbulim adekuat të të gjithë zonës së shërbimit).

Në mënyrë tipike, grupi i mjekëve në një HMO grupi me model të pavarur vazhdon të ofrojë shërbime për pacientët jo-HMO ndërsa merr pjesë në HMO. Megjithëse grupi mund të ketë

një marrëdhënie ekskluzive me HMO, kjo marrëdhënie zakonisht nuk e pengon grupin të përfshihet në biznes jo-HMO (dmth, me palë të tjera jashtë HMO-së përkatëse). Këto lloje të modeleve të grupit mund ose nuk mund të lidhin kontrata edhe me mjekë të tjerë të pavarur në komunitet për të zgjeruar rrjetin për arsye marketingu (1,2).

Tiparet e përbashkëta të Modeleve të Grupit

Të dyja llojet e modeleve HMO-ve të grupit mund të konsiderohen gjithashtu si HMO me panel të mbyllur sepse mjekët duhet të jenë anëtarë të praktikës së grupit për të marrë pjesë në HMO; si rezultat, HMO-ja konsiderohet e mbyllur për mjekët që nuk janë pjesë e grupit.

Megjithatë nuk ndodh kështu nëse HMO-ja kontrakton mjekët e komunitetit, megjithëse kjo ndodh kur grupi mjekësor nuk mbulon të gjitha pjesët e zonës së shërbimit.

Të dyja llojet e HMO-ve të grupit kanë avantazhet e modelit HMO-ve të stafit duke qënë se është disi më e lehtë për menaxhuar shfrytëzimin për shkak të integrimit të praktikave mjekësore dhe ofrimit të shërbimeve të gjera në mjediset e saj.

Përveç kësaj, HMO-të e grupit mund të kenë më pak nevojë për kapital sesa HMO-të e modelit të stafit, sepse vetë HMO-së nuk i duhet të mbështesë kostot e mëdha fikse të pagave që lidhen me mjekët e stafit. E lidhur me këtë, HMO-të e grupit shpesh raportojnë kosto administrative shumë të ulëta sepse disa nga aktivitetet e HMO-së (p.sh., menaxhimi i kujdesit) bëhen nga grupi mjekësor dhe jo nga HMO-ja dhe për këtë arsye konsiderohen pjesë e shpenzimeve mjekësore, jo shpenzime administrative.

HMO-të e grupit kanë disa mangësi të përbashkëta me HMO-të e modelit të stafit. Ashtu si HMO-të e stafit, HMO-të e grupit ofrojnë një zgjedhje të kufizuar të mjekëve pjesëmarrës nga të cilët mund të zgjedhin anëtarët e mundshëm të HMO. Paneli i kufizuar i mjekëve mund të jetë një disavantazh në marketingun e HMO-së.

Numri i kufizuar i vendeve të zyrave për grupet mjekësore pjesëmarrëse mund të kufizojë aksesin gjeografik të mjekëve për anëtarët e HMO-së. Mungesa e aksesueshmërisë mund ta bëjë të vështirë për HMO-në të reklamojë mbulimin e saj në një zonë të gjerë gjeografike.

Së fundi, disa praktika të grupit mund të perceptohen nga disa anëtarë të mundshëm të HMO-së se ofrojnë kushte apo vend-ndodhje të padëshirueshme klinike. Ky disavantazh mund të balancohet nga perceptimi i cilësisë së lartë që lidhet me shumë nga praktikat e grupit të mjekëve që janë të lidhur me HMO-në përkatëse. Këto disavantazhe bëhen më pak problematike nëse grupi(et) mjekësor është mjaft i madh, siç është rasti me Kaiser Permanente në Kaliforni (1,2).

3. HMO-të me Model Rrjeti

Në HMO-të me model të rrjetit, HMO-ja kontrakton me më shumë se një praktikë grupi për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e HMO-së. Këto praktika grupi mund të jenë grupe me bazë të gjerë, grupe multispecialitetesh, dhe në këto raste HMO-ja i ngjan HMO-së së grupit të përshkruar më herët.

Një shembull i këtij lloji HMO-je është Plani i Sigurimeve Shëndetësore (HIP) i Nju Jorkut, * i cili kontrakton me shumë praktika multispecialitetesh të grupit të mjekëve në zonën e Nju Jorkut. Modelet e rrjetit gjithashtu mbizotërojnë në Kaliforni, ku operojnë grupe të mëdha mjekësore, ndryshe nga shumica e pjesëve të tjera të vendit ku grupet kanë tendencë të jenë më të vogla.

Në mënyrë alternative, HMO-ja mund të kontraktojë me disa grupe të vogla të mjekëve të kujdesit parësor (p.sh., mjek familje, mjekësi interne, pediatri dhe obstetrikë / gjinekologji), dhe në këtë rast HMO-ja mund të klasifikohet si *model i rrjetit të kujdesit parësor*. Në modelin e rrjetit të kujdesit primar, HMO-ja kontrakton me disa grupe të përbërë nga 7 deri në 15 mjekë të kujdesit parësor që përfaqësojnë specialitetet e mjekut të familjes dhe / ose mjekësisë interne, pediatrisë dhe obstetrikë / gjinekologjisë për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e saj.

HMO-ja mund të kompensojë (paguajë) këto grupe në bazë të një skeme gjithëpërfshirëse për frymë ose pjesërisht bazuar tek sistemi për frymë, dhe rrallë aplikon tarifën-për-shërbime.

Grupi është përgjegjës për ofrimin e të gjitha shërbimeve mjekësore tek anëtarët e HMO-së të caktuar në grup dhe mund t'i referojë anëtarët tek mjekët e tjerë sipas nevojës. Në rastin e pagesës bazuar tek numri i popullatës së mbuluar (për frymë), grupi është financiarisht përgjegjës për rimbursimin e mjekëve të tjerë për çdo referim që bën.

Në disa raste, HMO-ja mund të negociojë marrëveshjet e pjesëmarrjes me mjekët e specializuar për lehtësuar grupet e kujdesit parësor që të menaxhojnë referimet e tyre.

Në dallim nga *HMO-të e stafit* dhe *të grupit* të përshkruar më parë, HMO-të e rrjetit mund të jenë plane me panele të mbyllura ose të hapura. Nëse HMO-ja e rrjetit ka një plan me panel të mbyllur, ajo do të lidhë kontratë vetëm me një numër të kufizuar praktikash të grupit. Nëse është me panel të hapur, pjesëmarrja në praktikat e grupit do të jetë e hapur për çdo mjek që plotëson kriteret e HMO-së dhe grupit përkatës.

Në disa raste, HMO-të e modelit të rrjetit ndihmojnë mjekët e pavarur të kujdesit parësor që të formojnë grupe të kujdesit parësor për qëllimin e vetëm të pjesëmarrjes në rrjetin e HMO-së.

HMO-të e rrjetit adresojnë shumë nga disavantazhet që lidhen me HMO-të e stafit dhe të grupit. Në veçanti, pjesmarrja më e gjerë e mjekëve që zakonisht në HMO-të e rrjetit ndihmon në tejkalimin e disavantazheve të marketingut që lidhen me planet e stafit dhe grupit me panel të mbyllur.

Sidoqoftë, HMO-të e rrjetit zakonisht kanë pjesëmarrje më të kufizuar të mjekëve sesa modeli i Shoqatave të Praktikës së Pavarur (IPA) ose modele të kontratave tëdrejtpërdrejta për vetë faktin se nuk ka shumë grupe të mëdha mjekësore (1,2,3,4).

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale)

HMO me model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) lidhin kontratë me një shoqatë mjekësh – IPA-n – për të ofruar shërbimet mjekësore anëtarëve të saj.

Mjekët janë anëtarë të IPA-së, e cila është një entitet i veçantë juridik, por ata mbeten praktikues (mjekë) të pavarur dhe mbajnë zyrat dhe identitetet e tyre të veçanta. Mjekët e IPA-s vazhdojnë të vizitojnë pacientët e tyre jo-HMO dhe të mbajnë zyrat e tyre, të dhënat mjekësore dhe stafin mbështetës të tyre. Modeli i IPA-së është plan me panel të hapur sepse pjesëmarrja është e hapur për të gjithë mjekët e komunitetit që plotësojnë kriteret e përzgjedhjes së HMO-së dhe IPA-s.

Në përgjithësi, IPA-të përpiqen të rekrutojnë mjekë nga të gjitha specialitetet për të marrë pjesë në planet e tyre. Pjesëmarrja e gjerë e mjekëve i lejon IPA-s të ofrojë të gjitha shërbimet e nevojshme mjekësore nëpërmjet mjekëve pjesëmarrës dhe minimizon nevojën që mjekët e IPA-s t'i referojnë anëtarët e HMO-së tek mjekët që nuk janë pjesë e HMO-së për marrjen e shërbimeve. Përveç kësaj, pjesëmarrja e gjerë e mjekëve mund të ndihmojë që HMO-ja e modelit IPA të jetë më tërheqëse për anëtarët e mundshëm të HMO-së.

HMO-të me model IPA zakonisht ndjekin njërën nga dy metodat e ndryshme të krijimit të marrëdhënieve me IPA-të e tyre. *Në metodën e parë*, HMO lidh kontratë me një IPA që është themeluar në mënyrë të pavarur nga mjekët e komunitetit. Këto lloje të IPA-ve shpesh kanë kontrata me më shumë se një HMO mbi baza jo ekskluzive. *Në metodën e dytë*, HMO punon me mjekët e komunitetit për të krijuar një IPA dhe për të rekrutuar mjekë për të marrë pjesë në të. Kontrata e HMO-së me këto lloje të IPA-ve zakonisht është në baza ekskluzive për shkak të rolit udhëheqës të HMO-së në formimin e IPA-s (1,2,3,4).

IPA-t mund të formohen si entitete të mëdha në bashkësi ku mjekët mund të marrin pjesë pavarësisht spitalit me të cilin janë të lidhur. Në mënyrë alternative, IPA-të mund të bazohen në spital dhe të formohen në mënyrë që vetëm mjekët nga një ose dy spitale të kenë të drejtë të marrin pjesë në IPA.

Shumica, megjithëse jo të gjitha HMO-të, kompensojnë IPA-të e tyre në bazuar në pagesën për frymë për të ofruar shërbime për anëtarët e HMO-së. IPA pastaj kompenson mjekët e saj pjesëmarrës ose në bazë të tarifës-për-shërbim ose një kombinim të tarifës-për-shërbimin dhe me pagesën për frymë. Në variantin e tarifës-për-shërbim, IPA-të i paguajnë të gjithë mjekët e tyre pjesëmarrës në bazë të një plani të tarifave dhe IPA mban një pjesë të çdo pagese për qëllime nxitjeje dhe për ndarjen e rrezikut.

Në modelin e pagesës bazuar në numrin e popullatës së mbuluar (për frymë), IPA-t paguajnë mjekët pjesëmarrës të kujdesit parësor në bazën "për frymë" dhe paguajnë mjekët specialistë në bazë të një plani tarifash. IPA mund të mbajë një pjesë të të dy llojeve të pagesave për qëllime të ndarjes së rrezikut dhe nxitjes (1,2,3,4).

HMO-të me model IPA i kapërcejnë disavantazhet që lidhen me *HMO-të e stafit, grupit* dhe *rrjetit*. Ato kërkojnë më pak kapital për t'u krijuar dhe funksionuar. Përveç kësaj, ato mund të ofrojnë një zgjedhje të gjerë të mjekëve pjesëmarrës që praktikojnë në zyrat e tyre private. Si rezultat, HMO-të me model IPA ofrojnë avantazhe marketingu në krahasim me HMO-të me modele stafti dhe grupi.

Ka dy disavantazhe të mëdha të HMO-ve me model IPA nga perspektiva e HMO-ve.

Së pari, zhvillimi i një IPA krijon një forum të organizuar për mjekët për të negociuar si një grup me HMO-në. Forumi i organizuar i një IPA mund të ndihmojë anëtarët e saj mjekë të

arrijnë disa nga përfitimet negociuese që rrjedhin për shkak të përkatësisë në një praktikë grupi. Në ndryshim nga situata me një praktikë grupi, megjithatë, anëtarët individualë të një IPA i ruajnë aftësinë e tyre për të negociuar dhe për të kontraktuar drejtpërsëdrejti me planet e kujdesit të menaxhuar. Për shkak të pranimit të rrezikut të kombinuar përmes pagesave për frymë, IPA-t në përgjithësi janë imune ndaj kufizimeve të antitrustit në aktivitetet e grupit nga mjekët, për sa kohë që ato nuk i pengojnë ose i ndalojnë mjekët e tyre anëtarë të marrin pjesë drejtpërsëdrejti në një HMO.

Së dyti, procesi i menaxhimit të shfrytëzimit mund të jetë më i vështirë në një HMO me model IPA sesa në *HMO-të e stafit* dhe *grupit* sepse mjekët mbeten praktikues individualë me një ndjesi të vakët që janë pjesë e HMO-së. Si rezultat, HMO-të me model IPA mund t'i kushtojnë më shumë burime administrative menaxhimit të shfrytëzimit spitalor dhe ambulator, sesa homologet e tyre me model stafi dhe grupi. Pavarësisht këtij disavantazhi historik, shumë HMO të modelit IPA e kanë kapërcyer sfidën dhe kanë arritur të menaxhojnë me sukses shfrytëzimin, së paku po aq mirë sa homologet e tyre me panel të mbyllur (1,2,3,4).

5. HMO-të me Kontrata Direkte (të drejtëpërdrejta)

Siç nënkupton emri, këto HMO kontraktojnë drejtpërdrejt me mjekët individualë për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e tyre. Me përjashtim të marrëdhënies së tyre të drejtpërdrejtë kontraktuale me mjekët pjesëmarrës, HMO me kontrata direkte janë të ngjashme me HMO me model IPA. Kontraktimi i drejtpërdrejtë është lloji më i zakonshëm i HMO-ve.

Është gjithashtu e zakonshme që ky lloj modeli të referohet edhe si IPA, pavarësisht nga mungesa e kriterit ligjor të IPA-s. Duhet të mbahen parasysh dallimet, sepse prania ose mungesa e një IPA aktuale ka efekt në HMO-në dhe nevojat e saj të menaxhimit.

HMO-të me kontratë direkte përpiqen të rekrutojnë panele të gjera të mjekëve të komunitetit për të ofruar shërbime mjekësore si ofruesit pjesëmarrës. Këto HMO-të zakonisht rekrutojnë si mjekët e kujdesit parësor ashtu edhe mjekët specialistë dhe zakonisht përdorin një qasje të kujdesit primar të menaxhimit të rasteve (i njohur edhe si sistem gatekeeper ose roje).

Ashtu si planet e HMO-ve me model IPA, HMO-të me kontrata direkte i kompenson mjekët e tyre ose në bazë të tarifës-për-shërbim ose në bazë të pagesës për frymë. Pagesa për frymë historikisht është përdorur më shpesh nga HMO-të me kontrata direkte sepse ndihmon në kufizimin e rrezikut financiar të supozuar nga HMO-ja. Ndryshe nga HMO-të me model IPA, HMO-të me kontrata direkte mbajnë pjesën më të madhe të rrezikut financiar për ofrimin e shërbimeve mjekësore; kurse HMO-të me model IPA e transferojnë këtë rrezik tek IPA-t e tyre.

HMO-të me kontrata direkte kanë shumicën e avantazheve të HMO-ve me model IPA. Përveç kësaj, HMO-të me kontrata direkte eliminojnë potencialin e negocijimit të marrëveshjes mjekësore nga një grup mjekësh duke kontraktuar direkt me mjekët individualë. Ky model kontraktues zvogëlon mundësinë e përfundimit masiv të marrëveshjeve për pjesëmarrjen e mjekëve.

HMO-të me kontrata direkte kanë disa disavantazhe.

Së pari, HMO-ja mund të marrë një rrezik shtesë financiar për shërbimet e mjekut në krahasim me HMO-të me model IPA, sic është përmendur më herët. Ky ekspozim shtesë ndaj rrezikut mund të jetë i shtrenjtë nëse mjekët e kujdesit parësor gjenerojnë referime të tepruara për mjekët e specializuar.

Së dyti, rekrutimi i mjekëve dhe menaxhimin i rrjetit të ofruesve mund të jetë më i vështirë dhe kërkon më shumë kohë për një HMO me kontrata direkte, sepse këtu mungon lidershipi i mjekëve që është i natyrshëm HMO me model IPA. Është më e vështirë për jo-mjekët që të rekrutojnë mjekë, sic zbuluan disa HMO të modelit të kontratave direkte në përpjekjet e tyre për t'u zgjeruar në tregje të reja. Ky disavantazh tani është kryesisht me interes historik vetëm për shkak se ka pak ose aspak zgjerim të tregut të ri të HMO-ve.

Së fundmi, menaxhimi i shfrytëzimit mund të jetë më i vështirë në HMO-të me kontratë direkte sepse të gjitha kontaktet me mjekët janë në baza individuale dhe mund të ketë pak nxitje për mjekët që të marrin pjesë në programet e menaxhimit të shfrytëzimit (1,2,3,4).

6. HMO-të me Model Miks (të përzier)

Siç përshkruhet nga termi, shumë HMO ose MCO janë në të vërtetë përzierje të llojeve të modeleve të ndryshme. Është shumë më e zakonshme për MCO-të me panel të mbyllur që të shtojnë komponentët e panelit të hapur në planin e tyre shëndetësor sesa e kundërta, por ka edhe shembuj të HMO-ve të mëdha me panel të hapur të cilat shtojnë një komponent të modelit të stafit nëpërmjet një kontrate me një sistem të integruar të ofrimit (1,2).

7. HMO-të me Model të Qasjes së Hapur

HMO me qasje të hapur është një HMO që nuk përdor një qasje të kujdesit shëndetësor parësor ose qasje "gatekeeper/roje" për të menaxhuar qasjen dhe shfrytëzimin. Me fjalë të tjera, edhe pse i licencuar si një HMO, nuk ka fare kërkesë për të kaluar nëpër një mjek të kujdesit parësor për të patur akses tek një mjek specialist. Është e zakonshme që bashkëpagesa të jetë e ndryshme (dmth. më e ulët për të parë një mjek të kujdesit parësor, më e lartë për të takuar një mjek specialist) dhe mund të ketë stimuj të tjerë të butë ekonomik për të përdorur mjekët e kujdesit parësor.

Në këtë aspekt, ato kanë ngjashmëri me PPO-të, me përjashtim të faktit që PPO-ja nuk mund të bëjë diferencimin e bashkëpagesës ose bashkë-sigurimit bazuar në llojin e specialitetit, megjithëse shumë prej tyre me siguri e bëjnë këtë. Planet e qasjes së hapur mund t'i vënë mjekët në njëfarë niveli të rrezikut financiar për kostot mjekësore. Së fundmi, këto lloje planesh varen shumë nga aftësia e tyre për të krijuar profile praktike të mjekut, për të lejuar menaxherët mjekësorë të përqëndrohen në zonat problematike.

HMO-të me qasje të hapur nuk janë aq të zakonshme sa HMO-të e bazuara tek mjekët e kujdesit shëndetësor parësor. Shumë prej tyre u krijuan dhe më pas dështuan në vitet 1970 dhe 1980. Megjithatë, u shfaqën disa të reja në fund të viteve 1990 dhe duket se janë mjaft të

suksesshme. Është e drejtë të thuhet se mjedisi ku mjekët ushtrojnë profesionin e tyre (praktikojnë) tani është në thelb i ndryshëm nga ai i viteve 1980, por nuk është e qartë nëse kjo është arsyeja pse këto plane të reja të qasjes së hapur duket të kenë sukses. Megjithatë, deri në fillim të viteve 2000, shumica e HMO-ve që do të bëheshin me qasje të hapur, e kishin bërë këtë (1,2).

8. HMO-të me Model të Vetë-Sigurimit dhe të Vlerësuara në bazë të Eksperiencës

Historikisht, HMO-të ofruan primet e vlerësuara nga komuniteti për të gjithë punëdhënësit dhe individët të cilët u regjistruan për mbulimin e HMO-së. Akti federal i HMO-së (nuk është më në fuqi) fillimisht e detyronte vlerësimin e komunitetit për të gjitha HMO-të që vendosën të ndjekin kualifikimin federal. Shumë shtete kishin kërkesa të ngjashme.

Vlerësimi i komunitetit u zgjerua për të përfshirë klasifikimin/vlerësimin sipas klasës, ku normat e primit për një grup punëdhënës individual mund të rregulloheshin në mënyrë prospektive në bazë të karakteristikave demografike që ishin të lidhura me diferencat e shfrytëzimit. Karakteristika të tilla shpesh përfshinin shpërndarjen e moshës dhe gjinisë së fuqisë punëtore të punëdhënësit dhe klasifikimin industrial standard të punëdhënësit.

Megjithëse vlerësimi i komunitetit sipas klasës u ofroi HMO-ve disa fleksibilitete për të ofruar norma më tërheqëse për grupet e përzgjedhura të punëdhënësve, shumë punëdhënës vazhduan të besonin se vlerësimi i tyre në grup do të ishte më i mirë se normat e ofruara nga HMO-të. Disa HMO kanë zhvilluar vetë-sigurimin ose opsionet e vlerësimit të eksperiencës në përgjigje të nevojave të shprehura nga këta punëdhënës.

Sipas opsionit tipik të përfitimit të vetë-sigurimit, një HMO merr një pagesë fikse mujore për të mbuluar shërbimet administrative (dhe fitimin) dhe pagesa të ndryshme që bazohen në shpenzimet aktuale ose të ndodhura të bëra nga HMO për shërbimet shëndetësore. Zakonisht ekziston një proces i shlyerjes në fund të një periudhe të caktuar, gjatë së cilës llogaritet një pagesë përfundimtare (për HMO-në nga punëdhënësi ose nga punëdhënësi për HMO-në). Ka variacione në marrëveshjet e pagesës.

Sipas opsionit të përfitimit të vlerësimit bazuar në eksperiencë, një HMO merr pagesa mujore të primit ashtu siç do të ishte në bazë të planeve tradicionale të bazuara në prime. Ekziston një proces i shlyerjes në fund të një periudhe të caktuar ku punëdhënësi kreditohet me një pjesë (ose të gjithën) të shfrytëzimit aktual dhe kostos së grupit të tij për të arritur në një normë përfundimtare primi. Rimbursimet ose pagesat shtesë pastaj llogariten dhe kryhen për palën e duhur.

Rregulloret e HMO-së të disa shteteve i pengojnë HMO-të të ofrojnë plane të përfitimit të vetë-sigurimit ose bazuar në vlerësimine e përvojës. HMO-të i shmangin këto ndalime duke inkorporuar njësi të korporatave që përdorin marrëveshjet e negociuara të ofruesve të HMO-së, sistemet e menaxhimit, protokollet e shfrytëzimit dhe personelin për të shërbyer vijën e biznesit të "vetë-siguruar" (1,2).

Planet Shëndetësore të Orientuara drejt Konsumatorit (CDHP)

CDHP-të kombinojnë një plan sigurimi me zbritje (deductibles) të larta me një formë të kursimeve para-tatimore. Ata janë shpesh të lidhur me një rrjet PPO-sh gjithashtu. Në nivelin bazik, kostot e kujdesit shëndetësor paguhen fillimisht nga llogaria para tatimit dhe kur kjo është shpenzuar plotësisht, çdo shpenzim shtesë deri tek zbritja (deductible) paguhet nga xhepi nga ana e anëtarit (ky hendek ndonjëherë njihet si "ura" ose, me termin më pak dashamirësi, si vrima e petullës). Megjithatë, shërbimet parandaluese zakonisht mbulohen jashtë këtij sistemi. Përkufizimi i shërbimeve parandaluese nuk është i njëjtë midis sponsorëve të planit. Çdo fond që ka mbetur në llogarinë e kursimeve mund të bartet për t'u përdorur në vitet në vijim sipas nevojës (1,2,3,4).

Ekzistojnë dy forma themelore të CDHP: CDHP-të komerciale që përdorin Llogaritë e Rimbursimit Shëndetësor (HRAs) dhe planet që lidhen me Llogaritë e Kursimeve Shëndetësore (HSAs). HSAs u krijuan si pjesë e Aktit të Modernizimit të Medicare dhe janë një formë më e ngurtë e CDHP në mënyrën se si ato janë ndërtuar, me udhëzimet e Departamentit të Thesarit (sepse HSA-të financohen me dollarë para-tatimit), duke përfshirë përkufizime të tilla si cfarë nënkupton kujdesi parandalues. CDHP-të komerciale dhe HRA-të e tyre të lidhura gjithashtu i nënshtrohen rregullimit të Departamentit të Thesarit, por kjo zbatohet vetëm për vetë HRA-në, ndërsa dizenjimi i planit është më fleksibël , i nënshtrohet rregullave të sigurimit shtetëror ose Departamentit të Punës.

Një shembull i skemës bazë të një CDHP-je paraqitet në Figurën 2 në vijim.

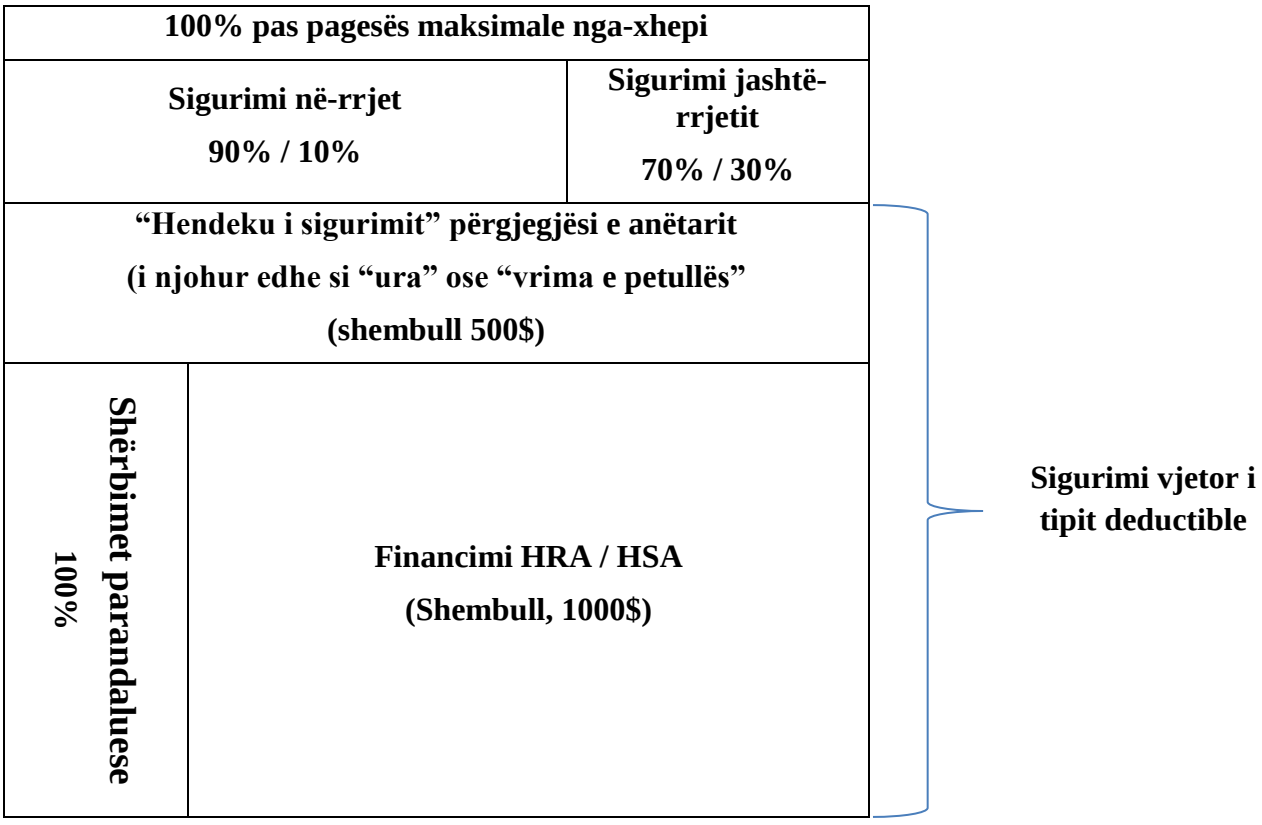


Figura 2. Skema bazë e një CDHP-je

CDHP-të nuk konsiderohen plane të menaxhuara të kujdesit shëndetësor nga disa studiues që i konsiderojnë ato si më të ngjashme me planet më të thjeshta të sigurimit të tipit dëmshpërblim nga e kaluara. Kjo është për shkak të pranisë së politikës së sigurimit shëndetësor me zbritje (deductibles) të lartë si produkt primar, me përfitime të reja në formën e shërbimeve parandaluese të kombinuara me mekanizma të rinj të financimit para tatimit për të paktën një pjesë të shpenzimeve.

Për më tepër, një nga parimet primare të CDH-ve është se konsumatori është i mbrojtur nga planet tradicionale të kujdesit të menaxhuar lidhur me koston e vërtetë të shëndetit; me fjalë të tjera, konsumatorët tashmë besojnë vërtet se një vizitë në zyrën e mjekut me të vërtetë kushton vetëm 10 dollarë ose që një test diagnostik i sofistikuar kushton vetëm 20 dollarë. Prandaj, CDHP është ndërtuar për ta bërë koston një faktor në vendimmarrjen e konsumatorit përmes përdorimit të fondit para tatimit dhe urës, me CDHP-të që sigurojnë informacion për konsumatorët për t'i ndihmuar ata të marrin vendime bazuar në koston dhe cilësinë e shërbimeve (1,2,3,4).

Megjithatë, CDHP-të nuk i kanë hequr tërësisht të gjitha aspektet e kujdesit shëndetësor të menaxhuar. Shumica janë të lidhur me një PPO për të siguruar vlerën e zbritjes së negociuar për konsumatorin. Nga pikëpamja e ofruesit, kjo është një bekim i përzier me qëllimin më të mirë, sepse ofruesit mund ta kenë të vështirë të mbledhin të gjitha paratë që i detyrohen atyre kur ata duhet të faturojnë direkt anëtarin. Integrimi i funksioneve të HRAs ose HSAs përmes kartave të debitit dhe madje edhe gjetja e mënyrave për të siguruar një strukturë krediti në mënyrë që të përmirësojë aftësinë e ofruesit për të mbledhur ato që i detyrohen atij, është një fokus kryesor i përpjekjeve që po bëhen sot.

Thjesht integrimi me një PPO ekzistuese është aspekti më i zakonshëm, por jo i vetmi i kujdesit të menaxhuar që ruajnë CDHP-të. Integrimi i menaxhimit mjekësor në hartimin e planit të ri mbetet një aspekt evolues, veçanërisht, me CDHP-të e ofruara nga kompanitë më të mëdha dhe më me eksperiencë. *Menaxhimi i sëmundjeve* dhe *menaxhimi i rasteve* përdoren më shpesh, sepse një pjesë e vogël e popullsisë është përgjegjëse për një përqindje disproporcionale të lartë të shpenzimeve mjekësore. Në ato raste, shpenzimet mjekësore mund të lëvizin shpejt para fondit para-tatimit dhe urës dhe të aktivizojnë sigurimin me deductibles të larta, ku përqëndrimi në menaxhimin e sëmundjes kronike është pikërisht njëlloj si për çdo lloj tjetër të planit të kujdesit shëndetësor të menaxhuar (1,2,3,4).

Ka dhe shumë lloje të tjera të formës së organizimit të ofruesve dhe siguruesve, për të cilat ju mund të hulumtoni në mënyrë personale në burime të ndryshme të informacionit. Megjithatë, disa nga këto organizata të tjera (listë e tyre) përmendën në vijim:

- Sistemet e Integruara të Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor (IDS)
- Shoqatat e Praktikës së Pavarur (IPA)
- Kompanitë e Menaxhimit të Praktikës Mjekësore (PPMC)
- Praktika e Grupit Pa Mure (GPËË)7
- Organizatat Mjek-Spital
- Organizatat e Shërbimeve të Menaxhimit, etj.

Konkluzion

Në përfundim, cilin plan shëndetësor duhet të zgjedhë individi? Përgjigja ndaj kësaj pyetjeje varet nga këta faktorë:

- Shëndeti personal
- Gjendja shëndetësore e familjes
- Ofruesit e KSh nga ju e merrni kujdesin dhe nëse këta e pranojnë ose jo planin e sigurimit
- Sitata financiare personale
- Fakti nëse dëshironi të paguani paraprakisht ose jo për kujdesin shëndetësor
- Fakti nëse doni fleksibilitet dhe të mos keni nevojë për t'u referuar nga sistemi për të takuar një mjek specialist

Nëse këta faktorë merren në konsideratë, atëherë zgjedhja e një plani shëndetësor është më e thjeshtë.

Nga ndryshojnë planet shëndetësore? Në cdo plan individi paguan nje pjesë të caktuar të kostos. Detajet variojnë sipas llojit të planit. Përvec kësaj, vlera e zbritur (deductibles) që individi paguan përpara se plani të arrijë të mbulojë 100% të kostove shëndetësore – gjithashtu variojnë sipas llojit të planit, por zakonisht planet më pak të kushtueshme kanë deductibles më të larta. Psh:

- *Planet platin*: mbulojnë 90% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 10%
- *Planet e arta*): mbulojnë 80% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 20%
- *Planet argjend*: mbulojnë 70% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 30%
- *Planet bronz*: mbulojnë 60% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 40%
- *Planet e katastrofës*: politikat e katastrofës shëndetësor mbulojnë më pak se 60% të kostove totale të kujdesit shëndetësor. Planet katastrofike duhet të mbulojnë gjithashtu tre vizitat e para të kujdesit parësor dhe kujdesin parandalues pa pagesë, edhe nëse personi nuk mund të paguajë deductibles përkatëse.

Në mënyrë të përmbledhur në vijim paraqitet një Tabelë ku krahasohen aspekte të ndryshme të planeve të sigurimeve shëndetësore:

Lloji i planit shëndetësor	Vlera mesatare e deductibles	Kërkon Mjekun e Kujdesit Parësor?	Ka nevojë për referim?	Jashtë rrjetit të kujdesit
HMO	$1180	Po	Po	Jo
PPO	$1050	Jo	Jo	Po
HDHP	$2315	Varion	Varion	Varion
POS	$1290	Jo	Jo	Po, por kushton më shumë
EPO	Nuk aplikohet	Jo	Jo	Jo

Kujdesi i menaxhuar është një proces i vazhdueshëm, me disa lloje planesh të cilat ofrojnë një larmi të madhe karakteristikash të cilat variojnë sipas aftësive për të balancuar qasjen në

kujdesin shëndetësor, kostot, kontrollin e cilësisë, skemën e përfitimeve, dhe fleksibiletin e kujdesit shëndetësor. Nga ana tjetër, shfaqja, rritja dhe evolucioni i sistemeve të integruara të ofrimit të kujdesit shëndetësor ka shkuar paralelisht me zhvillimin e industrisë.

Gjatë dy dekadave të fundit, kujdesi i menaxhuar është shndërruar nga një pjesë relativisht e vogël e sistemit të kujdesit shëndetësor sinonim me "sistemin alternativ të ofrimit" në një mënyrë të zakonshme në të cilën individët e siguruar nga punëdhënësit marrin kujdesin e tyre.

Organizatat e kujdesit të menaxhuar do të vazhdojnë të zhvillohen, me karakteristika të një lloj plani që shfaqen edhe tek planet e tjera dhe zhvillimin e vazhdueshëm të tipareve të reja. Ndërsa konsolidimi në treg vazhdon, kjo do t'i bëjë akoma më të paqarta kufijtë midis entiteteve. Shfaqja e skemave të reja kohët e fundit, siç janë planet shëndetësore të drejtuara (me në qendër) nga konsumatorët, e bën detyrën e klasifikimit të këtyre entiteteve një sfidë edhe më të madhe sesa ishte më parë.

Dhe megjithëse nuk ka një përkufizim të vetëm të termit *kujdesi i menaxhuar* i cili ka rezistuar në të kaluarën ose që do të mbijetojë në të ardhmen, parimet themelore të kujdesit shëndetësor të menaxhuar do të vazhdojnë të zhvillohen në harmoni me kërkesat dhe nevojat e tregut.

Referencat

1. Wagner ER, Kongstvedt PR. Types of managed care organizations and integrated health care delivery systems.
2. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.
3. The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities. European Union. 2012.
4. Boerma WG. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasts of general practitioners.

AKTORËT KRYESORË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR:

SIGURUESIT SHENDETESORE

Rikujtese nga Leksioni 4

Kujdesi shëndetësor parësor (KSHP)

Kujdesi shëndetësor parësor kryesisht fokusohet në *barazinë shëndetësore* duke prodhuar politikë sociale përtej sistemit tradicional të kujdesit shëndetësor.

Qëllimi kryesor i tij është që të sigurojë kujdes shëndetësor lokal për pacientët, sepse profesionistët që kanë të bëjnë me kujdesin parësor janë mjekë të përgjithshëm, merren me një gamë të gjerë problemesh psikologjike, fizike dhe sociale, në ndryshim nga mjekët specialistë të cilët përqëndrohen në një sëmundje të caktuar ose fushë shëndetësore të caktuar.

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Ky lloj i kujdesit shëndetësor ofrohet nga **mjekë specialistë** dhe **specialistë** për probleme të tjera shëndetësore që nuk kanë kontakt të drejtpërdrejtë me një pacient si urologët, dermatologët, kardiologët, etj.

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Sipas politikës kombëtare të sistemit shëndetësor, pacienti ka nevojë për t'u **referuar** nga profesionistët e **kujdesit shëndetësor parësor** për të vazhduar më tej në kujdesin shëndetësor sekondar.

Pacienti **nuk mund** të ketë akses të drejtpërdrejt në **kujdesin shëndetësor sekondar**, sepse ndonjëherë sistemi shëndetësor ka imponuar një kufizim të referimit të pacientëve në terma të pagesës, por kjo ndryshon nga shteti në shtet.

Kujdesi shëndetësor dytësor (KSHD)

Sistemet e përfshira në këtë kategori njihen si sistemi i **shëndetësor i rrethit** dhe **sistemi i shëndetësor rajonal** (të adaptuara për vendin tonë).

Kujdesi shëndetësor tretësor (KSHT)

Ky lloj i kujdesit shëndetësor njihet si **kujdes shëndetësor i specializuar konsultativ** zakonisht për *pacientët e hospitalizuar* dhe për *pacientët e referuar nga kujdesi shëndetësor parësor* dhe *dytësor* për ekzaminim dhe trajtim mjekësor të avancuar.

Shërbimet në vijim janë shembuj të shërbimeve të kujdesit shëndetësor terciar: kirurgjia plastike, trajtimi i djegies, kirurgjia kardiake, menaxhimi i kancerit, neurokirurgjia, ndërhyrjet komplekse mjekësore dhe kirurgjike, etj.

Kujdesi shëndetësor tretësor (KSHT)

Ofruesi kryesor i kujdesit shëndetësor terciar është *Sistemi Kombëtar Shëndetësor* i përbërë nga Spitalet Rajonale dhe Spitali Kombëtar (Qëndra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" në Tiranë dhe spitalet e tjera terciare në rastin e vendit tonë).

Spitalet rajonale marrin një *pacientë të referuar* nga nga *spitalet e ndryshme rajonale* dhe shërbejnë si qendra trajnimi në mënyrë të ngjashme me spitalet kombëtare referuese.

Kujdesi shëndetësor terciar ofron dhe shërbime shtesë të kujdesit shëndetësor dhe është i hapur për 24 orë çdo ditë.

Kush konsiderohet "*ofrues/praktikues i kujdesit shëndetësor*"?

Sipas Fjalorit Mjekësor, me termin "ofrues i kujdesit shëndetësor" kuptohet :

cdo person, institucion ose agjenci që ofron shërbime shëndetësor për konsumatorët e kujdesit shëndetësor", ose "një person që ofron cdo lloj forme të kujdesit shëndetësor, si psh. mjek, infermiere, dentist, punonjës i shëndetit mendor, këshillues i kontrollit të lindjes, menaxher i sëmundjeve seksualisht të transmetueshme, etj.

Leksioni 5

Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Sic e përmendëm në Leksionin 4, trendi i përgjithshëm i kujdesit shëndetësor është i ashtuquajturi *Kujdes i Menaxhuar* (MC), i cili realizohet nëpërmjet *Organizatave të Kujdesit të Menaxhuar* (MCOs).

Pavarësisht kësaj, ende ka mosmarrëveshje nëse termi Kujdes i Menaxhuar përshkruan me saktësi brezin e ri të mekanizmave të ofrimit të kujdesit shëndetësor dhe financimit të sistemit.

Ata që e kundërshtojnë përdorimin e këtij termi ngrenë pikëpyetje lidhur me cfare menaxhojnë MCO-të me saktësi: po menaxhohet kujdesi mjekësor i pacientëve apo thjesht MCO-të po menaxhojnë përbërjen dhe rimbursimin e sistemeve të ofrimit të kujdesit shëndetësor?

Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Studiuesit të cilët janë në favor të termit MC, besojnë se menaxhimi i sistemeve të ofrimit të kujdesit shëndetësor (KSh) është i barazvlefshëm në rezultatet e tij me menaxhimin e kujdesit mjekësor që i ofrohet pacientëve.

Në kontrast me metodat historike të financimit të ofrimit të kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara, brezi aktual i mekanizmave të financimit përfshin një *menaxhim shumë më aktiv* si të *sistemit të ofrimit* të KSh-së ashtu edhe *të kujdesit mjekësor* që i ofrohet pacientëve të vecantë.

Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Ndoshta arsyeja kryesore e mos-përdorimit të termit MC nga shumë aktorë në këtë industri mund të jetë perceptimi negativ që lidhet me këtë term.

Ndërsa MC-ja po bëhej gjithnjë e më dominuese si model i mbulimit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara në vitet ’90, u vu re një kundërshti e fortë publike kundër masave kufizuese që ishin pjesë e shumë planeve të kujdesit të menaxhuar.

Kjo mund të ketë ardhur edhe si pasojë e ndryshimit të fokusit nga kompanitë e vjetra të sigurimit, të cilat tashmë u përqëndruan në *kontrollin e kostove* duke u larguar disi nga konceptet e vjetra të ruajtjes së shëndetit, kujdesit parandalues, dhe menaxhimi i kujdesit duke e ofruar atë në kushtet më të përshtatshme

Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Përvec kësaj, shumë konsumatorë *u detyruan* të bëheshin pjesë e *kujdesit të menaxhuar* sepse planet e reja të kujdesit të menaxhuar u bënë *oferta e vetme* për përfitime shëndetësore që ofrohej nga punëdhënësit.

Amerikanët vlerësojnë më shumë mundësinë për të zgjedhur në pjesën dërrmuese të transaksioneve ekonomike të tyre dhe kujdesi shëndetësor nuk bën përjashtim nga kjo tendencë.

Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Një koncept i thjeshtëzuar por i dobishëm i termit Kujdes i Menaxhuar është ai që quhet proces i vazhdueshëm.

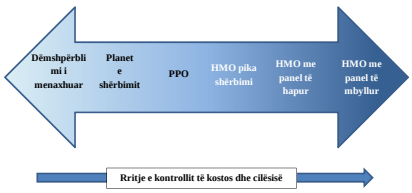
Një njërën anë të këtij procesi qëndron *menaxhimi i fatkeqësisë ose dëmit* nëpërmjet certifikimit të pranimeve selektive dhe menaxhimin e rasteve katastrofike, të vendosura mbi një plan tradicional sigurimesh shëndetësore të bazuar në kompensimin e dëmit.

Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Procesi i vazhdimësisë vazhdon me *Planet e Shërbimit*, *PPOs*, *HMOs* e tipit *pika-shërbimi*, *me panel të hapur* dhe *me panel të mbyllur*.

Ndërsa lëvizet nga njëri skaj i procesit tek tjetri, shtohen elemente të reja kontrolli dhe llogaridhënieje, rritet kompleksiteti dhe burimet financiare paraprake (overhead) për të vënë planin në funksionim, dhe arrihet kontroll më i lartë i kostove dhe cilësisë

Procesi i vazhdimësisë së MC



Siguruesit Shëndetësorë - Hyrje

Duke qënë se shumë nga format e organizimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor kanë mjaft elemente të përbashkëta me organizatat e sigurimeve shëndetësore, ose janë të ndërthurura pazgjidhmëisht me to, aq sa planet shëndetësore quhet edhe si “plane të sigurimeve shëndetësore”, atëherë në vijim po përshkruajmë llojet kryesore të organizatave të kujdesit të menaxhuar dhe njëkohësisht me këtë përshkruhen në mënyrë natyrale dhe llojet kryesore të planeve të sigurimeve shëndetësore.

Llojet e Organizatave të Kujdesit të Menaxhuar (MCOs)

Duke patur parasysh që nuk ka dallime thelbësore ose kufij midis tyre, do të diskutojmë në vijim llojet kryesore të MCO-ve .

Lloji i sigurimit "kompensimi i dëmit" ose "dëmshpërblimi"

Lloji i sigurimit shëndetësor të dëmshpërblimit është thjesht: dëmshpërblen/kompenson përfituesit për shpenzimet financiare që lidhen me kujdesin shëndetësor.

Sigurimet dhe planet e shërbimit të bazuar në dëmshpërblimin/kompensimin ishin lloji kryesor i planeve shëndetësore para shpikjes së kujdesit shëndetësor të menaxhuar.

Fillimisht, kishte pak kontrolle për të menaxhuar koston dhe mbulimi ishte vetëm për sëmundjen, jo për mirëqënien ose shëndetin, shërbimet parandaluese (imunizimin), ose barnat me recetë nga mjeku.

Lloji i sigurimit "kompensimi i dëmit" ose "dëmshpërblimi"

Kompania e sigurimeve gjithashtu do përakton se cila duhet të jetë *pagesa maksimale e përshtatshme për një procedurë* ose *vizitë profesionale*, dhe kjo ishte gjithçka që paguhej.

Një ofrues atëherë ishte i *lirë të faturonte* përfituesin për çdo gjë që nuk paguhej nga kompania e sigurimeve.

Rritja e kostove të kujdesit shëndetësor e goditi rëndë sigurimin e bazuar në dëmshpërblim gjatë viteve 1980 dhe fillim të viteve 1990, dhe ndërsa kujdesi i menaxhuar po fitonte terren, ky lloj sigurimi u tkurr. Tani sigurimi i bazuar në dëmshpërblim është relativisht i rrallë, dhe madje është zhdukur.

Planet e shërbimeve

Planet e shërbimeve, shumica e të cilave (megjithëse jo ekskluzivisht) janë plane Blue Cross dhe Blue Shield (BCBS), janë të ngjashme në bazat e tyre me sigurimin e dëmshpërblimit por me një ndryshim shumë të rëndësishëm: ekzistencën e një rrjeti të kontraktuar të ofruesve.

Ky rrjet i kontraktuar i ofruesve parashikon disa elementë shumë të rëndësishëm që aplikohen në kujdesin e menaxhuar në përgjithësi:

Planet e shërbimeve

- Plani kontrakton direkt me ofruesit (mjekët, spitalet, etj).
- Kontratat e siguruesit specifikojnë se plani do t'i paguajë ata drejtpërdrejtë dhe ata mund të faturojnë pacientin (anëtarin) për b**ashkë-sigurim** (një përqindje (%) fikse që pacienti paguan sa herë që merr një shërbim mjekësor), **bashkëpagesa** (një shumë fikse që pacienti paguan sa herë që merr një shërbim mjekësor) ose **deductibles** (një shumë fikse që paguan pacienti në një periudhë të caktuar, zakonisht në fillim të cdo viti, përpara se sigurimi i tij/saj të mbulojë kostot).

Planet e shërbimeve

- Përderisa një anëtar (përfituesi) merr shërbime nga një ofrues i kontraktuar,anëtari është i mbrojtur nga faturimet e tjera: dmth., një ofrues nuk mund të faturojë pacientin për pagesat e mohuara nga plani.
- Plani ka një metodë për të llogaritur se çfarë pagese maksimale do të paguhet për të gjitha procedurat ose vizitat e ofruesve në lidhje me shërbimet profesionale.
- Plani ka një metodë për përcaktimin e pagesave të duhura për spitalet.

Planet e shërbimeve

Planet e pa-menaxhuara të shërbimit u nënshtrohen të njëjtave presione si sigurimi i dëmshpërblimit në lidhje me kostot mjekësore me të njëjtin rezultat.

Dallimi është se plani i shërbimeve nuk është zhdukur nga peizazhi i sistemit shëndetësor në të njëjtën shkallë si sigurimi i dëmshpërblimit dhe shpesh është pjesë e një lloji tjetër ofrimi.

Kujdesi i Menaxhuar i aplikuar në Sigurimin e Dëmshpërblimit dhe Planin e Shërbimeve

Suksesi i perceptuar i HMO-ve dhe llojeve të tjera të organizatave të kujdesit të menaxhuar në kontrollin e shfrytëzimit dhe kostos së shërbimeve shëndetësore nxiti zhvillimin e mbulesave të tjera të kujdesit të menaxhuar që mund të kombinoheshin me sigurimin tradicional të dëmshpërblimit, sigurimin e planit të shërbimeve, ose sigurimin e ngjashëm me sigurimin e dëmshpërblimit (termi “sigurimi i dëmshpërblimit” përdoret për t'iu referuar të tre formave të mbulimit në këtë kontekst).

Kujdesi i Menaxhuar i aplikuar në Sigurimin e Dëmshpërblimit dhe Planin e Shërbimeve

Këto forma të kujdesit të menaxhuar kanë për qëllim të sigurojnë kontrollin e kostos për planet e sigurimit duke ruajtur lirinë e individit për zgjedhjen e ofruesit dhe mbulimin për shërbimet jashtë planit. Megjithëse sigurimi tradicional i dëmshpërblimit tani është i pazakontë për shkak të kostos së lartë, ja vlen të kuptohet se si zbatohen këto mbivendosje.

U krijuan llojet e mëposhtme të mbulesave të kujdesit të menaxhuar:

Kujdesi i Menaxhuar i aplikuar në Sigurimin e Dëmshpërblimit dhe Planin e Shërbimeve

- *Menaxhimi i shfrytëzimit të përgjithshëm*. Këto kompani ofrojnë një menu të plotë të aktiviteteve të menaxhimit të shfrytëzimit (utilitetit) të cilat mund të aplikohen nga punëdhënësit apo siguruesit. Disa mund të ofrojnë ose zhvillojnë panele të ofruesve pjesëmarrës brenda tregjeve individuale duke ngjasuar shumë me PPO-të.
- *Menaxhimi i shfrytëzimit të specialiteteve*. Firma që fokusohen në shqyrtimin e shfrytëzimit për shërbimet e specialiteteve janë bërë të zakonshme. Shëndeti i sjelljes dhe kujdesi dentar janë dy lloje të zakonshme të mbulesave të menaxhimit të shfrytëzimit të specialiteteve.

Kujdesi i Menaxhuar i aplikuar në Sigurimin e Dëmshpërblimit dhe Planin e Shërbimeve

- *Menaxhimi i sëmundjeve*. Kompanitë e menaxhimit të sëmundjes mund të përqendrohen në sëmundje specifike dhe të kushtueshme (p.sh. diabeti) në vend të shfrytëzimit në përgjithësi.
- *Menaxhimi katastrofik apo i rasteve të shumta*. Disa firma janë zhvilluar për të ndihmuar punëdhënësit dhe siguruesit në menaxhimin e rasteve katastrofike, pavarësisht nga specialiteti i përfshirë.

Kujdesi i Menaxhuar i aplikuar në Sigurimin e Dëmshpërblimit dhe Planin e Shërbimeve

Shumë kompani të sigurimeve të dëmshpërblimit i kanë cuar këto koncepte disa hapa më tej përgjatë procesit të vazhdimësisë duke u shndërruar në MCO përmes blerjeve të HMO-ve dhe kompanive të tjera të kujdesit të menaxhuar.

Në fakt, të gjitha kompanitë e mëdha të sigurimeve të dëmshpërblimit që ekzistonin në fillim të viteve 1990 ose kanë shitur linjat e biznesit të tyre të sigurimeve shëndetësore në kompani të tjera ose janë bashkuar me kompani të mëdha të kujdesit të menaxhuar.

Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO)

PPO-të janë entitete përmes të cilave planet e përfitimeve shëndetësore të punëdhënësit dhe siguruesit shëndetësorë kontratojnë për blerjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për përfituesit e mbuluar nga një *rrjet i përzgjedhur* i ofruesve pjesëmarrës.

Në mënyrë tipike, ofruesit pjesëmarrës në PPO bien dakord t'i përmbahen menaxhimit të shfrytëzimit dhe procedurave të tjera të zbatuara nga PPO dhe bien dakord të pranojnë strukturën e rimbursimit të PPO-së dhe nivelet e pagesës.

Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO)

Në këmbim, PPO-të mund të kufizojnë madhësinë e paneleve të ofruesve pjesëmarrëse dhe të ofrojnë stimuj për individët e mbuluar prej tyre për të përdorur ofruesit pjesëmarrës në vend të ofruesve të tjerë.

Në dallim nga mbulimi tradicional i HMO-së, individët me mbulim të PPO-së lejohen të përdorin ofrues jo-PPO, edhe pse zakonisht aplikohen nivele më të larta të bashkë-sigurimeve ose decuctibles (të zbritjeve) për shërbimet e ofruara nga këta ofrues që nuk marrin pjesë në PPO-në përkatëse.

Karakteristikat kyce të përbashkëta të PPO-ve përfshijnë:

Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO)

- *Rrjeti i ofruesve*. PPO-të zakonisht krijojnë një rrjet duke kontraktuar me ofrues të caktuar në një komunitet për të ofruar shërbime shëndetësore për individët e mbuluar. Shumica e PPO-ve kontraktojnë drejtpërdrejtë me spitalet, mjekët dhe institucionet apo qendrat e tjera diagnostikuese.

Disa PPO mbledhin baza masive të informacionit rreth ofruesve të mundshëm, duke përfshirë kostot sipas kategorisë së diagnozës, përpara se të marrin vendimet e tyre kontraktuese. Megjithatë, sot PPO-të rrallë kufizojnë qëllimisht madhësinë e rrjetit të tyre, por ato kontraktojnë me cdo ofrues të gatshëm për të pranuar termat dhe kushtet e kontratës së PPO-së .

Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO)

- *Normat e negociuara të pagesës*. Shumica e marrëveshjeve për pjesëmarrjen në PPO u kërkojnë ofruesve pjesëmarrës të pranojnë pagesat e PPO-së si pagesë për shërbimet e mbuluara plotësisht (me përjashtim të bashkëpagesave, bashkë-sigurimeve ose deductibles të aplikueshme).
- *Menaxhimi i shfrytëzimit*. Shumë PPO zbatojnë programe të menaxhimit të shfrytëzimit për të kontrolluar shfrytëzimin dhe koston e shërbimeve shëndetësore të ofruara për përfituesit e mbuluar.
- *Zgjedhja e konsumatorit*. Ndryshe nga HMO-të tradicionale, PPO-të në përgjithësi lejojnë përfituesit e mbuluar të përdorin ofruesit jo-PPO në vend të ofruesve PPO kur kanë nevojë për shërbime shëndetësore. Në këto raste aplikohen nivele më të larta të bashkëpagesave.

Organizatat e Ofruesit të Preferuar (PPO)

PPO-të mund të jenë në pronësi të shumë llojeve të organizatave të ndryshme (koalicion punëdhënësish, HMO, spitale, aleanca midis spitaleve, investitor i pavarur, kompani sigurimesh, pronësi e shumëfishtë, bashkëpunim mjekë-spital, grup mjekësh-spitalesh, të tjera).

Për më tepër, një PPO mund të operohet vetëm në dobi të pronarit të saj ose mund të jetë e ashtuquajtura PPO-me-qera që formohet për të ofruar shërbime për çdo plan shëndetësor nën një marrëveshje tarifore administrative (që mund të kufizohet vetëm në një tarifë aksesi ose mund të përfshijë tarifa për aktivitete të tjera).

Organizatat e Ofruesit Ekskluziv (EPO)

Organizatat e ofruesit ekskluziv (EPOs) janë të ngjashme me PPO në organizimin dhe qëllimin e tyre.

Ndryshe nga PPOs, megjithatë, EPOs i kufizojnë përfituesit e tyre për ofruesit pjesëmarrës për çdo shërbim shëndetësor. Me fjalë të tjera, përfituesit e mbuluar nga një EPO duhet të marrin të gjitha shërbimet e tyre shëndetësore të mbuluara nga ofruesit që marrin pjesë në EPO.

EPO në përgjithësi nuk mbulon shërbimet e marra nga ofruesit e tjerë, edhe pse mund të ketë përjashtime.

Organizatat e Ofruesit Ekskluziv (EPO)

Disa EPOs ngjasojnë me HMO-të në atë që jo vetëm që kërkojnë përdorimin ekskluziv të rrjetit të ofruesve të EPO, por gjithashtu përdorin një qasje gatekeeper (funksioni portë ose roje) për të autorizuar shërbimet e kujdesit jo-parësor.

Në këto raste, dallimi primar midis një HMO-je dhe një EPO-je është se i pari është i rregulluar sipas ligjeve dhe rregulloreve të HMO-së, ndërsa kjo e fundit është e rregulluar sipas ligjeve dhe rregullave të sigurimeve ose Aktit të tjera. Shumica e EPO-ve ofrohen në të vërtetë nga PPO-të, jo nga HMO-të.

Organizatat e Ofruesit Ekskluziv (EPO)

EPO-t zakonisht zbatohen nga punëdhënësit motivimi primar i të cilëve është kursimi i kostos. Këta punëdhënës janë më pak të shqetësuar në lidhje me reagimin e punonjësve të tyre ndaj kufizimeve të ashpra në zgjedhjen e ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe ofrojnë EPO-n si një zëvendësim për mbulimin tradicionale me sigurimet shëndetësore të dëmshpërblimit.

Për shkak të kufizimeve të ashpra në zgjedhjen e ofruesit, vetëm disa punëdhënës të mëdhenj kanë qenë të gatshëm të konvertojnë programet e tyre të përfitimeve shëndetësore në një format EPO.

Organizatat e Ofruesit Ekskluziv (EPO)

Kur EPO-të fillimisht u shfaqën si një formë e mbulimit shëndetësor, disa vëzhgues parashikuan se ishin vala e së ardhmes dhe do të miratoheshin nga shumë punëdhënës të mëdhenj. Në realitet, disa prej atyre që kanë themeluar EPO-të i kanë braktisur ato në favor të opsioneve të tjera të sigurimit që ofrojnë më shumë zgjedhje për përfituesit. Sidoqoftë, megjithëse numri i PPO-ve që ofrojnë një opsion EPO për punëdhënësit është rritur, numri aktual i individëve të regjistruar në EPO ka rënë.

Planet e pikës së shërbimeve (POS)

Planet POS në thelb kombinojnë një plan shëndetësor HMO ose të ngjashëm me HMO me mbulimin e dëmshpërblimit (ose planin e shërbimeve) për kujdesin e marrë jashtë HMO-së.

Pasi u shpallën si një valë tjetër e së ardhmes, ato u rritën në mesin e viteve 1990 vetëm të humbur popullaritet, pasi shpresat e tyre për kursimet e kostos nuk arritën të materializoheshin.

Ka dy mënyra në të cilat janë organizuar planet POS, në varësi të mjetit apo instrumentit për të ofruar shërbime HMO ose të ngjashme me HMO-të:

Planet e pikës së shërbimeve (POS)

1. Organizatat e Ofruesit të Preferuar të Kujdesit Parësor

Këto lloje të planeve POS janë hibride të modeleve tradicionale HMO dhe PPO, edhe pse ato janë të licencuara si PPO. Më poshtë janë karakteristikat e këtyre llojet e planeve:

- Mjekët e kujdesit primar mund të rimbursohen përmes pagesave për frymë (p.sh., një pagesë fikse për cdo anëtar në muaj) ose metoda të tjera të rimbursimit të bazuara në performancë.
- Mund të ketë një shumë të mbajtur nga kompensimi i mjekut që paguhet e kushtëzuar me arritjen e qëllimeve të shfrytëzimit ose të kostos.
- Mjeku i kujdesit parësor vepron si një rojtar për shërbimet referuese dhe institucionale mjekësore.
- Anëtari mban një mbulim për shërbimet e kryera që ose nuk janë të autorizuara nga mjeku i kujdesit parësor ose janë ofruar/dhënë nga ofruesit jo pjesëmarrës. Mbulimi i tillë zakonisht është dukshëm më i ulët sesa mbulimi për shërbimet e autorizuara të ofruara nga ofruesit pjesëmarrës (p.sh. 100% në krahasim me 60%)

Planet e pikës së shërbimeve (POS)

2. Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit të tipit Pika e Shërbimeve

Ndërsa planet POS u rritën, disa HMO-të pranuan se pengesa kryesore për regjistrimin e anëtarëve shtesë dhe zgjerimin e pjesës së tregut ishte ngurrimi i individëve për të humbur plotësisht aftësinë e tyre për të marrë rimbursim për përdorimin e ofruesve që nuk marrin pjesë në planin ku ata bëjnë pjesë.

Këta individë e marrin në konsideratë mundësinë që ata mund të kenë nevojë për shërbimet e një specialisti të njohur për një çrregullim të rrallë (dhe të shtrenjtë për t'u trajtuar) dhe besojnë se HMO-ja nuk do t'i referojë ata për këtë kujdes ose nuk do të rimbursojë shpenzimet e tyre.

Kjo mundësi, pa marrë parasysh sa pak gjasa ka që të ndodhë, i eklsipson në mendjet e shumë individëve të gjitha përfitimet e tjera të mbulimit HMO. Gjithashtu, kjo mundësi pengoi shumicën e punëdhënësve që të kufizonin zgjedhjen e përfitimeve shëndetësore në një HMO të vetme.

Planet e pikës së shërbimeve (POS)

Një numër i HMO-ve (dhe kompanitë e sigurimeve me HMO dhe operacionet e dëmshpërblimit) menduan një zgjidhje për këtë problem: ata ofrojnë një nivel të caktuar të mbulimit të tipit dëmshpërblim për anëtarët e tyre. Anëtarët e HMO-ve të mbuluara sipas këtyre llojeve të skemave të përfitimeve mund të vendosin nëse do të përdorin përfitimet e HMO-së ose përfitimet e skemave të dëmshpërblimit për çdo rast të kujdesit. Me fjalë të tjera, anëtarit i lejohet të bëjë një zgjedhje të mbulimit në *pikën e shërbimit* kur nevojitet kujdesi mjekësor.

Mbulimi i dëmshpërblimit në dispozicion në kuadër të opsioneve të pikës së shërbimit nga HMO-të përfshin zakonisht zbritje/deductibles dhe bashkë-sigurime të larta për të inkurajuar anëtarët që të përdorin shërbimet HMO brenda rrjetit në vend të shërbimeve jashtë planit.

Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMO)

HMO-të janë sisteme të organizuara të kujdesit shëndetësor që janë përgjegjëse për financimin dhe shpërndarjen e një game të gjerë shërbimesh shëndetësore gjithëpërfshirëse për një popullatë të regjistruar në to. Përkufizimi origjinal i një HMO-je përfshinte gjithashtu aspektin e financimit të kujdesit shëndetësor për një tarifë fikse të parapaguar (që këtej rrjedh termi *plani i para-paguar shëndetësor*), por ajo pjesë e përkufizimit nuk është më absolute, megjithëse është ende e zakonshme.

Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMO)

Në shumë mënyra, një HMO mund të shihet si një **kombinim** i një **siguruesi shëndetësor** dhe **një sistemi të menaxhimit të ofrimit të kujdesit shëndetësor**.

Ndërsa kompanitë tradicionale të sigurimeve të kujdesit shëndetësor janë përgjegjëse për rimbursimin e individëve të mbuluar për koston e kujdesit shëndetësor të tyre, HMO-të janë përgjegjës për *ofrimin ose koordinimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor* për anëtarët e tyre të mbuluar përmes ofruesve të lidhura me këto HMO, të cilët rimbursohen sipas metodave të ndryshme.

Modelet e Organizatave të Ruajtjes së Shëndetit (HMO)

Modelet e njohura të HMO-ve janë: kontrata e *stafit*, *grupit*, *rrjetit*, *shoqatës së pavarur (ose individuale) e praktikës* (IPA), dhe *kontrata e drejtpërdrejtë*.

Një model shtesë është plani i qasjes së hapur, i cili ka karakteristikat e një HMO-se dhe një PPO-je.

Dallimet kryesore midis këtyre modeleve kanë të bëjnë me marrëdhënien midis HMO-së dhe mjekëve pjesëmarrës në të.

Në vijim paraqiten disa përshkrime të shkurtra të modeleve tradicionale të HMO-ve.

1. HMO-të me Model Stafi

Në HMO-të me *model të stafit*, mjekët që u shërbejnë përfituesve të mbuluar nga HMO-ja janë të punësuar nga HMO-ja.

Këta mjekë zakonisht paguhen me rrogë dhe gjithashtu mund të marrin pagesa bonus ose stimuj që bazohen në performancën dhe produktivitetin e tyre.

HMO-të që operojnë sipas këtij modeli duhet të punësojnë mjekë në të gjitha specialitetet më të zakonshme për të siguruar nevojat e kujdesit shëndetësor të anëtarëve të tyre.

1. HMO-të me Model Stafi

HMO-të me model të stafit gjithashtu njihen me termin HMO me *panel të mbyllur* sepse shumica e mjekëve pjesëmarrës janë punonjës të HMO-së dhe mjekët e komunitetit nuk janë në gjendje të marrin pjesë në to.

HMO-të e stafit në përgjithësi janë zhdukur per shkak te disa disavantazheve te tyre.

Ato HMO me model të stafit që ende ekzistojnë po përfshijnë lloje të tjera të marrëdhënieve me mjekët në sistemin e tyre të ofrimit të kujdesit.

1. HMO-të me Model Stafi

Mjekët në HMO-të me model stafi zakonisht praktikojnë ose ushtrojnë veprimtarinë e tyre në një ose më shumë qendra të kujdesit ambulator të centralizuar.

Këto objekte, të cilat shpesh i ngjajnë klinikave ambulatore, përmbajnë zyra mjekësore dhe lehtësira mbështetëse ndihmëse (p.sh. laborator dhe radiologji) për të mbështetur nevojat e kujdesit shëndetësor të përfituesve të HMO-së.

HMO-të me model stafi zakonisht lidhin kontratë me spitalet dhe qendra të tjera në komunitet për të ofruar shërbime jo-nga-mjekët për anëtarët e tyre.

1. HMO-të me Model Stafi - avantazhet

HMO-të me model stafi kanë një avantazh teorik në krahasim me modelet e tjera të HMO-ve në menaxhimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor, sepse ato kanë një shkallë më të madhe të kontrollit mbi modelet e praktikës të mjekëve të tyre. Si rezultat, mund të jetë më e lehtë për këto HMO për të menaxhuar dhe kontrolluar përdorimin e shërbimeve shëndetësore.

Ato gjithashtu ofrojnë lehtësinë për blerjen me-një ndalesë (one-stop shop) për anëtarët e tyre, sepse objektet/godinat e HMO-së kanë tendencë të ofrojnë shërbim të plotë (dmth. ato kanë laborator, radiologji dhe departamente të tjera).

1. HMO-të me Model Stafi - disavantazhet

- Së pari, HMO-të e stafit janë zakonisht *më të kushtueshme* për t'u zhvilluar dhe zbatuar për shkak të numrit të vogël të anëtarëve dhe shpenzimeve të mëdha të pagave fikse që HMO duhet të bëjë për mjekët e stafit dhe stafin mbështetës.
- Së dyti, HMO-të e stafit ofrojnë një zgjedhje të kufizuar të mjekëve pjesëmarrës nga të cilët mund të zgjedhin anëtarët e mundshëm të HMO-së. Shumë anëtarë potencialë ngurrojnë të ndryshojnë mjekun e tyre aktual.
- Së treti, të HMO-ve të stafit përjetuan probleme të produktivitetit me mjekët e tyre të stafit, gjë që ngriti kostot e tyre për ofrimin e kujdesit.
- Së fundmi, është e shtrenjtë për HMO-të e stafit që të zgjerojnë shërbimet e tyre në zona të reja për shkak të nevojës për të ndërtuar objekte të reja ambulatore.

2. HMO-të me Model Grupi

HMO-ja kontrakton me një grup praktike mjekësh me shumë specialitete për të siguruar të gjitha shërbimet mjekësore për anëtarët e HMO-së.

Mjekët në grupin e tyre të praktikës janë të punësuar nga vetë grupi dhe jo nga HMO-ja. Në disa raste, këta mjekë mund të lejohen të vizitojnë si pacientët e HMO-së ashtu edhe pacientë të tjerë, edhe pse funksioni i tyre kryesor mund të jetë trajtimi i anëtarëve të HMO-së.

Mjekët në një grup praktike ndajnë ose përdorin bashkarisht godinat fizike, pajisjet, të dhënat mjekësore, dhe stafi mbështetës. Grupi mund të lidhë kontratë me HMO-në në baza *gjithëpërfshirëse për frymë* për të siguruar shërbime mjekësore për anëtarët e HMO-së. Përndryshe, grupi mund të kontraktojë *bazuar në kosto* për të ofruar shërbimet e tij, dhe në një rast të tillë ai ka atributet e një HMO-je të stafit të përshkruar më herët.

2. HMO-të me Model Grupi – dy kategori

Grupi Mbajtës (Rob). Në modelin e grupit rob, praktika e grupit të mjekëve ekziston vetëm për të ofruar shërbime për përfituesit e HMO-së. Në shumicën e rasteve, HMO-ja e formoi praktikën e grupit për t'i shërbyer anëtarëve të saj dhe për të rekrutuar mjekët dhe tani ofron shërbime administrative për grupin.

Grupi i Pavarur. Në HMO-të e grupit me model të pavarur, HMO kontrakton me një grup ekzistues, të pavarur mjekësor me multi-specialitete për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e saj. Në disa raste, grupi i pavarur mjekësor është sponsori ose pronari i HMO-së.

2. HMO-të me Model Grupi – dy kategori

Në mënyrë tipike, grupi i mjekëve në një HMO grupi me model të pavarur vazhdon të ofrojë shërbime për pacientët jo-HMO ndërsa merr pjesë në HMO.

Megjithëse grupi mund të ketë një marrëdhënie ekskluzive me HMO, kjo marrëdhënie zakonisht nuk e pengon grupin të përfshihet në biznes jo-HMO (dmth, me palë të tjera jashtë HMO-së përkatëse).

Këto lloje të modeleve të grupit mund ose nuk mund të lidhin kontrata edhe me mjekë të tjerë të pavarur në komunitet për të zgjeruar rrjetin për arsye marketingu.

3. HMO-të me Model Rrjeti

Në HMO-të me model të rrjetit, HMO-ja kontrakton me më shumë se një praktikë grupi për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e HMO-së.

Këto praktika grupi mund të jenë grupe me bazë të gjerë, grupe multispecialitetesh, dhe në këto raste HMO-ja i ngjan HMO-së së grupit të përshkruar më herët.

HMO-ja mund të kontraktojë edhe me disa grupe të vogla të mjekëve të kujdesit parësor (p.sh., mjek familje, mjekësi interne, pediatri dhe obstetrikë / gjinekologji), dhe në këtë rast HMO-ja mund të klasifikohet si *model i rrjetit të kujdesit parësor*.

3. HMO-të me Model Rrjeti

Në modelin e rrjetit të kujdesit primar, HMO-ja kontrakton me disa grupe të përbërë nga 7 deri në 15 mjekë të kujdesit parësor që përfaqësojnë specialitetet e mjekut të familjes dhe / ose mjekësisë interne, pediatrisë dhe obstetrikë / gjinekologjisë për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e saj.

HMO-ja mund të kompensojë (paguajë) këto grupe në bazë të një skeme gjithëpërfshirëse për frymë ose pjesërisht bazuar tek sistemi për frymë, dhe rrallë aplikon tarifën-për-shërbime.

Grupi është përgjegjës për ofrimin e të gjitha shërbimeve mjekësore tek anëtarët e HMO-së të caktuar në grup dhe mund t'i referojë anëtarët tek mjekët e tjerë sipas nevojës. Në rastin e pagesës bazuar tek numri i popullatës së mbuluar (për frymë), grupi është financiarisht përgjegjës për rimbursimin e mjekëve të tjerë për çdo referim që bën.

3. HMO-të me Model Rrjeti

Në dallim nga *HMO-të e stafit* dhe *të grupit* të përshkruar më parë, HMO-të e rrjetit mund të jenë plane me panele të mbyllura ose të hapura.

Nëse HMO-ja e rrjetit ka një plan me panel të mbyllur, ajo do të lidhë kontratë vetëm me një numër të kufizuar praktikash të grupit.

Nëse është me panel të hapur, pjesëmarrja në praktikat e grupit do të jetë e hapur për çdo mjek që plotëson kriteret e HMO-së dhe grupit përkatës.

3. HMO-të me Model Rrjeti

HMO-të e rrjetit adresojnë shumë nga disavantazhet që lidhen me HMO-të e stafit dhe të grupit. Në veçanti, pjesmarrja më e gjerë e mjekëve që zakonisht në HMO-të e rrjetit ndihmon në tejkalimin e disavantazheve të marketingut që lidhen me planet e stafit dhe grupit me panel të mbyllur.

Sidoqoftë, HMO-të e rrjetit zakonisht kanë pjesëmarrje më të kufizuar të mjekëve sesa modeli i Shoqatave të Praktikës së Pavarur (IPA) ose modele të kontratave tëdrejtpërdrejta për vetë faktin se nuk ka shumë grupe të mëdha mjekësore.

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) - IPA

HMO me model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) lidhin kontratë me një shoqatë mjekësh – IPA-n – për të ofruar shërbimet mjekësore anëtarëve të saj.

Mjekët janë anëtarë të IPA-së, e cila është një entitet i veçantë juridik, por ata mbeten praktikues (mjekë) të pavarur dhe mbajnë zyrat dhe identitetet e tyre të veçanta.

Mjekët e IPA-s vazhdojnë të vizitojnë pacientët e tyre jo-HMO dhe të mbajnë zyrat e tyre, të dhënat mjekësore dhe stafin mbështetës të tyre.

Modeli i IPA-së është plan me *panel të hapur* sepse pjesëmarrja është e hapur për të gjithë mjekët e komunitetit që plotësojnë kriteret e përzgjedhjes së HMO-së dhe IPA-s.

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) - IPA

Në përgjithësi, IPA-të përpiqen të rekrutojnë mjekë nga të gjitha specialitetet për të marrë pjesë në planet e tyre. Pjesëmarrja e gjerë e mjekëve i lejon IPA-s të ofrojë të gjitha shërbimet e nevojshme mjekësore nëpërmjet mjekëve pjesëmarrës dhe minimizon nevojën që mjekët e IPA-s t'i referojnë anëtarët e HMO-së tek mjekët që nuk janë pjesë e HMO-së për marrjen e shërbimeve.

Përveç kësaj, pjesëmarrja e gjerë e mjekëve mund të ndihmojë që HMO-ja e modelit IPA të jetë më tërheqëse për anëtarët e mundshëm të HMO-së.

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) - IPA

HMO-të me model IPA zakonisht ndjekin njërën nga dy metodat e ndryshme të krijimit të marrëdhënieve me IPA-të e tyre.

Në metodën e parë, HMO lidh kontratë me një IPA që është themeluar në mënyrë të pavarur nga mjekët e komunitetit. Këto lloje të IPA-ve shpesh kanë kontrata me më shumë se një HMO mbi baza jo ekskluzive.

Në metodën e dytë, HMO punon me mjekët e komunitetit për të krijuar një IPA dhe për të rekrutuar mjekë për të marrë pjesë në të. Kontrata e HMO-së me këto lloje të IPA-ve zakonisht është në baza ekskluzive për shkak të rolit udhëheqës të HMO-së në formimin e IPA-s .

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) - IPA

Shumica, megjithëse jo të gjitha HMO-të, kompensojnë IPA-të e tyre në bazuar në pagesën për frymë për të ofruar shërbime për anëtarët e HMO-së.

IPA pastaj kompenson mjekët e saj pjesëmarrës ose në bazë të tarifës-për-shërbim ose një kombinim të tarifës-për-shërbimin dhe me pagesën për frymë.

Në variantin e tarifës-për-shërbim, IPA-të i paguajnë të gjithë mjekët e tyre pjesëmarrës në bazë të një plani të tarifave dhe IPA mban një pjesë të çdo pagese për qëllime nxitjeje dhe për ndarjen e rrezikut.

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) - IPA

HMO-të me model IPA i kapërcejnë disavantazhet që lidhen me *HMO-të e stafit*, *grupit* dhe *rrjetit*.

Ato kërkojnë më pak kapital për t'u krijuar dhe funksionuar.

Përveç kësaj, ato mund të ofrojnë një zgjedhje të gjerë të mjekëve pjesëmarrës që praktikojnë në zyrat e tyre private.

Si rezultat, HMO-të me model IPA ofrojnë avantazhe marketingu në krahasim me HMO-të me modele stafti dhe grupi.

4. HMO-të me Model të Shoqatave të Praktikës së Pavarur (ose individuale) - IPA

Ka dy disavantazhe të mëdha të HMO-ve me model IPA nga perspektiva e HMO-ve.

- *Së pari*, zhvillimi i një IPA krijon një forum të organizuar për mjekët për të negociuar si një grup me HMO-në. Forumi i organizuar i një IPA mund të ndihmojë anëtarët e saj mjekë të arrijnë disa nga përfitimet negociuese që rrjedhin për shkak të përkatësisë në një praktikë grupi. Në ndryshim nga situata me një praktikë grupi, megjithatë, anëtarët individualë të një IPA i ruajnë aftësinë e tyre për të negociuar dhe për të kontraktuar drejtpërsëdrejti me planet e kujdesit të menaxhuar.
- *Së dyti*, procesi i menaxhimit të shfrytëzimit mund të jetë më i vështirë në një HMO me model IPA sesa në *HMO-të e stafit* dhe *grupit* sepse mjekët mbeten praktikues individualë me një ndjesi të vakët që janë pjesë e HMO-së. Si rezultat, HMO-të me model IPA mund t'i kushtojnë më shumë burime administrative menaxhimit të shfrytëzimit spitalor dhe ambulator, sesa homologet e tyre me model stafi dhe grupi. Pavarësisht këtij disavantazhi historik, shumë HMO të modelit IPA e kanë kapërcyer sfidën dhe kanë arritur të menaxhojnë me sukses shfrytëzimin, së paku po aq mirë sa homologet e tyre me panel të mbyllur.

5. HMO-të me Kontrata Direkte (të drejtëpërdrejta)

Këto HMO kontraktojnë drejtpërdrejt me mjekët individualë për të ofruar shërbime mjekësore për anëtarët e tyre.

Me përjashtim të marrëdhënies së tyre të drejtpërdrejtë kontraktuale me mjekët pjesëmarrës, HMO me kontrata direkte janë të ngjashme me HMO me model IPA.

Kontraktimi i drejtpërdrejtë është lloji më i zakonshëm i HMO-ve.

5. HMO-të me Kontrata Direkte (të drejtëpërdrejta)

HMO-të me kontratë direkte përpiqen të rekrutojnë panele të gjera të mjekëve të komunitetit për të ofruar shërbime mjekësore si ofruesit pjesëmarrës.

Këto HMO-të zakonisht rekrutojnë si mjekët e kujdesit parësor ashtu edhe mjekët specialistë dhe zakonisht përdorin një qasje të kujdesit primar të menaxhimit të rasteve (i njohur edhe si sistem gatekeeper ose roje).

Ashtu si planet e HMO-ve me model IPA, HMO-të me kontrata direkte i kompenson mjekët e tyre ose në bazë të tarifës-për-shërbim ose në bazë të pagesës për frymë.

Ndryshe nga HMO-të me model IPA, HMO-të me kontrata direkte mbajnë pjesën më të madhe të rrezikut financiar për ofrimin e shërbimeve mjekësore; kurse HMO-të me model IPA e transferojnë këtë rrezik tek IPA-t e tyre.

5. HMO-të me Kontrata Direkte (të drejtëpërdrejta) - Avantazhet

HMO-të me kontrata direkte kanë shumicën e avantazheve të HMO-ve me model IPA.

Përveç kësaj, HMO-të me kontrata direkte eliminojnë potencialin e negocijimit të marrëveshjes mjekësore nga një grup mjekësh duke kontraktuar direkt me mjekët individualë.

Ky model kontraktues zvogëlon mundësinë e përfundimit masiv të marrëveshjeve për pjesëmarrjen e mjekëve.

5. HMO-të me Kontrata Direkte (të drejtëpërdrejta) - Disavantazhet

Së pari, HMO-ja mund të marrë një rrezik shtesë financiar për shërbimet e mjekut në krahasim me HMO-të me model IPA, sic është përmendur më herët. Ky ekspozim shtesë ndaj rrezikut mund të jetë i shtrenjtë nëse mjekët e kujdesit parësor gjenerojnë referime të tepruara për mjekët e specializuar.

Së dyti, rekrutimi i mjekëve dhe menaxhimin i rrjetit të ofruesve mund të jetë më i vështirë dhe kërkon më shumë kohë për një HMO me kontrata direkte, sepse këtu mungon lidershipi i mjekëve që është i natyrshëm HMO me model IPA. Është më e vështirë për jo-mjekët që të rekrutojnë mjekë.

Së fundmi, menaxhimi i shfrytëzimit mund të jetë më i vështirë në HMO-të me kontratë direkte sepse të gjitha kontaktet me mjekët janë në baza individuale dhe mund të ketë pak nxitje për mjekët që të marrin pjesë në programet e menaxhimit të shfrytëzimit.

6. HMO-të me Model Miks (të përzier)

Siç përshkruhet nga termi, shumë HMO ose MCO janë në të vërtetë përzierje të llojeve të modeleve të ndryshme.

Është shumë më e zakonshme për MCO-të me panel të mbyllur që të shtojnë komponentët e panelit të hapur në planin e tyre shëndetësor sesa e kundërta, por ka edhe shembuj të HMO-ve të mëdha me panel të hapur të cilat shtojnë një komponent të modelit të stafit nëpërmjet një kontrate me një sistem të integruar të ofrimit.

7. HMO-të me Model të Qasjes së Hapur

HMO me qasje të hapur është një HMO që nuk përdor një qasje të kujdesit shëndetësor parësor ose qasje "gatekeeper/roje" për të menaxhuar qasjen dhe shfrytëzimin.

Me fjalë të tjera, edhe pse i licencuar si një HMO, nuk ka fare kërkesë për të kaluar nëpër një mjek të kujdesit parësor për të patur akses tek një mjek specialist.

Është e zakonshme që bashkëpagesa të jetë e ndryshme (dmth. më e ulët për të parë një mjek të kujdesit parësor, më e lartë për të takuar një mjek specialist) dhe mund të ketë stimuj të tjerë të butë ekonomik për të përdorur mjekët e kujdesit parësor.

7. HMO-të me Model të Qasjes së Hapur

Në këtë aspekt, ato kanë ngjashmëri me PPO-të, me përjashtim të faktit që PPO-ja nuk mund të bëjë diferencimin e bashkëpagesës ose bashkë-sigurimit bazuar në llojin e specialitetit, megjithëse shumë prej tyre me siguri e bëjnë këtë. Planet e qasjes së hapur mund t'i vënë mjekët në njëfarë niveli të rrezikut financiar për kostot mjekësore.

Së fundmi, këto lloje planesh varen shumë nga aftësia e tyre për të krijuar profile praktike të mjekut, për të lejuar menaxherët mjekësorë të përqëndrohen në zonat problematike.

7. HMO-të me Model të Qasjes së Hapur

HMO-të me qasje të hapur nuk janë aq të zakonshme sa HMO-të e bazuara tek mjekët e kujdesit shëndetësor parësor.

Shumë prej tyre u krijuan dhe më pas dështuan në vitet 1970 dhe 1980. Megjithatë, u shfaqën disa të reja në fund të viteve 1990 dhe duket se janë mjaft të suksesshme.

Është e drejtë të thuhet se mjedisi ku mjekët ushtrojnë profesionin e tyre (praktikojnë) tani është në thelb i ndryshëm nga ai i viteve 1980, por nuk është e qartë nëse kjo është arsyeja pse këto plane të reja të qasjes së hapur duket të kenë sukses.

Megjithatë, deri në fillim të viteve 2000, shumica e HMO-ve që do të bëheshin me qasje të hapur, e kishin bërë këtë.

Konkluzion

Në përfundim, cilin plan shëndetësor duhet të zgjedhë individi? Përgjigja ndaj kësaj pyetjeje varet nga këta faktorë:

- Shëndeti personal
- Gjendja shëndetësore e familjes
- Ofruesit e KSh nga ju e merrni kujdesin dhe nëse këta e pranojnë ose jo planin e sigurimit
- Sitata financiare personale
- Fakti nëse dëshironi të paguani paraprakisht ose jo për kujdesin shëndetësor
- Fakti nëse doni fleksibilitet dhe të mos keni nevojë për t'u referuar nga sistemi për të takuar një mjek specialist.

Nëse këta faktorë merren në konsideratë, atëherë zgjedhja e një plani shëndetësor është më e thjeshtë.

Konkluzion

Nga ndryshojnë planet shëndetësore? Në cdo plan individi paguan nje pjesë të caktuar të kostos.

Detajet variojnë sipas llojit të planit.

Përvec kësaj, vlera e zbritur (deductibles) që individi paguan përpara se plani të arrijë të mbulojë 100% të kostove shëndetësore – gjithashtu variojnë sipas llojit të planit, por zakonisht planet më pak të kushtueshme kanë deductibles më të larta.

Për shembull:

Konkluzion

- *Planet platin*: mbulojnë 90% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 10%
- *Planet e arta*): mbulojnë 80% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 20%
- *Planet argjend*: mbulojnë 70% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 30%
- *Planet bronz*: mbulojnë 60% të kostove mesatare mjekësore; individi paguan 40%
- *Planet e katastrofës*: politikat e katastrofës shëndetësor mbulojnë më pak se 60% të kostove totale të kujdesit shëndetësor. Planet katastrofike duhet të mbulojnë gjithashtu tre vizitat e para të kujdesit parësor dhe kujdesin parandalues pa pagesë, edhe nëse personi nuk mund të paguajë deductibles përkatëse.

Konkluzion

Në mënyrë të përmbledhur në vijim paraqitet një Tabelë ku krahasohen aspekte të ndryshme të planeve të sigurimeve shëndetësore:

Lloji i planit shëndetësor	Vlera mesatare e deductibles	Kërkon Mjekun e Kujdesit Parësor?	Ka nevojë për referim?	Jashtë rrjetit të kujdesit
HMO	$1180	Po	Po	Jo
PPO	$1050	Jo	Jo	Po
HDHP	$2315	Varion	Varion	Varion
POS	$1290	Jo	Jo	Po, por kushton më shumë
EPO	Nuk aplikohet	Jo	Jo	Jo

Konkluzion

Kujdesi i menaxhuar është një proces i vazhdueshëm, me disa lloje planesh të cilat ofrojnë një larmi të madhe karakteristikash të cilat variojnë sipas aftësive për të balancuar qasjen në kujdesin shëndetësor, kostot, kontrollin e cilësisë, skemën e përfitimeve, dhe fleksibiletin e kujdesit shëndetësor. Nga ana tjetër, shfaqja, rritja dhe evolucioni i sistemeve të integruara të ofrimit të kujdesit shëndetësor ka shkuar paralelisht me zhvillimin e industrisë.

Gjatë dy dekadave të fundit, kujdesi i menaxhuar është shndërruar nga një pjesë relativisht e vogël e sistemit të kujdesit shëndetësor sinonim me "sistemin alternativ të ofrimit" në një mënyrë të zakonshme në të cilën individët e siguruar nga punëdhënësit marrin kujdesin e tyre.

Konkluzion

Organizatat e kujdesit të menaxhuar do të vazhdojnë të zhvillohen, me karakteristika të një lloj plani që shfaqen edhe tek planet e tjera dhe zhvillimin e vazhdueshëm të tipareve të reja. Ndërsa konsolidimi në treg vazhdon, kjo do t'i bëjë akoma më të paqarta kufijtë midis entiteteve. Shfaqja e skemave të reja kohët e fundit, siç janë planet shëndetësore të drejtuara (me në qendër) nga konsumatorët, e bën detyrën e klasifikimit të këtyre entiteteve një sfidë edhe më të madhe sesa ishte më parë.

Dhe megjithëse nuk ka një përkufizim të vetëm të termit *kujdesi i menaxhuar* i cili ka rezistuar në të kaluarën ose që do të mbijetojë në të ardhmen, parimet themelore të kujdesit shëndetësor të menaxhuar do të vazhdojnë të zhvillohen në harmoni me kërkesat dhe nevojat e tregut.

LEKSIONI 6

–

AKTORET KRYESORE NE SISTEMIN SHENDETESOR –

ORGANIZIMI, ORGANIZATAT DHE MENAXHIMI

HYRJE

Arsyeja kryesore per ekzistencen e cdo organizate eshte:

- Detyra teper te medha per nje person duhet te ndahen ne detyra me te vogla te cilat jane te pershtatshme (mund te behen) nga nje person.
- Per shkak se disa njerezit duhet te bashkepunojne, atehere duhet koordinim ne menyre qe puna e gjithesecilit te perkoje me pikturen e madhe.
- Qe ketej lind pjesa me e madhe e sfidave te organizimit. (***Henry Mintzberg***)

Funksioni menaxherial i organizimit

Perkufizim- "organizimi eshte funksioni manaxherial me ane te te cilit manaxheret synojne kombinimin e perpjekjeve te te gjithe individeve per arritjen e objektivave, nepermjet projektimit te struktures se detyrave dhe marredhenieve te autoritetit".

Organizimi sherben si skeleti mbi te cilin ndertohet i gjithe manaxhimi i organizates.

Organizimi i parë në marrëdhënie me funksionet e tjera të menaxhimit

Organizimi dhe funksionet e tjera menaxheriale - Funksioni menaxherial i organizimit

Te organizosh do te thote t'u japesh pergjigje pyetjeve:

- Cilat jane detyrat specifike per realizimin e planeve?
- Cilat jane pozitat e nevojshme per realizimin e planeve?
- Cilat metoda duhen perdorur per grupimin e aktiviteteve?
- Sa nivele manaxhimi duhet te kete organizimi dhe sa vartes duhet te kete çdo menaxher me qellim qe puna te kryhet me efektivitet?
- Si mund te koordinohet ne menyre sa me efektive puna e njerezve dhe rezultatet e aktiviteteve?

Procesi i organizimit dhe parimet e tij

- *Unitetet i objektivave*
    - Cdo nendarje organizative duhet te kontribuoje pozitivisht ne arritjen e objektivave te pergjithshme te firmes.
- *Profilizimi*
    - Aktivitetet qe kryhen nga nje individ duhet te kufizohen sa me shume qe te jete e mundur
- *Koordinimi*
    - Koordinimi efektiv i perpjekjeve dhe i punes se te gjithe anetareve te firmes con ne realizim te suksesshem.
- *Zinxhiri i komandes*
    - Ky parim zbatohet nepermjet nje serie marrdheniesh epror vartes sipas hirerakise se drejtimit. Ky parim presupozon qe cdo vartes duhet te kete nje epror, ne rast te kundert do te krijohej konflikt.
- *Delegimi*
    - Ka dy forma delegimi: te autoritetit dhe te detyrave. Detyrat/autoriteti duhet qe te delegohen per aq sa te eshte e mundur, ne nivele me te ulta te menaxhimit, duke pasur te qarta limitetet dhe duke vene gjithnje ne dijeni liderin.
- *Diapazoni i menaxhimit*
    - Cdo organizate duhet te percaktoje numrin e vartesve qe mund te drejtoje me efektivitete nje menaxher.
- *Pergjegjesia*
    - Pergjegjesia e vartesve para eprorit per autoritetin/detyren e deleguar eshte absolute. Njekohesisht edhe eprori eshte pergjegjes per veprimet e vartesve.

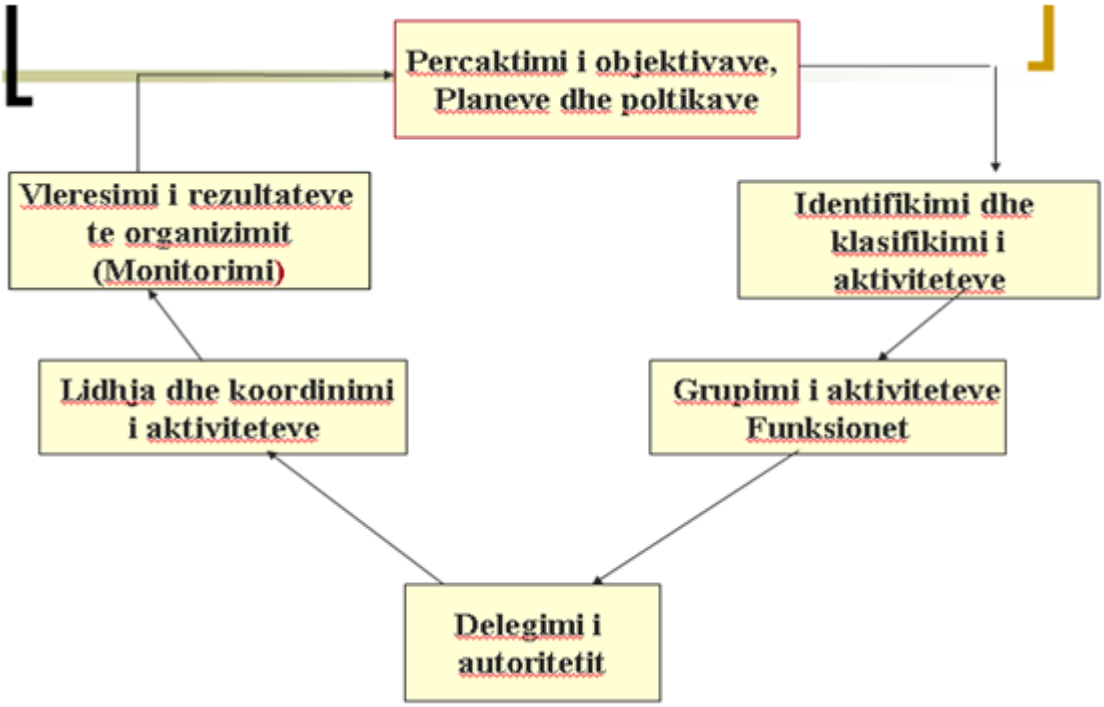


Figura. Procesi i organizimit dhe parimet e tij

Teoria e organizimit

Teorite e organizimit mund te klasifikohen ne dy lloje:

- Organizimi formal
- Organizimi informal

Organizimi informal

Organizimi Informal – konsiderohet si *rrjeti i komunikimeve jo zyrtare ne organizate.*

- Organizimi informal perfshin aktivitete te ndryshme te individeve qe ndikojne mbi rezultatet e perbashketa.
- Ekziston ne çdo organizate.
- Shpesh perdoret me shume nga manaxheret per te komunikuar me vartesit sesa organizimi formal.
- Duhet te jete plotesues dhe jo zevendesues i organizimit formal.

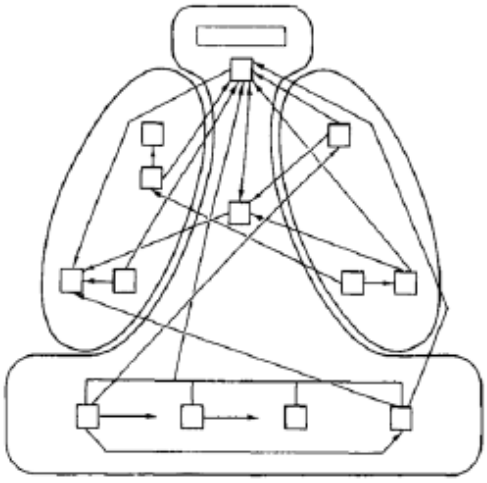


Figura. Rrjedha e autoritetit informal

Organizimi formal

Organizimi Formal – rrjeti i komunikimeve ne org; kanalet zyrtare (formale) nepermjet te cilave kalon informacioni

- Shoqerohet me formalizim (burokraci e tepruar, humbje e iniciatives ne situata te paparashikuara), pra pak fleksibilitet
- Ka shume rendesi gjetja e pikes se ekuilibrit mes dy formave te organizimit.

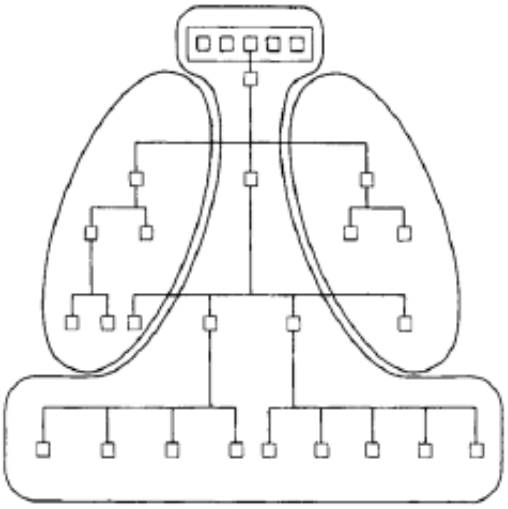


Figura. Rrjedha e autoritetit formal

Karta organizative (organigrama): paraqitje grafike e marredhenieve formale qe egzistojne brenda organizates, relacioneve kryesore te tyre, linjen kryesore te komunikimit dhe rrjedhen e autoritetit e te pergjegjesise pergjate niveleve te hierarkise se drejtimit.

Kartat organizative jane:

- Horizontale;
- Vertikale;
- Koncentrike.

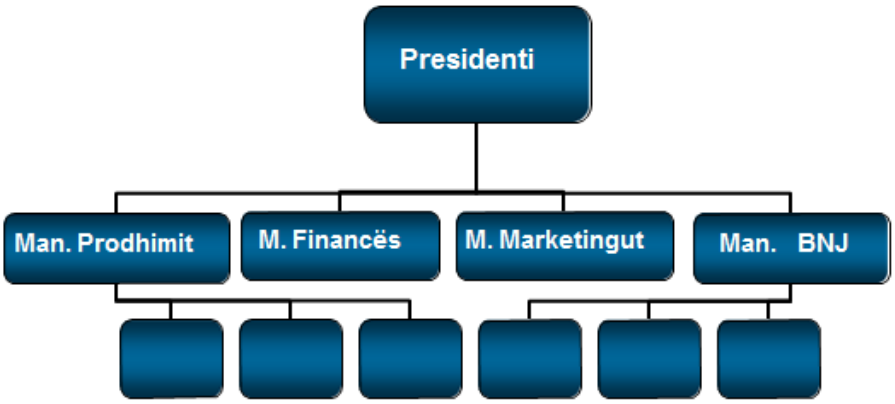


Figura. Karta organizative vertikale

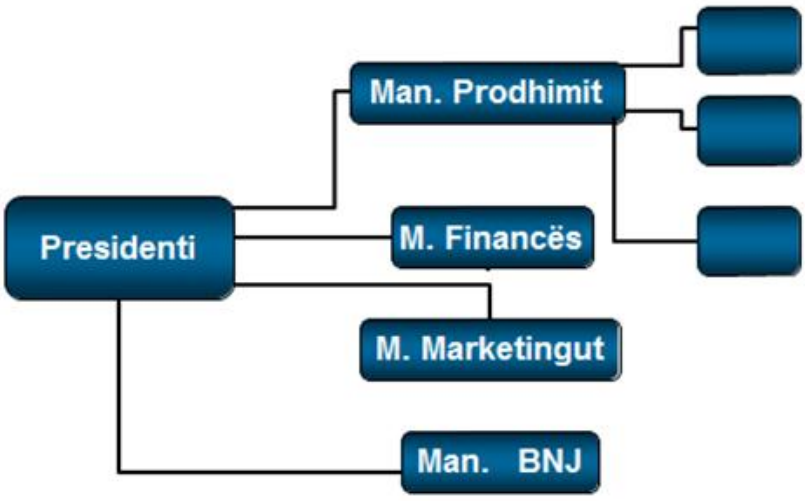


Figura. Karta organizative horizontale

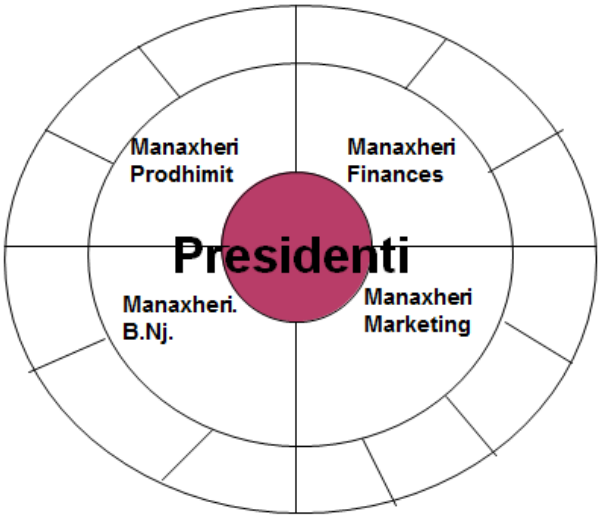


Figura. Karta organizative koncentrike

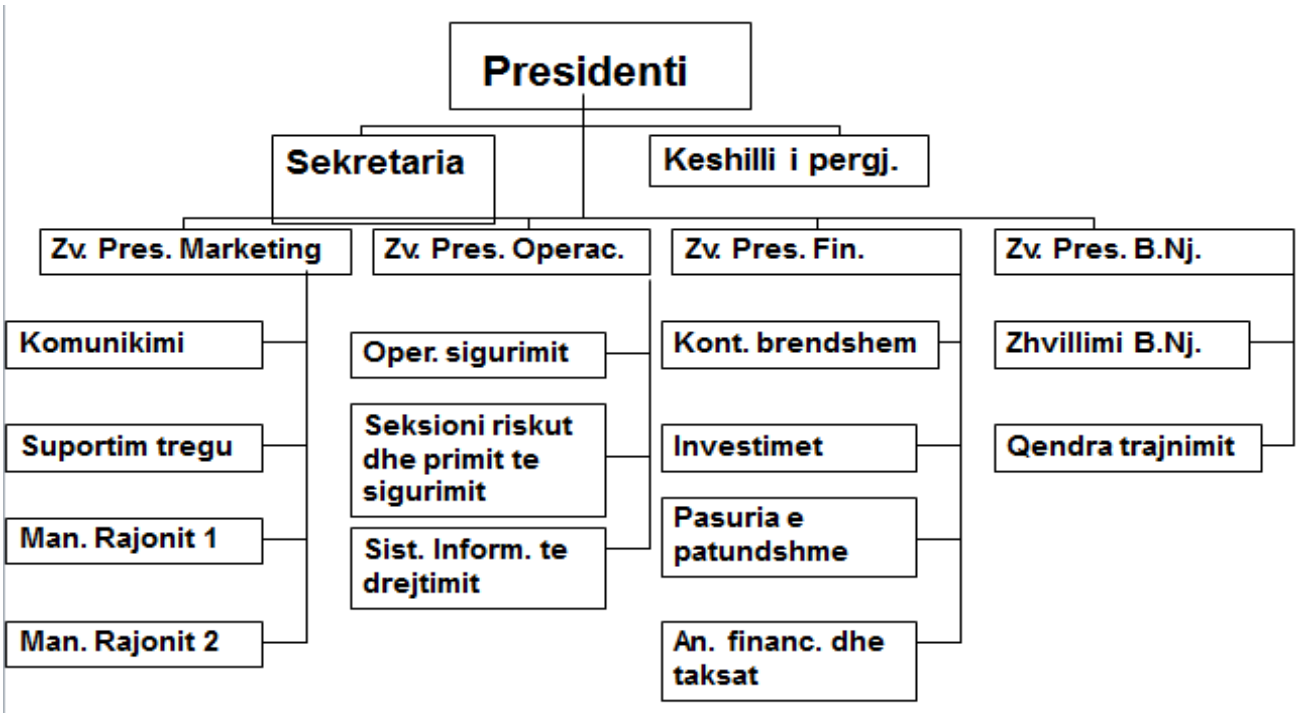


Figura. Karte organizative Vertikale per nje kompani sigurimesh

Departamentizimi

Perkufizim- grupimi i aktiviteteve ne menyre logjike.

Shembull -Fakulteti i Ekonomise:

- Departamentet – Finance,Kontabilitet, **Manaxhim,** Matematike, Ekonomiks, Marketing
- Seksionet- Administrim i Pergjithshem dhe Manaxhim, Operacionet, Burimet Njerezore.

Metodat e departamentizimit

Ndarja e organizates ne departamente behet sipas disa karakteristikave te caktuara, si vijon:

- Sipas funksionit,
- Sipas ndarjes gjeografike,
- Sipas produktit,
- Sipas klientit.

Zgjedhja e metodes se departamentizimit

Asnje metode nuk eshte me e mira dhe e zbatueshme ne çdo situate.

Ndikojne: puna dhe menyra e kryerjes se tyre, madhesia e organizates, njerezit, teknologjia, klientet, faktore te tjere te brendshem e te jashtem.

Do zgjidhet ajo metode depart. qe kontribuon me shume ne arritjen e objektivave.

Praktika e biznesit njeh mjaft shembuj te aplikimit te metodave mikse.

Mund te aplikohen dhe kombinime metodash te ndryshme. Per shembull, metoda funksionale me ate gjeografike, apo funksionale me te produktit e proçesit, etj.

Modelet e strukturave te organizimit

Nje strukture organizative varet gjeresisht nga ndryshimet ambjentale, ku ato vete varen nga kompleksiteti i ambjentit dhe nga ritmi i ndryshimeve. (Henry Mintzberg)

Jane identifikuar disa tipe baze te formave te organizimit ne lidhje me ndryshimet dhe kompleksitetin. Dy me te shpeshtat jane:

- Kur mjedisi i jashtem eshte stabel, organizata manifeston parimet e menaxhimit klasik/mekanistike, dhe karakterizohen nga linje e forte autoriteti dhe strukture hierarkike kontrolli (*Modeli burokratik i Eeber-it*).

- Kur mjedisi eshte dinamik, struktura e organizates eshte me fleksibel/organike dhe karakterizohen nga linja fluide komunikimi, decentralizim ne vendimmarrje, pak rregulla dhe nivele menaxhimi (*Modeli Neteork*).

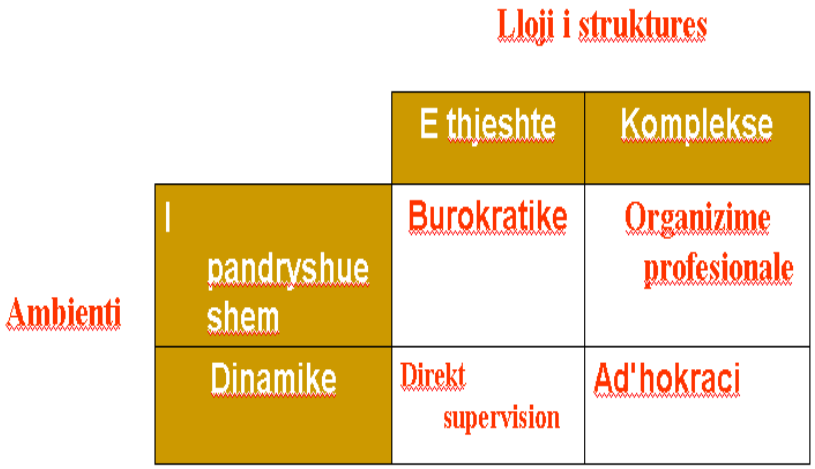


Figura. Modeli i organizimit

Ad'hokracia: nje sistem fleksibel dhe informal I organizimit dhe menaxhimit ne vend te burokracise rigide

Modelet e organizimit – Teoria klasike

Modeli burokratik i Max Eeber (1947) karakterizohet nga:

- *Ndarja e qarte e punes*
  - Ndarja e punes lidhet me specializimin dhe specializimi promovon kompetenca te caktuara.
- *Orientimi impersonal*
  - Vendimet bazohen ne fakte dhe jo ne ndjenja
- *Autoriteti - Sisteme i qarte Hirerarkik marredheniesh menaxher-vartes.*
  - Hierarkia promovon disiplinen zbatuese dhe koordinim.
- *Rregulla, politika dhe procedura specifike te formalizuara me shkrim*
  - Formalizimi siguron stabilitet dhe nje uniformitet ne sjellje.
- *Orientim karriere*
  - Emerimi ne pozita te ndryshme menaxheriale bazohet ne arritje, dhe kompetencen teknike

- *Eficienca*
    - Burokracia maximizon vendim marrjen racionale dhe eficencen administrative.

Modelet e organizimit – Teoria e sistemeve

Modeli i sistemeve (Ashby, Boulding, Rapaport) sugjeron se nje sistem:

- Perbehet nga pjese qe duhet te lidhen (direkt ose indirekt), perndryshe kemi te bejme me dy ose me shume sisteme te ndryshme;
- Eshte qartesisht i dallueshem (kane kufij);
- Mund te strehohet brenda nje sistemi tjeter dhe te mbivendoset me sisteme te tjera;
- Shkemben informacion dhe/ose materiale me mjedisin e jashtem;
- Perbehet nga procese qe transmetojne inputet ne outpute;
- Eshte dinamik, zhvillohet dhe evoluon;
- Eshte vete-rregullues, dmth vete-rregullohet npm feebackut;
- Shpesh perbehet nga entitete qe kerkojne ekuilibrin por mund te shfaqin sjellje oshiluese, kaotike ose eksponenciale.

Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

Teoria e kontingjences (Contingency theory), perfaqesuesi tipik i te ciles eshte Henry Mintzberg, dallon pese konfiguracione baze organizimi:

- Struktura e thjeshte (forma sipermarrese) – bazuar ne supervizimin direkt, celesi kupola strategjike;
- Burokracia e makinerise (mekanistike) – standardizimi i punes, celesi teknostruktura;
- Burokracia profesionale – standardizimi i aftesive, celesi kupola operacionale;
- Ad'hokracia (organizatat inovative) – bazuar ne rregullimin e perbashket, celesi Stafi suportive (kerkimi dhe zhvillimi, R&D);
- Forma divizionale (organizatat e diversifikuara) – standardizimi i outputeve, celesi vija e mesme.

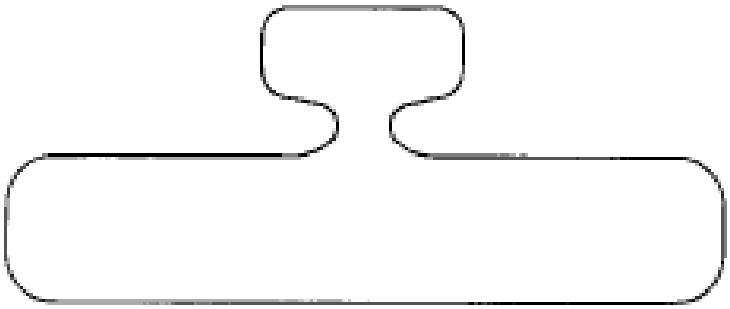


Figura. Struktura e thjeshte (forma sipermarrese) – bazuar ne supervizimin direkt, celesi kupola strategjike

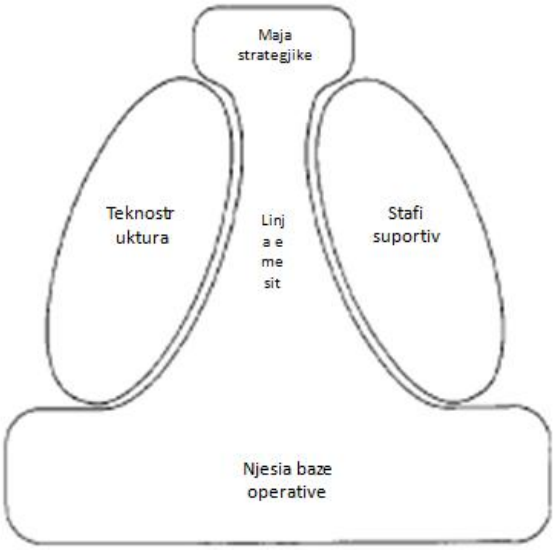


Figura. Burokracia mekanistike – standardizimi i punes, celesi teknostruktura

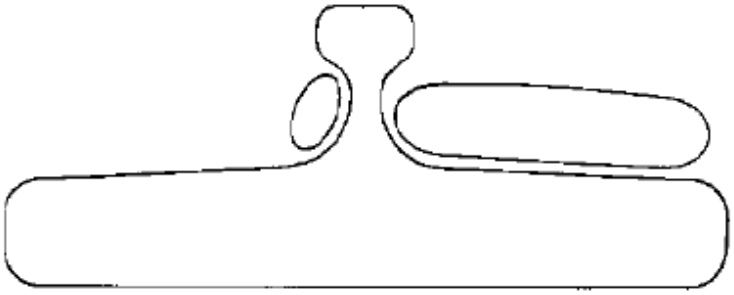


Figura. Burokracia profesionale – standardizimi i aftesive, celesi kupola operacionale

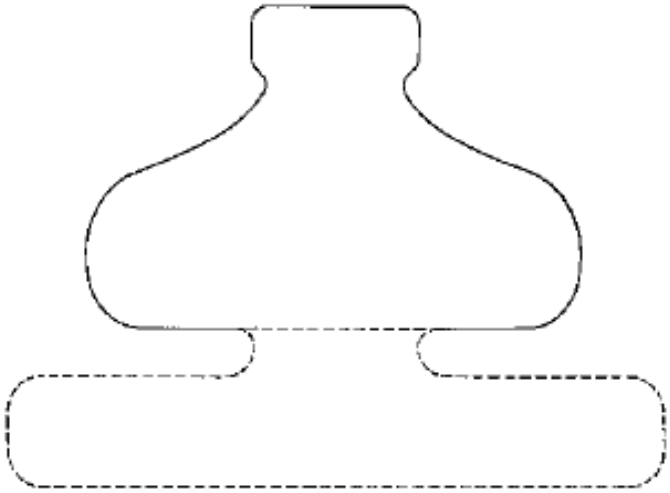


Figura. Ad'hokracia (organizatat inovative) – bazuar ne koordinimin e perbashket, celesi Stafi suportiv (kerkimi dhe zhvillimi, R&D)

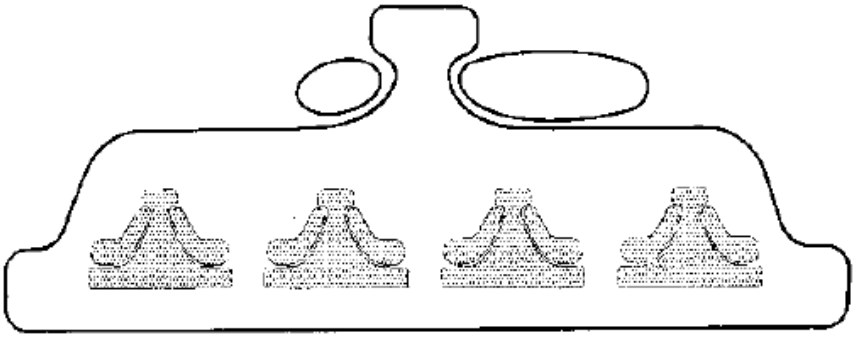


Figura. Forma divizionale (organizatat e diversifikuara) – standardizimi i outputeve, celesi vija e mesme

Mintzberg me vone sugjeroi edhe dy konfigurime te reja:

- Organizata misionare – bazuar ne standardizimin e normave, celesi eshte ideologjia, dhe
- Organizata politike – pa mekanizem primar koordinimi, pa celes.

Modele te tjera te organizimit perfshijne:

- Ndërveprimin;
- Teorine institucionale;
- Teorite (qasjet) post-moderne:
    - Teoria epistemologjike;
    - Teoria ontologjike

Ne vijim paraqitet nje diagrame lidhur me evolucionin dhe ndryshimin e teorive te organizatave pergjate kohes.

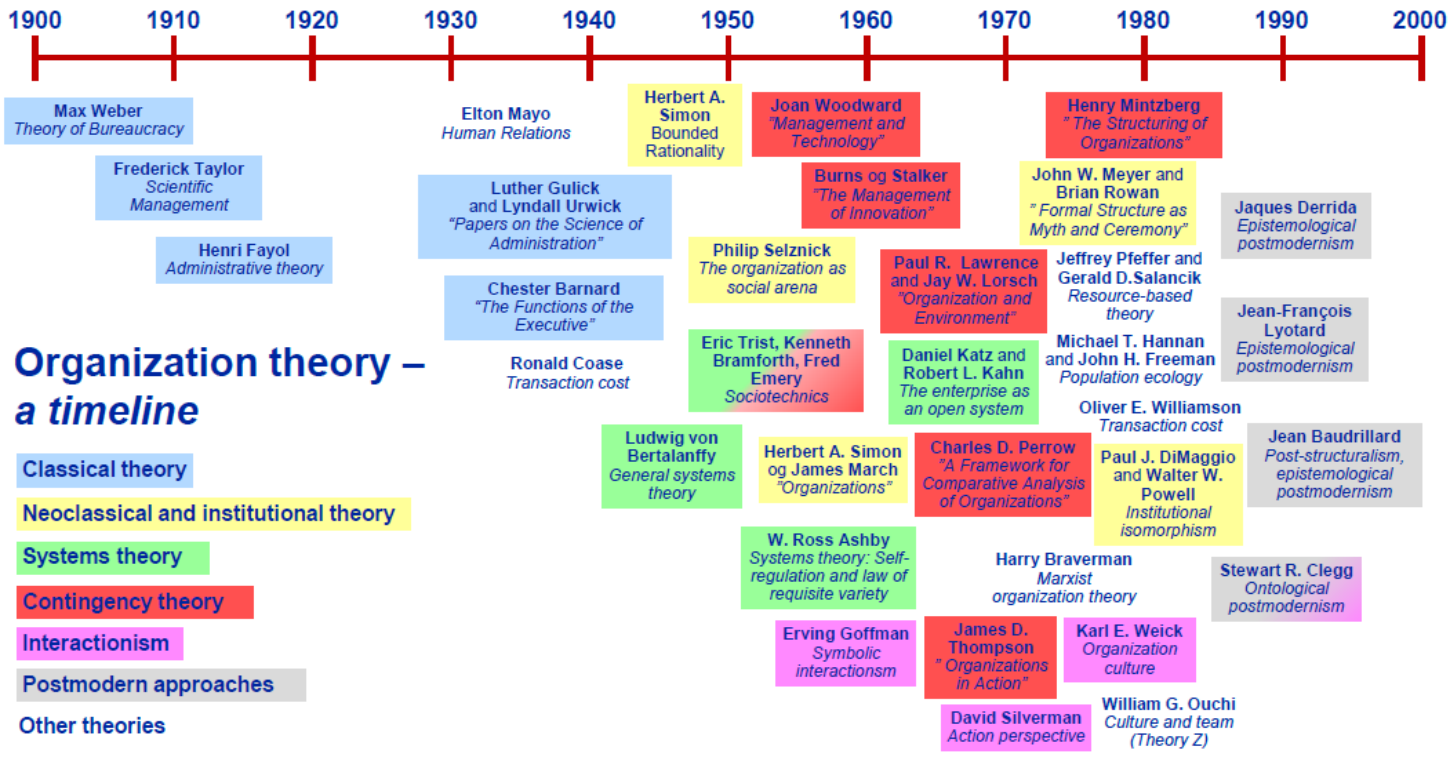


Figura. Teorite e organizatave dhe evolucioni i tyre ne kohe

Modeli burokratik piramidal

Figura ne vijim paraqet skemen e pergjithshme te modelit burokratik piramidal te menaxhimit te organizates.

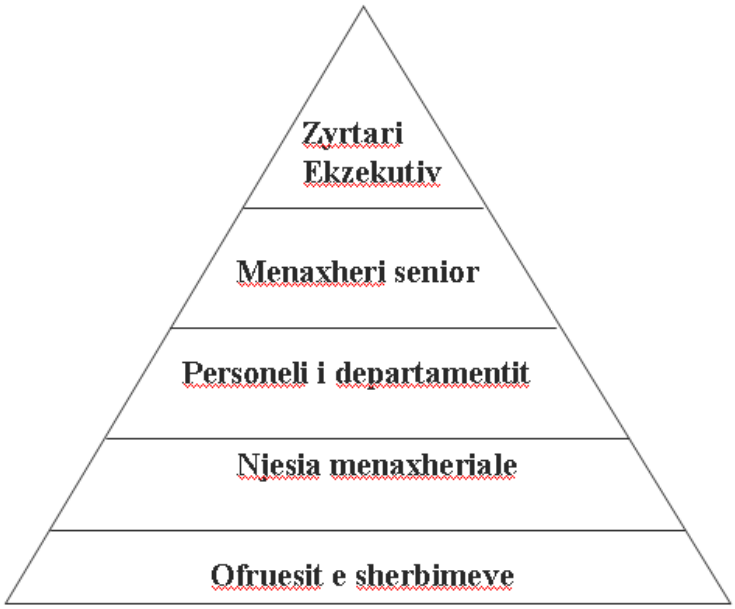


Figura. Modeli burokratik piramidal

Modeli burokratik - Disavantazhet

- Adaptohet me veshtiresi ndaj ndryshimeve te dinamikes se ambjentit te jashtem,p.sh ndryshimeve teknologjike etj
- Nuk i lejon njerezit te shfaqin iniciativen e tyre, pasi nuk shquhet per fleksibilitet ne krijimtari, ne inovacion, sidomos ne nivelet e uleta dhe te mesme.
- Komunikim i varfer dhe i ngadalte, per shkak te rregullave dhe hiererakise se transmetimit te informacionit.
- Specializmi i tepert i punonjesve i con ata ne perqendrimin drejt mjeteve, me shume se ne perfundimet qe duhet te arrijne.

Eeber-i u perqendrua tek fakti se sa racional ishte nje model i tille, por ai nuk studioi ineficiencen e tij.

Ky model perdoret me shume ne struktura qeveritare, ushtarake, prodhimi te madh.

Modeli neteork (Ad'hokracia)

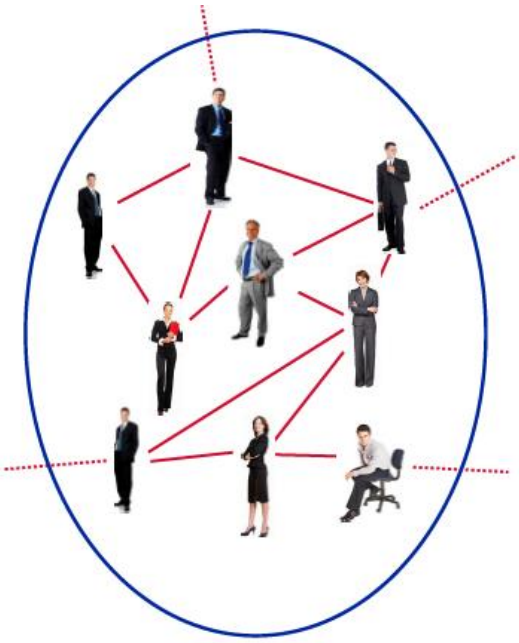
- Termi Ad’hokraci i referohet strukturave qe ne esence jane fleksibel, adaptive dhe lejojne zgjidhjen e nje problemi te caktuar nga grupe profesionistesh multidisiplinare ad’hoc.
- Ky model perdoret kryesisht nga firma te vogla por dhe te medha apo qeveritare per arritjen e disa qellimeve/ne komponente te caktuar. Psh ngritja e grupeve teknike nder disiplinare per programe te caktuara, konsulta me kolege te tjere…

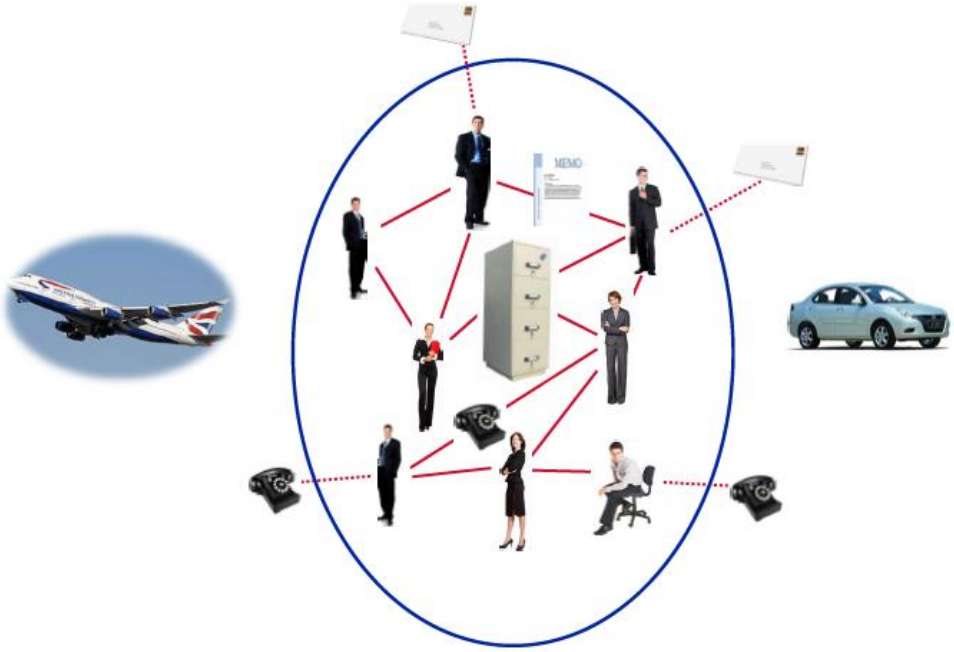
Karakteristikat e modelit neteork (ad’hokracia) jane:

- Ad’hokracia bazohet ne dhe i jep fuqi grupeve te Eksperteve per te arritur qellimet ne afate te shkurta apo te mesme– profesionistet i kane zhvilluar njohurite ne programe formale te trajnimit.
- Hierarkia e kalimit te informacionit per te kerkuar ndihme per ceshtje te ndryshme, nuk eshte pengese ne punen e tyre.
- Puna ne grup ne bazohet ne projekte, me nje besueshmeri ne marredheniet e tyre ne menyre qe te inkurajohen rregullimet e ndersjellta.
- Çelesi i mekanizmave te koordinimit eshte brenda dhe ndermjet grupeve te punes.
- Kur qellimi/produkti i kerkuar hidhet ne prodhim, atehere grupi rialokohet brenda struktures se firmes.

Cfare eshte nje organizate?

Nje organizate eshte nje njesi sociale qe ka nje qellim, strukture te caktuar dhe njohuri apo teknologji specifike per te prodhuar nje produkt apo per te ofruar nje sherbim.





Organizata si nje sistem

Organizata mund te mendohet si nje sistem i perbere nga disa pjese qe funksionojne si nje e tere per te arritur nje qellim te perbashket.

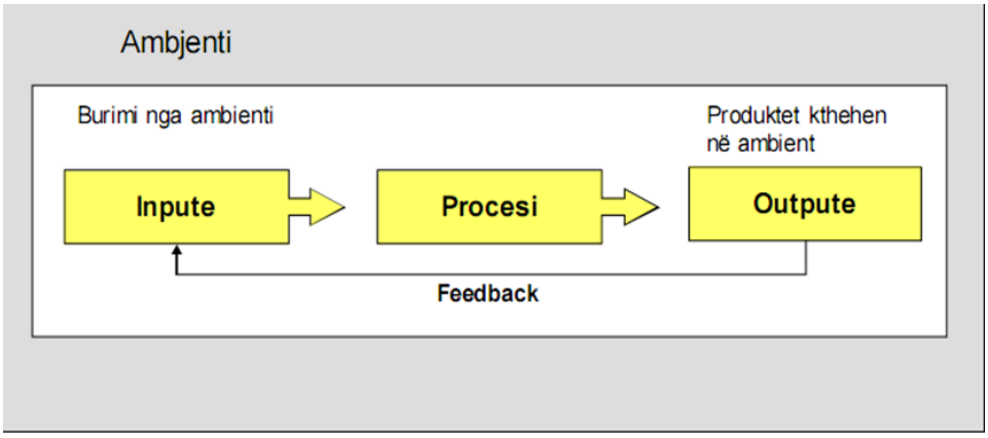


Figura. Organizata si nje sistem

Teoria e sistemeve

Organizata/menaxheri duhet te konsideroje bashkerendimin e proceseve ne menyre te tille qe burimet (inputet) te perdoren ne menyre efektive dhe eficente per te permbushur qellimet e organizates (outpute).

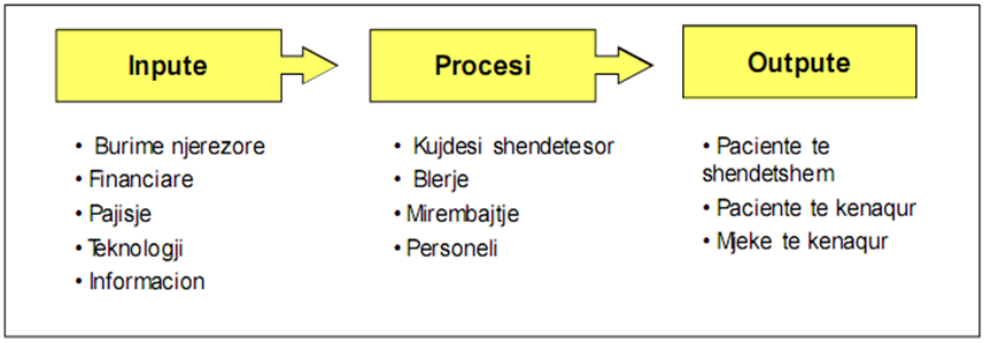


Figura. Bashkerendimi i proceseve ne organizate

Cfare eshte nje organizate?

Organizata dhe sistemet jane te nderlidhura – me te vertete, ato jane nje dhe e njejta gje!

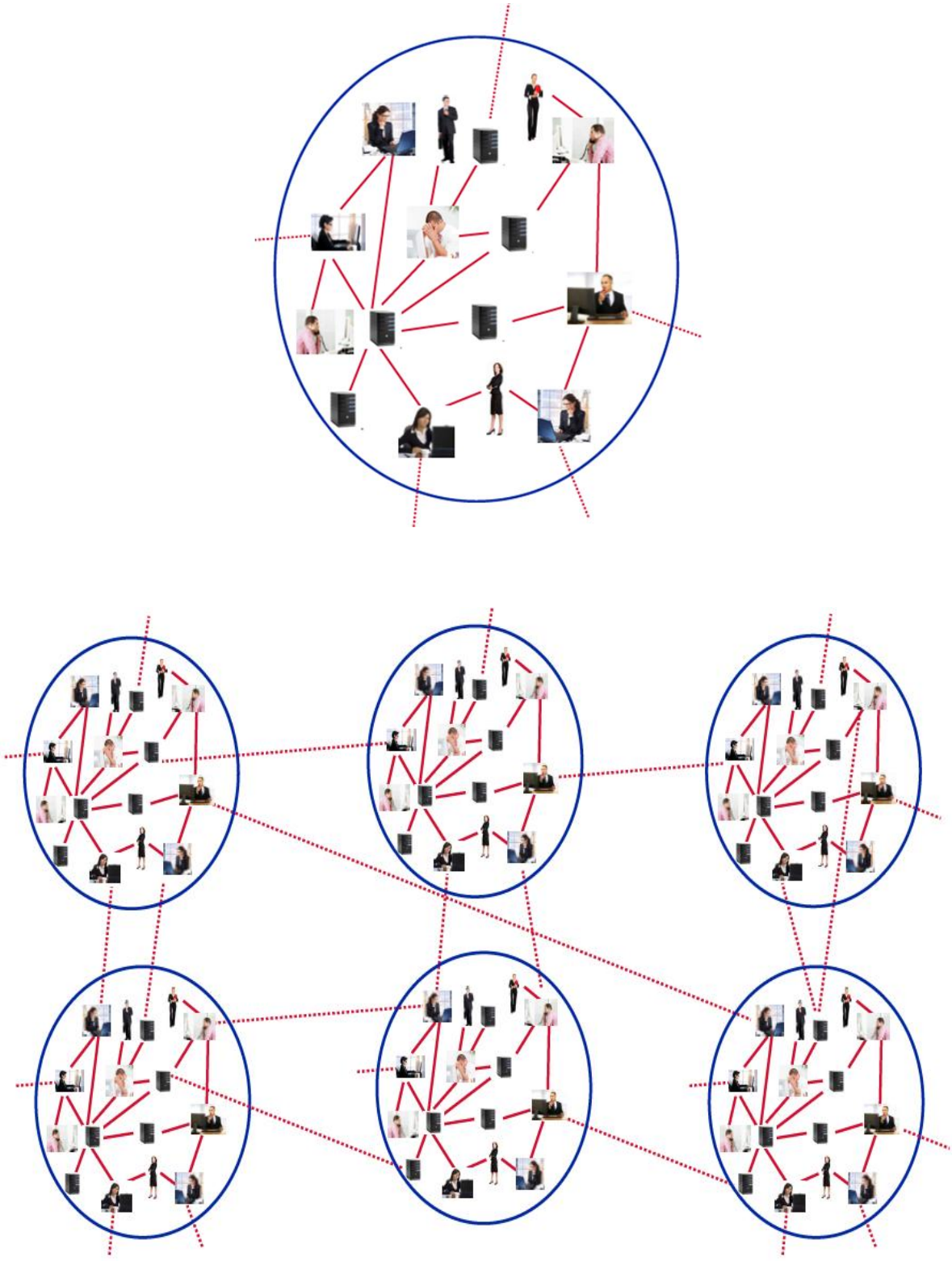


Figura. Organizatat dhe sistemet jane te nderlidhura

Ambjenti i jashtem

Te gjitha organizatat jane sisteme te hapura qe varen nga ambienti. Lenia ne harrese e ketij fakti mund te çoje ne deshtim.

Ambienti eshte faktori me influencen me te larte ne sjelljen organizative dhe performancen. Ai ka ndikim te dyanshem:

- Organizatat kane pergjegjesi sociale ndaj grupeve organizative dhe klienteve.
- Organizatat jane pergjegjese per punonjesit dhe perdorin keto pergjegjesi per te vleresuar performancen e tyre.

Influencat ambjentale

Te gjitha elementet jashte kufijve te organizates kane mundesi te nderhyjne te ajo.

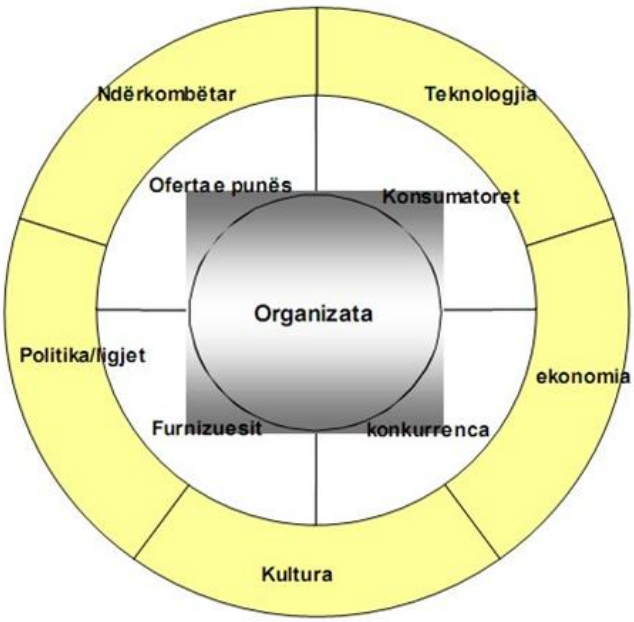


Figura. Influencat ambjentale ne organizate

Grupet organizative

Grupet Organizative perfaqesojne çdo grup brenda apo jashte organizates per te cilat ajo eshte pergjegjese.

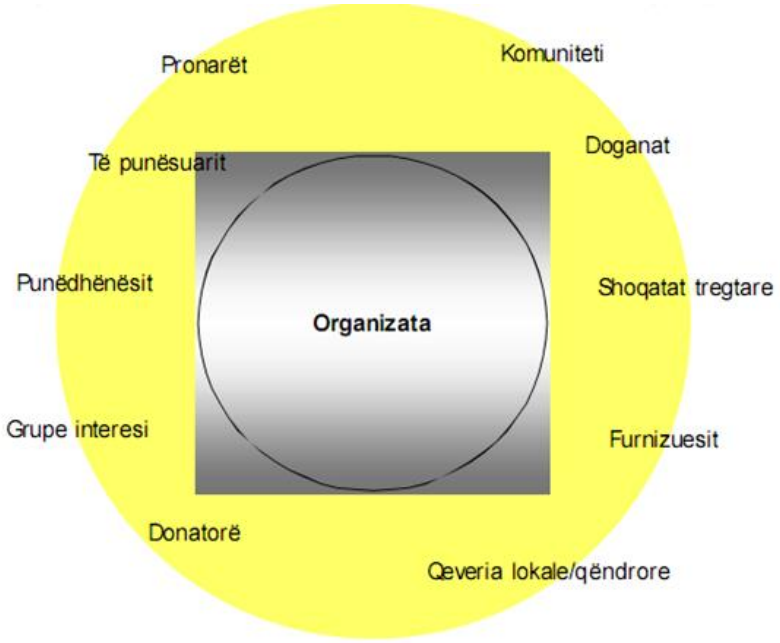


Figura. Grupet organizative te organizates

Performanca organizative

Pergjegjesia e menaxhereve eshte te arrijne outpute dhe performance te larte. Kjo performance matet me ane te treguesve te efektivitetit dhe efiçences.

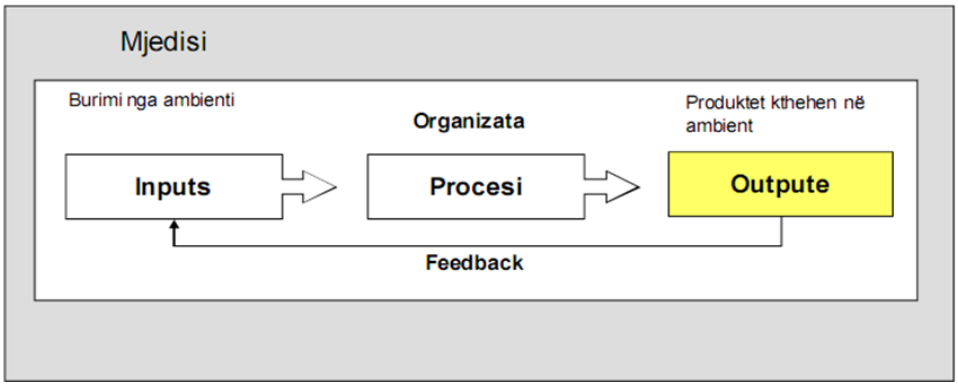


Figura. Performanca organizative

Produktiviteti

Produktiviteti eshte tregues i nje performance te mire dhe i rritjes ekonomike te nje organizate, ndaj cdo menaxher duhet te jete njeheresh ***efektiv*** dhe ***eficient.***

Produktiviteti eshte: marredhenia midis sasise dhe cilesise se produkteve apo sherbimeve te prodhuara dhe madhesise se burimeve te perdorura per realizimin e tyre.

Eficienca, efektiviteti

Eficienca: aftesia per te arritur rezultate te larta sasiore me minimumin e burimeve financiare, njerezore dhe kohore.

Eficienca lidhet me raportin e outputeve ndaj inputeve dhe flet per berjen e gjerave sic duhet.

Efektiviteti: aftesia per te zgjedhur objektivat e pershtatshme dhe mjetet e duhura per te arritur nje rezultat. Pra efektiviteti lidhet me berjen e gjerave qe duhen.

Eficienca, efektiviteti - shembull

Nje firme fiton 100.000 leke per nje investim prej 250.000 leke.

Nje firme tjeter fiton 100.000 leke per nje investim prej 300.000 leke.

Kush eshte me eficient?

Nese fitimi i pritshem ka qene 90.000 leke, ndersa u fituan 100.000 leke, performanca ishte efektive. Por duke krahasuar kostot 300.000 me 250.000, mund te themi se kompania qe harxhoi 300.000 leke ishte ineficiente.

Eficienca perkundrejt efektivitetit

Efektiviteti eshte shume me i rendesishem se eficienca, pavaresisht se te dyja jane te deshirueshme.

Firmat qe kane synim eficiencen mund te realizojne sasi me te medha prodhimi, por malli i tyre mund te mos jete i kerkuar ne treg. Ju takon menaxhereve te bejne zgjedhjen.

Pergjegjesia sociale ndaj ambjentit

Pergjegjesia sociale e nje organizate ndahet ne kater komponente:

- *Diskrete* - Vullnetare: ajo drejtohet nga deshira e organizates per te bere kontribute ne komunitet
- *Etike* - Nuk bazohet ne interesat ekonomike te organizates.
- *Ligjore* - bazohet ne çfare nje shoqeri quan si te pershtatshme per nje sjellje organizative.
- *Ekonomike* - Ka te beje me maksimizimin e fitimit

Metodat per te ruajtur pergjegjesine sociale

Metodat per te ruajtur pergjegjesine sociale te organizates perfshijne:

- **Audite** te brendshme apo te jashtme. Performanca organizative mund te vleresohet ne disa aspekte:
    - Nevojat e komunitetit
    - Minoritetet dhe grupet vulnerabile
    - Marredheniet dhe kenaqesite e te punesuarve
    - Siguria dhe shendeti i tyre
    - Siguria e produktit
- **Kodi i etikes** = Percakton vlerat e nje organizate ne nje Deklarate zyrtare.
- **Komiteti i etikes** = Nje grup njerezish te organizuar per te mbikqyrur etiken e aktivitetit

Drejtimi

Drejtimi/Stjuardshipi eshte etika/pergjegjesia ne procesin e planifikimit dhe menaxhimit te burimeve ne fusha te ndryshme te jetes.

Kur flasim per shendetin: Drejtimi eshte menaxhimi i kujdesshem dhe i pergjegjshem i mireqenies se popullates (sipas OBSH 2000).

Eshte funksion qe influencon ne te gjitha funksionet e tjera dhe ne arritjen e objektivave te sistemit.

Roli i stjuardshipit ka te beje me tri aspekte kryesore :

- *Formulim i politikave*
    - percakton vizionin dhe drejtim
    - percakton kriteret e perparesive
    - promovon politika te caktuara te sektoreve (advokaci intersektoriale)
- *Sigurim i rregullimit te nevojshem*
    - percaktim rregullash te drejta loje
    - mbrojtje e konsumatoreve
- *Vleresim i performances dhe shkembim i informacioni*
    - mbledhje te dhenash, analize dhe vleresim per performancen e funksioneve te tjera si financimi, prodhimi dhe blerja e sherbimeve, krijimi i burimeve.
    - hartim i drejtimeve strategjike

Kontrolli

Procesi i kontrollit konsiston ne realizimin e veprimeve te vazhdueshme te ndermarra nga

menaxheri per te:

- Percaktuar standartet e performances
- Matur performancen
- Krahasuar performancen me standartet
- Perdorur me efektivitet feedback-un duke bere korrigjimet e duhura.

Pra, *Feedback-u eshte nje mjet i fuqishem menaxhimi per te kontrolluar performancen.*

Percaktimi i standardeve te performances

- Menaxheri percakton shkallen e suksesit apo deshtimit, bazuar ne standartet e paracaktuara.
- Ai/ajo ben krahasimin e performances ne vite, per te pare trendin e ecjes se kompanise.
- Ai/ajo mund te beje krahasime edhe me kompani te tjera qe veprojne ne te njejten fushe.

Matja e performances

Ka dy menyra per te matur performancen e organizates:

- Menyra sasiore; dhe
- Menyra cilesore

Fazat e kontrollit

- Kontrolli i Inputeve
- Kontrolli i Procesit
- Kontrolli i Produktit final

Rendesia e kontrollit

Procesi i kontrollit mat dhe vlereson performancen organizative ne te gjithe komponentet e saj. Kontrolli duhet te jete:

- dinamik
- i vazhdueshem
- gjitheperfshires.

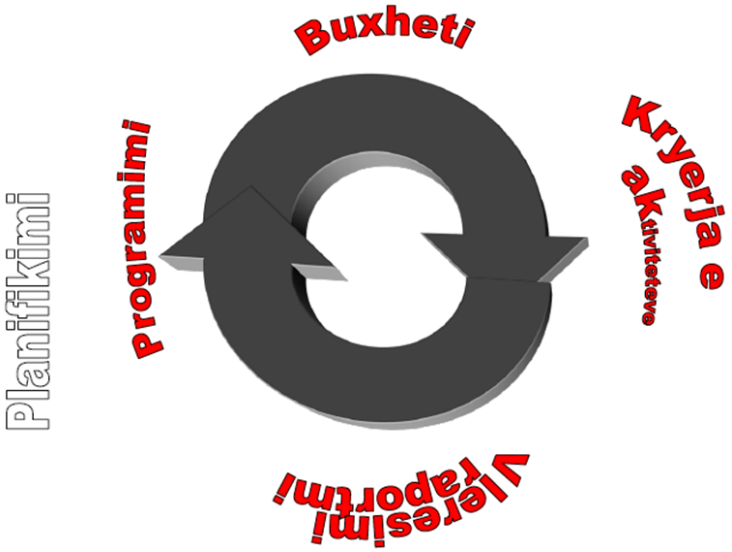


Figura. Fazat e kontrollit menaxherial

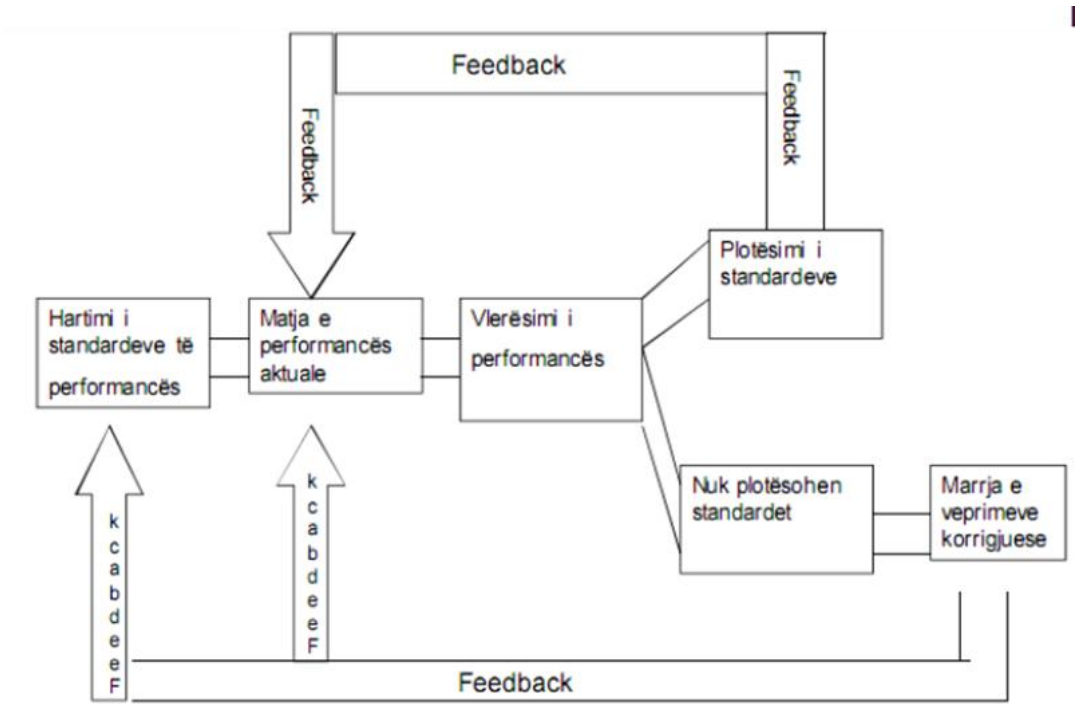


Figura. Procesi i kontrollit

Mesazhet kyce

Planifikimi, organizimi, drejtimi dhe kontrolli:

- Nuk jane procese te fragmentizuara apo racionale (ato nuk kane as fillim e as fund)
- Asnjera prej tyre nuk ka kuptim pa tjetren

Kontrolli menaxherial eshte bere per njerez te apasionuar dhe kurajoz!

Kontrolli menaxherial

Perkufizim: "kontrolli menaxhues funksionon si nje radar apo busull qe lajmeron per pengesat e mundshme ne rrugen per realizimin e objektivave, si dhe nese po devijojme nga rruga e duhur".

Hierarkia e menaxhimit

Hierarkia e menaxhimit (Figura ne vijim) paraqet nivelet e menaxhimit te organizates. Ato permblidhen si vijon:

- **Niveli i larte i menaxhimit** ka si pergjegjesi hartimin e planeve afatgjata, marrjen e vendimeve apo formulimin e politikave qe ndikojne ne te gjitha aspektet e organizates. (pronari/drejtori/rektori)
- **Niveli i mesem i menaxhimit** perfshin te gjithe menaxheret e nivelit te dyte qe jane pergjegjes per hartimin e planeve te detajuara dhe te procedurave per realizimin e planeve te pergjithshme te projektuara nga menaxheret e nivelit te larte. (menaxheri i Depart. te prodhimit/Shefi i sherbimit/dekani)
- **Niveli i ulet i menaxhimit** ka si pergjegjesi menaxhimin e punonjesve te cilet kryejne operacionet baze te organizates, pra pjesen me te veshtire te menaxhimit. (Menaxheri i shitjeve/shefat e klinikes/Departamenteve)

Figura. Hierarkia e menaxhimit

Rolet dhe aftesite e menaxherit – Menaxheret sot

Sot menaxheret perfaqesojne nje profesion me vete, duke luajtur role dhe funksione te shumta ne te mire te organizates. Sot keta profesioniste quhen me termin “menaxheret e rinj”. Po pse linden menaxheret e rinj?

Disa nga arsyet listohen ne vijim:

- Konkurence e ashper;
- Mjedis dinamik dhe veshtiresi per te parashikuar ndryshimet dhe te ardhmen;
- Teknologji me e sofistikuar;
- Nevoje e larte per kreativitet;
- Qendrim kritik i opinionit publik (rrit pergjegjshmerine sociale);
- Presion gjithme e me i larte edhe nga ligjvenesit;
- Pritshmeri te larta per performancen e punonjesve dhe rritje e nevojes per motivim te tyre;
- Nevoja per individe te afte per te qene fleksibel, te adaptueshem, eficiente dhe njohes te mire te sistemeve te sofistikuara te informacionit.

Ndonese eshte epoka e “makinerive inteligjente”, serisht burimet njerezore jane te pazevendesueshme. Ne kete kontekst duhen ndryshuar menyrat e menaxhimit te punes, duke e transferuar vendimmarrjen deri tek punetoret dhe duke nxitur punen ne ekip. Edhe termi

"*menaxher*" po zevendesohet me "*koordinator*" apo "*udheheqes ekipi*".

Modeli me i preferuar i menaxhereve sot eshte ai i *Menaxherit Ndihmues* dhe *suportiv*, dhe me pak ai i menaxherit urdher-dhenes (koncepti i "Piramides se permbysur", shif Figuren ne vijim).

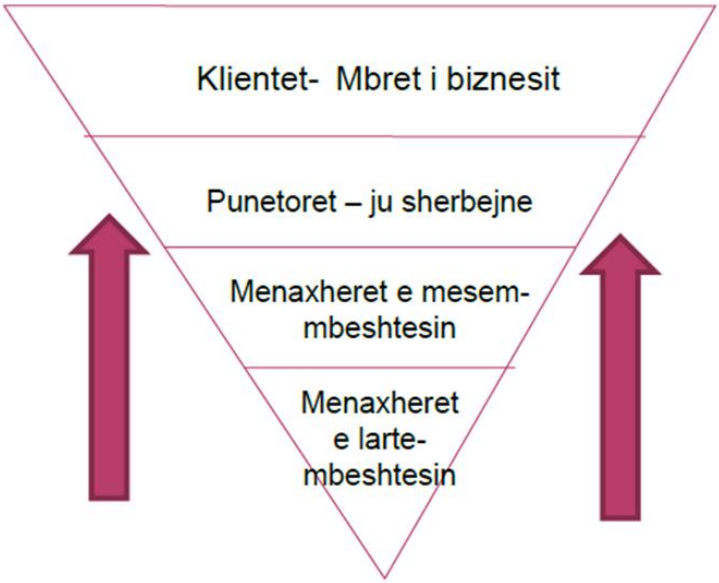


Figura. Pamja e "Piramides se permbysur" ne nje organizate biznesi

Menaxheret e suksesshem

Tiparet e perbashketat e menaxhereve te suksesshem jane:

- Njohin mire nevojat e klienteve te tyre
- Te prirur drejt veprimit
- Nxisin sipermarrjen dhe autonomine e menaxhereve
- Rrisin produktivitetin duke iu pershtatur nevojave dhe aftesive te stafit
- Inkurajohen nga filozofia e lidereve te organizates
- Perqendrohen ne ate biznes qe njohin me mire.
- Kane strukture organizative me numer optimal njerezish e nivelesh
- Organizohen ne menyre te centralizuar apo te decentralizuar ne perputhje me ate qe eshte e pershtatshme per to.

Rolet e menaxherit

Menaxheret kryejne dhjete role te cilat klasifikohen ne tre grupe:

1. **Role nderpersonale**

- Figure qendrore
- Lider
- Nderlidhes

2. **Role informues**
    - Monitorues (vezhgues)
    - Shperndares
    - Zedhenes

3. **Role vendimore**
    - Sipermarres
    - Trajtues i konflikteve
    - Shperndares i burimeve
    - Negociator

1. Rolet nderpersonale

- *Figure qendrore*, ai bashkevepron me te tjeret, neshkruan kontrata, kryen detyrat ceremoniale, merr pjese ne ngjarje te rendesishme (inaugurime) etj. Ky rol nuk ka lidhje me marrjen e vendimeve.
- *Roli i Liderit***,** eshte i nje rendesie te vecante dhe shfaqet ne maredheniet midis menaxherit dhe vartesve te tij. Menaxheri merr ne pune, kualifikon, motivon apo pushon nga puna vartesit. Ka ne baze vendim marrjen.
- *Roli Nderlidhes* ndermjet njesive te se njejtes organizate, apo midis organizates se tij dhe organizatave te tjera, organeve qeveritare, klienteve, furnitoreve, etj. Lidhjet qe krijon duhet te kene ne baze interesin e kompanise.

2. Rolet informuese lidhjen me marrjen dhe transmetimin e informacionit:

- *Roli Monitorues (Vezhgues),* menaxheri vrojton gjithcka ndodh ne organizate dhe mbledh informacione nga publikime, gazeta, etj
- *Roli Shperndares***,** konsiston ne shperndarjen e informacionit te duhur per individet dhe nenpunesit qe punojne ne organizate.
- *Roli Zedhenes***,** menaxheri perfaqeson organizaten para grupeve te ndryshme si organet e shtypit, institucionet qendrore, publiku, etj.

3. Rolet vendimmarrese lidhen me marrjen e vendimeve

- **Roli i Sipermarresit**, ku menaxheri analizon dhe percakton oportunitetet qe i ofrohen kompanise dhe e udheheq ate. Ne kete rol menaxheri hedh ide te reja.

- **Trajtues i konflikteve te ndryshme,** menaxheri merr persiper te identifikoje dhe zgjidhe konflikte me aktore te ndryshem, brenda dhe jashte organizates.
- **Shperndares/alokator,** merr vendime per shperndarjen e burimeve njerezore, materiale dhe financiare**.**
- **Negociator,** konsiston ne hartimin e kontratave te punesimit, shitblerjes apo marreveshjeve te kompanise me te tjere, duke mbrojtur interesat e saj.

Rolet e menaxherit (permbledhje)

Menaxheri duhet te marre persiper role te ndryshme, qe te permbushe detyrat e tij. Tabela ne vijim paraqet nje permbledhje te ketyre roleve dhe aktiviteteve perkatese.

Tabela. Rolet dhe aktivitetet perkatese te menaxhereve

Nr.	Roli	Aktiviteti
1	Lider	Drejton dhe motivon stafin, trainimin, keshillimin
2	Nderlidhes	Pergjigjet per marredheniet ndermjet kontakteve te brendshme dhe te jashtme
3	Pergjegjes	Pergjigjet per sherbimin ndaj konsumatorit dhe ate ligjor
4	Monitorues	Monitoron aktivitetet e organizates
5	Komunikues /shperndares	Jep informacionin brenda organizates
6	Zedhenesi	Perfaqeson organizaten tek te tretet
7	Sipermarres	Ndermerr projekte permiresimi; identifikon ide dhe mundesi te reja
8	Negociator	Perfaqeson organizaten ne bisedime
9	Ndermjetes	Zgjidh konfliktet
10	Bashkerendues	Ben buxhetin, vendos perparesite

Duhet te mbahet parasysh fakti qe *menaxheret nuk lindin menaxhere*!

Zhvillimi dhe permiresimi i aftesive personale, perfitimi i njohurive te reja si dhe pervojat e reja *formojne bazen* per nje menaxher.

Aftesite menaxhuese qe i nevojiten nje menaxheri te suksesshem

Per te realizuar detyrat e kerkuara te planifikimit, organizimit, drejtimit dhe kontrollit njE menaxher duhet te kete aftesite e meposhtme:

- **Aftesite teknike** i duhen kryesisht menaxherit te niveleve te ulta per te kryer detyra te specializuara ne organizate dhe lidhen me njohjen e detajuar te proceseve, pasi ai duhet te udhezoje/trajnoje punonjesit per punen .
- **Aftesite nderpersonale apo humane,** i duhen kryesisht menaxherit te niveleve te ulta dhe te mesme. Ato lidhen me punen efektive qe menaxheri duhet te beje me njerezit per t' i motivuar dhe duke komunikuar ne menyre qe te zgjidhe konfliktet ne menyre sa me racionale.
- **Aftesite konceptuale** jane ato aftesi qe i duhen menaxherit te nivelit te larte ne fazen e Planifikimit strategjik afatgjate, per ta pare organizaten si nje te tere, te kuptoje marrdheniet midis forcave te ndryshme dhe te njohe nderveprimin e faktoreve qe ndikojne mbi organizaten.
- **Aftesite diagnostikuese** jane ato aftesi qe i duhen menaxhereve per te identifikuar dhe kuptuar situatat e ndryshme, psh cilesia e ulet e nje produkti. Me pas identifikon shkakun dhe merr masat per eliminimin e tij.

Ne perfundim, disa karakteristika te mira menaxheriale perfshijne:

- Pergjegjesia ne pune;
- Qendrimi pozitiv;
- Aftesia per te prioritizuar;
- Ngrohtesia dhe kompetenca;
- Empatia;
- Llogaridhenia;
- Ndershmeria;
- Durimi;
- Besnikeria;
- Besimi ndaj te tjereve;
- Respekt ndaj partnereve;
- Aftesi komunikuese;
- Respekt pavaresisht pozicionit;
- Aftesi per te menaxhuar stresin;
- Aftesi per vete-kritike.

Referencat

1. Chinitz D, Cohen J (eds.). Governments and health systems. Implications of differing involvements. Wiley & Sons. 1998.

2. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

3. Mintzberg's organizational configurations. Understanding the structure of your organizations. E disponueshme ne: https://www.mindtools.com/pages/article/newSTR_54.htm.

4. Pollitt C. The Essential Public Manager (Public Policy and Management). Open University Press, Maidenhead, Philadelphia. 2003.

Leksioni 6

Organizatat, Organizimi, Menaxhimi

Përmbajtja

1. Procesi i organizimit dhe modelet
2. Organizatat
3. Drejtimi
4. Kontrolli
5. Rolet dhe aftesite menaxheriale

Arsyeja kryesore per ekzistencen e cdo organizate

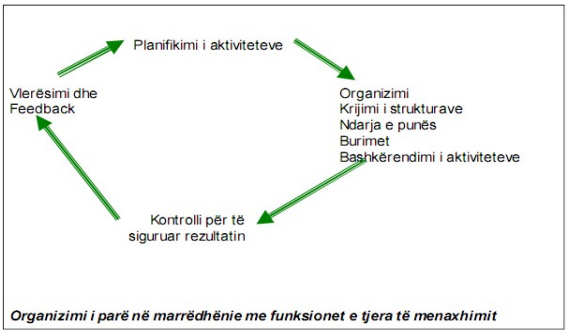
- Detyra teper te medha per nje person duhet te **ndahen** ne detyra me te vogla te cilat jane te pershtatshme (mund te behen) nga nje person.
- Per shkak se disa njerezit duhet te bashkepunojne, atehere duhet **koordinim** ne menyre qe puna e gjithesecilit te perkoje me pikturen e madhe.
- Qe ketej lind pjesa me e madhe e sfidave te organizimit. ***Henry Mintzberg***

Funksioni menaxherial i organizimit

Përkufizim- "organizimi është funksioni manaxherial me anë të të cilit manaxherët synojnë kombinimin e përpjekjeve të të gjithë individëve për arritjen e objektivave, nëpërmjet projektimit të strukturës së detyrave dhe marrëdhënieve të autoritetit".

Organizimi shërben si skeleti mbi të cilin ndërtohet i gjithë manaxhimi i organizatës.

Organizimi dhe funksionet e tjera menaxheriale



Organizimi i parë në marrëdhënie me funksionet e tjera të menaxhimit

Funksioni menaxherial i organizimit

Të organizosh do të thotë t'u japësh përgjigje pyetjeve:

- Cilat janë detyrat specifike për realizimin e planeve?
- Cilat jane pozitat e nevojshme për realizimin e planeve?
- Cilat metoda duhen përdorur për grupimin e aktiviteteve?
- Sa nivele manaxhimi duhet të ketë organizimi dhe sa vartës duhet të ketë çdo menaxher me qëllim që puna të kryhet me efektivitet?
- Si mund te koordinohet në mënyrë sa më efektive puna e njerëzve dhe rezultatet e aktiviteteve?

Procesi i organizimit dhe parimet e tij

+ Unitetet i objektivave
  - Cdo nendarje organizative duhet te kontribuoje pozitivisht ne arritjen e objektivave te pergjithshme te firmes.
+ Profilizimi
  - Aktivitetet qe kryhen nga nje individ duhet te kufizohen sa me shume qe te jete e mundur
+ Koordinimi
  - Koordinimi efektiv i perpjekjeve dhe i punes se te gjithe anetareve te firmes con ne realizim te suksesshem.

Procesi i organizimit dhe parimet e tij

+ Zinxhiri i komandes
  - Ky parim zbatohet nepermjet nje serie marrdheniesh epror vartes sipas hirerakise se drejtimit. Ky parim presupozon qe cdo vartes duhet te kete nje epror, ne rast te kundert do te krijohej konflikt.
+ Delegimi
  - Ka dy forma delegimi: te autoritetit dhe te detyrave. Detyrat/autoriteti duhet qe te delegohen per aq sa te eshte e mundur, ne nivele me te ulta te menaxhimit, duke pasur te qarta limitetet dhe duke vene gjithnje ne dijeni liderin.

Procesi i organizimit dhe parimet e tij

+ Diapazoni i menaxhimit
  - Cdo organizate duhet te percaktoje numrin e vartesve qe mund te drejtoje me efektivitete nje menaxher.
+ Pergjegjesia
  - Pergjegjesia e vartesve para eprorit per autoritetin/detyren e deleguar eshte absolute. Njekohesisht edhe eprori eshte pergjegjes per veprimet e vartesve.

Procesi i organizimit dhe parimet e tij

Teoria e organizimit

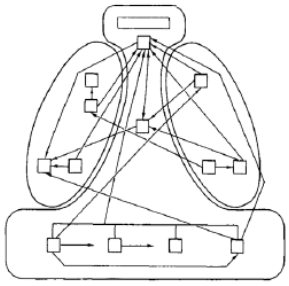
+ Organizimi formal
+ Organizimi informal

Organizimi informal

Organizimi Informal– konsiderohet si **rrjeti i komunikimeve jo zyrtare në organizatë.**

+ Organizimi informal përfshin aktivitete të ndryshme të individëve që ndikojnë mbi rezultatet e përbashkëta.
+ Ekziston në çdo organizatë.
+ Shpesh përdoret më shumë nga manaxherët për të komunikuar me vartësit sesa organizimi formal.
+ Duhet te jete plotësues dhe jo zëvendësues i organizimit formal.

Organizimi informal – rrjedha e autoritetit informal

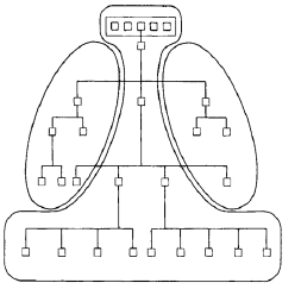


Organizimi formal

Organizimi formal– rrjeti i komunikimeve në org; kanalet zyrtare (formale) nëpërmjet të cilave kalon informacioni

+ Shoqërohet me formalizim (burokraci e tepruar, humbje e iniciatives ne situata te paparashikuara), pra pak fleksibilitet
+ Ka shumë rëndësi gjetja e pikës së ekuilibrit mes dy formave te organizimit.

Organizimi formal – rrjedha e autoritetit formal



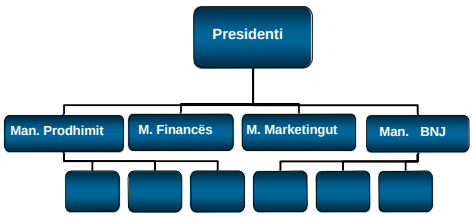
Organizimi formal

Karta organizative (organigrama): paraqitje grafike e marrëdhënieve formale që egzistojnë brenda organizates, relacioneve kryesore te tyre, linjen kryesore te komunikimit dhe rrjedhen e autoritetit e te pergjegjesise pergjate niveleve te hierarkise se drejtimit.

Kartat organizative janë:
- Horizontale;
- Vertikale;
- Koncentrike.

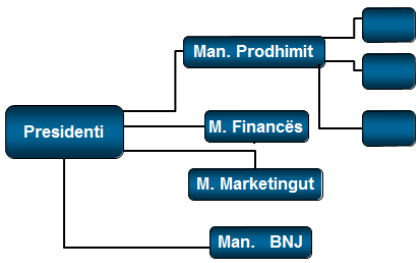
Organizimi formal

Karta organizative vertikale:



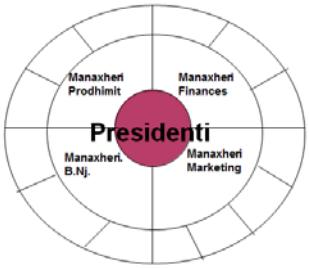
Organizimi formal

Karta organizative horizontale:

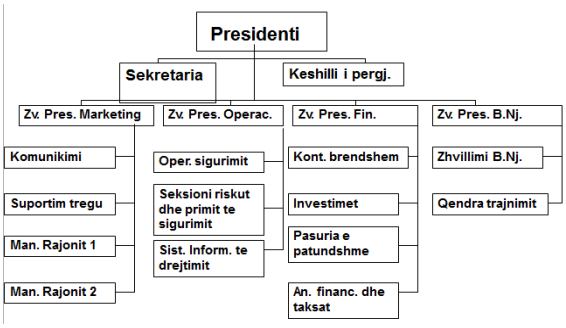


Organizimi formal

Karta organizative koncentrike:



Organizimi formal - Kartë organizative Vertikale për një kompani sigurimesh



Departamentizimi

Përkufizim- grupimi i aktiviteteve në mënyrë logjike.

Shembull -Fakulteti i Ekonomisë;

Departamentet – Financë,Kontabilitet, **Manaxhim,** Matematike, Ekonomiks, Marketing,

Seksionet- Administrim i Përgjithshëm dhe Manaxhim, Operacionet, Burimet Njerëzore.

Metodat e departamentizimit

- **Sipas funksionit,**
- **Sipas ndarjes gjeografike,**
- **Sipas produktit,**
- **Sipas klientit.**

Zgjedhja e metodës së departamentizimit

- Asnje metode nuk eshte me e mira dhe e zbatueshme ne çdo situate.
- Ndikojne: puna dhe menyra e kryerjes se tyre, madhesia e organizates, njerezit, teknologjia, klientet, faktore te tjere te brendshem e te jashtem.
- Do zgjidhet ajo metode depart. qe kontribuon me shume ne arritjen e objektivave.
- Praktika e biznesit njeh mjaft shembuj te aplikimit te metodave mikse.
- Kombinime metodash – psh funksionale me gjeografike, apo funksionale me të produktit e proçesit etj.

Modelet e strukturave te organizimit

- Nje strukture organizative varet gjeresisht nga ndryshimet ambjentale, ku ato vete varen nga kompleksiteti i ambjentit dhe nga ritmi i ndryshimeve. (**Henry Mintzberg)**
- Jane identifikuar disa tipe baze te formave te organizimit ne lidhje me ndryshimet dhe kompleksitetin. Dy me te shpeshtat:
  - Kur mjedisi i jashtem eshte stabel, organizata manifeston parimet e menaxhimit klasik/mekanistike, dhe karakterizohen nga linje e forte autoriteti dhe strukture hierarkike kontrolli **(Modeli burokratik i Weber-it).**
  - Kur mjedisi eshte dinamik, struktura e organizates eshte me fleksibel/organike dhe karakterizohen nga linja fluide komunikimi, decentralizim ne vendimmarrje, pak rregulla dhe nivele menaxhimi **(Modeli Network).**

Modeli i organizimit

Lloji i struktures

Ambienti	E thjeshte	Komplekse
I pandryshue shem	Burokratike	Organizime profesionale
Dinamike	Direkt supervision	Ad'hokraci

Ad'hokracia: nje sistem fleksibel dhe informal I organizimit dhe menaxhimit ne vend te burokracise rigide

Modelet e organizimit – Teoria klasike

Modeli burokratik i Max Weber (1947) karakterizohet nga:

+ **Ndarja e qarte e punes**
  - Ndarja e punes lidhet me specializimin dhe specializimi promovon kompetenca te caktuara.
+ **Orientimi impersonal**
  - Vendimet bazohen ne fakte dhe jo ne ndjenja
+ **Autoriteti** - Sisteme i qarte Hirerarkik marredheniesh menaxher-vartes.
  - Hierarkia promovon disiplinen zbatuese dhe koordinim.
+ **Rregulla, politika dhe procedura specifike te formalizuara me shkrim**
  - Formalizimi siguron stabilitet dhe nje uniformitet ne sjellje.
+ **Orientim kariere**
  - Emerimi ne pozita te ndryshme menaxheriale bazohet ne arritje, dhe kompetencen teknike
+ **Eficienca**
  - Burokracia maximizon vendim marrjen racionale dhe eficencen administrative.

Modelet e organizimit – Teoria e sistemeve

Modeli i sistemeve (Ashby, Boulding, Rapaport) sugjeron se sistemi:

- Perbehet nga pjese qe duhet te lidhen (direkt ose indirekt), perndryshe kemi te bejme me dy ose me shume sisteme te ndryshme;
- Eshte qartesisht i dallueshem (kane kufij);
- Mund te strehohet brenda nje sistemi tjeter dhe te mbivendoset me sisteme te tjera;
- Shkemben informacion dhe/ose materiale me mjedisin e jashtem;
- Perbehet nga procese qe transmetojne inputet ne outpute;
- Eshte dinamik, zhvillohet dhe evoluon;
- Eshte vete-rregullues, dmth vete-rregullohet npm feebackut;
- Shpesh perbehet nga entitete qe kerkojne ekuilibrin por mund te shfaqin sjellje oshiluese, kaotike ose eksponenciale.

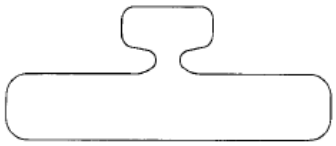
Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

Teoria e kontingjences (Contingency theory), perfaqesuesi tipik i te ciles eshte Henry Mintzberg, dallon pese konfiguracione baze organizimi:

- *Struktura e thjeshte* **(forma sipermarrese) – bazuar ne supervizimin direkt, celesi kupola strategjike;**
- *Burokracia e makinerise* **– standardizimi i punes, celesi teknostruktura;**
- *Burokracia profesionale* **– standardizimi i aftesive, celesi kupola operacionale;**
- *Ad'hokracia* **(organizatat inovative) – bazuar ne rregullimin e perbashket, celesi Stafi suportive (kerkimi dhe zhvillimi, R&D);**
- *Forma divizionale* **(organizatat e diversifikuara) – standardizimi i outputeve, celesi vija e mesme.**

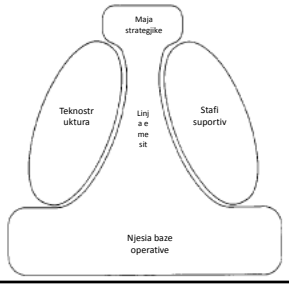
Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

- **Struktura e thjeshte (forma sipermarrese) – bazuar ne supervizimin direkt, celesi kupola strategjike**



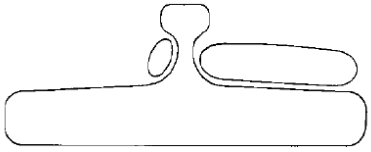
Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

- **Burokracia e makinerise – standardizimi i punes, celesi teknostruktura**



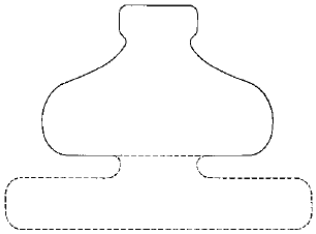
Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

- **Burokracia profesionale – standardizimi i aftesive, celesi kupola operacionale**



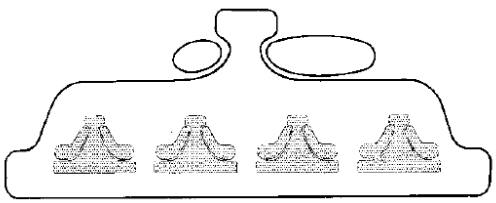
Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

- **Ad'hokracia (organizatat inovative) – bazuar ne koordinimin e perbashket, celesi Stafi suportiv (kerkimi dhe zhvillimi, R&D)**



Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

- **Forma divizionale (organizatat e diversifikuara) – standardizimi i outputeve, celesi vija e mesme**



Modelet e organizimit – Teoria e kontingjences

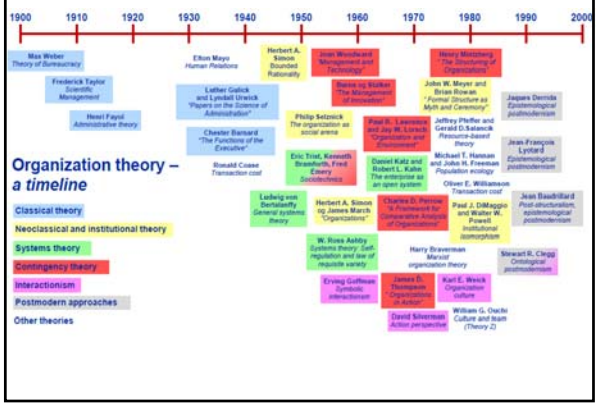
Mintzberg me vone sugjeroi edhe dy konfigurime te reja:

- *Organizata misionare* - **bazuar ne standardizimin e normave, celesi eshte ideologjia, dhe**
- *Organizata politike* - **pa mekanizem primar koordinimi, pa celes**

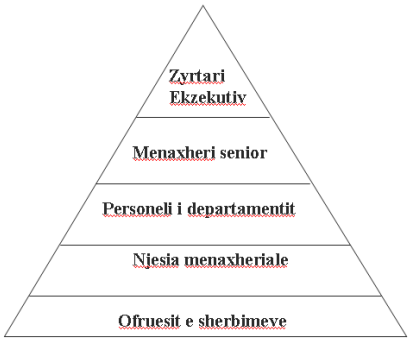
Modelet e organizimit – Modele te tjera

Modele te tjera te organizimit perfshijne:

- **Nderveprimin;**
- **Teorine institucionale;**
- **Teorite (qasjet) post-moderne:**
  - **Teoria epistemologjike;**
  - **Teoria ontologjike**



Modeli burokratik piramidal



Modeli burokratik

+ *Disavantazhet*
  - Adaptohet me veshtiresi ndaj ndryshimeve te dinamikes se ambjentit te jashtem,p.sh ndryshimeve teknologjike etj
  - Nuk i lejon njerezit te shfaqin iniciativen e tyre, pasi nuk shquhet per fleksibilitet ne krijimtari, ne inovacion, sidomos ne nivelet e uleta dhe te mesme.
  - Komunikim i varfer dhe i ngadalte, per shkak te rregullave dhe hiererakise se transmetimit te informacionit.
  - Specializmi i tepert i punonjesve i con ata ne perqendrimin drejt mjeteve, me shume se ne perfundimet qe duhet te arrijne.

Weber-i u perqendrua tek fakti se sa racional ishte nje model i tille, por ai nuk studioi ineficiencen e tij.

Ky model perdoret me shume ne struktura qeveritare, ushtarake, prodhimi te madh.

Modeli network (Ad'hokracia)

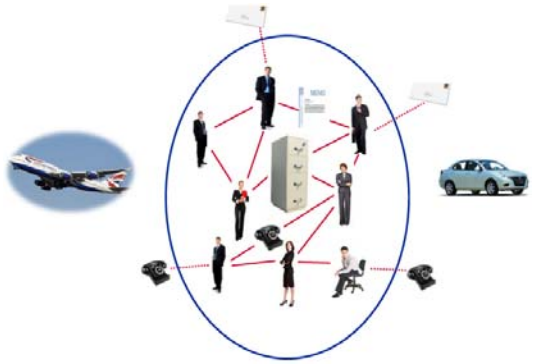
+ Termi Ad'hokraci i referohet strukturave qe ne esence jane fleksibel, adaptive dhe lejojne zgjidhjen e nje problemi te caktuar nga grupe profesionistesh multidisiplinare ad'hoc.
+ Ky model perdoret kryesisht nga firma te vogla por dhe te medha apo qeveritare per arritjen e disa qellimeve/ne komponente te caktuar. Psh ngritja e grupeve teknike nder disiplinare per programe te caktuara, konsulta me kolege te tjere...

Modeli network (Ad'hokracia)

+ *Karakteristikat*
  - Ad'hokracia bazohet ne dhe i jep fuqi grupeve te Eksperteve per te arritur qellimet ne afate te shkurta apo te mesme– profesionistet i kane zhvilluar njohurite ne programe formale te trajnimit.
  - Hierarkia e kalimit te informacionit per te kerkuar ndihme per ceshtje te ndryshme, nuk eshte pengese ne punen e tyre.
  - Puna ne grup ne bazohet ne projekte, me nje besueshmeri ne marredheniet e tyre ne menyre qe te inkurajohen rregullimet e ndersjellta.
  - Çelesi i mekanizmave te koordinimit eshte brenda dhe ndermjet grupeve te punes.
  - Kur qellimi/produkti i kerkuar hidhet ne prodhim, atehere grupi rialokohet brenda struktures se firmes.

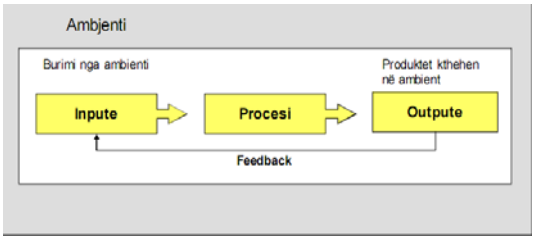
Cfare eshte nje organizate?

Një organizatë është një njësi sociale që ka një qëllim, strukturë të caktuar dhe njohuri apo teknologji specifike për të prodhuar një produkt apo për të ofruar një shërbim.



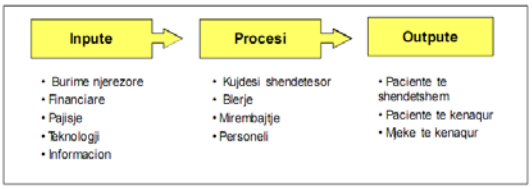
Organizata si nje sistem

+ Organizata mund të mendohet si një sistem i përbërë nga disa pjesë që funksionojnë si një e tërë për të arritur një qëllim të përbashkët.



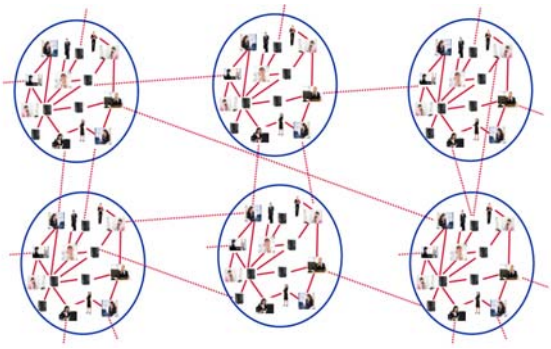
Teoria e sistemeve

+ Organizata/menaxheri duhet te konsideroje bashkërendimin e proceseve në mënyrë të tillë që burimet (inputet) të përdoren në mënyrë efektive dhe eficente për të përmbushur qëllimet e organizatës (outpute).



Organizatat dhe sistemet

Organizata dhe sistemet jane te nderlidhura – me te vertete, ato jane nje dhe e njejta gje!



Ambjenti i jashtem

- Të gjitha organizatat janë sisteme të hapura që varen nga ambienti. Lënia në harresë e këtij fakti mund të çojë në dështim.
- Ambienti është faktori me influencën më të lartë në sjelljen organizative dhe performancën. Ai ka ndikim te dyanshem:
  - Organizatat kanë përgjegjësi sociale ndaj grupeve organizative dhe klienteve.
  - Organizatat janë përgjegjëse për punonjesit dhe përdorin këto përgjegjësi për të vlerësuar performancën e tyre.

Influencat ambjentale

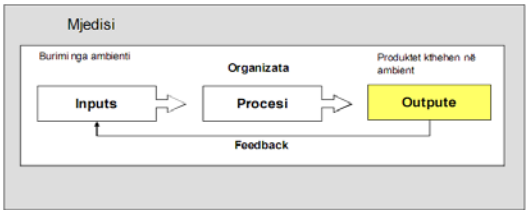
- Të gjitha elementet jashtë kufijve të organizatës kanë mundësi të ndërhyjnë te ajo.

Grupet organizative

+ Grupet Organizative përfaqësojnë çdo grup brenda apo jashtë organizatës për të cilat ajo është përgjegjëse.

Performanca organizative

+ Përgjegjësia e menaxhereve është të arrijnë outpute dhe performancë të lartë. Kjo performancë matet me anë të treguesve të efektivitetit dhe efiçencës



Produktiviteti

+ Produktiviteti eshte tregues i nje performance te mire dhe i rritjes ekonomike te nje organizate, ndaj cdo menaxher duhet te jete njeheresh *efektiv* dhe *eficient*.
+ **Produktiviteti eshte:** marredhenia midis sasise dhe cilesise se produkteve apo sherbimeve te prodhuara dhe madhesise se burimeve te perdorura per realizimin e tyre.

Eficienca, efektiviteti

Eficienca: aftesia per te arritur rezultate te larta sasiore me minimumin e burimeve financiare, njerezore dhe kohore.

Eficienca lidhet me raportin e outputeve ndaj inputeve dhe flet per berjen e gjerave sic duhet.

Efektiviteti: aftesia per te zgjedhur objektivat e pershtatshme dhe mjetet e duhura per te arritur nje rezultat. Pra efektiviteti lidhet me berjen e gjerave qe duhen.

Eficienca, efektiviteti - shembull

+ Nje firme fiton 100.000 lek per nje investim prej 250.000 lek.
+ Nje firme tjeter fiton 100.000 lek per nje investim prej 300.000 lek.
+ Kush eshte me eficient?
+ Nese fitimi i pritshem ka qene 90.000 lek, ndersa u fituan 100.000 lek, performanca ishte efektive. Por duke krahasuar kostot 300.000 me 250.000, mund te themi se kompania qe harxhoi
- 300.000 ishte ineficiente.

Eficienca vs. efektiviteti

+ Efektiviteti eshte shume me i rendesishem se eficienca, pavaresisht se te dyja jane te deshirueshme.
+ Firmat qe kane synim eficiencen mund te realizojne sasi me te medha prodhimi, por malli i tyre mund te mos jete i kerkuar ne treg. Ju takon menaxhereve te bejne zgjedhjen.

Pergjegjesia sociale ndaj ambjentit

Përgjegjësia sociale e një organizate ndahet në katër komponentë:

+ Diskrete = Vullnetare: ajo drejtohet nga dëshira e organizatës për të bërë kontribute në komunitet
+ Etike = Nuk bazohet në interesat ekonomike të organizatës.
+ Ligjore = bazohet në çfarë një shoqëri quan si të përshtatshme për një sjellje organizative.
+ Ekonomike = Ka të bëjë me maksimizimin e fitimit

Metodat per te ruajtur pergjegjesine sociale

+ **Audite** te brendshme apo te jashtme. Performanca organizative mund të vlerësohet në disa aspekte:
  - Nevojat e komunitetit
  - Minoritetet dhe grupet vulnerabile
  - Marrëdhëniet dhe kënaqesitë e të punësuarve
  - Siguria dhe shëndeti i tyre
  - Siguria e produktit
+ **Kodi i etikës** = Percakton vlerat e një organizate në nje Deklarate zyrtare.
+ **Komiteti i etikës** = Një grup njerëzish të organizuar për të mbikqyrur etikën e aktivitetit

Drejtimi

Drejtimi/Stjuardshipi është etika/përgjegjësia në procesin e planifikimit dhe menaxhimit të burimeve ne fusha te ndryshme te jetes.

Kur flasim per shendetin: Drejtimi eshte **menaxhimi i kujdesshem dhe i pergjegjshem i mireqenies se popullates** (sipas OBSH 2000)

Eshte funksion qe **influencon ne te gjitha funksionet e tjera** dhe ne **arritjen e objektivave** te sistemit.

Drejtimi

Roli i stjuardshipit ka te beje me **tri aspekte kryesore** :

1. Formulim i politikave:
- percakton vizionin dhe drejtim
- percakton kriteret e perparesive
- promovon politika te caktuara te sektoreve (advokaci intersektoriale)

2. Sigurim i rregullimit te nevojshem
- percaktim **rregullash** te drejta loje
- **mbrojtje** e konsumatoreve

3. Vleresim i performances dhe shkembim i informacioni.
- **mbledhje te dhenash, analize dhe vleresim** per performancen e funksioneve te tjera si financimi, prodhimi dhe blerja e sherbimeve, krijimi i burimeve.
- **hartim i drejtimeve strategjike**

Kontrolli

+ Procesi i kontrollit konsiston ne realizimin e veprimeve te vazhdueshme te ndermarra nga menaxheri per te:
- Percaktuar standartet e performances
- Matur performancen
- Krahasuar performancen me standartet
- Perdorur me efektivitet feedback-un duke bere korrigjimet e duhura.

Pra, Feedback-u eshte nje mjet i fuqishem menaxhimi per te kontrolluar performancen

Percaktimi i standardeve te performances

+ Menaxheri percakton shkallen e suksesit apo deshtimit, bazuar ne standartet e paracaktuara.

+ Ai ben krahasimin e performances ne vite, per te pare trendin e ecjes se kompanise

+ Ai mund te beje krahasime edhe me kompani te tjera qe veprojne ne te njejten fushe.

Matja e performances

- Menyra sasiore
- Menyra cilesore

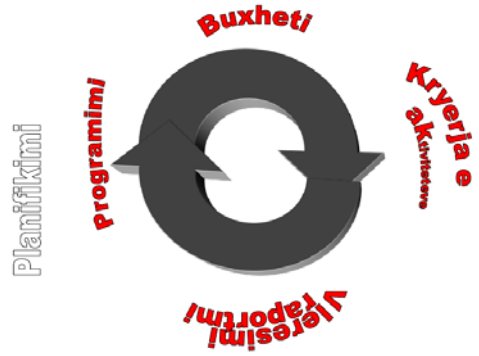
Fazat e kontrollit

- Kontrolli i Inputeve
- Kontrolli i Procesit
- Kontrolli i Produktit final

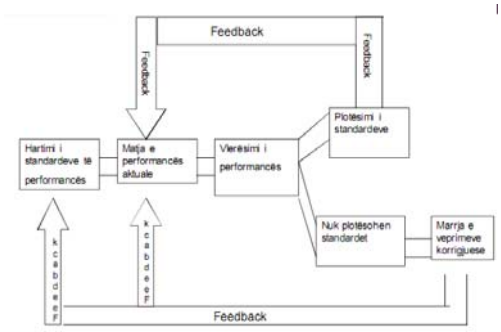
Rendesia e kontrollit

- Ai mat dhe vlereson performancen organizative ne te gjithe komponentet e saj
- Duhet te jete:
  - dinamik
  - i vazhdueshem
  - gjitheperfshires

Fazat e kontrollit menaxherial



Procesi i kontrollit



Mesazhet kyce

Planifikimi, organizimi, drejtimi dhe kontrolli:

- Nuk jane procese te fragmentizuara apo racionale (ato nuk kane as fillim e as fund)
- Asnjera prej tyre nuk ka kuptim pa tjetren

KONTROLLI MENAXHERIAL ESHTE BERE PER NJEREZ TE APASIONUAR DHE KURAJOZ!

Kontrolli menaxherial

...kontrolli menaxhues funksionon si nje radar apo busull qe lajmeron per pengesat e mundshme ne rrugen per realizimin e objektivave, si dhe nese po devijojme nga rruga e duhur.

Hierarkia e menaxhimit

Hierarkia e menaxhimit

Niveli i larte i menaxhimit ka si pergjegjesi hartimin e planeve afatgjata, marrjen e vendimeve apo formulimin e politikave qe ndikojne ne te gjitha aspektet e organizatës. (pronari/drejtori/rektori)

Niveli i mesem i menaxhimit perfshin te gjithe menaxheret e nivelit te dyte qe jane pergjegjes per hartimin e planeve te detajuara dhe te procedurave per realizimin e planeve te pergjithshme te projektuara nga menaxheret e nivelit te larte. (menaxheri i Depart. te prodhimit/Shefi i sherbimit/dekani)

Niveli i ulet i menaxhimit ka si pergjegjesi menaxhimin e punonjesve te cilet kryejne operacionet baze te organizates, pra pjesen me te veshtire te menaxhimit. (Menaxheri i shitjeve/shefat e klinikes/Departamenteve)

Rolet dhe aftesite e menaxherit

Menaxheret sot

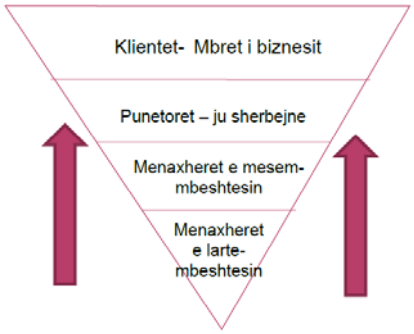
Pse linden menaxheret e rinj?

- Konkurence e ashper
- Mjedis dinamik dhe veshtiresi per te parashikuar ndryshimet dhe te ardhmen
- Teknologji me e sofistikuar
- Nevoje e larte per kreativitet
- Qendrim kritik i opinionit publik (rrit pergjegjshmerine sociale)
- Presion gjithme e me i larte edhe nga ligjvenesit *
- Pritshmeri te larta per performancen e punonjesve dhe rritje e nevojes per motivim te tyre
- Nevoja per individe te afte per te qene fleksibel, te adaptueshem, eficiente dhe njohes te mire te sistemeve te sofistikuara te informacionit.

Menaxheret sot

+ Ndonese eshte epoka e “makinerive inteligjente”, burimet njerezore jane te pazevendesueshme, por duhen ndryshuar menyrat e menaxhimit te punes, duke e transferuar vendimmarrjen deri tek punetoret dhe duke nxitur punen ne ekip. Edhe termi “menaxher” po zevendesohet me “koordinator” apo “udheheqes ekipi”.
+ Modeli me i preferuar i menaxhereve sot eshte ai i menaxherit Ndihmues dhe suportiv, dhe me pak ai i menaxherit urdher-dhenes.
+ Koncepti i “Piramides se permbysur”

Pamja e “Piramides se permbysur” ne nje organizate biznesi



Menaxheret e suksesshem

+ Te perbashketat e menaxhereve te suksesshem jane:
  - Njohin mire nevojat e klienteve te tyre
  - Te prirur drejt veprimit
  - Nxisin sipermarrjen dhe autonomine e menaxhereve
  - Rrisin produktivitetin duke iu pershtatur nevojave dhe aftesive te stafit
  - Inkurajohen nga filozofia e lidereve te organizates
  - Perqendrohen ne ate biznes qe njohin me mire.
  - Kane strukture organizative me numer optimal njerezish e nivelesh
  - Organizohen ne menyre te centralizuar apo te decentralizuar ne perputhje me ate qe eshte e pershtatshme per to.

Rolet e menaxherit

+ **Menaxheret kryejne dhjete role te cilat klasifikohen ne tre grupe:**

I. **Role nderpersonale**
   - Figure qendrore
   - Lider
   - Nderlidhes

II. **Role informues**
   - Monitorues (vezhgues)
   - Shperndares
   - Zedhenes

III. **Role vendimore.**
   - Sipermarres
   - Trajtues i konflikteve
   - Shperndares i burimeve
   - Negociator

Roli dhe aftesite e menaxherit

I. **Rolet nderpersonale**

a. **Figure qendrore**, ai bashkevepron me te tjeret, neshkruan kontrata, kryen detyrat ceremoniale, merr pjese ne ngjarje te rendesishme (inaugurime) etj. Ky rol nuk ka lidhje me marrjen e vendimeve.

b. **Roli i Liderit,** eshte i nje rendesie te vecante dhe shfaqet ne maredheniet midis menaxherit dhe vartesve te tij. Menaxheri merr ne pune, kualifikon, motivon apo pushon nga puna vartesit. Ka ne baze vendim marrjen.

c. **Roli Nderlidhes** ndermjet njesive te se njejtes organizate, apo midis organizates se tij dhe organizatave te tjera, organeve qeveritare, klienteve, furnitoreve, etj. Lidhjet qe krijon duhet te kene ne baze interesin e kompanise.

Roli dhe aftesite e menaxherit

II. Rolet informuese lidhjen me marrjen dhe transmetimin e informacionit:

a. **Roli Monitorues (Vezhgues)**, menaxheri vrojton gjithcka ndodh ne organizate dhe mbledh informacione nga publikime, gazeta, etj

b. **Roli Shperndares,** konsiston ne shperndarjen e informacionit te duhur per individet dhe nenpunesit qe punojne ne organizate.

c. **Roli Zedhenes,** menaxheri perfaqeson organizaten para grupeve te ndryshme si organet e shtypit, institucionet qendrore, publiku, etj

Roli dhe aftesite e menaxherit

III. Rolet vendimmarrese lidhen me marrjen e vendimeve

a. **Roli i Sipermarresit**, ku menaxheri analizon dhe percakton oportunitetet qe i ofrohen kompanise dhe e udheheq ate. Ne kete rol menaxheri hedh ide te reja.

b. **Trajtues i konflikteve te ndryshme,** menaxheri merr persiper te identifikoje dhe zgjidhe konflikte me aktore te ndryshem, brenda dhe jashte organizates.

c. **Shperndares/alokator,** merr vendime per shperndarjen e burimeve njerezore, materiale dhe financiare**.**

d. **Negociator,** konsiston ne hartimin e kontratave te punesimit, shitblerjes apo marreveshjeve te kompanise me te tjere, duke mbrojtur interesat e saj.

Rolet e menaxherit (permbledhje)

Menaxheri duhet të marrë përsipër role të ndryshme, që të përmbushë detyrat e tij:

10 Rolet	Aktiviteti
+ Lider	drejton dhe motivon stafin, trainimin, këshillimin
+ Ndërlidhës	përgjigjet për marrëdhëniet ndërmjet kontakteve të brendshme dhe të jashtme
+ Përgjegjës	përgjigjet për shërbimin ndaj konsumatorit dhe atë ligjor
+ Monitorues	monitoron aktivitetet e organizatës
+ Komunikues /shperndares	jep informacionin brenda organizatës
+ Zëdhënësi	përfaqëson organizatën tek te tretet
+ Sipërmarrës	ndërmerr projekte përmirësimi; identifikon ide dhe mundësi të reja
+ Negociator	përfaqëson organizatën në bisedime
+ Ndërmjetës	zgjidh konfliktet
+ Bashkërendues	bën buxhetin, vendos përparësitë

Roli i menaxherit

+ Menaxherët nuk lindin menaxherë.

Zhvillimi dhe përmirësimi i aftësive personale, përfitimi i njohurive të reja si dhe përvojat e reja formojnë bazën për një menaxher.

Aftesite menaxhuese

Për të realizuar detyrat e kërkuara të planifikimit, organizimit, drejtimit dhe kontrollit një menaxher duhet të ketë aftësitë e mëposhtme:

a. **Aftesite teknike** i duhen kryesisht menaxherit te niveleve te ulta per te kryer detyra te specializuara ne organizate dhe lidhen me njohjen e detajuar te proceseve, pasi ai duhet te udhezoje/trajnoje punonjesit per punen .
b. **Aftesite nderpersonale apo humane,** i duhen kryesisht menaxherit te niveleve te ulta dhe te mesme. Ato lidhen me punen efektive qe menaxheri duhet te beje me njerezit per t'i motivuar dhe duke komunikuar ne menyre qe te zgjidhe konfliktet ne menyre sa me racionale.

Aftesite menaxhuese

c. **Aftesite konceptuale** jane ato aftesi qe i duhen menaxherit te nivelit te larte ne fazen e Planifikimit strategjik afatgjate, per ta pare organizaten si nje te tere, te kuptoje marrdheniet midis forcave te ndryshme dhe te njohe nderveprimin e faktoreve qe ndikojne mbi organizaten.

d. **Aftesite diagnostikuese** jane ato aftesi qe i duhen menaxhereve per te identifikuar dhe kuptuar situatat e ndryshme, psh cilesia e ulet e nje produkti. Me pas identifikon shkakun dhe merr masat per eliminimin e tij.

Karakteristika te mira menaxheriale

+ Përgjegjësia në pune
+ Besnikëria
+ Besimi ndaj të tjerëve
+ Respekt ndaj partnerëve
+ Aftësi komunikuese
+ Respekt pavarësisht pozicionit
+ Aftësi për të menaxhuar stresin
+ Aftësi për vetë-kritikë

LEKSIONI 7

–

POLITIKAT SHËNDETËSORE

HYRJE

Cfarë kuptojmë me termin "politikë"?

Në kuptimin pragmatist, politika nënkupton "atë që bën qeveria". Një përkufizimi i tillë e vë theksin sa tek publiku aq edhe tek vetë politika.

Në vetëvete, politika mund t'i referohet cdo organizate publike apo private. Por ne na duhet të shkojmë përtej këtij përkufizimi pragmatist për t'a hetuar më në detaje konceptin.

Konceptet bazë kur flasim për "politikën" janë:

1. Politika (orientimi politik – politics).
2. Politika (policy).
3. Administrata.

Duhet pranuar që nuk ka ndonjë term shqip të përshtatshëm për të dalluar midis koncepteve *Politics* dhe *Policy*. Ndryshimi midis të tyre është si vijon:

- **Politics** = idetë (ideologjia) në të cilat beson qeveria (si psh., komunizmi, fashizmi, demokracia, tregtia e lirë, izolacionizmi, etj.).
- **Policy** = cfarë bën qeveria për të mbështetur/realizuar idetë në të cilat ajo beson (psh., ligje, tarifa, luftë, etj.).

Fjala "politikë" në kuptimin "policy" rrjedh nga Greqishtja "polis", që nënkupton "një qytet". Me kalimin e kohës, kjo fjalë i dha jetë termit "polity", dmth pjesa politike e një shoqërie, dmth. shteti. Me kalimin e kohës, politika nënkuptoi artin e qeversisjes së nje shteti.

Policy në fakt është i mbrujtur në termin Politics, dhe kjo e fundit mishërohet në Qeverinë përkatëse. Për shembull, politikat e atyre që kështillojnë qeverinë, ideologjitë politike, strukturat politike që kalojnë ligjet, si dhe gjithë strukturat administrative, menaxheriale dhe sociale për të zbatuar "policy"-të përkatëse.

Cfarë janë politikat publike?

Politikat publike përkufizohen si "rezultatet që rrjedhin nga procesi i bërjes së ligjeve dhe rregulloreve të cilat prekin shoqërinë, dmth. që prodhojnë pasoja sociale që vijnë nga sistemi politik të cilën e quajmë "policy".

Në këtë kuptim, burimet (inputet) variojnë nga idetë dhe ideologjitë, tek kultura politike, lëvizjet dhe partitë politie, institucionet politike, levizjet sociale, interesat, grupet e presionit, sjelljet dominante e deri te kultura burokratike dhe administrative.

Cfarë është qeverisja?

Në shërbimet publike të tilla si kujdesi shëndetësor, qëverisja nënkupton pranimin dhe zbatimin e një strukture dhe kulture të përshtatshme për mbikqyrjen e organizatës. Pra, në këtë kuptim, qeverisja siguron që organizata vepron në mënyrë eficiente.

Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Për fat të keq, në shumicën e shteteve të botës me termin "politika shëndetësore" nënkuptohet "politikat e kujdesit mjekësor". Kujdesi mjekësor, megjithatë, është vetëm një ndryshore në ekuacionin shëndetësor të një vendi. Në vijim do të përshkruajmë se cilat janë përbërësit kryesorë të një politike kombëtare shëndetësore, duke përfshirë:

1. Përcaktuesit politikë, ekonomikë, socialë dhe kulturorë të shëndetit, përcaktuesit më të rëndësishëm të shëndetit në çdo vend;

2. Përcaktuesit e stilit të jetesës, të cilat kanë qenë llojet më të dukshme të ndërhyrjeve publike; dhe

3. Përcaktuesit shoqërues dhe fuqizues,

të cilët lidhin përbërësit e parë dhe të dytë të politikës kombëtare shëndetësore: *ndërhyrjet individuale* dhe *ndërhyrjet kolektive*.

Më pas diskutohen treguesit që duhet të përdoren për secilin komponent dhe për çdo ndërhyrje.

Fizibiliteti i kësaj qasjeje varet në masë të madhe nga vullneti politik i autoriteteve kombëtare dhe nga kuptimi i gjerë i përcaktuesve aktualë të shëndetit. Një hap i parë drejt kësaj është plani i Politikës Kombëtare të Shëndetit, i zhvilluar nga qeveria socialdemokrate Suedeze. Ky material bazohet në atë model.

Një objektiv kryesor i një politike kombëtare shëndetësore duhet të jetë krijimi i kushteve që sigurojnë shëndet të mirë për të gjithë popullatën. Është e tepërt të thuhet se të gjithë sektorët dhe agjencitë në shoqëri duhet të jenë përgjegjëse për krijimin e këtyre kushteve, por përgjegjësia primare për sigurimin e kushteve për shëndet të mirë qëndron në agjensitë kolektive që përfaqësojnë interesat e popullsisë (lirisht të shprehura nëpërmjet institucioneve demokratike) – dmth.,autoritetet publike dhe administrata e tyre publike. Qeveria (në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal), pra, është agjencia kryesore përgjegjëse për zhvillimin e një politike kombëtare shëndetësore.

Por cilat janë komponentët kryesorë të një politike kombëtare shëndetësore? Ekzistojnë tri lloje kryesore.

I pari përfshin *ndërhyrjet publike* që synojnë krijimin, mbajtjen dhe forcimin e përcaktuesve strukturorë politikë, ekonomikë, socialë dhe kulturorë të shëndetit të mirë. Ata quhen **strukturore** sepse ato janë pjesë e strukturës politike, ekonomike dhe sociale të shoqërisë dhe të kulturës që i informon ata. Megjithëse rrallë renditen në shumicën e planeve kombëtare shëndetësore, këto janë **politikat më të rëndësishme publike** në përcaktimin e nivelit të shëndetit të popullsisë. Në të vërtetë, ka prova shumë të fuqishme shkencore që tregojnë, për shembull, se vendet me pabarazi më të ulëta klasore, raciale dhe gjinore lidhur me standardin e jetesës gjithashtu kanë nivele më të mira shëndetësore për të gjithë popullsinë (1). Politikat publike që synojnë reduktimin e pabarazive sociale, pra, janë komponentë të politikës kombëtare shëndetësore.

Lloji i dytë i ndërhyrjes përfshin *politikat publike* që synojnë individët dhe përqendrohen në ndryshimet në sjelljen individuale dhe mënyrën e jetesës. Këto përcaktues *të stilit të jetesës* janë gjithashtu shumë të rëndësishme dhe kanë qenë më të dukshmet midis politikave kombëtare të shëndetësisë. Një arsye për një vizibilitet më të lartë të ndërhyrjeve të këtij lloji është fakti se politikë bërësit i perceptojnë ato si më të menaxhueshme dhe më të lehtë për t'u adresuar se sa lloji i parë, përcaktuesit strukturorë.

Sidoqoftë, nuk mund ta përjashtojmë mundësinë që një tjetër arsye për këtë ndryshim në vizibilitet dhe frekuencë është se përcaktuesit e stilit të jetesës e përqendrojnë përgjegjësinë për shëndetin e popullsisë *tek individi* dhe jo tek *institucionet publike* që janë kryesisht *përgjegjëse për përcaktuesit strukturorë*. Kjo është një arsye pse qeveritë konservatore dhe liberale (dhe gjithashtu, në shumë raste, qeveritë progresive) kanë tendencën të theksojnë këtë lloj të dytë të ndërhyrjeve kundrejt llojit të e parë (që në fakt janë më më efektive në përmirësimin e shëndetit të popullsisë).

Lloji i tretë i ndërhyrjes publike, e cila mund të quhet *determinantët socializues* dhe *fuqizues*, lidh modelin e dytë (përcaktuesit e stilit të jetesës) me të parat (përcaktuesit strukturorë). *Ndërhyrjet socializuese dhe fuqizuese krijojnë marrëdhënien* midis *përgjegjësive individuale* dhe *kolektive* për krijimin e kushteve për të siguruar shëndet të mirë.

Kjo lloj ndërhyrjeje do të përfshinte inkurajimin e individëve për t'u përfshirë në përpjekjet kolektive për të përmirësuar përcaktuesit strukturorë të shëndetit, si reduktimi i pabarazive sociale në shoqëritë tona ose eliminimi i kushteve të shtypjes, diskriminimit, shfrytëzimit apo marxhinalizimit që prodhojnë sëmundje. Për shembull, inkurajimi i individëve që janë shfrytëzuar për t'iu përgjigjur atij shfrytëzimi, jo vetëm individualisht, por edhe kolektivisht (me persona të tjerë të cilët janë shfrytëzuar në mënyrë të ngjashme), është një ndërhyrje shumë e rëndësishme e politikës shëndetësore, që lidh përmirësimin e shëndetit të individit me përmirësimin e shëndetit të popullsisë së shfrytëzuar.

Ka shumë shembuj të këtyre përvcaktorëve socializues dhe fuqizues (2,3). Një shembull është ajo që ndodhi midis minatorëve të qymyrit në Appalachia (West Virginia) në vitet 1970, kur ata u mobilizuan dhe hynë në grevë për të protestuar ndaj kushteve të papërshtatshme të punës (3). Ata paralizuan operacionet e minierve për disa muaj, duke krijuar një situatë në të cilën pronarët e minierave dhe punëdhënësit pothuajse humbën kontrollin dhe kërkuan që Ushtria të merrte

kontrollin e minierave. Në atë mobilizim, secili minator luftoi jo vetëm individualisht por kolektivisht për të përmirësuar shëndetin e të gjithë minatorëve të qymyrit dhe, në atë përpjekje, përmirësuan shëndetin e tyre si dhe shëndetin e të gjithë popullsisë. Siç tregojnë rastet, *lehtësimi i lidhjes* së luftës së individit për një shëndet më të mirë me luftën kolektive për shëndet më të mirë është një *ndërhyrje jashtëzakonisht e rëndësishme* publike për përmirësimin e shëndetit të popullsisë në tërësi.

Fuqizimi i popullatave vulnerabël në këtë mënyrë është një komponent thelbësor i politikës kombëtare shëndetësore. Edukimi i njerëzve për të vepruar *jo vetëm individualisht* por edhe *kolektivisht*, duke i bërë ata të vetëdijshëm për ngjashmërinë e problemeve të tyre dhe duke i inkurajuar ata që të veprojnë si individualisht dhe kolektivisht për t'i zgjidhur ato, është një dimension i rëndësishëm i politikës kombëtare shëndetësore. Në të vërtetë, lidhja e individit me kolektivin është një funksion i rëndësishëm i ndërhyrjeve të shëndetit publik.

Në vijim le të analizojmë çdo lloj intervenimi në detaje.

Përcaktorët strukturorë: Ndërhyrjet politike, ekonomike, sociale dhe kulturore të politikave shëndetësore

Agjentët që kryejnë ndërhyrjet e këtij lloji janë kolektivë (dmth. ata nuk janë persona individualë), duke përfshirë partitë politike, sindikatat, shoqatat e lagjeve dhe të tjerët. Subjektet e këtyre ndërhyrjeve, gjithashtu, *nuk janë individë*, por institucione publike dhe private, veprimet e të cilëve ndikojnë në kushtet që sigurojnë shëndet të mirë për të gjithë popullsinë. Këto ndërhyrje mund të përmblidhen si vijon.

Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri

Këto ndërhyrje jashtëzakonisht të rëndësishme kanë për qëllim *lehtësimin e zhvillimit të institucioneve* dhe *praktikave* që krijojnë kushte për personat (si anëtarë të klasave shoqërore, gjinive, racave, prejardhjeve etnike, rajoneve ose kombeve) për të marrë vendime dhe për të kontrolluar jetën e tyre.

Ndërhyrjet e këtij lloji kanë për qëllim krijimin e institucioneve dhe praktikave që minimizojnë armiqësinë dhe pafuqinë popullore - kushte që shkaktojnë një pjesë të madhe të sëmundshmërisë dhe të shëndetit jo të mirë (4). Me rëndësi të veçantë janë ndërhyrjet që synojnë sigurimin e *instrumenteve politike dhe sociale* (si partitë politike, sindikatat, shoqatat e lagjeve, lëvizjet sociale, grupet e pacientëve) për popullatën dhe komponentët e saj të ndryshëm. Këto instrumente më pas lehtësojnë dhe stimulojnë përfshirjen aktive të popullatës në jetën politike dhe sociale të anëtarëve të saj, duke vendosur (thënë fjalën e tyre) mbi çështjet që ndikojnë në jetën e tyre.

Rëndësi të veçantë ka ekzistenca e instrumenteve politike dhe sociale që u mundësojnë grupeve që ndihen të marxhinalizuar, diskriminuar, shtypur ose shfrytëzuar për të mbrojtur interesat e tyre, sepse dalja nga këto kushte është një element kyç për realizimin e plotë (përfshirë shëndetin e

mirë) të këtyre popullatave. Megjithatë, është e rëndësishme që këto grupe *të krijojnë aleanca* me grupe të tjera që përjetojnë kushte të ngjashme, duke zgjeruar kështu bazën e tyre sociale për të forcuar fuqinë e tyre.

Në këtë drejtim, ndarja e veprimeve politike të grupeve të tilla - si në Shtetet e Bashkuara, e cila ka shumë "lëvizje të orientuara drejt çështjeve të ndryshme", të tilla si feministet, të moshuarit, pakicat dhe të tjerët, por asnjë lëvizje ose parti të tilla si një parti socialdemokrate apo parti punëtore që mund të lidhin llojet e ndryshme të shfrytëzimit - mund të rezultojë në përmirësimin më të ulët të shëndetit sesa në qoftë se do të kishte një parti më të madhe politike dhe lëvizje që mund të mobilizohej për disa çështje njëkohësisht.

Gratë, të moshuarit dhe afrikanët amerikanë dhe pakicat e tjera në Shtetet e Bashkuara kanë më pak të drejta sociale dhe shëndetësore dhe tregues më të keq shëndetësorë sesa homologët e tyre në shtetet me lëvizje më pak të fuqishme të grave, të moshuarve apo pakicave, por lëvizje më të mëdha punëtorë të bazuara në klasën sociale, si Suedia për shembull (5).

Ideja këtu është se shumica e grave, të moshuarve dhe pakicave zakonisht përbëjnë klasën punëtore dhe nëse këto grupe do të kombinonin luftën e tyre për shëndet më të mirë, duke punuar brenda instrumentave politike dhe sociale të përbashkëta, ata mund të arrinin një ndikim dhe fuqi më të madhe. Aktualisht, ka prova të fuqishme shkencore për një marrëdhënie të drejtpërdrejtë midis kohëzgjatjes së qeverisjes së një vendi nga partitë e punës dhe përmirësimit të shëndetit të popullatës përkatëse (6). Treguesit e këtyre determinantëve të shëndetit janë si vijon:

1. Treguesit (indikatorët) e klasës, gjinisë dhe fuqisë racore, siç janë vitet e qeverisjes nga partitë politike progresive, fuqia e sindikatave të bazuara në klasën sociale (në krahasim me sindikatat e biznesit ose korporatat), etj.
2. Llojet e institucioneve demokratike që lehtësojnë përfaqësimin, siç është përfaqësimi proporcional (bazuar në parimin një personi - një votë).
3. Mungesa e pengesave për pjesëmarrjen në zgjedhje.
4. Larmia ideologjike dhe pluraliteti i mediave dhe qasja në media, për të gjithë sektorët e popullsisë.

Ekzistenca e kufizuar e këtyre elementeve (si në Shtetet e Bashkuara) e kufizon në mënyrë të konsiderueshme mundësinë e një popullsie që të pakësojë armiqësinë dhe të arrijë një nivetl të mirë të shëndetit. Faktet shkencore tregojnë se shoqëritë më demokratike janë më të shëndetshme (6).

Treguesit e dobët shëndetësorë në Shtetet e Bashkuara bazohen gjithashtu në demokracinë e saj të kufizuar (7). Nëse njerëzit mendojnë se kanë institucione dhe instrumente të mira përfaqësuese, ata ndjehen më mirë dhe më të sigurt se mund të kontrollojnë jetën e tyre dhe të përmirësojnë shëndetin e tyre. Fakti që shumica e njerëzve në Suedi kanë mendim pozitiv për institucionet e tyre përfaqësuese (me pjesëmarrje të lartë elektorale), ndërsa shumica në Shtetet e Bashkuara kanë mendime negative për institucionet e tyre përfaqësuese (me pjesëmarrje shumë të ulët zgjedhore), shpjegon shkallën më të ulët të tjetërsimit (ose largimit të grupeve sociale nga njëri-tjetri,

armiqësia) dhe pafuqisë në Suedi sesa në Shtetet e Bashkuara (8). Kjo ka pasoja të mëdha për shëndetin e popullatave që jetojnë në këto vende: *tregues shumë të mirë shëndetësorë në Suedi*; *tregues shumë të dobët në Shtetet e Bashkuara*.

Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë

Këto ndërhyrje synojnë krijimin e sigurisë dhe lehtësimin e arritjes së objektivave. Ato përfshijnë si vijon:

Politikat e punësimit të plotë kanë për qëllim krijimin e vendeve të punës të kënaqshme dhe të paguara mirë. Punësimi i lartë ose i plotë është i mirë për shëndetin e të gjithëve, duke përfshirë edhe ata që nuk janë të punësuar. Qasja në shumë vende pune i jep të gjithëve një ndjenjë më të madhe sigurie, duke përfshirë edhe ata që aktualisht nuk kanë një punë (sepse ata mendojnë se mund ta punësohen me lehtësi nëse dëshirojnë) – sesa papunësia e lartë ose shkala e ulët e punësimit. Pamundësia për të punuar për shkak se nuk mund të gjesh punë krijon probleme të mëdha shëndetësore (9). Këto pasoja të pashëndetshme të papunësisë vijnë jo vetëm për të mungesës së burimeve, por edhe të ndjenjave të pasigurisë që sjell papunësia. Treguesit e politikave të punësimit të plotë përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë adulte që punon dhe shkalla e diferencave të pagave në fuqinë punëtore.
2. Nivelet e papunësisë.
3. Papunësia afatgjatë.

Politikat e sigurimeve shoqërore dhe të mirëqenies sociale ofrojnë një ndjenjë sigurie për njerëzit që janë në rrezik, duke u siguruar atyre instrumente, njohuri, praktikë dhe burime për t'u ndjerë të sigurt dhe për t’iu ofruar një shans për të përparuar. Treguesit e këtyre ndërhyrjeve janë të drejtat sociale që ekzistojnë në një shoqëri (aksesi në kujdesin mjekësor, arsimi, kujdesi në shtëpi, kujdesi për fëmijët, shërbimet sociale, strehimi publik dhe pensionet për personat e moshuar dhe personat me aftësi të kufizuara) dhe burimet për zhvillimin e këtyre të drejtave. Popullatat e vendeve me të drejta më të larta sociale dhe burime publike sociale (duke përfshirë fondet publike dhe fuqinë legjislative) janë më të shëndetshme se ato të vendeve me mbrojtje sociale më të ulët (1). Treguesit e këtyre politikave janë:

1. Përqindja e personave të moshuar dhe personave me aftësi të kufizuara që marrin pensione të mira publike.
2. Përqindja e popullsisë e mbuluar nga kujdesi shëndetësor publik dhe burimet për kujdesin mjekësor publik.
3. Përqindja e fëmijëve nën kujdesin publik për fëmijët dhe nxënësit/studentët në arsimin fillor, të mesëm dhe të lartë (duke përfshirë arsimin profesional dhe universitar), dhe burimet publike të investuara në këto shërbime.
4. Përqindja e personave të moshuar dhe personave me aftësi të kufizuara që marrin shërbime të kujdesit në shtëpi dhe burimet publike të investuara në këto shërbime.

Politikat për Reduktimin e Pabarazive

Politikat që reduktojnë pabarazitë shoqërore (duke përfshirë pabarazitë e të ardhurave) sipas klasës sociale dhe gjinisë, racës, përkatësisë etnike dhe rajonit, zvogëlojnë distancën ndërmjet klasave shoqërore (dhe grupeve profesionale, arsimore dhe grupet bazuar në të ardhura brenda secilës klasë sociale), si dhe midis gjinive dhe midis racave , grupet etnike dhe rajoneve.

Pabarazitë sociale mund të gjenerojnë sëmundshmëri dhe të zvogëlojnë mundësitë që personat të bëhen më të shëndetshëm (10).

Politikat për reduktimin e pabarazive duhet të përfshijnë masa që synojnë zvogëlimin e distancave sociale midis të gjitha klasave dhe grupeve, jo vetëm midis të pasurve dhe të varfërve.

Ekzistojnë prova të forta empirike se ndërhyrja më efektive për të shpëtuar jetë dhe për të ulur vdekshmërinë do të ishte ajo që do të garantonte një normë vdekshmërie për të gjitha klasat shoqërore që është e njëjtë me atë të klasës së lartë (11). Në këtë kuptim, programet kundër varfërisë dhe ato që kanë për qëllim parandalimin e përjashtimit social (si ato karakterizuan qasjen e qeverisë Blair për reduktimin e pabarazive në Britaninë e Madhe) janë komponente shumë të rëndësishme të politikave për uljen e pabarazisë, por ato janë vetëm një komponent dhe ky nuk është komponenti më efektiv i mundshëm.

Politikat që synojnë reduktimin e pabarazive midis të gjithë sektorëve të popullsisë (pra politikat universale dhe jo thjesht politikat kundër varfërisë ose anti-përjashtimit), siç janë ato të kryera nga qeveritë socialdemokrate në Suedi, janë më efektive në reduktimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë (duke përfshirë këta tregues midis grupeve të varfëra dhe/ose të përjashtuara) sesa politikat e orientuara nga varfëria (12). Treguesit kryesorë për këto lloje të politikave janë:

1. Ndikimi rishpërndarës i ndërhyrjeve publike nga shteti i mirëqenies (p.sh., ndryshimet në shpërndarjen e të ardhurave të matura nga treguesi Gini, para dhe pas ndërhyrjeve të shtetit social). Këto politika publike, të zbatuara për të reduktuar pabarazitë shoqërore, duhet të jenë pjesë e një politike më të gjerë të orientuar në shkaqet e këtyre pabarazive, duke përfshirë reduktimin dhe eliminimin e lidhjeve midis shtypjes, diskriminimit, shfrytëzimit dhe dominimit.
2. Ndryshimet në përqindjen e të ardhurave kombëtare që rrjedhin nga pagat. Evidenca empirike tregon se vendet me një sasi më të madhe të të ardhurave që rrjedhin nga prona dhe një sasi më të vogël nga puna, kanë tregues më të keq shëndetësorë. Në këtë drejtim, Shtetet e Bashkuara dhe Suedia përfaqësojnë dy skajet e spektrit (6). Politikat që kanë për qëllim zvogëlimin e përqindjes së të ardhurave që rrjedhin nga kapitali dhe politikat që synojnë rritjen e përqindjes që rrjedhin nga puna, si dhe politikat fiskale dhe ekonomike që synojnë rishpërndarjen e burimeve, janë efektive në përmirësimin e shëndetit të popullatave.

Ndërhyrjet kulturore

Ndërhyrjet kulturore kanë për qëllim krijimin e një kulture të solidaritetit dhe jo të kulturës së konkurrencës. Një ndjenjë e fortë e konkurrencës krijon pasiguri dhe stres të madh, që prodhon një nivel të lartë sëmundshmërie. Kjo u tregua kur u krijuan dhe u zhvilluan politikat liberale të Thatcherit në Britaninë e Madhe, me një rënie konsekuente të vdekshmërisë në të gjitha grupmoshat (13). Një kulturë e konkurrencës së lartë që fokusohet në konkurrencën individuale (e pasqyruar në sloganin "të gjithë duhet të ecin vetë") është jo e shëndetshme, sepse kjo krijon ankth dhe frustrim.

Disa tipare kulturore mund të jenë gjithashtu shumë të dëmshme, siç është *komercializimi i tepruar* i shoqërisë dhe mbizotërimi i vlerave të egocentrizmit, narcizmit, konsumizmit, dhunës dhe hedonizmit, të cilat gjithashtu krijojnë stres dhe frustrim.

Ky kontaminim i vlerave, një nga problemet më të këqija të shëndetit publik në shoqëri, duhet të jetë një thirrje për zgjimin e autoriteteve publike për të ndërhyrë në sistemet që krijojnë vlerat - nga shkollat tek mediat - për të dekurajuar dhe eliminuar vlerat jo të shëndetshme. Përkufizimi i bukurisë si "i ri dhe sexy", për shembull, është shumë shfrytëzues; ajo gjeneron frustrime të mëdha tek shumica e njerëzve që nuk janë të rinj apo sexy (por mendojnë se duhet të përpiqen që të shfaqen kështu në mënyrë që të pranohen në shoqërinë tonë). Gjithashtu, prania e gjithanshme, në shumicën e vendeve, të anëtarëve të klasës së mesme të lartë si personazhet kryesore në programet televizive krijon frustrim midis shikuesve, shumica e të cilëve janë anëtarë të klasës punëtore (jetët e të cilëve rrallë paraqiten në media). Treguesit e ndërhyrjeve kulturore përfshijnë:

1. Numri i programeve arsimore që përqafojnë dhe promovojnë më shumë solidaritetin sesa konkurrencën.
2. Shkalla e dhunës në programet televizive.
3. Shkalla e riprodhimit të klasës, racës dhe stereotipeve gjinore në media

Ndërhyrje për mjedis pune më të shëndetshëm

Këto ndërhyrje synojnë të krijojnë punë të sigurt, të kënaqshme, kreative dhe të kënaqshme. Ka fakte të forta që sugjerojnë se natyra, lloji dhe kushtet e punës janë ndër variablat më të rëndësishëm që përcaktojnë nivelin e shëndetit të popullsisë (3). Treguesit e ndërhyrjeve të shëndetshme në punë përfshijnë:

1. Statusi shëndetësor i lidhur me punën i vetë-raportuar.
2. Indeksi i akumulimit të faktorëve të rrezikut.
3. Indeksi i stresit në punë dhe kushteve të punës.
4. Indeksi i kënaqësisë së punonjësve me punën e tyre.
5. Niveli i vetëperceptuar i kontrollit që punonjësit kanë mbi kushtet e tyre të punës.

Mbrojtja e Mjedisit dhe Konsumatorit

Kjo mbrojtje ka për qëllim përmirësimin e mjedisit fizik për punëtorët, konsumatorët dhe banorët, duke siguruar kështu kushte që mbrojnë dhe promovojnë shëndetin. Treguesit e ndërhyrjeve të tilla përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë e ekspozuar ndaj nivelit të dëmshëm të zhurmës.
2. Nivelet e dioksidit të azotit në mjediset e jashtme.
3. Nivelet e substancave kimike të qëndrueshme në qumështin e nënës.
4. Incidenca e lëndimit (vdekjet dhe numri i të lënduarve të trajtuar në institucionet e kujdesit. mjekësor) për 100,000 punëtorë në mjedise të ndryshme.

Kushte të Sigurta dhe të Favorshme gjatë Fëmijërisë dhe Adoleshencës

Ndërhyrjet e këtij lloji janë ndër mënyrat më efektive për reduktimin e varfërisë dhe parandalimin e përjashtimit social. Këtu, përsëri, ka shumë fakte shkencore se fëmijët dhe adoleshentët në familje që janë të varfër ndihen të përjashtuar (14). Prandaj është me rëndësi të madhe të sigurohet një edukim i mirë përmirësues nga lindja deri në moshën 18 vjeçare (duke përfshirë shërbime të mira për kujdesin e fëmijëve) dhe punë të mira për prindërit (sidomos për nënat e vetme) me qëllim parandalimin e përjashtimit social. Treguesit e llojeve të tilla të ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Përqindja e fëmijëve (mosha 0 deri në 3 vjet) në qendrat publike të kujdesit të fëmijëve, sipas klasës shoqërore.
2. Niveli i arsimimit të fëmijëve të moshës parashkollore.
3. Përqindja e të rinjve që mbarojnë shkollën fillore dhe të mesme dhe që hyjnë dhe përfundojnë arsimin terciar, sipas klasës shoqërore.
4. Indikatorët e ndikimit (influencës) të nxënësve dhe mësuesve në shkolla.

Ndërhyrjet në Kujdesin Shëndetësor që Promovojnë Shëndetin

Këto politika duhet të theksojnë ndërhyrjet e shëndetit publik, si jashtë dhe brenda shërbimeve të kujdesit mjekësor që mbulojnë të gjithë popullsinë. Shërbimet e kujdesit mjekësor duhet të hartohen në një mënyrë që lehtëson aksesin, rehatinë dhe kënaqësinë për përdoruesit dhe popullatën në përgjithësi. Gjithashtu, promovimi i shëndetit duhet të jetë një element kyç i sistemit të kujdesit mjekësor, dhe i *gjithë personeli shëndetësor* (veçanërisht mjekët dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë) *duhet të trajnohet lidhur me determinantët politikë, ekonomikë, socialë dhe kulturorë të shëndetit* si dhe në *ndërhyrjet individuale të stilit të jetesës*. Treguesit e ndërhyrjeve që promovojnë shëndetin përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë e mbuluar nga sistemi i kujdesit shëndetësor publik dhe nga shërbimet shëndetësore publike.
2. Përqindja e popullsisë adulte që punon në shërbimet shëndetësore.
3. Përqindja e shpenzimeve publike në kujdesin shëndetësor që shpenzohen në kujdesin shëndetësor parësor.

4. Treguesit e aksesit ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
5. Përqindja e njerëzve në popullatë që pijnë duhan ose janë të varur nga alkooli.
6. Përqindja e shtatzënive të padëshiruara.
7. Përqindja e kohës së televizionit dhe radios kushtuar promovimit të shëndetit.
8. Nivelet e helmimit nga ushqimi në popullatë.
9. Niveli i kënaqësisë së qytetarëve me kujdesin shëndetësor të marrë dhe informacionet e ofruara.
10. Përqindja e popullsisë së vaksinuar kundër sëmundjeve ngjitëse.
11. Niveli i HIV/AIDS.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Ndërhyrjet e stilit të jetesës, siç tregon emri, kanë për qëllim ndryshimin e sjelljeve jo të shëndetshme të individëve. Këto janë ndërhyrjet më klasike dhe komponentët më të dukshëm të promovimit të shëndetit. Ato përfshijnë si në vijim.

Ndërhyrjet në Sjelljen e Sigurt Seksuale dhe Shëndetin e Mirë Riprodhues

Këto ndërhyrje synojnë të zhvillojnë seksualitetin si një e drejtë njerëzore, duke ndarë kënaqësinë dhe shijimin nga riprodhimi. Seksualiteti duhet parë si një aktivitet i këndshëm dhe një komponent i përkujdesjes njerëzore dhe duhet të nxitet pikëpamje pozitive rreth seksit. Informacioni mbi seksualitetin duhet të jetë në dispozicion për të gjitha grupmoshat, duke filluar me të rinjtë. Njerëzit duhet të jenë në gjendje të shprehin lirisht identitetin e tyre seksual, pa diskriminim, dhe informacioni dhe kujdesi për shëndetin riprodhues duhet të jetë në dispozicion për të gjithë personat që mund të përfitojnë prej tij. Treguesit e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Numri i shtatzënive dhe aborteve për 1,000 femra të moshës nën 20 vjeç.
2. Incidenca e infeksioneve nga *Chlamydia* në grupmoshat 15 deri në 29 vjeç.
3. Përqindja e popullsisë që merr informacion mbi seksin dhe seksualitetin.
4. Disponueshmëria e metodave kontraceptive për popullatën.
5. Analiza e përmbajtjes së medias për të vlerësuar programet televizive dhe të radios dhe për të shmangur komercializimin, shfrytëzimin dhe stereotipizimin e sjelljes seksuale.
6. Ri-përcaktimi i standardeve shfrytëzuese të bukurisë (të tilla si barazimi i saj me "të rinj dhe sexy") që krijojnë frustrim.

Rritja e aktivitetit fizik

Kjo është një ndërhyrje e rëndësishme, por jo shumë e dukshme (vizibile) për përmirësimin e shëndetit që parandalon, ndër sëmundjet e tjera, hipertensionin dhe diabetin e tipit 2, të cilat po rriten midis njerëzve obezë dhe atyre që bëjnë jetë sedentare. Autoritetet publike duhet të promovojnë aktivitetin fizik në moshat parashkollore, shkolla dhe qendrat e punës dhe mësimit,

dhe duhet të inkurajojnë përdorimin e biçikletave dhe ecjen. Treguesit e ndërhyrjeve të tilla përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë fizikisht aktive për të paktën 30 minuta në ditë.
2. Përqindja e të rinjve (mosha 15 deri në 29 vjeç) të cilët kanë kryer një ekzaminim fizik.
3. Përqindja e hapësirës fizike në një qendër urbane që i kushtohet aktivitetit fizik.
4. Disponueshmëria e qendrave të stërvitjes (ushtrimit) fizike për 10,000 banorë në vit.
5. Disponueshmëria e qendrave të stërvitjes fizike të përshtatura për të moshuarit dhe personat me aftësi ndryshe.
6. Përqindja e popullsisë që ecën ose nget biciklетën në lidhje me metodat totale të transportit personal.

Zakonet e Mira të të Ngrënit dhe Ushqimi i Sigurt

Kjo lloj ndërhyrjeje trajton një nga aspektet më të rëndësishme të përmirësimit të shëndetit, sepse të paktën 30 për qind e sëmundshmërise mund të lidhet me sjelljet e të ngrënit. Mbipesha është tani një nga problemet kryesore shëndetësore në vendet e zhvilluara. Është e domosdoshme, pra, që (a) ushqimi i mirë dhe i shëndetshëm duhet të jetë gjerësisht i disponueshëm për të gjithë popullsinë, duke përfshirë një shumëllojshmëri të gjerë të zgjedhjeve ushqimore; (b) ushqimi duhet të jetë i sigurt, dhe sjelljet jo ligjore të korporatave, si dhe restorantet përgjegjëse për helmimin ushqimor të dënohen me forcë dhe vendosmëri; (c) publiku duhet të informohet plotësisht për përmbajtjen e kalorive dhe përbërjen e të gjitha produkteve ushqimore; dhe (d) publiku duhet të edukohet për marrëdhëniet midis ushqimit dhe shëndetit. Treguesit e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Indeksi i masës trupore (BMI).
2. Përqindja e popullsisë që konsumon të paktën 500 gram fruta dhe/ose perime çdo ditë.
3. Përqindja e foshnjave që ushqehen me gji (ekskluzivisht, në moshën 4 muaj dhe 6 muaj).
4. Incidenca e infeksioneve nga *Campylobacter* dhe *Salmonella*.

Zvogëlimi i Konsumit të Duhanit dhe Alkoolit, Përdorimit të Drogës dhe Bixhozit të Tepërt

Varësia nga duhani është një sëmundje dhe duhet të shërohet duke ndihmuar individin të kontrollojë varësinë e tij. Industria e duhanit duhet të ndalohet të inkurajojë këtë varësi. Reklamat e duhanit që synojnë të rinjtë duhet të bëhen të paligjshme, dhe reklamimi duhet të kufizohet në forume të caktuara, me kufizim të reklamave në radio dhe televizion. Duhani duhet të taksohet shumë fort, dhe fondet e grumbulluara nga këto taksa duhet të financojnë programet që synojnë shërimin e varësisë së duhanit. Kontributet e industrisë së duhanit për partitë politike ose kandidatët ose për shkaqet politike dhe sociale duhet të jenë të jashtëligjshme. Pirja e duhanit duhet të ndalohet në të gjitha hapësirat publike, restorantet, teatrot, rrugët dhe vendet e punës.

Konsumi i alkoolit duhet gjithashtu të reduktohet (është rritur në vendet e Organizatës për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim - OECD), dhe pijet alkoolike duhet të taksohen sipas

përmbajtjes së alkoolit në to. Konsumi i alkoolit duhet të lejohen vetëm në zona të kufizuara dhe jo në vende publike, siç janë rrugët, teatrot ose ambjentet sportive.

Individët që janë të varur nga droga duhet të ndihmohen dhe të mos penalizohen (përveçse kur drogat konsumohen në vende publike), por shpërndarja e drogave duhet të ndëshkohet me forcë.

Treguesit e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Përdorimi i vetë-raportuar i duhanit.
2. Ekspozimii vetë-raportuar ndaj tymit të duhanit mjedisor (duhanpirja pasive).
3. Përqindja e restoranteve dhe vendeve publike që nuk respektojnë kufizimet e duhanpirjes, konsumit të alkoolit dhe drogës.
4. Konsumi i përgjithshëm i alkoolit.
5. Vdekshmëria dhe lëndimet për shkak të konsumit të alkoolit.
6. Përqindja e shoferëve të dehur nga alkooli.
7. Përqindja e popullsisë që konsumon drogë (vetë-raportim dhe raportim nga policia).
8. Vdekshmëria për shkak të sëmundjeve dhe dëmtimeve të lidhura me narkotikët.
9. Prevalenca e pjesëmarrjes së tepruar në lojërat e fati (bixhoz).

Strategjië e fuqizimit

Strategjitë e fuqizimit duhet të ndihmojnë individët të lidhin luftën e tyre personale për përmirësimin e shëndetit me luftën kolektive për të përmirësuar shëndetin e gjithsecilit.

Ekzistojnë fakte shkencore të fuqishme që tregojnë se individët që janë të vetëdijshëm për kufizimet e tyre shëndetësore dhe shkaqet e këtyre kufizimeve mund të përmirësojnë shëndetin e tyre nëse lidhin luftën/përpjekjet e tyre për shëndet më të mirë me përpjekjet e personave të tjerë që kanë kufizime të ngjashme. Siç është përmendur më lart, minatorët e qymyrit të Virxhinias Perëndimore, të cilët hynë në grevë për të përmirësuar kushtet e tyre të punës, përmirësuan gjithashtu shëndetin e tyre dhe shëndetin e komunitetit të tyre.

Angazhimi individual për të përmirësuar shëndetin e të tjerëve përmirëson shëndetin e vetë individit – domethënë, angazhimi dhe solidariteti janë të mira për shëndetin personal gjithashtu.

Angazhimi nënkupton dëshirën për t'u shërbyer të tjerëve; *solidaritet* do të thotë zhvillimi i rrjeteve të mbështetjes në një kauzë të bashkuar për të përmirësuar shëndetin individual dhe kolektiv. Për më tepër, një reagim kolektiv forcon përpjekjet individuale për të fituar më shumë fuqi, duke fuqizuar kështu individin. Këto lidhje mes reagimit individual dhe kolektivit, bazuar në angazhimin dhe solidaritetin, janë *kritike* për arritjen e përcaktuesve strukturorë të shëndetit të mirë.

Veprimi kolektiv (fuqizimi politik, ku termi *politik* përdoret në kuptimin e gjerë të shprehjes kolektive të pushtetit) është me rëndësi të jashtëzakonshme për të prodhuar një shoqëri të shëndetshme. E kundërta e tij është pranimi ose tjetërsimi (individual dhe kolektiv). Pranimi i shfrytëzimit, megjithatë, nuk do të ishte i pashëndetshëm nëse personi i shfrytëzuar nuk do të ishte

në dijeni të shfrytëzimit. Për shembull, një person mund të besojë se ai/ajo jeton në varfëri, sepse Perëndia dëshiron që ai/ajo të jetë e varfër (ajo që Nënë Tereza e quajti "dhurata e varfërisë"). Prandaj varfëria shihet si një fazë mirëpritëse që i ndihmon individët të shkojnë në parajsë, destinacioni i tyre i fundit dhe më i rëndësishëm (kurse qëndrimi i tyre në Tokë është thjesht një tranzicion). Sidoqoftë, ka shumë pak gjasa që varfëria dhe pabarazia janë të mirëpritura nga ata që i përjetojnë këto.

Varfëria dhe pabarazia do të kundërshtohen gjithnjë e më shumë, sepse të gjitha informacionet e disponueshme tregojnë se pabarazia (dhe distanca shoqërore që ajo krijon) shpesh bazohet në shfrytëzim - domethënë *klasat e pasura janë më të shëndetshme, sepse klasat më të varfra janë më pak të pasura dhe më pak të shëndetshme*.

Perceptimi i kësaj distance shoqërore si *shfrytëzuese* përbën bazën për mendimin e përhapur gjerësisht në shoqëritë Perëndimore se shoqëria nuk është e drejtë, se ka shumë pabarazi. Në të vërtetë, sondazhet e publikut tregojnë se shumica dërrmuese në vendet e zhvilluara besojnë se ka shumë pabarazi në shoqëritë e tyre (15). Është e tëpër të theksohet se ata në krye, *20%-25% e popullsisë në nivelin më të lartë të të ardhurave (të cilët kanë fuqi dhe ndikim të jashtëzakonshëm në shoqëritë Perëndimore dhe përfaqësojnë sektorët më të shëndetshëm të popullsisë), dëshirojnë që pjesa tjetër prej 75%-80% e popullsisë të besojnë se ata në krye janë atje për shkak të meritës - se ata e meritojnë të jenë atje*; *se kjo distancë në status është një ngjarje natyrore; dhe se rendi shoqëror aktual kërkon një pranim të kësaj situate në mënyrë që të ruhet vetë ky rend*. Problemi është se një numër në rritje i njerëzve nuk beson se merita është kriteri i vërtetë për pozitën shoqërore. Ndërgjegjësimi për shfrytëzimin është një nga kërcënimet më të mëdha për ata që janë në krye.

Përgjigjja ndaj ndërgjegjësimit për shfrytëzimin mund të jetë e dyfishtë. Një përgjigje mund të jetë *individuale*, e cila mund të krijojë patologji (sëmundshmëri) serioze (si individuale ashtu edhe kolektive) si pasojë e zhgënjimit. Në kundërshtim me idetë kulturore mbizotëruese, të tilla si imazhi i kaubojëve të vetmuar që shpartallojnë të vetëm bandën e djemve të këqij, *përgjigjet individuale janë joefikase dhe me vlerë të kufizuar*. Përgjigja individuale e personave ndaj shfrytëzimit të tyre është jo e shëndetëshme, sepse mund të marrë formën e zemërimit, frustrimit, alkoolizmit, varësisë nga droga dhe krimit. Kjo sasi e madhe energjie, e kanalizuar në mënyrë individuale, ka vetëm një vlerë të kufizuar dhe është joproduktive për shoqërinë.

Përgjigja tjetër e mundshme ndaj shfrytëzimit është që *një person të bashkohet me një grup përsonash* për t'iu përgjigjur dhe luftuar sëbashku kundër atij shfrytëzimi. Kjo është alternativa më e shëndetshme. Ndjenja e angazhimit, luftës, solidaritetit dhe shpresës për një të ardhme më të mirë janë zgjidhjet më të shëndetshme, që lidhin përcaktuesit individual të stilit jetesës me përcaktuesit strukturorë.

Kjo traditë e gjatë e lidhjes së përpjekjeve individuale me ato kolektive (e cila ka karakterizuar historinë e lëvizjes së fuqisë punëtore, midis lëvizjeve të tjera) i paraprin konceptit të gabuar të "kapitalit social", i përdorur gjerësisht nga disa studiues në fushën e pabarazisë, e cila e thjeshtëzon shumë konceptin e solidaritetit dhe qëllimin e tij. Vizioni i famshëm i Putnam-it (16) i inkurajimit

të kapitalistëve socialë për të qenë kapitalistë edhe më të mirë dhe për të fituar në botën konkurruese është i ndryshëm nga koncepti i solidaritetit. Është e kundërta e asaj që duhet të jetë sjellja e shëndetshme shoqërore dhe e kundërta e asaj që është mbështetet në këtë dokument – që është, të lidhësh luftën dhe përpjekjet për çlirimin dhe shëndet individual me luftën kolektive. Objektivi nuk duhet të jetë rritja e konkurrencës në shoqëritë tona, por rritja e solidaritetit (17).

Ky dokument gjithashtu nuk bie dakord dhe nuk pajtohet me konceptin e përdorur gjerësisht të "kohezionit social", i cili mund të konsiderohet si thellësisht konservator. Në të vërtetë, ky koncept u krijua nga traditat konservatore dhe kristiandemokratike si një përgjigje ndaj përpjekjes së lëvizjes së punës për të ndryshuar shoqërinë (18). *Kohezioni social mund të ekzistojë krah për krah me shfrytëzimin e madh*. Ka shumë shoqëri kohezive, ku rendi shoqëror është pranuar gjerësisht, por ku kohezioni maskon shfrytëzimin gjerësisht të përhapur dhe nivele të larta të sëmundshmërisë. Në fakt, një ndërhyrje e shëndetshme mund të jetë e nevojshme për të lehtësuar një përgjigje kolektive, nga ata që janë të shfrytëzuar, kundër vetë këtij kohezioni.

Ka nevojë që të favorizohet koncepti dhe përdorimi i solidaritetit dhe një shoqërie solidare si një alternativë ndaj një shoqërie shumë konkurruese në të cilën kapitali social i ndihmon individët të konkurrojnë më mirë. Idetë e përvijuara në këtë material paraqesin një alternativë ndaj pikëpamjeve dominuese dhe hegjemonike në shoqëritë tona.

Megjithatë, kohët e fundit kemi qënë dëshmitarë të disa zhvillimeve inkurajuese. Midis tyre mund të vecohet plani kombëtar i shëndetit të qeverisë social demokratike të Suedisë, i cili përfshin shumë nga *përcaktuesit strukturorë* dhe *individualë të shëndetit* dhe përfaqëson një hap gjigant në drejtimin e duhur.

Është e rëndësishme të zgjerohen këto ndërhyrje përgjatë linjave të përshkruara në këtë material, si dhe të përfshihen strategjitë e fuqizimit të përmendura këtu. Në formën aktuale, *plani kombëtar i shëndetit i Suedisë është plani më progresiv që ekziston sot për sot në botë*. Ky plan po zhvillon një strategji që tejkalon pikëpamjen e ngushtë, reduktuese, që ka për qëllim të kufizojë politikën shëndetësore në favor të ndërhyrjeve të kujdesit mjekësor. Megjithatë, ka ende shumë për të bërë. Ky material mund të ndihmojë në përcaktimin e treguesve për një rrugë drejt një shëndetësie më të mirë.

Shpjegimi i politikave publike

Teoria mbizotëruese është që aktorët (politikë-bërësit) janë racionalë duke tentuar të maksimalizojnë shfrytëzimin ose duke planifikuar një shteg koherent dhe të bazuar në të dhëna për arritjen e objektivave, dmth. përshtatjen e mjeteve për realizimin e objektivave dhe nevojave (19).

Cështjë është nëse ky racionalitet kërkon konsenuse apo interesat e ndryshme, elitat, interesat strukturale dhe klasat ekonomike kanë objektiva të ndryshme (përkatësisht, këndvështrimet pluraliste, elitiste, korporatiste ose Marksiste).

Këto objektiva mund të jenë racionale brenda grupeve që i promovojnë ato dhe mund të përdoren për t'ja përshtatur mjetet arritjes së qëllimeve. Megjithatë, efekti mund të mos jetë ndjekja e rezultateve racionale të pranuara botërisht. Në vend të kësaj mund të kemi pluralizëm, që ka kompromisin si bazë për prodhimin e rezultateve – duke cuar në ndryshime të vogla politike edhe kur grupet kërkojnë ndryshime të thella dhe radikale (19).

Kompromisi është një term shumë i ndryshëm nga konsensusi edhe pse mund të ketë konsensus në nevojën për kompromis. Ose një elitë e caktuar mund të krijojë një axhendë dominuese.

Ka shumë faktorë që influencojnë dhe i japin formë politikave shëndetësore dhe informacioni rreth tyre është i jashtëzakonshëm. Procesi politik tregon si zhvillohen politikat, si zbatohen (shpesh në mënyra të paparashikueshme madje perverse) dhe si amendohen ato në një proces jo-linear (19).

Që këtej, faktorët shpjegues të rezultateve të politikave shëndetësore janë si vijon:

1. Ekonomia politike - nenkupton mënyrën se si prodhohet dhe shpërndahet pasuria. Një element kyc për të kuptuar presionet bazë dhe kufizimet me të cilat përballet politika shëndetësore.

Padyshim qe ekonomia kapialiste ushtron presion te madh mbi sistemet shendetesore publike, por gjithashtu gjeneron pasuri dhe te ardhura qe mund te perdoren per blerjen e KSH ne menyre publike apo private. Nga ana tjeter, presionet nga jashte sistemit shendetesore mund te kene pasoja pozitive apo negative ne shendet. Menyra se si politika publike ne pergjithesi dhe PSH ne vecanti nderveprojne ne kete mjedis eshte thelbesore (19).

Ekonomia politike nderkombetare eshte me e rendesishme sesa ajo kombetare per shume shtete sot sesa gjate periudhes 1945-1975 kur pati nje ekspansion te ekonomive dhe shtetit social ne fenomenin qe u quajt "industrializimi Perendimor" dhe qe pati ndikim kudo ne bote. Ndryshimet e mevonshme perfshire ndryshimet ne regjimet politike ne bote kane patur ndikim te forte ne sistemet e KSH.

Vala e pare e reformes se KSH global gjate 1940-50 konsistoi ne ngritjen e sistemeve kombetare te KSH ne shume vende. Vala e dyte gjate '60-'70 i meshoi rendesise se KSH paresor si mjet per arritjen e mbuleses universale. Vala e trete – prej 1980 e ketej – u karakterizua nga levizja drejt sistemeve publike apo mikse qe mbeshteteshin me shume tek tregu ose mekanizmat e reja te menaxhimit publik (19).

2. Faktorët socioekonomikë.

3. Faktorët strukturoë dhe institucionalë - të cilët i japin prioritet sjelljeve dhe institucioneve politike.

4. Zgjedhjet racionale bazuar në institucione - individet mund te veprojne ne grupe qe influencojne sjelljen e tyre, por mund te kene synime te pavarura nga strukturat politike

(institucionet) dhe faktoret kulturore (ideologjia dominante psh.). Sidoqofte, sjellja e tyre influencohet nga institucionet dhe stimujt qe keta ofrojne.

5. Cështje të pushtetit - si pushteti shperndahet ne shoqeri dhe brenda sistemit politik dhe si pushteti influencon politiken publike. Per shembull, ka pluralizem ne shprendarjen e pushtetit apo vendimet merren nga klasa apo elita sunduese?

6. Idetë dhe ideologjitë - jane te rendesishme por shpesh lidhen me faktore te tjere sociale (dhe ekonomine politike) ne menyra te komplikuara (19).

Shpjegimi i zbatimit të politikave publike

Shpjegimi i zbatimit të politikave mund të bëhet bazuar në kornizën: analizim i burimeve dhe rezultateve.

Burimet përfshijnë idetë, institucionet, sjelljet politike. Zbatimi nënkupton procesin nëpërmjet të cilit outputet (ligjet, objektivat etj) përkthehen në rezultate sociale (19).

Për shembull, politika shëndetësore aktuale mund të rezultojë në krijimin e Fondit të Shëndetit. Efektet e Fondit të Shëndetit do të vijnë si pasojë e faktit se si, ku dhe kur do të zbatohen politikat përkatëse (19).

Mund të kemi një politikë të mirë por zbatim të keq dhe anasjelltas.

1. E para ndodh kur hartohen politikat pa marre parasysh kundërshtitë e opozitës.
2. Skenari i dytë ndodh kur politika është ndikuar haptazi nga kompromise të veshtira dhe jo të favorshme por zbatimi i saj është shembullor duke qënë se është marre miratimi i opozitës.

Rregulloret jane nje menyre per arritjen e qellimeve nepermjet vete-modifikimit te sjelljes ne pergjigje te rregullave te vendosura nga jashte sesa nga kontrolli direkt. Kjo eshte nje ceshtje shume aktuale ne politikat shëndetësore, duke qene se presionet nderkombetare haptazi orientojne qeverite nepermjet rregulloreve sesa npm kontrollit direkt (19).

Ne vija te pergjithshme, ka tre sisteme te qeverisjes per zbatimin e politikave shendetesore.

1. *Hierarkia* ose *burokracia* ose *planifikimi*. Mund te quhet dhe sistemi "komando dhe kontrollo". Shpesh kjo ka konotacion negativ, por jo gjithnje eshte keshtu: burokracia ka avantazhe normative dhe praktike. Keto perfshijne barazine, vazhdimesine dhe transparencen (normative) si dhe aftesine per te racionalizuar sistemet, reduktuar pasojat e padeshiruara (praktike).
2. *Tregu.* Shume qeveri jane perjekur se fundmi te perdorin stimujt e tregut ne sektorin publik dhe ofrimin e kujdesit shendetesor privat ne perpjekje per te ndryshuar sistemin e KSH.

3. *Vete-rregullimi i zanateve.* Nje menyre qe perdor qeveria per te garantuar akses (sigurimet shendetesore kombetare) por ofruesit, ata qe paguajne dhe profesionistet vete-rregullohen ne nje shkalle te madhe lidhur me menyrat e pagesave, cmimit te sherbimeve dhe hyrjes ne treg (19).

Politika shëndetësore në praktikë

Nderveprimi ne dukje i rastesishem i ideve, grupeve te interesit dhe mundesive per vendim-marrje te cojne drejt teorise se "koshit te plehrave" – garbage can. E zhvilluar nga Michael Cohen, teoria e shikon sjelljen e institucioneve si nje anarki te organizuar ne baze te te cilit problemet, zgjidhjet dhe vendim-marresit nuk jane te lidhur me njeri-tjetrin, jane rryma te pavarura me teper se pjese te nje procesi racional dhe vetem kur rrjedhin sebashku krijohet politika. Ne kete kendveshtrim, politika duket si nje kaos i rregulluar, arbitrar (19).

Nese eshte keshtu, atehere si racionalizohet politika per te realizuar objektivat e qeverise ose per te siguruar minimumin e rezultateve sociale te kerkuara? Qartazi, synimet individuale te qeverise jane te pamundura te realizohen. Megjithate, qeveria duhet te koordinoje politikat ne menyre qe ne fund te dites, nje amalgamim kompleks synimesh dhe objektivash te mund te shtyhet perpara drejt efekteve te deshirueshme sociale.

Ne praktike duket se ka nje konflikt madhor midis teorise se "koshit te plehrave" qe prodhon *vale te vazhdueshme politikash te pa-perputhshme* ne vendet e zhvilluara ose shtremberim politikash nga shteti arbitrar ne vendet ne zhvillim, nga njera ane, dhe *nevojes per koordinim efektiv*, nga ana tjeter.

Koordinimi efektiv kerkon kontroll te rrepte te burimeve ne kontekstin e synimeve komplekse dhe ambicioze, qe nenkupton centralizim politik kunder cdo retorike mbizoteruese. Ne vendet ku sistemi shendetesor dominohet nga shteti pjesa me e madhe e decentralizimit i ka takuar shperndarjes se pergjegjesise per funksionet dhe jo shperndarjes apo decentralizimit te pushtetit (19).

Pra, per te shpjeguar rezultatet e politikave publike duhet te marrim ne konsiderate situaten e ekonomise politike, fuqine sociale, strukturen e shtetit dhe institucioneve politike dhe menyrat se si individet, grupet e interesit dhe klasat sociale sillen ne kontekstin e strukturave qe do perdorin.

Eshte interesante te studiohen politikat shendetesore ne kohe.

- Vitet '70 perfaqesojne eren e *strukturave politike*, duke qene se ekonomia politike mbizoteruese ishte ajo me baze kombetare (politika kombetare).
- Vitet 2000 konsiderohen si era e *ekonomise politike* duke qene se globalizmi kapitalist redukton tiparet dalluese te kombeve dhe institucioneve te tyre.

Pra, *ekonomia politike eshte ne maje te hierarkise se faktoreve qe shpjegojne politikat publike*. Kjo sepse eshte ekonomia politike qe percakton sfondin, mjedisin dhe kufizimet. Pershkrimi i nje regjimi te ekonomise politike tregon se si shteti dhe elemente te tjere te politikes veprojne sebashku per te drejtuar ekonomine ne nje menyre te caktuar (19).

Institucionet dhe strukturat politike formezojne sjelljet duke racionalizuar sjelljet por edhe duke ndryshuar kulturat dhe pritshmerite. Per shembull, deshtimi i vazhdueshem i reformimit te sistemit shendetesor ne USA bazuar ne strukturat aktuale dhe interesave qe gelojne ne to, ka ulur pritshmerite e shume personave reformues ndaj veprimeve te ardhshme.

Strukturat dhe institucionet politike variojne nga njeri vend ne tjetrin (si dhe nivel sub-nacional). Prandaj organet ekzekutive variojne ne struktura, qellime, tipare dalluese dhe pushtetin brenda sistemit politik ne pergjithesi dhe shtetit ne vecanti (19).

Referencat

1. Navarro, V., and Muntaner, C. (eds.). Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being. Baywood, Amityville, NY, 2004.

2. Navarro, V. The Health Situation of East Baltimore. Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 1978.

3. Navarro, V. Crisis, work and health. In Crisis, Health and Medicine: A Social Critique, ed. V. Navarro. Tavistock, London, 1986.

4. Marmot, M. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity. Owl Books, New York, 2005.

5. Navarro, V., et al. Politics and health outcomes. Lancet 368:1033–1037, 2006.

6. Navarro, V. (ed.). The Political and Social Contexts of Health. Baywood, Amityville, NY, 2004.

7. Navarro, V. Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care. Monthly Review Press, New York, 1998.

8. Vagero, D. Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective. In Inequalities in the World, ed. G. Therborn. Verso, London, 2006.

9. Burström, B., et al. Winners and losers in flexible labor markets: The fate of women with chronic illness in contrasting policy environments—Sweden and Britain. Int. J. Health Serv. 33:199–218, 2003.

10. Wilkinson, R. The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier. New Press, New York, 2005.

11. Benach, J. Analysis of Mortality Differentials by Social Class. Papers of the Department of Health Policy, Pompeu Fabra University, Barcelona, 2005.

12. Whitehead, M., and Burström, B. Evaluation of the UK and of the Swedish Health Policies. Seminar on Health Inequalities, Johns Hopkins University Fall Institute, Barcelona, November 4, 2005.

13. Wilkinson, R. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. Routledge, London, 1996.

14. Esping-Andersen, G. A child centered social investment strategy. In Why We Need a New Welfare State, ed. G. Esping-Andersen. Oxford University Press, Oxford, 2002.

15. The International Value Survey, 2003 and 2005.

16. Putnam, R. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Simon and Schuster, New York, 2000.

17. Navarro, V. A critique of social capital. In Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being, ed. V. Navarro and C. Muntaner. Baywood, Amityville, NY, 2004.

18. Navarro. V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the United States has neither. Int. J. Health Serv. 19:383–404, 1989.

19. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

LEKSIONI 7

POLITIKAT SHËNDETËSORE

HYRJE

Cfarë kuptojmë me termin "politikë"?

- Në kuptimin pragmatists, politika nënkupton "atë që bën qeveria". Një përkufizimi i tillë e vë theksin sa tek publiku aq edhe tek vetë politika.
- Në vetëvete, politika mund t'i referohet cdo organizate publike apo private. Por ne na duhet të shkojmë përtej këtij përkufizimi pragmatist për t'a hetuar më në detaje konceptin.

Konceptet bazë kur flasim për "politikën" janë:

- Politika (orientimi politik – politics).
- Politika (policy).
- Administrata.

HYRJE

Duhet pranuar që nuk ka ndonjë term shqip të përshtatshëm për të dalluar midis koncepteve *Politics* dhe *Policy*. Ndryshimi midis të tyre është si vijon:

- **Politics** = idetë (ideologjia) në të cilat beson qeveria (si psh., komunizmi, fashizmi, demokracia, tregtia e lirë, izolacionizmi, etj.).
- **Policy** = cfarë bën qeveria për të mbështetur/realizuar idetë në të cilat ajo beson (psh., ligje, tarifa, luftë, etj.).

HYRJE

Fjala “politikë” në kuptimin “policy” rrjedh nga Greqishtja “polis”, që nënkupton “një qytet”. Me kalimin e kohës, kjo fjalë i dha jetë termit “polity”, dmth pjesa politike e një shoqërie, dmth. shteti. Me kalimin e kohës, politika nënkuptoi artin e qeversisjes së nje shteti.

Policy në fakt është i mbrujtur në termin Politics, dhe kjo e fundit mishërohet në Qeverinë përkatëse.

Për shembull, politikat e atyre që kështillojnë qeverinë, ideologjitë politike, strukturat politike që kalojnë ligjet, si dhe gjithë strukturat administrative, menaxheriale dhe sociale për të zbatuar “policy”-të përkatëse.

HYRJE - Cfarë janë politikat publike?

Politikat publike përkufizohen si “rezultatet që rrjedhin nga procesi i bërjes së ligjeve dhe rregulloreve të cilat prekin shoqërinë, dmth. që prodhojnë pasoja sociale që vijnë nga sistemi politik të cilën e quajmë “policy”.

Në këtë kuptim, burimet (inputet) variojnë nga idetë dhe ideologjitë, tek kultura politike, lëvizjet dhe partitë politie, institucionet politike, levizjet sociale, interesat, grupet e presionit, sjelljet dominante e deri te kultura burokratike dhe administrative.

HYRJE - Cfarë është qeverisja?

Në shërbimet publike të tilla si kujdesi shëndetësor, qëverisja nënkupton pranimin dhe zbatimin e një strukture dhe kulture të përshtatshme për mbikqyrjen e organizatës. Pra, në këtë kuptim, qeverisja siguron që organizata vepron në mënyrë eficiente.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Për fat të keq, në shumicën e shteteve të botës me termin "**politika shëndetësore**" nënkuptohet "*politikat e kujdesit mjekësor*". Kujdesi mjekësor, megjithatë, është *vetëm një ndryshore* në ekuacionin shëndetësor të një vendi. Në vijim do të përshkruajmë se cilat janë përbërësit kryesorë të një politike kombëtare shëndetësore, duke përfshirë:

1. *Përcaktuesit politikë, ekonomikë, socialë dhe kulturorë të shëndetit, përcaktuesit më të rëndësishëm të shëndetit në çdo vend;*
2. *Përcaktuesit e stilit të jetesës*, të cilat kanë qenë llojet *më të dukshme* të ndërhyrjeve publike; dhe
3. *Përcaktuesit shoqërues* dhe *fuqizues*,

të cilët lidhin përbërësit e parë dhe të dytë të politikës kombëtare shëndetësore: *ndërhyrjet individuale* dhe *ndërhyrjet kolektive*.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Fizibiliteti i kësaj qasjeje varet në masë të madhe nga vullneti politik i autoriteteve kombëtare dhe nga kuptimi i gjerë i përcaktuesve aktualë të shëndetit.

Një hap i parë drejt kësaj është plani i Politikës Kombëtare të Shëndetit, i zhvilluar nga qeveria socialdemokrate Suedeze.

Ky material bazohet në atë model.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Një objektiv kryesor i një politike kombëtare shëndetësore duhet të jetë *krijimi i kushteve që sigurojnë shëndet të mirë* për të gjithë popullatën.

Është e tepërt të thuhet se të gjithë sektorët dhe agjencitë në shoqëri duhet të jenë *përgjegjëse* për krijimin e këtyre kushteve, por *përgjegjësia primare* për sigurimin e kushteve për shëndet të mirë qëndron në agjensitë kolektive që përfaqësojnë interesat e popullsisë (lirisht të shprehura nëpërmjet institucioneve demokratike) – dmth.,*autoritetet publike* dhe *administrata e tyre publike*.

Qeveria (në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal), pra, është agjencia kryesore përgjegjëse për zhvillimin e një politike kombëtare shëndetësore.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Por cilat janë komponentët kryesorë të një politike kombëtare shëndetësore? Ekzistojnë tri lloje kryesore.

I pari përfshin *ndërhyrjet publike* që synojnë krijimin, mbajtjen dhe forcimin e përcaktuesve strukturorë politikë, ekonomikë, socialë dhe kulturorë të shëndetit të mirë. Ata quhen **strukturore** sepse ato janë pjesë e strukturës politike, ekonomike dhe sociale të shoqërisë dhe të kulturës që i informon ata. Megjithëse rrallë renditen në shumicën e planeve kombëtare shëndetësore, këto janë **politikat më të rëndësishme publike** në përcaktimin e nivelit të shëndetit të popullsisë.

Në të vërtetë, ka prova shumë të fuqishme shkencore që tregojnë, për shembull, se vendet me pabarazi më të ulëta klasore, raciale dhe gjinore lidhur me standardin e jetesës gjithashtu kanë nivele më të mira shëndetësore për të gjithë popullsinë. Politikat publike që synojnë reduktimin e pabarazive sociale, pra, janë komponentë të politikës kombëtare shëndetësore.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Lloji i dytë i ndërhyrjes përfshin *politikat publike* që synojnë individët dhe përqendrohen në ndryshimet në sjelljen individuale dhe mënyrën e jetesës. Këto përcaktues *të stilit të jetesës* janë gjithashtu shumë të rëndësishme dhe kanë qenë më të dukshmet midis politikave kombëtare të shëndetësisë.

Një arsye për një vizibilitet më të lartë të ndërhyrjeve të këtij lloji është fakti se politikë bërësit i perceptojnë ato si më të menaxhueshme dhe më të lehtë për t'u adresuar se sa lloji i parë, përcaktuesit strukturorë.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Sidoqoftë, nuk mund ta përjashtojmë mundësinë që një tjetër arsye për këtë ndryshim në vizibilitet dhe frekuencë është se përcaktuesit e stilit të jetesës e përqendrojnë përgjegjësinë për shëndetin e popullsisë *tek individi* dhe jo tek *institucionet publike* që janë kryesisht *përgjegjëse për përcaktuesit strukturorë*.

Kjo është një arsye pse qeveritë konservatore dhe liberale (dhe gjithashtu, në shumë raste, qeveritë progresive) kanë tendencën të theksojnë këtë lloj të dytë të ndërhyrjeve kundrejt llojit të e parë (që në fakt janë më më efektive në përmirësimin e shëndetit të popullsisë).

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Lloji i tretë i ndërhyrjes publike, e cila mund të quhet *determinantët socializues* dhe *fuqizues*, lidh modelin e dytë (përcaktuesit e stilit të jetesës) me të parat (përcaktuesit strukturorë). *Ndërhyrjet socializuese dhe fuqizuese krijojnë marrëdhënien* midis *përgjegjësive individuale* dhe *kolektive* për krijimin e kushteve për të siguruar shëndet të mirë.

Kjo lloj ndërhyrjeje do të përfshinte *inkurajimin* e individëve për t'u përfshirë në ***përpjekjet kolektive*** për të përmirësuar përcaktuesit strukturorë të shëndetit, si reduktimi i pabarazive sociale në shoqëritë tona ose eliminimi i kushteve të shtypjes, diskriminimit, shfrytëzimit apo marxhinalizimit që prodhojnë sëmundje.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Për shembull, inkurajimi i individëve që janë shfrytëzuar për t'iu përgjigjur atij shfrytëzimi, jo vetëm individualisht, por edhe kolektivisht (me persona të tjerë të cilët janë shfrytëzuar në mënyrë të ngjashme), është një ndërhyrje shumë e rëndësishme e politikës shëndetësore, që lidh përmirësimin e shëndetit të individit me përmirësimin e shëndetit të popullsisë së shfrytëzuar.

Ka shumë shembuj të këtyre përvcaktorëve socializues dhe fuqizues.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Një shembull është ajo që ndodhi midis minatorëve të qymyrit në Appalachia (West Virginia) në vitet 1970, kur ata u mobilizuan dhe hynë në grevë për të protestuar ndaj kushteve të papërshtatshme të punës. Ata paralizuan operacionet e minierve për disa muaj, duke krijuar një situatë në të cilën pronarët e minierave dhe punëdhënësit pothuajse humbën kontrollin dhe kërkuan që Ushtria të merrte kontrollin e minierave.

Në atë mobilizim, secili minator luftoi *jo vetëm individualisht* por *kolektivisht* për të përmirësuar shëndetin e të gjithë minatorëve të qymyrit dhe, në atë përpjekje, përmirësuan shëndetin e tyre si dhe shëndetin e të gjithë popullsisë.

Siç tregojnë rastet, *lehtësimi i lidhjes* së luftës së individit për një shëndet më të mirë me luftën kolektive për shëndet më të mirë është një *ndërhyrje jashtëzakonisht e rëndësishme* publike për përmirësimin e shëndetit të popullsisë në tërësi.

HYRJE - Cfarë është politika shëndetësore kombëtare?

Fuqizimi i popullatave vulnerabël në këtë mënyrë është një komponent thelbësor i politikës kombëtare shëndetësore. Edukimi i njerëzve për të vepruar *jo vetëm individualisht* por edhe *kolektivisht*, duke i bërë ata të vetëdijshëm për ngjashmërinë e problemeve të tyre dhe duke i inkurajuar ata që të veprojnë si individualisht dhe kolektivisht për t'i zgjidhur ato, është një dimension i rëndësishëm i politikës kombëtare shëndetësore.

Në të vërtetë, lidhja e individit me kolektivin është një funksion i rëndësishëm i ndërhyrjeve të shëndetit publik.

Përcaktorët strukturorë: Ndërhyrjet politike, ekonomike, sociale dhe kulturore të politikave shëndetësore

Agjentët që kryejnë ndërhyrjet e këtij lloji janë kolektivë (dmth. ata nuk janë persona individualë), duke përfshirë partitë politike, sindikatat, shoqatat e lagjeve dhe të tjerët.

Subjektet e këtyre ndërhyrjeve, gjithashtu, *nuk janë individë*, por institucione publike dhe private, veprimet e të cilëve ndikojnë në kushtet që sigurojnë shëndet të mirë për të gjithë popullsinë.

Këto ndërhyrje mund të përmblidhen si vijon.

Përcaktorët strukturorë: *Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri*

Këto ndërhyrje jashtëzakonisht të rëndësishme kanë për qëllim *lehtësimin e zhvillimit të institucioneve* dhe *praktikave* që krijojnë kushte për personat (si anëtarë të klasave shoqërore, gjinive, racave, prejardhjeve etnike, rajoneve ose kombeve) për të marrë vendime dhe për të kontrolluar jetën e tyre.

Ndërhyrjet e këtij lloji kanë për qëllim krijimin e institucioneve dhe praktikave që minimizojnë armiqësinë dhe pafuqinë popullore - kushte që shkaktojnë një pjesë të madhe të sëmundshmërisë dhe të shëndetit jo të mirë.

Përcaktorët strukturorë: ***Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri***

Me rëndësi të veçantë janë ndërhyrjet që synojnë sigurimin e *instrumenteve politike dhe sociale* (si partitë politike, sindikatat, shoqatat e lagjeve, lëvizjet sociale, grupet e pacientëve) për popullatën dhe komponentët e saj të ndryshëm.

Këto instrumente më pas lehtësojnë dhe stimulojnë përfshirjen aktive të popullatës në jetën politike dhe sociale të anëtarëve të saj, duke vendosur (thënë fjalën e tyre) mbi çështjet që ndikojnë në jetën e tyre.

Përcaktorët strukturorë: ***Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri***

Rëndësi të veçantë ka ekzistenca e instrumenteve politike dhe sociale që u mundësojnë grupeve që ndihen të marxhinalizuar, diskriminuar, shtypur ose shfrytëzuar për të mbrojtur interesat e tyre, sepse dalja nga këto kushte është një element kyç për realizimin e plotë (përfshirë shëndetin e mirë) të këtyre popullatave.

Megjithatë, është e rëndësishme që këto grupe *të krijojnë aleanca* me grupe të tjera që përjetojnë kushte të ngjashme, duke zgjeruar kështu bazën e tyre sociale për të forcuar fuqinë e tyre.

Përcaktorët strukturorë: ***Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri***

Në këtë drejtim, ndarja e veprimeve politike të grupeve të tilla - si në Shtetet e Bashkuara, e cila ka shumë "lëvizje të orientuara drejt çështjeve të ndryshme", të tilla si feministet, të moshuarit, pakicat dhe të tjerët, por asnjë lëvizje ose parti të tilla si një parti socialdemokrate apo parti punëtore që mund të lidhin llojet e ndryshme të shfrytëzimit - mund të rezultojë në përmirësimin më të ulët të shëndetit sesa në qoftë se do të kishte një parti më të madhe politike dhe lëvizje që mund të mobilizohej për disa çështje njëkohësisht.

Përcaktorët strukturorë: *Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri*

Gratë, të moshuarit dhe afrikanët amerikanë dhe pakicat e tjera në Shtetet e Bashkuara kanë më pak të drejta sociale dhe shëndetësore dhe tregues më të keq shëndetësorë sesa homologët e tyre në shtetet me lëvizje më pak të fuqishme të grave, të moshuarve apo pakicave, por lëvizje më të mëdha punëtorë të bazuara në klasën sociale, si Suedia për shembull.

Ideja këtu është se shumica e grave, të moshuarve dhe pakicave zakonisht përbëjnë *klasën punëtore* dhe nëse këto grupe *do të kombinonin luftën e tyre* për shëndet më të mirë, duke punuar brenda instrumentave politike dhe sociale të përbashkëta, *ata mund të arrinin një ndikim dhe fuqi më të madhe*. Aktualisht, ka prova të fuqishme shkencore për një marrëdhënie të drejtpërdrejtë midis kohëzgjatjes së qeverisjes së një vendi nga partitë e punës dhe përmirësimit të shëndetit të popullatës përkatëse.

Përcaktorët strukturorë: *Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri*

Treguesit e këtyre determinantëve të shëndetit janë si vijon:

1. Treguesit (indikatorët) e klasës, gjinisë dhe fuqisë racore, siç janë vitet e qeverisjes nga partitë politike progresive, fuqia e sindikatave të bazuara në klasën sociale (në krahasim me sindikatat e biznesit ose korporatat), etj.
2. Llojet e institucioneve demokratike që lehtësojnë përfaqësimin, siç është përfaqësimi proporcional (bazuar në parimin një personi - një votë).
3. Mungesa e pengesave për pjesëmarrjen në zgjedhje.
4. Larmia ideologjike dhe pluraliteti i mediave dhe qasja në media, për të gjithë sektorët e popullsisë.

Përcaktorët strukturorë: *Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri*

Ekzistenca e kufizuar e këtyre elementeve (si në Shtetet e Bashkuara) e kufizon në mënyrë të konsiderueshme mundësinë e një popullsie që të pakësojë armiqësinë dhe të arrijë një nivetl të mirë të shëndetit. Faktet shkencore tregojnë se shoqëritë më demokratike janë më të shëndetshme.

Përcaktorët strukturorë: ***Politikat publike që synojnë nxitjen e pjesëmarrjes dhe ndikimit në shoqëri***

Treguesit e dobët shëndetësorë në Shtetet e Bashkuara bazohen gjithashtu në demokracinë e saj të kufizuar.

Nëse njerëzit mendojnë se kanë institucione dhe instrumente të mira përfaqësuese, ata ndjehen më mirë dhe më të sigurt se mund të kontrollojnë jetën e tyre dhe të përmirësojnë shëndetin e tyre.

Fakti që shumica e njerëzve në Suedi kanë mendim pozitiv për institucionet e tyre përfaqësuese (me pjesëmarrje të lartë elektorale), ndërsa shumica në Shtetet e Bashkuara kanë mendime negative për institucionet e tyre përfaqësuese (me pjesëmarrje shumë të ulët zgjedhore), shpjegon shkallën më të ulët të tjetërsimit (ose largimit të grupeve sociale nga njëri-tjetri, armiqësia) dhe pafuqisë në Suedi sesa në Shtetet e Bashkuara.

Kjo ka pasoja të mëdha për shëndetin e popullatave që jetojnë në këto vende: *tregues shumë të mirë shëndetësorë në Suedi*; *tregues shumë të dobët në Shtetet e Bashkuara*.

Përcaktorët strukturorë: ***Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë***

Këto ndërhyrje synojnë krijimin e sigurisë dhe lehtësimin e arritjes së objektivave. Ato përfshijnë si vijon:

Politikat e punësimit të plotë kanë për qëllim krijimin e vendeve të punës të kënaqshme dhe të paguara mirë.

Punësimi i lartë ose i plotë është i mirë për shëndetin e të gjithëve, duke përfshirë edhe ata që nuk janë të punësuar. Qasja në shumë vende pune i jep të gjithëve një ndjenjë më të madhe sigurie, duke përfshirë edhe ata që aktualisht nuk kanë një punë (sepse ata mendojnë se mund ta punësohen me lehtësi nëse dëshirojnë) – sesa papunësia e lartë ose shkala e ulët e punësimit.

Përcaktorët strukturorë: ***Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë***

Pamundësia për të punuar për shkak se nuk mund të gjesh punë krijon probleme të mëdha shëndetësore (9). Këto pasoja të pashëndetshme të papunësisë vijnë jo vetëm për të mungesës së burimeve, por edhe të ndjenjave të pasigurisë që sjell papunësia.

Treguesit e politikave të punësimit të plotë përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë adulte që punon dhe shkalla e diferencave të pagave në fuqinë punëtore.
2. Nivelet e papunësisë.
3. Papunësia afatgjatë.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Politikat e sigurimeve shoqërore dhe të mirëqenies sociale ofrojnë një ndjenjë sigurie për njerëzit që janë në rrezik, duke u siguruar atyre instrumente, njohuri, praktikë dhe burime për t'u ndjerë të sigurt dhe për t'iu ofruar një shans për të përparuar.

reguesit e këtyre ndërhyrjeve janë *të drejtat sociale që ekzistojnë në një shoqëri* (aksesi në kujdesin mjekësor, arsimi, kujdesi në shtëpi, kujdesi për fëmijët, shërbimet sociale, strehimi publik dhe pensionet për personat e moshuar dhe personat me aftësi të kufizuara) dhe *burimet për zhvillimin e këtyre të drejtave*. Popullatat e vendeve me të drejta më të larta sociale dhe burime publike sociale (duke përfshirë fondet publike dhe fuqinë legjislative) janë më të shëndetshme se ato të vendeve me mbrojtje sociale më të ulët

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Treguesit e këtyre politikave janë:

1. Përqindja e personave të moshuar dhe personave me aftësi të kufizuara që marrin pensione të mira publike.
2. Përqindja e popullsisë e mbuluar nga kujdesi shëndetësor publik dhe burimet për kujdesin mjekësor publik.
3. Përqindja e fëmijëve nën kujdesin publik për fëmijët dhe nxënësit/studentët në arsimin fillor, të mesëm dhe të lartë (duke përfshirë arsimin profesional dhe universitar), dhe burimet publike të investuara në këto shërbime.
4. Përqindja e personave të moshuar dhe personave me aftësi të kufizuara që marrin shërbime të kujdesit në shtëpi dhe burimet publike të investuara në këto shërbime.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Politikat që reduktojnë pabarazitë shoqërore (duke përfshirë pabarazitë e të ardhurave) sipas klasës sociale dhe gjinisë, racës, përkatësisë etnike dhe rajonit, zvogëlojnë distancën ndërmjet klasave shoqërore (dhe grupeve profesionale, arsimore dhe grupet bazuar në të ardhura brenda secilës klasë sociale), si dhe midis gjinive dhe midis racave , grupet etnike dhe rajoneve.

Pabarazitë sociale mund të gjenerojnë sëmundshmëri dhe të zvogëlojnë mundësitë që personat të bëhen më të shëndetshëm.

Politikat për reduktimin e pabarazive duhet të përfshijnë masa që synojnë zvogëlimin e distancave sociale midis të gjitha klasave dhe grupeve, jo vetëm midis të pasurve dhe të varfërve.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Ekzistojnë prova të forta empirike se ndërhyrja më efektive për të shpëtuar jetë dhe për të ulur vdekshmërinë do të ishte ajo që do të garantonte një normë vdekshmërie për të gjitha klasat shoqërore që është e njëjtë me atë të klasës së lartë.

Në këtë kuptim, programet kundër varfërisë dhe ato që kanë për qëllim parandalimin e përjashtimit social (si ato karakterizuan qasjen e qeverisë Blair për reduktimin e pabarazive në Britaninë e Madhe) janë komponente shumë të rëndësishme të politikave për uljen e pabarazisë, por ato janë vetëm një komponent dhe ky nuk është komponenti më efektiv i mundshëm.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Politikat që synojnë reduktimin e pabarazive midis të gjithë sektorëve të popullsisë (pra politikat universale dhe jo thjesht politikat kundër varfërisë ose anti-përjashtimit), siç janë ato të kryera nga qeveritë socialdemokrate në Suedi, janë më efektive në reduktimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë (duke përfshirë këta tregues midis grupeve të varfëra dhe/ose të përjashtuara) sesa politikat e orientuara nga varfëria.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Treguesit kryesorë për këto lloje të politikave janë:

1. Ndikimi rishpërndarës i ndërhyrjeve publike nga shteti i mirëqenies (p.sh., ndryshimet në shpërndarjen e të ardhurave të matura nga treguesi Gini, para dhe pas ndërhyrjeve të shtetit social). Këto politika publike, të zbatuara për të reduktuar pabarazitë shoqërore, duhet të jenë pjesë e një politike më të gjerë të orientuar në shkaqet e këtyre pabarazive, duke përfshirë reduktimin dhe eliminimin e lidhjeve midis shtypjes, diskriminimit, shfrytëzimit dhe dominimit.
2. Ndryshimet në përqindjen e të ardhurave kombëtare që rrjedhin nga pagat. Evidenca empirike tregon se vendet me një sasi më të madhe të të ardhurave që rrjedhin nga prona dhe një sasi më të vogël nga puna, kanë tregues më të keq shëndetësorë. Në këtë drejtim, Shtetet e Bashkuara dhe Suedia përfaqësojnë dy skajet e spektrit. Politikat që kanë për qëllim zvogëlimin e përqindjes së të ardhurave që rrjedhin nga kapitali dhe politikat që synojnë rritjen e përqindjes që rrjedhin nga puna, si dhe politikat fiskale dhe ekonomike që synojnë rishpërndarjen e burimeve, janë efektive në përmirësimin e shëndetit të popullatave.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Ndërhyrjet kulturore kanë për qëllim krijimin e një kulture të solidaritetit dhe jo të kulturës së konkurrencës. Një ndjenjë e fortë e konkurrencës krijon pasiguri dhe stres të madh, që prodhon një nivel të lartë sëmundshmërie. Kjo u tregua kur u krijuan dhe u zhvilluan politikat liberale të Thatcherit në Britaninë e Madhe, me një rënie konsekuente të vdekshmërisë në të gjitha grupmoshat (13). Një kulturë e konkurrencës së lartë që fokusohet në konkurrencën individuale (e pasqyruar në sloganin "të gjithë duhet të ecin vetë") është jo e shëndetshme, sepse kjo krijon ankth dhe frustrim.

Disa tipare kulturore mund të jenë gjithashtu shumë të dëmshme, siç është *komercializimi i tepruar* i shoqërisë dhe mbizotërimi i vlerave të egocentrizmit, narcizmit, konsumizmit, dhunës dhe hedonizmit, të cilat gjithashtu krijojnë stres dhe frustrim.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Ky kontaminim i vlerave, një nga problemet më të këqija të shëndetit publik në shoqëri, duhet të jetë një thirrje për zgjimin e autoriteteve publike për të ndërhyrë në sistemet që krijojnë vlerat - nga shkollat tek mediat - për të dekurajuar dhe eliminuar vlerat jo të shëndetshme.

Përkufizimi i bukurisë si "i ri dhe sexy", për shembull, është shumë shfrytëzues; ajo gjeneron frustrime të mëdha tek shumica e njerëzve që nuk janë të rinj apo sexy (por mendojnë se duhet të përpiqen që të shfaqen kështu në mënyrë që të pranohen në shoqërinë tonë).

Gjithashtu, prania e gjithanshme, në shumicën e vendeve, *të anëtarëve të klasës së mesme të lartë* si personazhet kryesore në programet televizive krijon frustrim midis shikuesve, shumica e të cilëve janë *anëtarë të klasës punëtore* (jetët e të cilëve rrallë paraqiten në media).

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Treguesit e ndërhyrjeve kulturore përfshijnë:

1. Numri i programeve arsimore që përqafojnë dhe promovojnë më shumë solidaritetin sesa konkurrencën.
2. Shkalla e dhunës në programet televizive.
3. Shkalla e riprodhimit të klasës, racës dhe stereotipeve gjinore në media.

Përcaktorët strukturorë: ***Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë***

Ndërhyrjet për mjedis pune më të shëndetshëm synojnë të krijojnë punë të sigurt, të kënaqshme, kreative dhe të kënaqshme. Ka fakte të forta që sugjerojnë se natyra, lloji dhe kushtet e punës janë ndër variablat më të rëndësishëm që përcaktojnë nivelin e shëndetit të popullsisë.

Treguesit e ndërhyrjeve të shëndetshme në punë përfshijnë:

1. Statusi shëndetësor i lidhur me punën i vetë-raportuar.
2. Indeksi i akumulimit të faktorëve të rrezikut.
3. Indeksi i stresit në punë dhe kushteve të punës.
4. Indeksi i kënaqësisë së punonjësve me punën e tyre.
5. Niveli i vetëperceptuar i kontrollit që punonjësit kanë mbi kushtet e tyre të punës.

Përcaktorët strukturorë: ***Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë***

Mbrojtja e Mjedisit dhe Konsumatorit ka për qëllim përmirësimin e mjedisit fizik për punëtorët, konsumatorët dhe banorët, duke siguruar kështu kushte që mbrojnë dhe promovojnë shëndetin.

Treguesit e ndërhyrjeve të tilla përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë e ekspozuar ndaj nivelit të dëmshëm të zhurmës.
2. Nivelet e dioksidit të azotit në mjediset e jashtme.
3. Nivelet e substancave kimike të qëndrueshme në qumështin e nënës.
4. Incidenca e lëndimit (vdekjet dhe numri i të lënduarve të trajtuar në institucionet e kujdesit. mjekësor) për 100,000 punëtorë në mjedise të ndryshme.

Përcaktorët strukturorë: ***Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë***

Kushte të Sigurta dhe të Favorshme gjatë Fëmijërisë dhe Adoleshencës. Ndërhyrjet e këtij lloji janë ndër mënyrat më efektive për reduktimin e varfërisë dhe parandalimin e përjashtimit social.

Këtu, përsëri, ka shumë fakte shkencore se fëmijët dhe adoleshentët në familje që janë të varfër ndihen të përjashtuar.

Prandaj është me rëndësi të madhe të sigurohet një edukim i mirë përmirësues nga lindja deri në moshën 18 vjeçare (duke përfshirë shërbime të mira për kujdesin e fëmijëve) dhe punë të mira për prindërit (sidomos për nënat e vetme) me qëllim parandalimin e përjashtimit social.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Treguesit e llojeve të tilla të ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Përqindja e fëmijëve (mosha 0 deri në 3 vjet) në qendrat publike të kujdesit të fëmijëve, sipas klasës shoqërore.
2. Niveli i arsimimit të fëmijëve të moshës parashkollore.
3. Përqindja e të rinjve që mbarojnë shkollën fillore dhe të mesme dhe që hyjnë dhe përfundojnë arsimin terciar, sipas klasës shoqërore.
4. Indikatorët e ndikimit (influencës) të nxënësve dhe mësuesve në shkolla.

Përcaktorët strukturorë: *Përcaktuesit Ekonomikë dhe Socialë*

Ndërhyrjet në Kujdesin Shëndetësor që Promovojnë Shëndetin. Këto politika duhet të theksojnë ndërhyrjet e shëndetit publik, si jashtë dhe brenda shërbimeve të kujdesit mjekësor që mbulojnë të gjithë popullsinë.

Shërbimet e kujdesit mjekësor duhet të hartohen në një mënyrë që lehtëson aksesin, rehatinë dhe kënaqësinë për përdoruesit dhe popullatën në përgjithësi.

Gjithashtu, promovimi i shëndetit duhet të jetë një element kyç i sistemit të kujdesit mjekësor, dhe i *gjithë personeli shëndetësor* (veçanërisht mjekët dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë) *duhet të trajnohet lidhur me determinantët politikë, ekonomikë, socialë dhe kulturorë të shëndetit* si dhe në *ndërhyrjet individuale të stilit të jetesës*

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Ndërhyrjet e stilit të jetesës, siç tregon emri, kanë për qëllim ndryshimin e sjelljeve jo të shëndetshme të individëve. Këto janë ndërhyrjet më klasike dhe komponentët më të dukshëm të promovimit të shëndetit.

Ato përfshijnë si në vijim.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Ndërhyrjet në Sjelljen e Sigurt Seksuale dhe Shëndetin e Mirë Riprodhues synojnë të zhvillojnë seksualitetin si një e drejtë njerëzore, duke ndarë kënaqësinë dhe shijimin nga riprodhimi.

Seksualiteti duhet parë si një aktivitet i këndshëm dhe një komponent i përkujdesjes njerëzore dhe duhet të nxitet pikëpamje pozitive rreth seksit.

Informacioni mbi seksualitetin duhet të jetë në dispozicion për të gjitha grupmoshat, duke filluar me të rinjtë.

Njerëzit duhet të jenë në gjendje të shprehin lirisht identitetin e tyre seksual, pa diskriminim, dhe informacioni dhe kujdesi për shëndetin riprodhues duhet të jetë në dispozicion për të gjithë personat që mund të përfitojnë prej tij.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Treguesit e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Numri i shtatzënive dhe aborteve për 1,000 femra të moshës nën 20 vjeç.
2. Incidenca e infeksioneve nga *Chlamydia* në grupmoshat 15 deri në 29 vjeç.
3. Përqindja e popullsisë që merr informacion mbi seksin dhe seksualitetin.
4. Disponueshmëria e metodave kontraceptive për popullatën.
5. Analiza e përmbajtjes së medias për të vlerësuar programet televizive dhe të radios dhe për të shmangur komercializimin, shfrytëzimin dhe stereotipizimin e sjelljes seksuale.
6. Ri-përcaktimi i standardeve shfrytëzuese të bukurisë (të tilla si barazimi i saj me "të rinj dhe sexy") që krijojnë frustrim.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Rritja e aktivitetit fizik është një ndërhyrje e rëndësishme, por jo shumë e dukshme (vizibile) për përmirësimin e shëndetit që parandalon, ndër sëmundjet e tjera, hipertensionin dhe diabetin e tipit 2, të cilat po rriten midis njerëzve obezë dhe atyre që bëjnë jetë sedentare.

Autoritetet publike duhet të promovojnë aktivitetin fizik në moshat parashkollore, shkolla dhe qendrat e punës dhe mësimit, dhe duhet të inkurajojnë përdorimin e biçikletave dhe ecjen.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Treguesit e ndërhyrjeve të tilla përfshijnë:

1. Përqindja e popullsisë fizikisht aktive për të paktën 30 minuta në ditë.
2. Përqindja e të rinjve (mosha 15 deri në 29 vjeç) të cilët kanë kryer një ekzaminim fizik.
3. Përqindja e hapësirës fizike në një qendër urbane që i kushtohet aktivitetit fizik.
4. Disponueshmëria e qendrave të stërvitjes (ushtrimit) fizike për 10,000 banorë në vit.
5. Disponueshmëria e qendrave të stërvitjes fizike të përshtatura për të moshuarit dhe personat me aftësi ndryshe.
6. Përqindja e popullsisë që ecën ose nget biciklетën në lidhje me metodat totale të transportit personal.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Zakonet e Mira të të Ngrënit dhe Ushqimi i Sigurt. Kjo lloj ndërhyrjeje trajton një nga aspektet më të rëndësishme të përmirësimit të shëndetit, sepse të paktën 30 për qind e sëmundshmërise mund të lidhet me sjelljet e të ngrënit.

Mbipesha është tani një nga problemet kryesore shëndetësore në vendet e zhvilluara. Është e domosdoshme, pra, që (a) ushqimi i mirë dhe i shëndetshëm duhet të jetë gjerësisht i disponueshëm për të gjithë popullsinë, duke përfshirë një shumëllojshmëri të gjerë të zgjedhjeve ushqimore; (b) ushqimi duhet të jetë i sigurt, dhe sjelljet jo ligjore të korporatave, si dhe restorantet përgjegjëse për helmimin ushqimor të dënohen me forcë dhe vendosmëri; (c) publiku duhet të informohet plotësisht për përmbajtjen e kalorive dhe përbërjen e të gjitha produkteve ushqimore; dhe (d) publiku duhet të edukohet për marrëdhëniet midis ushqimit dhe shëndetit.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Treguesit e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Indeksi i masës trupore (BMI).
2. Përqindja e popullsisë që konsumon të paktën 500 gram fruta dhe/ose perime çdo ditë.
3. Përqindja e foshnjave që ushqehen me gji (ekskluzivisht, në moshën 4 muaj dhe 6 muaj).
4. Incidenca e infeksioneve nga *Campylobacter* dhe *Salmonella*.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Zvogëlimi i Konsumit të Duhanit dhe Alkoolit, Përdorimit të Drogës dhe Bixhozit të Tepërt. Varësia nga duhani është një sëmundje dhe duhet të shërohet duke ndihmuar individin të kontrollojë varësinë e tij.

Industria e duhanit duhet të ndalohet të inkurajojë këtë varësi.

Reklamat e duhanit që synojnë të rinjtë duhet të bëhen të paligjshme, dhe reklamimi duhet të kufizohet në forume të caktuara, me kufizim të reklamave në radio dhe televizion.

Duhani duhet të taksohet shumë fort, dhe fondet e grumbulluara nga këto taksa duhet të financojnë programet që synojnë shërimin e varësisë së duhanit.

Pirja e duhanit duhet të ndalohet në të gjitha hapësirat publike, restorantet, teatrot, rrugët dhe vendet e punës.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Konsumi i alkoolit duhet gjithashtu të reduktohet (është rritur në vendet e Organizatës për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim - OECD), dhe pijet alkoolike duhet të taksohen sipas përmbajtjes së alkoolit në to. Konsumi i alkoolit duhet të lejohen vetëm në zona të kufizuara dhe jo në vende publike, siç janë rrugët, teatrot ose ambjentet sportive.

Individët që janë të *varur nga droga* duhet të ndihmohen dhe të mos penalizohen (përveçse kur drogat konsumohen në vende publike), por shpërndarja e drogave duhet të ndëshkohet me forcë.

Ndërhyrjet e lidhura me stilin e jetesës

Treguesit e këtyre ndërhyrjeve përfshijnë:

1. Përdorimi i vetë-raportuar i duhanit.
2. Ekspozimii vetë-raportuar ndaj tymit të duhanit mjedisor (duhanpirja pasive).
3. Përqindja e restoranteve dhe vendeve publike që nuk respektojnë kufizimet e duhanpirjes, konsumit të alkoolit dhe drogës.
4. Konsumi i përgjithshëm i alkoolit.
5. Vdekshmëria dhe lëndimet për shkak të konsumit të alkoolit.
6. Përqindja e shoferëve të dehur nga alkooli.
7. Përqindja e popullsisë që konsumon drogë (vetë-raportim dhe raportim nga policia).
8. Vdekshmëria për shkak të sëmundjeve dhe dëmtimeve të lidhura me narkotikët.
9. Prevalenca e pjesëmarrjes së tepruar në lojërat e fati (bixhoz).

Strategjië e fuqizimit

Strategjitë e fuqizimit duhet të ndihmojnë individët të lidhin luftën e tyre personale për përmirësimin e shëndetit me luftën kolektive për të përmirësuar shëndetin e gjithsecilit.

Ekzistojnë fakte shkencore të fuqishme që tregojnë se individët që janë të vetëdijshëm për kufizimet e tyre shëndetësore dhe shkaqet e këtyre kufizimeve mund të përmirësojnë shëndetin e tyre nëse lidhin luftën/përpjekjet e tyre për shëndet më të mirë me përpjekjet e personave të tjerë që kanë kufizime të ngjashme. Siç është përmendur më lart, minatorët e qymyrit të Virxhinias Perëndimore, të cilët hynë në grevë për të përmirësuar kushtet e tyre të punës, përmirësuan gjithashtu shëndetin e tyre dhe shëndetin e komunitetit të tyre.

Strategjië e fuqizimit

Angazhimi individual për të përmirësuar shëndetin e të tjerëve përmirëson shëndetin e vetë individit – domethënë, angazhimi dhe solidariteti janë të mira për shëndetin personal gjithashtu.

Angazhimi nënkupton dëshirën për t'u shërbyer të tjerëve; *solidaritet* do të thotë zhvillimi i rrjeteve të mbështetjes në një kauzë të bashkuar për të përmirësuar shëndetin individual dhe kolektiv. Për më tepër, një reagim kolektiv forcon përpjekjet individuale për të fituar më shumë fuqi, duke fuqizuar kështu individin. Këto lidhje mes reagimit individual dhe kolektivit, bazuar në angazhimin dhe solidaritetin, janë *kritike* për arritjen e përcaktuesve strukturorë të shëndetit të mirë.

Strategjië e fuqizimit

Veprimi kolektiv (fuqizimi politik, ku termi *politik* përdoret në kuptimin e gjerë të shprehjes kolektive të pushtetit) është me rëndësi të jashtëzakonshme për të prodhuar një shoqëri të shëndetshme.

Varfëria dhe pabarazia do të kundërshtohen gjithnjë e më shumë, sepse të gjitha informacionet e disponueshme tregojnë se pabarazia (dhe distanca shoqërore që ajo krijon) shpesh bazohet në shfrytëzim - domethënë *klasat e pasura janë më të shëndetshme, sepse klasat më të varfra janë më pak të pasura dhe më pak të shëndetshme*.

Strategjië e fuqizimit

Perceptimi i kësaj distance shoqërore si *shfrytëzuese* përbën bazën për mendimin e përhapur gjerësisht në shoqëritë Perëndimore se shoqëria nuk është e drejtë, se ka shumë pabarazi. Në të vërtetë, sondazhet e publikut tregojnë se shumica dërrmuese në vendet e zhvilluara besojnë se ka shumë pabarazi në shoqëritë e tyre.

Strategjië e fuqizimit

Është e tëpër të theksohet se ata në krye, *20%-25% e popullsisë në nivelin më të lartë të të ardhurave (të cilët kanë fuqi dhe ndikim të jashtëzakonshëm në shoqëritë Perëndimore dhe përfaqësojnë sektorët më të shëndetshëm të popullsisë), dëshirojnë që pjesa tjetër prej 75%-80% e popullsisë të besojnë se ata në krye janë atje për shkak të meritës - se ata e meritojnë të jenë atje*; *se kjo distancë në status është një ngjarje natyrore; dhe se rendi shoqëror aktual kërkon një pranim të kësaj situate në mënyrë që të ruhet vetë ky rend*.

Problemi është se një numër në rritje i njerëzve nuk beson se merita është kriteri i vërtetë për pozitën shoqërore. *Ndërgjegjësimi për shfrytëzimin* është një nga kërcënimet më të mëdha për ata që janë në krye.

Strategjië e fuqizimit

Përgjigjja ndaj ndërgjegjësimit për shfrytëzimin mund të jetë e dyfishtë. Një përgjigje mund të jetë *individuale*, e cila mund të krijojë patologji (sëmundshmëri) serioze (si individuale ashtu edhe kolektive) si pasojë e zhgënjimit.

Në kundërshtim me idetë kulturore mbizotëruese, të tilla si imazhi i kaubojëve të vetmuar që shpartallojnë të vetëm bandën e djemve të këqij, *përgjigjet individuale janë joefikase dhe me vlerë të kufizuar*.

Përgjigja tjetër e mundshme ndaj shfrytëzimit është që *një person të bashkohet me një grup përsonash* për t'iu përgjigjur dhe luftuar sëbashku kundër atij shfrytëzimi. Kjo është alternativa më e shëndetshme.

Strategjië e fuqizimit

Ka nevojë që të favorizohet koncepti dhe përdorimi i solidaritetit dhe një shoqërie solidare si një alternativë ndaj një shoqërie shumë konkurruese në të cilën kapitali social i ndihmon individët të konkurrojnë më mirë. Idetë e përvijuara në këtë material paraqesin një alternativë ndaj pikëpamjeve dominuese dhe hegjemonike në shoqëritë tona.

Megjithatë, kohët e fundit kemi qënë dëshmitarë të disa zhvillimeve inkurajuese. Midis tyre mund të vecohet plani kombëtar i shëndetit të qeverisë social demokratike të Suedisë, i cili përfshin shumë nga *përcaktuesit strukturorë* dhe *individualë të shëndetit* dhe përfaqëson një hap gjigant në drejtimin e duhur.

Strategjië e fuqizimit

Është e rëndësishme të zgjerohen këto ndërhyrje përgjatë linjave të përshkruara në këtë material, si dhe të përfshihen strategjitë e fuqizimit të përmendura këtu.

Në formën aktuale, *plani kombëtar i shëndetit i Suedisë është plani më progresiv që ekziston sot për sot në botë*. Ky plan po zhvillon një strategji që tejkalon pikëpamjen e ngushtë, reduktuese, që ka për qëllim të kufizojë politikën shëndetësore në favor të ndërhyrjeve të kujdesit mjekësor.

Megjithatë, ka ende shumë për të bërë.

LEKSIONI 8

–

QEVERISJA NË SISTEMIN SHËNDETËSOR

CËSHTJE TE QEVERISJES NË FINANCIMIN SHËNDETËSOR

Financimi i kujdesit shendetesor dhe funksionet e sistemit shendetesor

Financimi eshte nje nga 4 funksionet baze te sistemit shendetesor, sipas OBSH-se dhe paguan per 2 te tjeret: investimet ne njerez, ndertesa, pajisje dhe shperndarjen e sherbimeve shendetesore. Funksioni i 4 (mbikqyrja apo rregullimi) ka te beje me qeverisjen duke qene se parandalon sjelljen jo te rregullt ose korrupsionin (1-3).

Ndersa 3 funksionet e tjera mund te kryhen nga aktore te ndryshem publike dhe private, funksioni i katert (mbikqyrja, rregullimi) eshte nje **pergjegjesi e pandashme e qeverise**, e cila duhet te ushtrohet ndaj 3 funksioneve te tjera.

Qeverisja e mire siguron qe qeveria jep llogari para qytetareve te saj.

Kjo mund te paraqitet ne formen e *mjekeve qe i pergjigjen nevojave te pacienteve, qeverive lokale qe garantojne mbajtjen hapur dhe pajisjen e qendrave shendetesore, apo qe stafi mjekesor te plotesoje standardet e performances te vendosura nga qeveria*.

Ekstremi I kundert I qeverisjes se mire eshte KORRUPSIONI, ku individet perdorin postet publike per perfitime private dhe nuk japin llogari per keto sjellje.

Llogaridhenia nenkupton mbikqyrjen apo rregullimin per te rregulluar performancen.

Ne konktestin financiar, llogaridhenia i referohet *mbledhjes se te ardhurave, shpenzimeve, rrjedhjes se fondeve dhe serise se detyrave qe perbejne financimin e kujdesit shendetesor*.

Qeverisja e keqe dhe korrupsioni rrjedhin nga *mbikqyrja e papershtatshme e financimit, investimeve dhe shperndarjes*.

Rregulloret qe tregojne se si behet dicka apo kush duhet ta beje ate, nenkuptojne rregulla dhe mekanizma per te zbatuar keto rregulla dhe masa ndeshkuese per mos-zbatimin e tyre (1-3).

Financimi, baza e kontribuesve, blerja e mallrave dhe sherbimeve

Financimi mund te mendohet si proces me 3 faza:

1. *Mbledhja e te ardhurave (financimi);*
2. *Baza e kontribuesve pervec pagesave nga xhepi; dhe*
3. *Blerja e sherbimeve dhe burimeve per to*.

Pagesa i referohet menyres si behen blerjet, sistemit te pageses, menyres se si paguhen ofruesit, psh npm pages, per fryme, pagese-per-sherbime, etj.

Secila nga keto faza perben nje sfide me vete per qeverisjen e mire.

Per financimin dhe bazen e kontribuesve, qeverisja e mire nenkupton shperndarjen e drejte te barres financiare duke minimizuar humbjet nga taksat (1-3).

Qeverisja e mire nenkupton minimizimin e vjedhjes dhe diversionit te fondeve nepermjet korrupsionit.

Qeverite mund te vendosin taksa ne menyre direkte por kane vetem impakt indirekt ne ate qe njerezit paguajne nga xhepi duke rregulluar siguracionet private, vendosjen e tarifave ose forma te tjera (Figura 1).

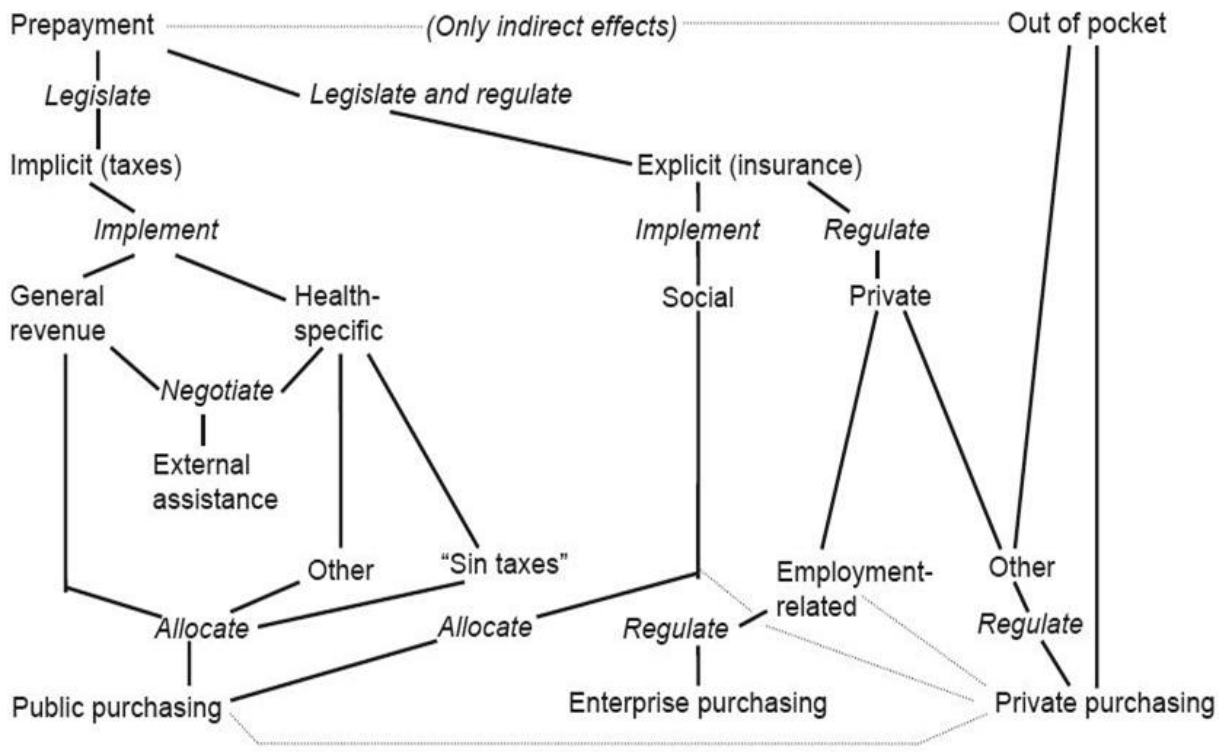


Figura. Burimet e financimit te shendetit dhe marrdheniet qeveritare

Pagesat nen-dore jane shenje e qeverisjes se dobet/keqe.

Zgjedhjet e taksave dhe siguracioneve ndikojne ne masen e parave qe mblidhen per ndarjen e rreziqeve, cilet njerez perfshihen ne skeme dhe nga cilat rreziqe financiare do te mbrohen keta (1-3).

Ne shumicen e vendeve te varfera, nuk ka ose ka shume pak siguracione private dhe nese siguracionet sociale ekzistojne, ato mbulojne vetem nje % te vogel te popullates.

Ne vendet me te ardhura te mesme, te dy llojet e siguracioneve ekzistojne, por ka variacion te madh ne menyren se si jane percaktuar dhe rregulluar (1-3).

Indikatori me i rendesishem qe tregon se sa mire njerezit jane te mbrojtur financiarisht eshte **% e shpenzimeve shendetesore totale qe vijne nga xhepi**, e cila eshte e larte ne vendet e varfera.

Sidoqofte, nje vlere e larte e ketij indikatori nuk eshte tregues i qeverisjes se keqe pasi mund te jete rezultat I politikave te caktuara te financimit te perzgjedhura.

Faza e blerjes ne procesin e financimit paraqet sfida me te komplikuara per qeverine, per 2 arsye:

1. Ka shume zgjedhje midis burimeve, njerezve, semundjeve, sherbimeve;
2. Mundesite per korrupsion, mungese kompetence dhe mashtrime jane te shumefishta.

Ndersa keq-kontrolli i financimit dhe mbledhjes se te ardhurave mund te cojne ne vjedhje te fondeve, blerja e sherbimeve ose pagesa e ofruesve krijon mundesi per *vjedhjen e furnizimeve, vecanerisht te ilaceve; kohes dhe perdorimn e burimeve publike per perfitime private* (1-3).

Ndersa korrupsioni, vjedhja dhe rryshfeti jane diskutuar shume, probleme te tjera si abstenizmi i paautorizuar I stafit mund te perfaqesoje qeverisjen e dobet dhe mungese te llogaridhenies nga ana e nepunesve te sektorit publik (1-3).

Mund te jete e arsyeshme lejimi i stafit qe paguhet nga borderoja publike te punoje dhe ne privat. Por abuzimi me kete fakt nepermjet abstenizmit, rekrutimit te pacienteve drejt klinikave private dhe diversifikimi ose abuzimi me pajisjet dhe mallrat publike nenkupton uljen e performances ne sektorin publik, keshtu qe duhet mbikqyrje.

Llogaridhenia nenkupton qe ata qe kane performance te ulet ose kryejne sjellje jo te pershtatshme te disiplinohen nepermjet menyrave te ndryshme (1-3).

Pa nje sistem shperblimesh dhe ndeshkimesh vete mbikqyrja behet e pakuptimte dhe keshtu qe punonjesit publike nuk mund te japin llogari per veprimet e tyre.

Ne kete pike, mbikqyrja nuk mund te ushtrohet nga lart por eshte e nevojshme te kryhet ne nivelin e ofruesve dhe furnizuesve individuale dhe procedurave te caktuara.

Per fat te keq, qeverisja e mire eshte po aq thelbesore per te garantuar qe ofruesit e sherbimeve ta kene te qarte se cfare kerkohet nga ata ne menyre qe te plotesohen nevojat e pacienteve.

Nje paaftesi e tille, pra deshtimi per te ndjekur protokollet, dhe gabimet mjekesore eshte mjaft e zakonshme ne praktiken publike dhe private dhe jo vetem ne vendet e pazhvilluara por edhe ne USA, per shembull (1-3).

Aspektet e vecanta te shendetit dhe pasojat per qeverisjen

Diferenca midis Kujdesit Shendetesor dhe sektoreve te tjere te ekonomise qendron ne biologjine, ose ne faktin qe vlera apo malli qe do mbrohet – ne kontrast me mallra te tjera si makina psh – nuk mund te zevendesohet (1-3).

Ky fakt con ne diferenca midis siguracioneve shendetesore dhe siguracioneve te natyrave te tjera, duke krijuar probleme per financimin shendetesor dhe qeverisjen e tij (Tabela 1).

	Type of asset			
Characteristics of insurance	*House*	*Car*	*Body*	*Consequences*
Is the asset itself insured?	Yes	Yes	No	No market price/no upper limit on cost
Can the asset be replaced?	Yes	Yes	No	Expense determined by cost of repairs/treatment
Covers catastrophic costs?	Yes	Yes	Yes	Very skewed distribution of expenses
Covers ordinary wear and tear?	No	No	Yes	Costs of predictable high-frequency (uninsurable) events included
Owner responsible for protecting the asset?	Yes	Yes	Only partly	Cannot always hold patient responsible: children, elderly, victims of bad luck, including genetic
Risk and cost related to behavior?	No	Yes	Only partly	Requires efforts to change behavior; not easy, and too little known about behavior/health links
Third-party payment of premium?	No	No	Yes	Moral hazard and adverse selection

Tabela 1. Diferencat midis siguracioneve shendetesore dhe siguracioneve per asetet jo-humane

Ne vecanti, shpenzimet shendetesore duhet te mbulojne ngjarjet e parashikueshme – *te cilat teknikisht jane te pa-sigurueshme pasi jane teper te parashikueshme* – por per te cilat duhet te paguash nga xhepi nese je I pasiguruar duke shkaktuar rrezik per njerezit (e varfer) – dhe ngjarjeve katastrofike te cilat shpesh nuk kane tavan per koston (1-3).

Eshte e pamundur, ose thjesht e padrejte, te mbeshtetesh vetem tek tregu dhe sjelljet e pergjegjshme shendetesore te individeve per te kufizuar rreziqet ose per te paguar per kujdesin qe nevojitet.

Kompleksiteti I pagesave per shendetin e ben te rendesishem rregullimin dhe perdorimin e informacionit dhe bindjes per ndryshimin e sjelljes duke siguruar qe financimi eshte I drejte, transparent dhe qe realizon objektivat e tij (1-3).

Sfida te vecanta te qeverisjes ne financimin shendetesor: matja

Qeverisja e mire eshte e veshtire te matet. Me i thjeshte per tu matur eshte qeverisja e keqe ose mungesa e qeverisjes, pra korrupsioni.

Shkalla dhe natyra e korrupsionit matet duke vleresuar perceptimet e korrupsionit nga zyrtaret e qeverise, biznesi dhe qytetaret.

Nje perqasje e tille mund te jete e dobishme per krahasime midis shteteve dhe per te evidentuar ndryshimet ne perceptimet e korrupsionit.

Ne disa shtete, shendeti renditet nder sektoret me te korruptuar (1-3).

Qeverisja dhe rezultatet shendetesore

Figura ne vijim paraqet lidhjen midis qeverisjes dhe rezultateve te ndryshme shendetesore (1).

Ne *Figuren lart majtas* paraqitet lidhja midis nivelit te imunizimit dhe efektivitetit te qeverisjes. Mund te vihet re nje lidhje e forte pozitive midis nivelit te imunizimit dhe efektivitetit te qeverisjes, qe nenkupton rritjen e nivelit te imunizimit me rritjen e efektivitetit te qeverisjes. Gjithashtu, efektiviteti i qeverisjes shpjegon rreth 29% te te gjithe variacionit qe haset lidhur me nivelin e imunizimit (R^2=0.29).

Ne *Figuren poshte majtas* paraqitet lidhja midis nivelit te imunizimit dhe kontrollit te korrupsionit. Mund te vihet re nje lidhje e forte pozitive midis nivelit te imunizimit dhe nivelit te kontrollit te korrupsionit, qe nenkupton rritjen e nivelit te imunizimit me rritjen e kontrollit te korrupsionit nga ana e qeverise. Gjithashtu, kontrolli i korrupsionit shpjegon rreth 22% te te gjithe variacionit qe haset lidhur me nivelin e imunizimit (R^2=0.22).

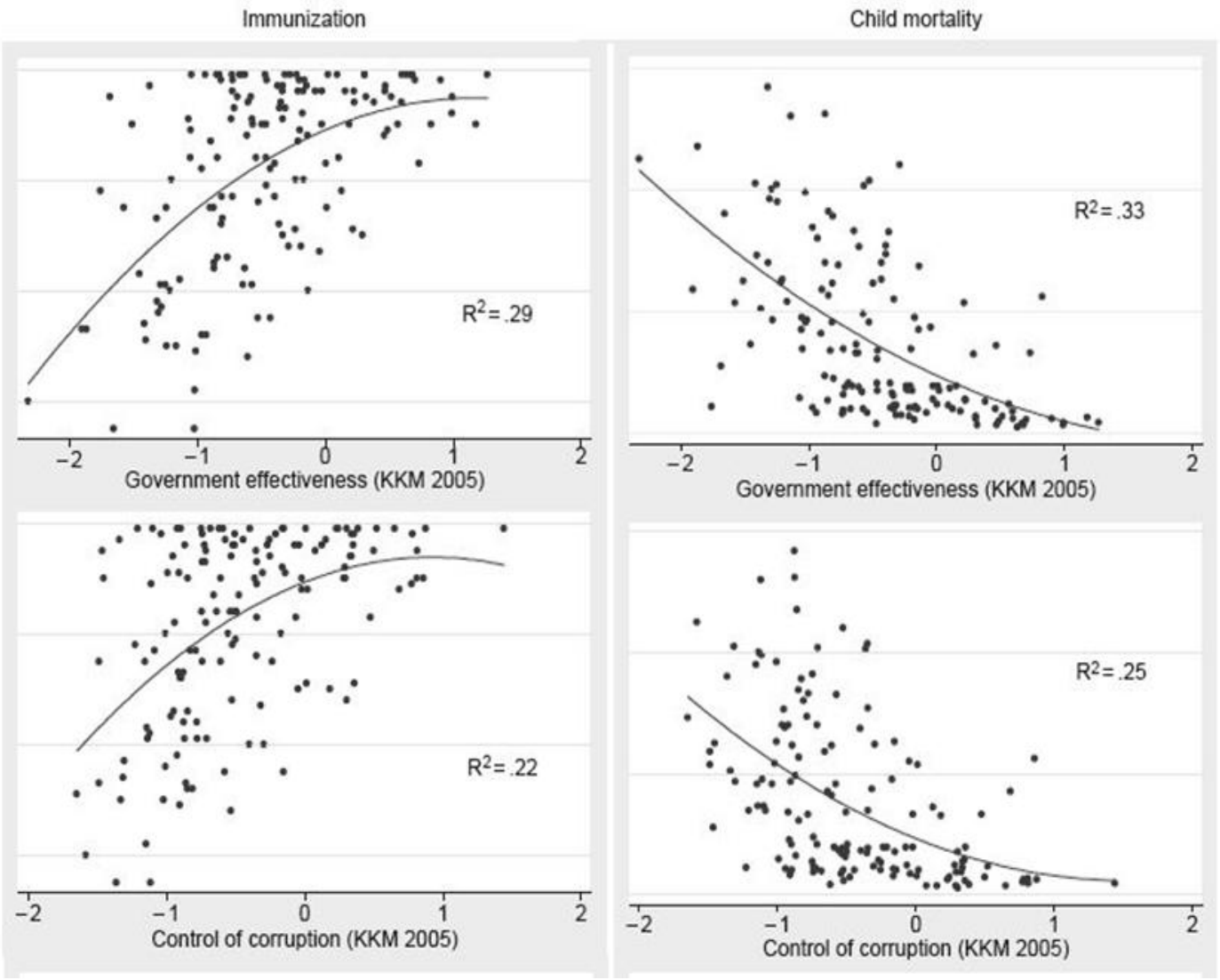


Figura. Lidhja e efektivitetit te qeverisjes dhe korrupsionit me indikatoret shendetesore

Ne *Figuren lart djathtas* paraqitet lidhja midis nivelit te vdekshmerise feminore dhe efektivitetit te qeverisjes. Mund te vihet re nje lidhje e forte negative midis nivelit te vdekshmerise feminore dhe efektivitetit te qeverisjes, qe nenkupton uljen e nivelit vdekshmerise feminore me rritjen e efektivitetit te qeverisjes. Gjithashtu, efektiviteti i qeverisjes shpjegon rreth 33% te te gjithe variacionit qe haset lidhur me nivelin e vdekshmerise feminore (R^2=0.33).

Ne *Figuren poshte djathtas* paraqitet lidhja midis nivelit te vdekshmerise feminore dhe kontrollit te korrupsionit nga ana e qeverise. Mund te vihet re nje lidhje e forte negative midis nivelit te vdekshmerise feminore dhe kontrollit te korrupsionit, qe nenkupton uljen e nivelit vdekshmerise feminore me rritjen e kontrollit te korrupsionit nga ana e qeverise. Gjithashtu, kontrolli i

korrupsionit shpjegon rreth 25% te te gjithe variacionit qe haset lidhur me nivelin e vdekshmerise feminore (R^2=0.25).

Figura ne vijim paraqet lidhjen midis llogaridhenies dhe dhe rezultateve te ndryshme shendetesore.

Ne *Figuren majtas* paraqitet lidhja midis llogaridhenies nga ana e qeverise me nivelin e imunizimit. Mund te vihet re qe kjo lidhje nuk eshte lineare, duke sugjeruar per nje rol kompleks te ketij funksioni te qeverisjes lidhur me nivelin e imunizimit. Sidoqofte, rritja e llogaridhenies shoqerohet me rritjen e nivelit te imunizimit. Gjithashtu, llogaridhenia e qeverisjes shpjegon rreth 9% (rol te vogel) te te gjithe variacionit qe haset lidhur me nivelin e imunizimit (R^2=0.09).

Ne *Figuren djathtas* paraqitet lidhja midis llogaridhenies nga ana e qeverise me nivelin e vdekshmerise feminore. Mund te vihet re qe kjo lidhje eshte lineare, e forte dhe negative, qe nenkupton uljen e nivelit vdekshmerise feminore me rritjen e llogaridhenies nga ana e qeverise. Gjithashtu, llogaridhenia e qeverisjes shpjegon rreth 17% te te gjithe variacionit qe haset lidhur me nivelin e vdekshmerise feminore (R^2=0.17).

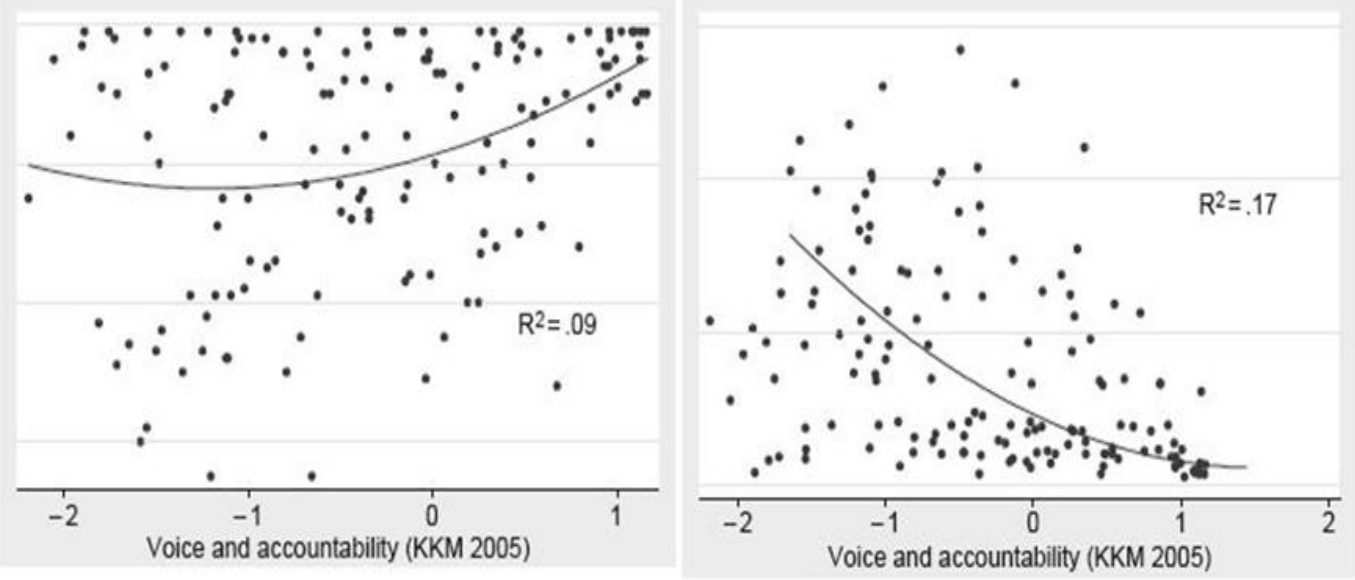


Figura. Lidhja e llogaridhenies nga ana e qeverise me nivelin e imunizimit (majtas) dhe nivelin e vdekshmerise feminore (djathtas)

Qeverisja si nje ceshtje nderkombetare

Qeverisja zakonisht perceptohet si nje fenomen kombetar duke qene se ne keto kufij ushtrohet pergjegjesia e saj (1-3).

Por koncepti i qeverisjes mund te kete dhe dimension nderkombetar.

Organizatat donatore mund te jene po aq fajtore per qeverisjen e keqe si dhe qeverite te cilat ato synojne te ndihmojne, ne kuptimin qe donatoret mbeshtesin qeverite e korruptuara apo programe te deshtuara.

Qeverisja e keqe ne financimin e ndihmave duket me shpejt ne blerjet e ndryshme, duke qene se ketu korrupsioni ndodh me heret sesa ne fazat e tjera te financimit.

Asistenca ndaj shendetesise ndonjehere mund te jete me pak e prekshme ndaj ketyre deshtimeve sic deshmohet nga disa suksese ne shkalle te gjere ne vende shume te varfera te cilat kane perfituar nga fonde te jashtme dhe asistenca teknike, perfshire crrenjosjen e lia dhe kontrollin e disa paraziteve ne Afrike.

Suksese te tilla kerkojne qeverisje te mire dhe pak ose aspak korrupsion ne programet e kontrollit te semundjeve dhe per kete arsye jane te veshtira qe keto te replikohen ne te gjithe sistemin publik (1-3).

Sic OBSH e thote ne menyre metaforike, deshtimi ne procesin e mbikqyrjes ose rregullimit mund te identifikohet nepermjet 3 lloje kufizimesh vizuale:

Mbyllja e syve ndaj korrupsionit (1) eshte nje shembull i qarte i qeverisjes se keqe, ndersa miopia (2) dhe vizioni i tunelit (3), dy deshtimet e tjera, nuk jane.

Qeverisja e mire kerkon mbikqyrje, standarde te qarta, dhe aftesine per t'i bere ofruesit dhe paguesit qe te japin llogari (1-3).

Aty ku keto nuk ekzistojne, ka pak te ngjare qe sistemet shendetesore te funksionojne, sherbimet te ofrohen dhe statusi shendetesor te permiresohet.

Qeverisja e keqe minon cilesine e sherbimeve dhe perftimin, thithjen dhe shpenzimin e fondeve publike (1-3).

Korrupsioni "gelltit" themelet e financimit te kujdesit shendetesor, duke *zhvendosur fondet gjate mbledhjes se primeve, minon rregullat e prokurimit ne blerjen e inputeve apo burimeve dhe duke lejuar zhdukjen e fondeve midis procesit te mbledhjes dhe shperndarjes se fondeve dhe sherbimeve* (1-3).

Mjeket qe mungojne ne punen e tyre per te punuar ne privat ne fakt "vjedhin" sektorin publik: vjedhje te medikamenteve, pajisjeve apo aseteve te tjera, cka nuk ka asnje ndryshim me cdo

vjedhje ordinere (1-3).

Vete performanca e ulet e treguar ne pune nga ofruesit e kujdesit shendetesor con ne shpenzime qe nuk kane asnje impakt ne shendet (1-3).

Adresimi dhe zgjidhja e ketyre probleme kerkon rregulla te qarta, mbikqyrje, dhe aplikimin e masave ndeshkuese apo disiplinore per ata qe dhunojne besimin e publikut! (1-3).

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. Greer SL, Wismar M, Figueras J (eds.). Strenthening health system governance. Better policies, stronger performance. McGraw Hill Education. Open University Press. 2016.

3. World Health Organization. Health systems governance for universal health coverage. Action plan. Department of Health Systems, Governance and Financing. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2014.

LEKSIONI 8

QEVERISJA NE SISTEMIN SHENDETESOR

CESHTJE TE QEVERISJES NE FINANCIMIN SHENDETESOR

FINANCIMI I KUJDESIT SHENDETESOR DHE FUNKSIONET E SISTEMIT SHENDETESOR

- Financimi eshte nje nga 4 funksionet baze te SSh, sipas OBSH dhe paguan per 2 te tjeret: investimet ne njerez, ndertesa, pajisje dhe shperndarjen e sherbimeve shendetesore.
- Funksioni i 4 (mbikqyrja apo rregullimi) ka te beje me qeverisjen duke qene se parandalon sjelljen jo te rregullt ose korrupsionin.
- Ndersa 3 funksionet e tjera mund te kryhen nga aktore te ndryshem publike dhe private, funksioni i 4 (mbikqyrja, rregullimi) eshte nje **pergjegjesi e pandashme e qeverise**, e cila duhet te ushtrohet ndaj 3 funksioneve te tjera.

- Qeverisja e mire siguron qe qeveria jep llogari para qytetareve te saj.
- Kjo mund te paraqitet ne formen e *mjekeve qe i pergjigjen nevojave te pacienteve, qeverive lokale qe garantojne mbajtjen hapur dhe pajisjen e qendrave shendetesore, apo qe stafi mjekesor te plotesoje standardet e performances te vendosura nga qeveria*.
- Ekstremi I kundert i qeverisjes se mire eshte KORRUPSIONI, ku individet perdorin postet publike per perfitime private dhe nuk japin llogari per keto sjellje.

- Llogaridhenia nenkupton mbikqyrjen apo rregullimin per te rregulluar performancen.
- Ne konktestin financiar, llogaridhenia i referohet *mbledhjes se te ardhurave, shpenzimeve, rrjedhjes se fondeve dhe serise se detyrave qe perbejne financimin e kujdesit shendetesor*.
- Qeverisja e kege dhe korrupsioni rrjedhin nga *mbikqyrja e papershtatshme e financimit, investimeve dhe shperndarjes*.
- Rregulloret qe tregojne se si behet dicka apo kush duhet ta beje ate, nenkuptojne rregulla dhe mekanizma per te zbatuar keto rregulla dhe masa ndeshkuese per mos-zbatimin e tyre.

FINANCIMI, BAZA E KONTRIBUESVE, BLERJA E MALLRAVE DHE SHERBIMEVE

- Financimi mund te mendohet si proces me 3 faza:

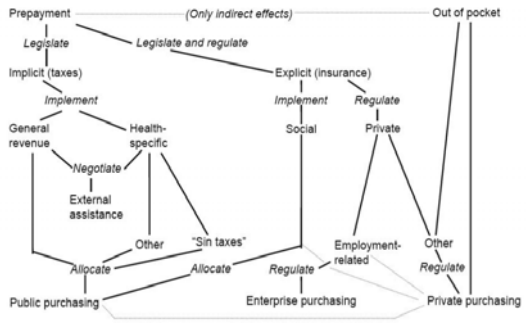
1. *Mbledhja e te ardhurave (financimi);*
2. *Baza e kontribuesve pervec pagesave nga xhepi; dhe*
3. *Blerja e sherbimeve dhe burimeve per to*.

- Pagesa i referohet menyres si behen blerjet, sistemit te pageses, menyres se si paguhen ofruesit, psh npm pages, per fryme, pagese-per-sherbime, etj.

Secila nga keto faza perben nje sfide me vete per qeverisjen e mire.

- Per financimin dhe bazen e kontribuesve, qeverisja e mire nenkupton shperndarjen e drejte te barres financiare duke minimizuar humbjet nga taksat;
- Qeverisja e mire nenkupton minimizimin e vjedhjes dhe diversionit te fondeve nepermjet korrupsionit.
- Qeverite mund te vendosin taksa ne menyre direkte por kane vetem impakt indirekt ne ate qe njerezit paguajne nga xhepi duke rregulluar siguracionet private, vendosjen e tarifave ose forma te tjera. (Figura 1)

Figura. Burimet e financimit te shendetit dhe marrdheniet qeveritare



- Pagesat nen-dore jane shenje e qeverisjes se dobet/keqe.
- Zgjedhjet e taksave dhe siguracioneve ndikojne ne masen e parave qe mblidhen per ndarjen e rreziqeve, cilet njerez perfshihen ne skeme dhe nga cilat rreziqe financiare do te mbrohen keta.

- Ne shumicen e vendeve te varfera, nuk ka ose ka shume pak siguracione private dhe nese siguracionet sociale ekzistojne, ato mbulojne vetem nje % te vogel te popullates.
- Ne vendet me te ardhura te mesme, te dy llojet e siguracioneve ekzistojne, por ka variacion te madh ne menyren se si jane percaktuar dhe rregulluar.
- Indikatori me i rendesishem qe tregon se sa mire njerezit jane te mbrojtur financiarisht eshte **% e shpenzimeve shendetesore totale qe vijne nga xhepi**, e cila eshte e larte ne vendet e varfera.
- Sidoqofte, nje vlere e larte e ketij indikatori nuk eshte tregues i qeverisjes se keqe pasi mund te jete rezultat i politikave te caktuara te financimit te perzgjedhura.

- Faza e blerjes ne procesin e financimit paraqet sfida me te komplikuara per qeverine, per 2 arsye:

1. Ka shume zgjedhje midis burimeve, njerezve, semundjeve, sherbimeve;
2. Mundesite per korrupsion, mungese kompetence dhe mashtrime jane te shumefishta.

- Ndersa keq-kontrolli i financimit dhe mbledhjes se te ardhurave mund te cojne ne vjedhje te fondeve, blerja e sherbimeve ose pagesa e ofruesve krijon mundesi per *vjedhjen e furnizimeve, vecanerisht te ilaceve; kohes dhe perdorimin e burimeve publike per perfitime private*.

- Ndersa korrupsioni, vjedhja dhe rryshfeti jane diskutuar shume, probleme te tjera si abstenizmi i paautorizuar i stafit mund te perfaqesoje qeverisjen e dobet dhe mungese te llogaridhenies nga ana e nepunesve te sektorit publik.
- Mund te jete e arsyeshme lejimi i stafit qe paguhet nga borderoja publike te punoje dhe ne privat. Por abuzimi me kete fakt nepermjet abstenizmit, rekrutimit te pacienteve drejt klinikave private dhe diversifikimi ose abuzimi me pajisjet dhe mallrat publike nenkupton uljen e performances ne sektorin publik, keshtu qe duhet mbikqyrje.

- Llogaridhenia nenkupton qe ata qe kane performance te ulet ose kryejne sjellje jo te pershtatshme te disiplinohen nepermjet menyrave te ndryshme.
- Pa nje sistem shperblimesh dhe ndeshkimesh vete mbikqyrja behet e pakuptimte dhe keshtu qe punonjesit publike nuk mund te japin llogari per veprimet e tyre.
- Ne kete pike, mbikqyrja nuk mund te ushtrohet nga lart por eshte e nevojshme te kryhet ne nivelin e ofruesve dhe furnizuesve individuale dhe procedurave te caktuara.

- Per fat te keq, qeverisja e mire eshte po aq thelbesore per te garantuar qe ofruesit e sherbimeve ta kene te qarte se cfare kerkohet nga ata ne menyre qe te plotesohen nevojat e pacienteve.
- Nje paaftesi e tille, pra deshtimi per te ndjekur protokollet, dhe gabimet mjekesore eshte mjaft e zakonshme ne praktiken publike dhe private dhe jo vetem ne vendet e pazhvilluara por edhe ne USA, per shembull.

ASPEKTET E VECANTA TE SHENDETIT DHE PASOJAT PER QEVERISJEN

- Diferenca midis Kujdesit Shendetesor dhe sektoreve te tjere te ekonomise qendron ne biologjine, ose ne faktin qe vlera apo malli qe do mbrohet – ne kontrast me mallra te tjera si makina psh – nuk mund te zevendesohet.
- Ky fakt con ne diferenca midis siguracioneve shendetesore dhe siguracioneve te natyrave te tjera, duke krijuar probleme per financimin shendetesor dhe qeverisjen e tij (Tabela 1).

Tabela 1. Diferencat midis siguracioneve shendetesore dhe siguracioneve per asetet jo-humane

	Type of asset			
Characteristics of insurance	*House*	*Car*	*Body*	*Consequences*
Is the asset itself insured?	Yes	Yes	No	No market price/no upper limit on cost
Can the asset be replaced?	Yes	Yes	No	Expense determined by cost of repairs/treatment
Covers catastrophic costs?	Yes	Yes	Yes	Very skewed distribution of expenses
Covers ordinary wear and tear?	No	No	Yes	Costs of predictable high-frequency (uninsurable) events included
Owner responsible for protecting the asset?	Yes	Yes	Only partly	Cannot always hold patient responsible: children, elderly, victims of bad luck, including genetic
Risk and cost related to behavior?	No	Yes	Only partly	Requires efforts to change behavior; not easy, and too little known about behavior/health links
Third-party payment of premium?	No	No	Yes	Moral hazard and adverse selection

- Ne vecanti, shpenzimet shendetesore duhet te mbulojne ngjarjet e parashikueshme – *te cilat teknikisht jane te pa-sigurueshme pasi jane teper te parashikueshme* – por per te cilat duhet te paguash nga xhepi nese je i pasiguruar duke shkaktuar rrezik per njerezit (e varfer) – dhe ngjarjeve katastrofike te cilat shpesh nuk kane tavan per koston.

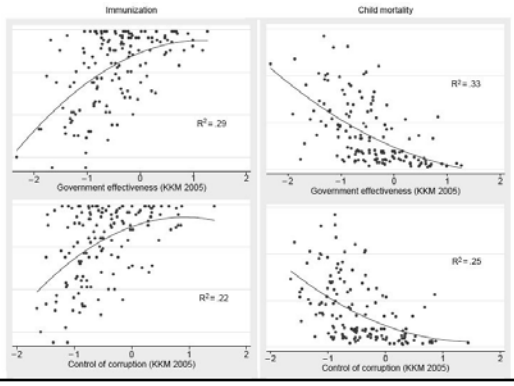
- Eshte e pamundur, ose thjesht e padrejte, te mbeshtetesh vetem tek tregu dhe sjelljet e pergjegjshme shendetesore te individeve per te kufizuar rreziqet ose per te paguar per kujdesin qe nevojitet.
- Kompleksiteti i pagesave per shendetin e ben te rendesishem rregullimin dhe perdorimin e informacionit dhe bindjes per ndryshimin e sjelljes duke siguruar qe financimi eshte i drejte, transparent dhe qe realizon objektivat e tij.

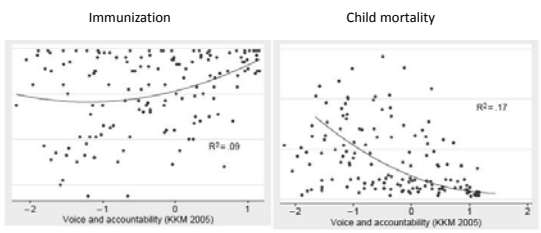
SFIDA TE VECANTA TE QEVERISJES NE FINANCIMIN SHENDETESOR: MATJA

- Qeverisja e mire eshte e veshtire te matet. Me i thjeshte per tu matur eshte qeverisja e keqe ose mungesa e qeverisjes, pra korrupsioni.
- Shkalla dhe natyra e korrupsionit matet duke vleresuar perceptimet e korrupsionit nga zyrtaret e qeverise, biznesi dhe qytetaret.
- Nje perqasje e tille mund te jete e dobishme per krahasime midis shteteve dhe per te evidentuar ndryshimet ne perceptimet e korrupsionit.
- Ne disa shtete, shendeti renditet nder sektoret me te korruptuar.

QEVERISJA DHE REZULTATET SHENDETESORE

Figura. Lidhja e korrupsionit me indikatoret shendetesore





QEVERISJA SI NJE CESHTJE NDERKOMBETARE

- Qeverisja zakonisht perceptohet si nje fenomen kombetar duke qene se ne keto kufij ushtrohet pergjegjesia e saj.
- Por koncepti i qeverisjes mund te kete dhe dimension nderkombetar.
- Organizatat donatore mund te jene po aq fajtore per qeverisjen e keqe si dhe qeverite te cilat ato synojne te ndihmojne, ne kuptimin qe donatoret mbeshtesin qeverite e korruptuara apo programe te deshtuara.

- Qeverisja e keqe ne financimin e ndihmave duket me shpejt ne blerjet e ndryshme, duke qene se ketu korrupsioni ndodh me heret sesa ne fazat e tjera te financimit.
- Asistenca ndaj shendetesise ndonjehere mund te jete me pak e prekshme ndaj ketyre deshtimeve sic deshmohet nga disa suksese ne shkalle te gjere ne vende shume te varfera te cilat kane perfituar nga fonde te jashtme dhe asistenca teknike, perfshire crrenjosjen e lias dhe kontrollin e disa paraziteve ne Afrike.

- Suksese te tilla kerkojne qeverisje te mire dhe pak ose aspak korrupsion ne programet e kontrollit te semundjeve dhe per kete arsye jane te veshtira qe keto te replikohen ne te gjithe sistemin publik.
- Sic OBSH e thote ne menyre metaforike, deshtimi ne procesin e mbikqyrjes ose rregullimit mund te identifikohet nepermjet 3 lloje kufizimesh vizuale:

- Mbyllja e syve ndaj korrupsionit eshte nje shembull i qarte i qeverisjes se keqe, ndersa miopia dhe vizioni i tunelit, dy deshtimet e tjera, nuk jane.
- Qeverisja e mire kerkon mbikqyrje, standarde te qarta, dhe aftesine per t'i bere ofruesit dhe paguesit qe te japin llogari.
- Aty ku keto nuk ekzistojne, ka pak te ngjare qe sistemet shendetesore te funksionojne, sherbimet te ofrohen dhe statusi shendetesor te permiresohet.

- Qeverisja e keqe minon cilesine e sherbimeve dhe perftimin, thithjen dhe shpenzimin e fondeve publike.
- Korrupsioni "gelltit" themelet e financimit te kujdesit shendetesor, duke *zhvendosur fondet gjate mbledhjes se premiumeve, minon rregullat e prokurimit ne blerjen e inputeve apo burimeve dhe duke lejuar zhdukjen e fondeve midis procesit te mbledhjes dhe shperndarjes se fondeve dhe sherbimeve*.

- Mjeket qe mungojne ne punen e tyre per te punuar ne privat ne fakt "vjedhin" sektorin publik: vjedhje te medikamenteve, pajisjeve apo aseteve te tjera, cka nuk ka asnje ndryshim me cdo vjedhje ordinere.
- Vete performanca e ulet e treguar ne pune nga ofruesit e kujdesit shendetesor con ne shpenzime qe nuk kane asnje impakt ne shendet.
- **Adresimi dhe zgjidhja e ketyre probleme kerkon rregulla te qarta, mbikqyrje, dhe aplikimin e masave ndeshkuese apo disiplinore per ata qe dhunojne besimin e publikut!**

LEKSIONI 9

–

VLERËSIMI I FINANCIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

HYRJE

Qeverisja e sistemeve (governance)

Ne thelb ka tre kategori sistemesh:

1. Sisteme shteterore;
2. Sisteme te tregut (publike, private apo mikse);
3. Sisteme qe vete-qeverisen (me shkalle te ndryshme te rregullimit nga shteti) (Arts and Gelissen, 2002).

1. Sistemi shteteror

Ne kete lloj sistemit te qeverisjes, shteti kontrollon gjithcka. Nje shembull i mire do te ishte qeverisja ne Shqiperi ne kohen e komunizmit.

2. Sistemi i tregut

Mbeshtetet ose tek tregjet private qe kane evoluar ne kohe ose tek krijimi i strukturave te tregut dhe stimujve brenda sistemeve publike.

3. Sistemi qe vete-qeveriset

Ketu kontrolli qendror shteteror eshte i kufizuar ose i dobet, ose te dyja, por ku dominojne marrdheniet midis ofruesve te kujdesit dhe jo marrdheniet e tregut midis aktoreve kryesore. Per shembull, shoqatat e mjekeve, shoqatat e siguruesve, dhe shteti rregullon marreveshjet ne menyre qe te sigurohet nje mjedis vendim-marres i qendrueshem ne interes te publikut dhe qe mbikqyret, por nuk dominohet, nga shteti.

Natyrisht, sistemet me te avancuara te KSh sot jane sisteme hibride ne shkalle te ndryshme.

Ceshtja eshte nese shkalla e hibriditetit eshte apo jo funksionale, dmth, nese kulturat dhe stimujt jane ne perputhje me njera-tjetren ne cdo hallke te sistemit.

Financimi i sistemeve shendetesore, te bazuara tek solidariteti

Ne vijim po pershkruajme llojet e sistemeve shendetesore te cilat financohen bazuar ne parimin e solidaritetit.

1. Taksimi i pergjithshem - Beveridge

Ne kete lloj sistemi, financimi i sistemit shendetesor behet nepermjet taksimit te pergjithshem. Dmth, nga totali i taksave te mbledhura, nje perqindje e tyre shkon per sektorin e shendetesise. Ne parim, sa me e larte te jete perqindja nga taksat e mbledhura qe shkon per shendetesine aq me mire eshte per sistemin shendetesore perkates, edhe pse nuk ka nje korrelacion te drejteperdrejte midis sasise se parave te shpenzuara ne shendetesi dhe rezultateve shendetesore te popullates. Kujtoni Shtetet e Bashkuara te cilat shpenzojne me shume se cdo shtet tjeter i botes per shendetesine, por qe renditen ne vendin e 34-et persa i perket efektivitetit te sistemit te tyre shendetesor si dhe kane tregues shendetesore te popullates me te disfavorshem krahasuar me shtete te tjera qe shpenzojne shume me pak per sistemin e tyre shendetesor.

Vendet qe e aplikojne kete lloj sistemi jane: Mbreteria e Bashkuar, Irlanda, vendet Nordike, shume shtete ne Afrikes sub-Sahariane dhe Kanadaja. Se fundmi, edhe Shqiperia ben pjese ne kete grup.

2. Sigurime shendetesore sociale/publike - Bismarck

Ne kete lloj sistemi (sistemi Bismarck), baza e financimit qendron tek punedhensit dhe punemarresit. Ky sistem funksion mire ne vendet me nje nivel te larte te ekonomise formale.

Karakteristikat e kesaj menyre te financimit te sistemit shendetesor jane:

- Te siguruarit paguajne premiume bazuar ne te ardhurat ose pasurine, dhe jo bazuar ne koston e sherbimeve qe perdorin.
- Aksesi ne trajtim dhe kujdes percaktohet nga nevoja mjekesore dhe jo nga aftesia per te paguar;
- Kontributet e sig.shend mbahen vecmas taksave te tjera te qeverise;
- Fondi I sigurimeve shendetesore financon kujdesin dhe kujdesi ofrohet nga ofruesit publike dhe private.

Vendet qe e aplikojne kete sistem perfshijne: Gjermanine, vendet e Europes Qendrore dhe Lindore, Koreja e Jugut, etj.

3. Sigurimet shendetesore private te bazuara ne risk

Vendet qe e aplikojne: Kontinentet Amerikane dhe Afrika e Jugut.

4. Pagesat nga xhepi

Vendet qe e aplikojne: Vendet e Azise Jugore dhe Jug-lindore; Afrika, vendet e Europes Qendrore dhe Lindore, dhe ish Bashkimit Sovjetik.

Vleresimi i financimit te shendetit dhe performances se sistemit shendetesor: koncepte, kritere dhe madhesi matese

Do te eksplorojme vleresimin e sistemeve te financimit te KSh dhe performancen e sistemeve shendetesore.

Keto te dyja jane te nderlidhura.

Synimi eshte qe jo vetem te shqyrtohet se si financimi I sistemit shendetesor ndikon ne performancen e tij, por edhe se si performanca e sistemit ndikon ne financimin e KSh dhe ndihmon per arritjen e synimeve te ardhshme politike.

Ne fund te fundit, zgjedhja e mekanizmave te shperndarjes se KSh dhe financimit te tij duhet te reflektoje objektivat politike (policy) dhe kapacitetin e ketyre mekanizmave per t'i arritur ato.

Krahasimi i menyrave te financimit te KSh dhe performances se sistemeve shendetesore (SSsh) kerkon objektiva te qarte, te njejte per te gjithe shtetet.

OBSH pohoi qe: "Qellimi i financimit shendetesor eshte te siguroje fonde si dhe te krijoje stimujt e duhur financiare per ofruesit ne menyre qe te gjithe individet te kene akses ne kujdesin e duhur shendetesor personal dhe sherbimet e duhura te shendetit publik".

Duke qene se burimet jane te kufizuara, atehere eshte e rendesishme te dime se si jane shperndare burimet, cili ka te drejte te kete sherbime te caktuara dhe se si sherbimet jane financuar dhe organizuar.

Sfidat kryesore per vleresimin e financimit te KSh dhe performances se SSh lidhen me:

1. *Zgjedhja e synimeve politike (policy) kundrejt te cilave duhet te matet performanca*. Shpesh ka negociata midis objektivave te ndryshme politike, nje prej te cilave eshte negociata midis qendrueshmerise financiare dhe barazise. Shtete te ndryshme favorizojne qellime te ndryshme politike, bazuar ne sfidat me te cilat perballen, dhe prandaj do te zgjedhin kritere te ndryshme dhe do I kushtojne rendesi te ndryshme kritereve te ndryshme per matjen e performances. Prandaj, cdo madhesi objektive e performances mund te jete artificiale ne aspektin qe nuk merr ne konsiderate vlerat mbizoteruese te shteteve te

vecanta.

2. *Zgjedhja (dhe interpretimi) e indikatoreve per monitorimin dhe vleresimin e performances*. Ne menyre qe te matet progresi, duhet te zgjidhen indikatore qe sherbejne si proxy te objektivave te SSh. Mund te duhet me shume se nje indikator per nje objektiv te caktuar. Prandaj, duhet te zgjidhen indikatoret e duhur ne menyre qe te lejohet triangulimi. Duhet te kihet parasysh qe mardheniet midis indikatoreve, kontekstit dhe qellimeve zhvendosen me kalimin e kohes dhe ajo qe eshte madhesia ideale sot mund te mos jete neser apo ne nje kontekst tjeter. Prandaj, krahasimet midis shteeteve duhet te interpretohen me shume kujdes

3. *Llogaritjen e indikatoreve*. Aksioma "garbage in garbabe out" ka vend ketu. Indikatori ka vlere vetem nese te dhenat jane me cilesi te mire. Prandaj, kur perzgjidhen indikatoret per matjen e performances, politike beresit duhet te kene parasyshi kufizimet ne mbledhjen e te dhenave, cilat te dhena jane te mira dhe cilat do kerkojne perpjekje te tjera per te "ardhur ne forme".

Kriteret e vleresimit

Meqe ka disa objektiva politike qe ndryshojne midis shteteve, dhe meqe nuk ka ndonje indikator qe te reflektoje plotesisht keto objektiva, atehere na duhet te bazojme gjykimet tona ne nje spekter matjesh.

Vendosja e synimeve te politikave shendetesore dhe dizenjimi i sistemeve te financimit te KSh ka si synim **sigurimin e aksesit ndaj kujdesit efektiv dhe te pershtatshem**.

Kjo kerkon qe burimet te jene te disponueshme per ata qe kane nevoje, kur kane nevoje, dhe mobilizimi i burimeve eshte i mundur pa shkaktuar deme tek individet.

Ndarja e rrezikut dhe solidariteti mund pra te konsiderohen si mekanizma per te garantuar aksesin e njerezve ndaj kujdesit te duhur.

Prandaj nuk eshte surprize qe perpjekjet per vleresimin e sistemit shendetesor fokusohen ne faktin nese ato arrijne **akses te drejte dhe te barabarte dhe ndaj sherbimeve efektive dhe te pershtatshme**.

Gjithashtu, ato fokusohen dhe mbi barren qe bie ne shpatullat e individeve dhe familjeve te tyre ne rast semundjeje dhe nevojes per kujdes shendetesor.

1. Kriteret e vleresimit - Barazia

Barazia i referohet drejtesise ne shperndarjen e burimeve. Ka dy modele te pergjithshme te barazise qe mund te aplikohen ne sigurimin dhe financimin e KSh:

1. *Barazia horizontale*, qe nenkupton nevojen per trajtim te barabarte per raste te barabarta. Barazia horizontale nenkupton qe te jepet I njejti trajtim per njerezit ne situata identike. Psh, nese dy njerez fitojne 15000 $ atehere keta duhet te paguajne secili te njejten takse te ardhurash. Prandaj, barazia horizontale shmang diskriminimin bazuar ne psh, race/gjini/lloje te ndryshme punesh, etj.
2. *Barazia vertikale*, qe nenkupton trajtimin e pabarabarte (por te drejte) te rasteve te pabarabarta. Barazia vertikale nenkupton qe njerezit me te ardhura me te larta duhet te paguajne me shume taksa, duke synuar taksim progresiv – njerezit me aftesi me te larta per te paguar duhet te paguajne me shume taksa. Barazia vertikale eshte e rendesishme per te ri-shperndare te ardhurat ne shoqeri.

Barazia horizontale eshte nje pikenisje e rendesishme per cdo sistem taksash. Barazia horizontale mund te jete konsistente dhe per arritjen e barazise vertikale. Baraiza horizontale eshte trajtimi I barabarte per te barabartet dhe kjo eshte nje menyre per arritjen e shperndarjes se barres se taksave qe eshte vertikalisht e barabarte.

Barazia ne KSh lidhet me barazine e burimeve, aksesit, perdorimit dhe pasojave (outcome).

Nje aplikim interesant i barazise ne financimin e KSh vjen nga vleresimi i progresivitetit te metodave te ndryshem te financimit ne 10 shtetet e OECD (Organisation for Economic Co-opeartion and Development).

Metoda financiare eshte **progresive** kur ata qe fitojne me shume shpenzojne me shume nga te ardhurat e tyre per KSh sesa ata qe fitojne me pak. Kjo perputhet me nocionin e pageses per Kujdesin Shendetesor ne perputhje me aftesine per te paguar, pra barazia vertikale.

Metoda financiare eshte **regresive** kur ata qe fitojne me shume shpenzojne me pak nga te ardhurat e tyre per Kujdes Shendetesor sesa ata qe fitojne me pak (ne terma relative, dmth e njejta sasi pagese i kushton me shume nje personi qe fiton me pak sesa nje personi qe fiton me shume: 10.000 leke te reja kane shume rendesi per nje pensionist qe merr nje pension prej 20.000 lekesh ne muaj krahasuar me nje person qe e ka pagen mujore 5000 Euro!).

Rezultatet e vleresimit jane:

- **Taksat direkte** (te te ardhurave) ishin *progresive* ne te 10 vendet.
- **Taksat indirekte** (TVSH psh) tentonin te ishin *regresive*. Edhe kur niveli i takses eshte konstant, te pasurit shpenzonin nje pjese me te vogel te te ardhurave te tyre ne formen e taksave.
- **Skemat e sigurimeve shendetesore sociale** ishin *regresive* ne ato vende ku kjo perbente

burimin kryesor te financimit (Hollande psh) kryesisht sepse disa tipare specifike si vendosja e tavanit te kontributeve kufizonte shumen qe te pasurit mund te paguanin. Aty ku ekzistonte dhe nje mekanizem financimi suplementar, rezultatet ishin mikse.

- **Sigurimet shendetesore private** ishin *regresive* aty ku keto perbenin burimin kryesor te financimit (USA). Por ishte progresive kur sherbente si suplementare e burimeve te tjera sepse lejonte te pasurit te paguanin me shume per KSh.

- **Pagesat nga xhepi** ishin nje mjet teper *regresiv* i financimit te KSh.

2. Kriteret e vleresimit - Eficienca

Ka dy modele qendrore te eficiences ne ekonomine e shendetit.

1. **Eficienca alokuese,** qe merret me maksimizimin e impaktit te nje sere nderhyrjesh promovuese te shendeti; kjo i pergjigjet pyetjes: a po bejme gjerat e duhura?
   Eficienca alokuese i pergjigjet pyetjes: a po bejme gjerat e duhura? Ka te beje me prioritizimin e disa aktiviteteve kundrejt te tjerave ne lidhje me faktin se sa mire ato sherbejne per arritjen e objektivave. Shume analiste besonin se permiresimi i eficences alokuese ishte objektivi kryesor i reformave shendetesore ne vitet ‘90.
   Me te vertete, futja e paketes baze te sherbimeve shendetesore ne shume vende ne zhvillim ishte nje shembull per arritjen e eficiences alokuese. Ky model stimuloi analizen e kosto-efektivitetit per prioritizimin e aktiviteteve te sektorit shendetesor ne perputhje me barren mbizoteruese te semundjeve ne vend.

2. **Eficienca teknike,** shqyrton kombinimin optimal te burimeve ne cdo aktivitet te caktuar per te prodhuar sasine maksimale me koston minimale.
   Eficienca teknike eshte me prane konceptit te eficiences – ajo pyet nese po bejme gjerat ne menyren e duhur dhe nese po shmangim humbjet. Ndersa eficienca alokuese perqendrohet se cilat aktivitete duhet te ndjekim, eficienca teknike shqetesohet per perdorimin e burimeve te duhura ne nje aktivitet te caktuar.
   Sidoqofte, te dyja eficiencat jane te nevojshme per te permiresuar eficiencen e pergjithshme ne perdorimin e burimeve ne shendetesi.

3. Kriteret e vleresimit - Qendrueshmeria financiare dhe kufizimi i kostos

Nje tjeter objektiv per vleresimin e performances se sistemeve shendetesore eshte dhe qendrueshmeria financiare (QF). Ka dy perkufizime:

3. I pari merret me **financimin e shendetesise ne lidhje me varesine nga burimet e jashtme**, si psh fondet nga donatoret e huaj.

4. I dyti merret me **suficitin, parashikueshmerine dhe peridiocitetin e burimeve te financimit** duke mos I kushtuar aq shume rendesi burimeve te financimit sesa financimin e ardhshem te qendrueshem te sistemit dhe sherbimeve.

4. Kriteret e vleresimit - Pranueshmeria dhe kenaqesia

Pranueshmeria e nje SSh dhe kenaqesia e perdoruesve te tij mund te konsiderohen si gjykime te performances ne terma te barazise dhe eficiences.

Por kenaqesia e klienteve varet jo vetem nga eficienca dhe barazia e sistemit por edhe nga karakteristikat e shperndarjes. Psh, klientet mund te vleresojne sjelljen e mire te stafit dhe cilesine e infrastruktures edhe kur keto kane impakt te vogel ne permiresimn e shendetit te tyre.

Sherbimet shendetesore konsumohen dhe financohen nga ekonomite familjare. Prandaj duhet qe qytetaret te kene rolin e tyre ne vleresimin e sherbimeve shendetesore per te cilat ata paguajne.

Shpesh argumentohet qe SSh jane kaq komplekse saqe publiku nuk mund te jape nje gjykim objektiv per performancen e tyre, ose qe pritshmerite e publikut nuk tregojne shume per gjendjen aktuale te sherbimeve shendetesore. Por, deklarata e Alma-Ates e inkurajon pjesemarrjen e publikut ne vleresimin e performances se sistemeve shendetesore.

Kornizat e Vleresimit

Sic e thame, cdo qeveri vendos prioritetet e veta bazuar mbi vlerat dhe tiparet e SSh qe trashegojne. Prioritetet do te jene mikse.

Performanca e sistemeve financuese shendetesore duhet te vleresohet kundrejt targeteve kyce qe lidhen me:

- Gjenerimin e burimeve (te mjaftueshme dhe te qendrueshme);
- Perdorimin optimal te burimeve;
- Akses financiar ndaj sherbimeve shendetesore per te gjithe.

Performanca ne lidhje me keto targete me pas analizohet duke vleresuar funksionet kryesore te financimit shendetesore kundrejt indikatoreve te caktuar.

Funksione kritike te financimit shendetesor jane:

- *Mbledhja e te ardhurave* – proces nepermjet te cilit sistemi shendetesor mbledh para’ nga burime te ndryshme, duke cuar ne gjenerimin e burimeve dhe aksesin e sherb.shend nga popullata.

Ceshtjet kyce ketu perfshijne: mbulimin e popullates dhe menyren e financimit.

- *Baza e te ardhurave* – akumulimi dhe manaxhimi i te ardhurave nga individet qe ndajne rrezikun (pra individet qe paguajne taksa per shendetin)

  Ceshtjet kyce ketu jane: perberja, fragmentimi dhe manaxhimi I pishines se rrezikut (risk pool).

- *Blerja* – procesi npm te cilit kontributet e mbledhura perdoren per te paguar ofruesit qe te ofrojne sherbime te caktuara shendetesore;

  Ceshtjet kyce ketu jane: paketa e sherbimeve qe do ofrohen, mekanizmat e pageses se ofruesve, dhe eficienca administrative.

Ne World Health Report 2000, OBSH zhvilloi nje kornize te vleresimit te performances se SSh e cila u zbatua ne 192 vendet anetare. OBSH prodhoi disa tabela tip te performances, ne pergjithesi dhe ne 5 fusha prioritare. Funksionet e SSh lidhen me drejtimin, financimin, gjenerimin e burimeve dhe sigurimin e sherbimeve.

5 komponentet kyc te performances se sistemit shendetesor jane:

1. Niveli i pergjithshem i shendetit te popullates (25%);
2. Shperndarja e shendetit ne popullate (25%);
3. Pergjigjshmeria e pergjithshme e sistemit shendetesor (12.5%);
4. Shperndarja e pergjigjshmerise se sistemit shendetesor ne popullate (12.5%);
5. Drejtesia e financimit te sistemit shendetesor (25%).

Eficienca e sistemit, ose performanca e pergjithshme e tij, percaktohet npm nje indeksi te vetem qe mat arritjen aktuale te ketyre pese komponenteve krahasuar me rezultatin maksimal qe do te arrinte sistemi ne kuader te burimeve ekzistuese. Pesha e cdo komponenti ne index tregohet nga vlera ne kllapa.

Keshilla te vlefshme

- Sistemet publike perqendrohen tek vlerat sociale por duhet te kufizojne sherbime dhe varen nga baza e taksave;
- Sistemet e sigurimeve sociale jane shume popullore por kane probleme me kontrollin e kostove dhe ka pikepyetje lidhur me sa mire mbulohen te varferit apo ata qe jane ne sektorin informal;
- Sistemet e siguracioneve private luftojne per te kontrolluar kostot dhe e vendosin fitimin mbi eficiencen dhe barazine.

- Sistemet ne vendet qe kane siguracionet private si shtyllen kryesore te financimit tentojne te jene me te shtrenjte sesa sistemet ne ato vende qe aplikojne siguracionet shendetesore sociale apo taksimin e pergjithshem.

Per te hetuar keto trende, ne Tabelen ne vijim paraqiten shpenzimet shendetesore ne vendet e pasura me sisteme shendetesore te ndryshme.

Tabela. Shpenzimet shendetesore ne vendet e pasura me sisteme financimi te ndryshme

	Total expenditure on health as % of GDP (2004)	*Per capita total expenditure on health (international dollar rate) (2004)*	*Government expenditure on health as a % of total health exp (2004)*	*Average real annual growth in per capita total expenditure ($) on health 1997–2004*
Dominated by tax-based funding				
UK	8.1	2560	86.3	12%
Denmark	8.6	2780	82.3	5%
Ireland	7.2	2618	79.5	12%
Sweden	9.1	2828	84.9	6%
Dominated by social health insurance				
France	10.5	3040	78.4	5%
Germany	10.6	3171	76.9	4%
The Netherlands	9.2	3092	62.4	7%
Private health insurance as a major funding source				
USA	15.4	6096	44.7	7%

Rezultatet jane te pritshme, ku vendet qe aplikojne taksimin e pergjithshem shpenzojne me pak per fryme, dhe, si proporcion te PBB, sesa sistemet e tjere te financimit.

SSh ku prioritet i jepet siguracioneve private, si USA, jane sistemet me te shtrenjta. Megjithate, eshte interesante te shihet rritja e madhe e shpenzimeve ne dy vende qe aplikojne taksimin e pergjithshem: Irlanda dhe UK. Ne Irlande, historikisht shpenzimet shendetesore kane qene te vogla. Se fundmi, boomi ekonomik ne Irlande u shoqerua me rritjen e financimit te shendetesise si sektor I lene pas dore. Gjithashtu, u rrit shume the sigurimi privat suplementar. Kurse ne UK, qeveria Laburiste rriti financimin per NHS.

Keshtu qe te dhenat tregojne se ka nje ngushtim te diferencave midis sistemeve te ndryshme financuese, te pakten midis taksimit te pergjithshem dhe siguracioneve shendetesore sociale. Kjo mund te vije per shkak se sistemet e sigu.shendt.sociale mund te jene permiruesuar ne kontrollin e kostove kurse sistemi I taksimit te pergjithshem i pergjigjet pritshmerive te rriturave te publikut dhe te ardhurave me te larta.

Bishti qe tund qenin – Financimi privat dhe publik, rasti i Irlandes

Te dhenat tregojne qe Irlanda duhet te klasifikohet si shtet me sistem shendetesor bazuar ne taksimin e pergjithshem, duke qene se 80% e fondeve per shendetesine sigurohen nga shteti.

Por, shpenzimet private, edhe pse te vogla, jane teper te rendesishme per te krijuar akses ne shume sherbime.

Mbi 2/3 e Irlandezeve paguajne tarifat e plota kur takojne mjekun e familjes dhe per ilace.

Gjithashtu, mbi gjysma e popullates ka siguracione shendetesore private suplementare, te cilat i ndihmojne te anashkalojne listat e pritjes ne sektorin publik dhe te vizitohen nga mjeku specialist ne spital.

Prandaj, menyra sesi financimi i jep individeve te drejten per sherbime te caktura dhe akses, eshte celesi i performances se sistemit.

Per me teper, ne rastin e Irlandes, sektori privat merr shume subvencione nga shteti.

Prandaj, ai qe duket si nje sistem tipik bazuar ne taksimin e pergjithshem eshte ne fakt ne sistem I dominuar nga siguracionet private, sic deshmohet nga rritja e shpejte e kostove dhe problemet e aksesit per te papunet dhe ata me te ardhura te pakta.

Ky sistem financimi ne Irlande nuk eshte i rastesishem. Psh, filozofia “paguaje-vete” ka rrenje te thella ne kulturen tradicionale Katolike Irlandeze.

Prandaj eshte thelbesore te kuptohet se si kultura ndervepron me SSh dhe se si publiku percepton performancen e sistemeve te financimit te kujdesit shendetesor.

Kjo eshte e vertete jo vetem sepse publiku eshte perdoruesi dhe paguesi kryesor, sic eshte thene me pare, por edhe sepse te kuptuarit e ketyre aspekteve do te na zbulojne se si njerezit nderverprojne me sistemin. Te kuptosh vlerat e publikut u lejon politike-beresve qe te vleresojne jo vetem performancen aktuale te sistemit por edhe menyren se si mund te permiresohet ky sistem per te arritur objektivat e tij.

Lidhjet midis sektorit Publik dhe Privat

Ka nje debat te gjere ne arenen nderkombetare rreth vleres se aktiviteteve te sektorit privat ne performancen e sherbimeve shendetesore nepermjet impaktit te tyre ne sektorin publik.

Argumentat pro dhe kunder sektori shendetesor privat paraqiten ne Figuren ne vijim.

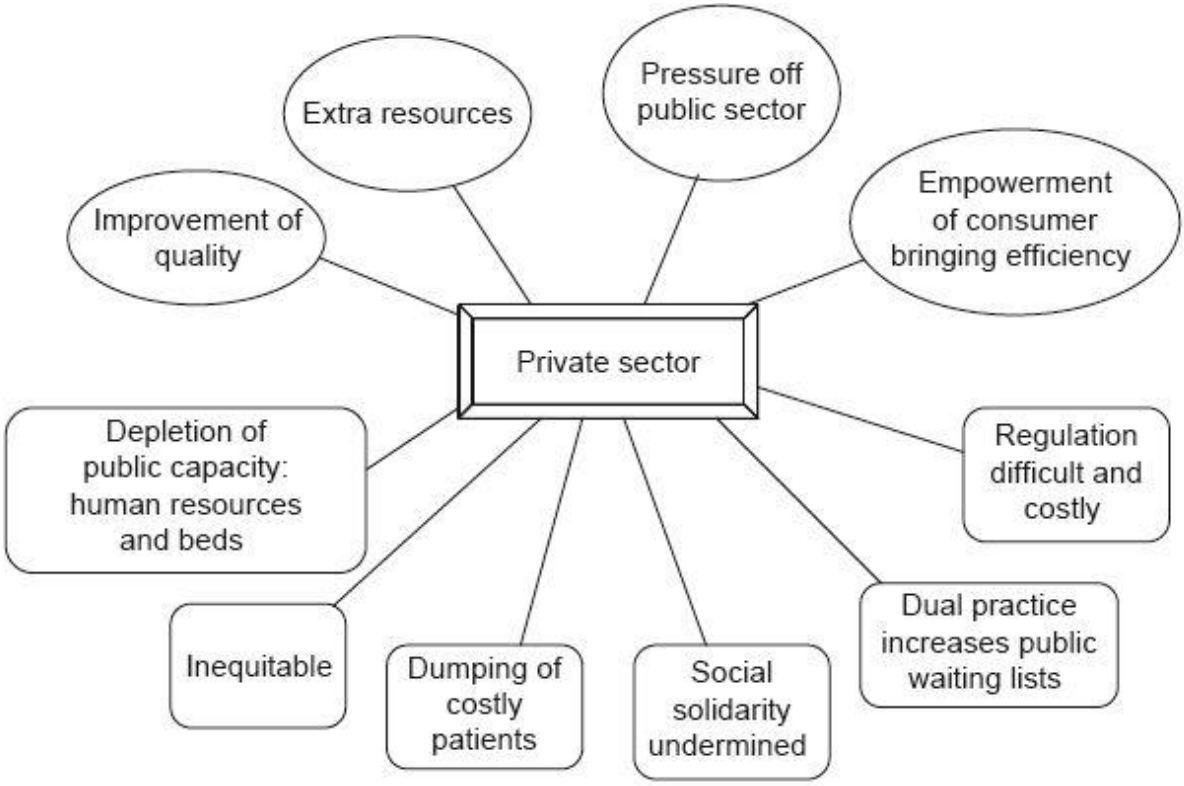


Figura. Argumentat Pro dhe Kunder sektorit shendetesor privat

Shkalla deri ne te cilen keto argumenta jane te vertete ne nje kontekst te caktuar eshte ceshtje per kerkime te metejshme shkencore.

Ajo cka del qarte nga figura dhe rasti i Irlandes eshte qe edhe nje sektor i vogel privat mund te kete nje impakt te madh ne performancen e sistemit shendetesor.

Ceshtjet kyce per te vleresuar perfitimin e sektorit privat paralel lidhen me faktin nese ky sektor do te ndihmoje performancen e pergjithshme, psh duke sjelle burime dhe kapacitete te reja ne sistem qe lejon sherbimet qeveritare te perqendrojne subvencionet tek te varferit.

Ne te kundert, sektori privat mund te absorboje burimet e kufizuara, te hedhe pacientet e kushtueshem ne sektorin publik, dhe te krijoje nje strukture me dy nivele qe mund te minoje solidaritetin social dhe aksesin ne sherbimet cilesore per te varferit dhe grupet e marxhinalizuara.

Vlerat e publikut, historia, kultura

Nje faktor i rendesishem ne performancen e cdo sistemi shendetesor eshte seti i vlerave the traditave brenda te cilave ai operon.

Kjo eshte shume e qarte ne rastin e fondeve te semundjes ne Gjermani, ne te cilat rregullat e pashkruara ishin te nje rendesie te vecante dhe mund te shpjegojne suksesin e shume inovacioneve te tjera.

Gjithashtu, reformat e suksesshme ne vendet Nordike mund te shpjegohen pjeserisht me konsensusin e forte qe gjeten objektivat e vena.

Ne te kundert, masat qe minojne konsensusin tradicional mund te nxjerrin jashte loje mekanizma te rendesishem qe sigurojne cilesi dhe qendrueshmeri. Mekanizmat e rinj te financimit ne Europen Qendrore dhe Lindore ilustrojne veshtiresine per te zbatuar nje sistem te caktuar ne mungese te traditave mbeshtetese per kete.

Konkluzione

Ky leksion shqyrtoi mekanizmat e financimit dhe impaktin e tyre ne performancen e sistemit shendetesor.

Leksioni nxorri ne pah rendesine e faktit qe mekanizmi financues te jete ne sherbim te politikes dhe te vleresimit te financimit kundrejt targeteve dhe kontekstit lokal.

Gjithashtu, meqe sistemet shendetesore mund te jene subjekte te streseve te shumta qe mund te shkaktojne ndryshim(e), cdo vleresim i financimit te kujdesit shendetesor ose performances se tij eshte vetem nje fotografi e castit e nje tabloje ne evoluim e siper.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization. Switzerland. 2010.

3. Thomas S, Evetovits T, Thomson S. Analysis of the health system in Slovenia. Evaluating health financing. Final report. 2015.

Leksioni 9

Vlerësimi i financimit të kujdesit shëndetësor

Qeverisja e sistemeve (governance)

Ne thelb ka tre kategori sistemesh:

- Sisteme shteterore;
- Sisteme te tregut (publike, private apo mikse);
- Sisteme qe vete-qeverisen (me shkalle te ndryshme te rregullimit nga shteti)

Qeverisja e sistemeve (governance)

Sistemi shteteror:

Shteti kontrollon gjithcka, si ne kohen e komunizmit.

Qeverisja e sistemeve (governance)

Sistemi i tregut:

Mbeshtetet ose tek tregjet private qe kane evoluar ne kohe ose tek krijimi i strukturave te tregut dhe stimujve brenda sistemeve publike.

Qeverisja e sistemeve (governance)

Sistemi qe vete-qeveriset:

Ketu kontrolli qendror shteteror eshte i kufizuar ose i dobet, ose te dyja, por ku dominojne marrdheniet midis ofruesve te kujdesit dhe jo marrdheniet e tregut midis aktoreve kryesore.

Per shembull, shoqatat e mjekeve, shoqatat e siguruesve, dhe shteti rregullon marreveshjet ne menyre qe te sigurohet nje mjedis vendim-marres i qendrueshem ne interes te publikut dhe qe mbikqyret, por nuk dominohet, nga shteti.

Qeverisja e sistemeve (governance)

Natyrisht, sistemet me te avancuara te KSh sot jane sisteme hibride ne shkalle te ndryshme.

Ceshtja eshte nese shkalla e hibriditetit eshte apo jo funksionale, dmth, nese kulturat dhe stimujt jane ne perputhje me njera-tjetren ne cdo hallke te sistemit.

Financimi i sistemeve shendetesore, te bazuara tek solidariteti

1. Taksimi i pergjithshem - Beveridge

Vendet qe e aplikojne: Mbreteria e Bashkuar, Irlanda, vendet Nordike, shume shtete ne Afrikes sub-Sahariane dhe Kanadaja

Financimi i sistemeve shendetesore, te bazuara tek solidariteti

2. **Sigurime shendetesore sociale/publike** - **Bismarck**

Karakteristikat jane:

1. Te siguruarit paguajne premiume bazuar ne te ardhurat ose pasurine, dhe jo bazuar ne koston e sherbimeve qe perdorin.
2. Aksesi ne trajtim dhe kujdes percaktohet nga nevoja mjekesore dhe jo nga aftesia per te paguar;
3. Kontributet e sig.shend mbahen vecmas taksave te tjera te qeverise;
4. Fondi i sigurimeve shendetesore financon kujdesin dhe kujdesi ofrohet nga ofruesit publike dhe private.

Financimi i sistemeve shendetesore, te bazuara tek solidariteti

2. Sigurime shendetesore sociale/publike

Vendet qe e aplikojne: Gjermania, vendet e Europes Qendrore dhe Lindore, Koreja e Jugut.

Financimi i sistemeve shendetesore, te bazuara tek solidariteti

3. Sigurimet shendetesore private te bazuara ne risk

Vendet qe e aplikojne: Kontinentet Amerikane dhe Afrika e Jugut.

Financimi i sistemeve shendetesore, te bazuara tek solidariteti

4. Pagesat nga xhepi

Vendet qe e aplikojne: Vendet e Azise Jugore dhe Jug-lindore; Afrika, vendet e Europes Qendrore dhe Lindore, dhe ish Bashkimit Sovjetik.

Vleresimi I financimit te shendetit dhe performances se sistemit shendetesor: koncepte, kritere dhe madhesi matese

Do te eksplorojme *vleresimin e sistemeve te financimit* te KSh dhe *performancen* e sistemeve shendetesore.

Keto te dyja jane te nderlidhura.

Synimi eshte qe jo vetem te shqyrtohet se si financimi i sistemit shendetesor ndikon ne performancen e tij, por edhe se si performanca e sistemit ndikon ne financimin e KSh dhe ndihmon per arritjen e synimeve te ardhshme politike.

Ne fund te fundit, zgjedhja e mekanizmave te shperndarjes se KSh dhe financimit te tij duhet te reflektoje objektivat politike (policy) dhe kapacitetin e ketyre mekanizmave per t'i arritur ato.

Krahasimi i menyrave te financimit te KSh dhe performances se sistemeve shendetesore (SSsh) kerkon *objektiva te qarte*, *te njejte per te gjithe shtetet*.

OBSH pohoi qe: "Qellimi i financimit shendetesor eshte te siguroje fonde si dhe te krijoje stimujt e duhur financiare per ofruesit ne menyre qe te gjithe individet te kene akses ne kujdesin e duhur shendetesor personal dhe sherbimet e duhura te shendetit publik".

Duke qene se *burimet jane te kufizuara*, atehere eshte e rendesishme te dime se *si jane shperndare burimet*, cili ka te *drejte te kete sherbime* te caktuara dhe se *si sherbimet jane financuar dhe organizuar.*

Sfidat kryesore per vleresimin e financimit te KSh dhe performances se SSh lidhen me:

1. Zgjedhja e synimeve politike (policy) kundrejt te cilave duhet te matet performanca.
2. Zgjedhja (dhe interpretimi) e indikatoreve per monitorimin dhe vleresimin e performances.
3. Llogaritja e indikatoreve.

Kriteret e vleresimit

Meqe ka disa objektiva politike qe ndryshojne midis shteteve, dhe meqe nuk ka ndonje indikator qe te reflektoje plotesisht keto objektiva, atehere na duhet te bazojme gjykimet tona ne nje spekter matjesh.

Vendosja e synimeve te politikave shendetesore dhe dizenjimi i sistemeve te financimit te KSh ka si synim **sigurimin e aksesit ndaj kujdesit efektiv dhe te pershtatshem**.

Kriteret e vleresimit cont.

Kjo kerkon qe burimet te jene te disponueshme per *ata qe kane nevoje, kur kane nevoje*, dhe mobilizimi i burimeve eshte i mundur pa shkaktuar deme tek individet.

Ndarja e rrezikut dhe *solidariteti* mund pra te konsiderohen si *mekanizma per te garantuar aksesin* e njerezve ndaj kujdesit te duhur.

Kriteret e vleresimit cont.

Prandaj nuk eshte surprize qe perpjekjet per vleresimin e SSh fokusohen ne faktin nese ato arrijne **akses te drejte dhe te barabarte dhe ndaj sherbimeve efektive dhe te pershtatshme**.

Gjithashtu, ato fokusohen dhe mbi *barren qe bie ne shpatullat e individeve dhe familjeve te tyre ne rast semundjeje dhe nevojes per kujdes shendetesor*.

Kriteret e vleresimit cont. - Barazia

Barazia i referohet drejtesise ne shperndarjen e burimeve. Ka dy modele te pergjithshme te barazise qe mund te aplikohen ne sigurimin dhe financimin e KSh:

1. Barazia horizontale, qe nenkupton nevojen per trajtim te barabarte per raste te barabarta;
2. Barazia vertikale, qe nenkupton trajtimin e pabarabarte (por te drejte) te rasteve te pabarabarta.

Kriteret e vleresimit cont. - Barazia

Barazia ne KSh lidhet me barazine e burimeve, aksesit, perdorimit dhe pasojave (outcome).

Nje aplikim interesant i barazise ne financimin e KSh vjen nga vleresimi i progresivitetit te metodave te ndryshme te financimit ne 10 shtetet e OECD (Organisation for Economic Co-opeartion and Development).

Metoda financiare eshte *progresive* kur ata qe fitojne me shume shpenzojne me shume nga te ardhurat e tyre per KSh sesa ata qe fitojne me pak. Kjo perputhet me nocionin e pageses per KSh ne perputhje me aftesine per te paguar, pra barazia vertikale.

Rezultatet e vleresimit jane:

Kriteret e vleresimit cont. - Barazia

Taksat direkte (te te ardhurave) ishin progresive ne te 10 vendet.

Taksat indirekte (TVSH psh) tentonin te ishin regresive. Edhe kur niveli i takses eshte konstant, te pasurit shpenzonin nje pjese me te vogel te te ardhurave te tyre ne formen e taksave.

Kriteret e vleresimit cont. - Barazia

Skemat e sigurimeve shendetesore sociale ishin regresive ne ato vende ku kjo perbente burimin kryesor te financimit (Hollande psh) kryesisht sepse disa tipare specifike si vendosja e tavanit te kontributeve kufizonte shumen qe te pasurit mund te paguanin.

Aty ku ekzistonte dhe nje mekanizem financimi suplementar, rezultatet ishin mikse.

Kriteret e vleresimit cont. - Barazia

Sigurimet shendetesore private ishin regresive aty ku keto perbenin burimin kryesor te financimit (USA). Por ishte progresive kur sherbente si suplementare e burimeve te tjera sepse lejonte te pasurit te paguanin me shume per KSh.

Pagesat nga xhepi ishin nje mjet teper regresiv i financimit te KSh.

Kriteret e vleresimit cont. - Eficienca

Ka dy modele qendrore te eficiences ne ekonomine e shendetit.

1. Eficienca alokuese, qe merret me maksimizimin e impaktit te nje sere nderhyrjesh promovuese te shendeti; kjo i pergjigjet pyetjes: a po bejme gjerat e duhura?

Kriteret e vleresimit cont. - Eficienca

2. Eficienca teknike, shqyrton kombinimin optimal te burimeve ne cdo aktivitet te caktuar per te prodhuar sasine maksimale me koston minimale.

Kriteret e vleresimit – Qendrueshmeria financiare dhe kufizimi i kostos

Nje tjeter objektiv per vleresimin e performances se SSh eshte dhe qendrueshmeria financiare (QF). Ka dy perkufizime:

1. I pari merret me **financimin e shendetesise ne lidhje me varesine nga burimet e jashtme**, si psh fondet nga donatoret e huaj.
2. I dyti merret me **suficitin, parashikueshmerine dhe peridiocitetin e burimeve te financimit** duke mos i kushtuar aq shume rendesi burimeve te financimit sesa financimin e ardhshem te qendrueshem te sistemit dhe sherbimeve.

Kriteret e vleresimit – Pranueshmeria dhe kenaqesia

Pranueshmeria e nje SSh dhe kenaqesia e perdoruesve te tij mund te konsiderohen si gjykime te performances ne terma te barazise dhe eficiences.

Por kenaqesia e klienteve varet jo vetem nga eficienca dhe barazia e sistemit por edhe nga karakteristikat e shperndarjes.

Psh, klientet mund te vleresojne sjelljen e mire te stafit dhe cilesine e infrastruktures edhe kur keto kane impakt te vogel ne permiresimn e shendetit te tyre.

Kriteret e vleresimit – Pranueshmeria dhe kenaqesia

Sherbimet shendetesore konsumohen dhe financohen nga ekonomite familjare. Prandaj duhet qe qytetaret te kene rolin e tyre ne vleresimin e sherbimeve shendetesore per te cilat ata paguajne.

Shpesh argumentohet qe SSh jane kaq komplekse saqe publiku nuk mund te jape nje gjykim objektiv per performancen e tyre, ose qe pritshmerite e publikut nuk tregojne shume per gjendjen aktuale te sherbimeve shendetesore.

Por, deklarata e Alma-Ates e inkurajon pjesemarrjen e publikut ne vleresimin e performances se sistemeve shendetesore.

Kornizat e Vleresimit

Sic e thame, cdo qeveri vendos prioritetet e veta bazuar mbi vlerat dhe tiparet e SSh qe trashegojne. Prioritetet do te jene mikse.

Performanca e sistemeve financuese shendetesore duhet te vleresohet kundrejt targeteve kyce qe lidhen me:

- *Gjenerimin e burimeve* (te mjaftueshme dhe te qendrueshme);
- *Perdorimin optimal te burimeve*;
- *Akses financiar ndaj sherbimeve shendetesore per te gjithe*.

Kornizat e Vleresimit

Funksione kritike te financimit Sh jane:

- *Mbledhja e te ardhurave* – proces npm te cilit SSh mbledh para' nga burime te ndryshme, duke cuar ne gjenerimin e burimeve dhe aksesin e sherb.shend nga popullata;

Ceshtjet kyce ketu: mbulimi i popullates dhe menyra e financimit.

Kornizat e Vleresimit

Funksione kritike te financimit Sh jane:

- *Baza e te ardhurave* – akumulimi dhe manaxhimi i te ardhurave nga individet qe ndajne rrezikun (pra individet qe paguajne taksa per shendetin)

Ceshtjet kyce ketu: perberja, fragmentimi dhe manaxhimi i pishines se rrezikut (risk pool).

Kornizat e Vleresimit

Funksione kritike te financimit Sh jane:

- *Blerja* – procesi npm te cilit kontributet e mbledhura perdoren per te paguar ofruesit qe te ofrojne sherbime te caktuara shendetesore;

Ceshtjet kyce ketu: paketa e sherbimeve qe do ofrohen, mekanizmat e pageses se ofruesve, dhe eficienca administrative.

Kornizat e Vleresimit

Ne World Health Report 2000, OBSH zhvilloi nje kornize te vleresimit te performances se SSh e cila u zbatua ne 192 vendet anetare. OBSH prodhoi disa tabela tip te performances, ne pergjithesi dhe ne 5 fusha prioritare.

Funksionet e SSh lidhen me *drejtimin, financimin*, *gjenerimin e burimeve* dhe *sigurimin e sherbimeve*.

Kornizat e Vleresimit

5 komponentet kyc te performances se SSh jane:

1. Niveli i pergjithshem i shendetit te popullates (25%);
2. Shperndarja e shendetit ne popullate (25%);
3. Pergjigjshmeria e pergjithshme e SSh (12.5%);
4. Shperndarja e pergjigjshmerise se SSh ne popullate (12.5%);
5. Drejtesia e financimit te SSh (25%).

Hints

- Sistemet publike perqendrohen tek vlerat sociale por duhet te kufizojne sherbime dhe varen nga baza e taksave;
- Sistemet e sigurimeve sociale jane shume popullore por kane probleme me kontrollin e kostove dhe ka pikepyetje lidhur me sa mire mbulohen te varferit apo ata qe jane ne sektorin informal;
- Sistemet e siguracioneve private luftojne per te kontrolluar kostot dhe e vendosin fitimin mbi eficiencen dhe barazine.

Hints

- Sistemet ne vendet qe kane siguracionet private si shtyllen kryesore te financimit tentojne te jene me te shtrenjte sesa sistemet ne ato vende qe aplikojne siguracionet shendetesore sociale apo taksimin e pergjithshem.

Per te hetuar keto trende, ne Tabelen ne vijim paraqiten shpenzimet shendetesore ne vendet e pasura me SSh te ndryshme.

Tabela. Shpenzimet shendetesore ne vendet e pasura me sisteme financimi te ndryshme

	Total expenditure on health as % of GDP (2004)	*Per capita total expenditure on health (international dollar rate) (2004)*	*Government expenditure on health as a % of total health exp (2004)*	*Average real annual growth in per capita total expenditure ($) on health 1997–2004*
Dominated by tax-based funding				
UK	8.1	2560	86.3	12%
Denmark	8.6	2780	82.3	5%
Ireland	7.2	2618	79.5	12%
Sweden	9.1	2828	84.9	6%
Dominated by social health insurance				
France	10.5	3040	78.4	5%
Germany	10.6	3171	76.9	4%
The Netherlands	9.2	3092	62.4	7%
Private health insurance as a major funding source				
USA	15.4	6096	44.7	7%

Bishti qe tund qenin – Financimi privat dhe publik, rasti i Irlandes

Te dhenat tregojne qe Irlanda duhet te klasifikohet si shtet me sistem shendetesor bazuar ne taksimin e pergjithshem, duke qene se 80% e fondeve per shendetesine sigurohen nga shteti.

Por, shpenzimet private, edhe pse te vogla, jane teper te rendesishme per te krijuar akses ne shume sherbime.

Mbi 2/3 e Irlandezeve paguajne tarifat e plota kur takojne mjekun e familjes dhe per ilace.

Bishti qe tund qenin – Financimi privat dhe publik, rasti i Irlandes

Gjithashtu, mbi gjysma e popullates ka siguracione shendetesore private suplementare, te cilat i ndihmojne te anashkalojne listat e pritjes ne sektorin publik dhe te vizitohen nga mjeku specialist ne spital.

Prandaj, menyra sesi financimi i jep individeve te drejten per sherbime te caktura dhe akses, eshte celesi i performances se sistemit.

Bishti qe tund qenin – Financimi privat dhe publik, rasti i Irlandes

Per me teper, ne rastin e Irlandes, sektori privat merr shume subvencione nga shteti.

Prandaj, ai qe duket si nje sistem tipik bazuar ne taksimin e pergjithshem eshte ne fakt nje sistem i dominuar nga *siguracionet private*, sic deshmohet nga rritja e shpejte e kostove dhe problemet e aksesit per te papunet dhe ata me te ardhura te pakta.

Bishti qe tund qenin – Financimi privat dhe publik, rasti i Irlandes

Ky sistem financimi ne Irlande nuk eshte i rastesishem. Psh, filozofia “paguaje-vete” ka rrenje te thella ne kulturen tradicionale Katolike Irlandeze.

Prandaj eshte thelbesore te kuptohet se si kultura ndervepron me SSh dhe se si publiku percepton performancen e sistemeve te financimit te KSh.

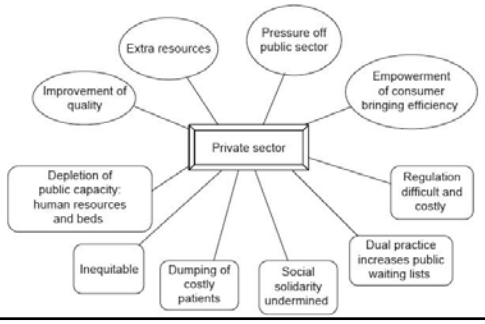
Lidhjet midis sektorit Publik dhe Privat

Ka nje debat te gjere ne arenen nderkombetare rreth vleres se aktiviteteve te sektorit privat ne performancen e sherbimeve shendetesore nepermjet impaktit te tyre ne sektorin publik.

Argumentat pro dhe kunder sektori shendetesor privat paraqiten ne figuren ne vijim.

Lidhjet midis sektorit Publik dhe Privat

Argumentat Pro dhe Kunder sektorit shendetesor privat



Lidhjet midis sektorit Publik dhe Privat

Ceshtjet kyce per te vleresuar perfitimin e sektorit privat paralel lidhen me faktin nese ky sektor do te ndihmoje performancen e pergjithshme, psh duke sjelle burime dhe kapacitete te reja ne sistem qe lejon sherbimet qeveritare te perqendrojne subvencionet tek te varferit.

Ne te kundert, sektori privat mund te *absorboje* burimet e kufizuara, *te hedhe pacientet e kushtueshem ne sektorin publik*, dhe te *krijoje nje strukture me dy nivele* qe mund te minoje solidaritetin social dhe aksesin ne sherbimet cilesore per te varferit dhe grupet e marxhinalizuara.

Vlerat e publikut, historia, kultura

Nje faktor i rendesishem ne performancen e cdo sistemi shendetesor eshte seti i vlerave dhe traditave brenda te cilave ai operon.

Kjo eshte shume e qarte ne rastin e fondeve te semundjes ne Gjermani, ne te cilat rregullat e pashkruara ishin te nje rendesie te vecante dhe mund te shpjegojne suksesin e shume inovacioneve te tjera.

Vlerat e publikut, historia, kultura

Gjithashtu, reformat e suksesshme ne vendet Nordike mund te shpjegohen pjeserisht me konsensusin e forte qe gjeten objektivat e vena.

Ne te kundert, masat qe minojne konsensusin tradicional mund te nxjerrin jashte loje mekanizma te rendesishem qe sigurojne cilesi dhe qendrueshmeri.

Mekanizmat e rinj te financimit ne Europen Qendrore dhe Lindore ilustrojne veshtiresine per te zbatuar nje sistem te caktuar ne mungese te traditave mbeshtetese per kete.

Perfundime

Ky leksion shqyrtoi mekanizmat e financimit dhe impaktin e tyre ne performancen e sistemit shendetesor.

Leksioni nxorri ne pah rendesine e faktit qe mekanizmi financues te jete ne sherbim te politikes dhe te vleresimit te financimit kundrejt targeteve dhe kontekstit lokal.

Perfundime

Gjithashtu, meqe SSh mund te jene subjekte te streseve te shumta qe mund te shkaktojne ndryshim, cdo vleresim i financimit te kujdesit shendetesor ose performances se tij eshte vetem nje fotografi e castit e nje tabloje ne evoluim e siper.

LEKSIONI 10

–

CËSHTJE TË QEVERISJES NË FINANCIMIN SHËNDETËSOR

Politikat shendetesore per financimin e kujdesit shendetesor

Per te ilustruar se si politikat shendetesore reflektojne nje sere influencash mund te ekzaminojme se si financohet dhe drejtohen sistemet shendetesore.

Opsionet e financimit te KSH

Opsionet per financimin e Kujdesit Shendetesor, te renditura ne vijimesi nga financimi privat tek ai publik jane:

1. Pagesat private (nga xhepi)

Pagesat private (totalisht nga xhepi), perfshire pagesat private parciale, dmth bashke-pagesat (bashke-sigurimi ose deductibles-pjesa e sigurimit qe duhet te paguje i siguruari)

Bashke-sigurimi: nenkupton qe konsumatori paguan nje pjese (perqindje) te kostos totale. Psh, 20% te kostot se kujdesit shendetesor perkates.

Deductibles: konsumatori paguan nje sasi te fiksuar ne cdo rast pagese te mbuluar nga siguracioni, psh 5000 leke. Kjo sasi parash zakonisht kryhet ne fillim te periudhes se sigurimit dhe eshte e nevojshme te kryhet ne menyre qe te hyje ne fuqi mbulimi i plote sipas planit te sigurimit.

Bashke-pagesa: nenkupton qe konsumatori paguan nje kuote fikse per cdo sherbim te marre. Per shembull, nese ekzaminimi imazhrik kushton 3000 leke, pacienti mund te paguaje 300 leke.

Avantazhet

1. Mund te nxise nje perdorim me te pergjegjshem te burimeve nepermjet kufizimit te humbjeve dhe aktiviteteve te panevojshme sepse njerezit mendohen mire perpara se t’i shpenzojne parate per kujdes shendetesor.

Disavantazhet

1. Ata qe kane nevoje me shume per sherbime nuk mund te perballojne cmimet e tyre.
2. Shume njerez do blejne siguracione private duke i lene ata qe s'kane mundesi dyfish te disavantazhuar.
3. Do kete shume perjashtime qe kerkojne mbulim nga taksimi i pergjithshem (femijet, te moshuarit, te semuret kronike, etj).
4. Njerezit me gjendje stigmatizuese mund te c'inkurajohen per te kerkuar ndihme.
5. Sherbimet parandaluese mund te mos financohen kundrejt sherbimeve akut apo trajtuese.

2. Sigurimi privat vullnetar

Ketu perfshihen dhe versionet e pjesshme te ketij opsioni. Psh, siguracionet suplementare dhe komplementare.

Sigurimi shendetesor privat (SShP)

Siguracioni qe zgjidhet dhe paguhet vullnetarisht, nga individet ose punedhenesit ne favor te individeve

Nga ky perkufizim rrjedh qe SShP mund te shitet nga nje sere entitetesh, publike apo private: "fondet e semundjes"; shoqatat jo-fitim-prurese apo kompanite fitim-prurese.

Siguracionet suplementare:

- Zakonisht ekzistojne siguracione shendetesore private qe sherbejne si shtojca apo alternativa te mbuleses me sherbime publike.
- Tregu suplementar ofron akses ne sherbime shendetesore qe nuk ofrohen tashme nga sistemi i detyrueshem dhe i siguron individeve me shume liri zgjedhjeje dhe mund te shmange listat e pritjes.
- Zakonisht ofrojne perfitime *shtese* dhe mund te permiresojne disa aspekte te cilesise se KSh – vecanerisht akses me te shpejte ne kujdes dhe ofrimin e kujdesit shendetesor ne ambjente me infrastrukture me te mire.
- Zakonisht blihen nga te pasurit dhe, duke qene se mbulon sherbime shtese nga ato qe ofrohen nga sherbimi publik, rezulton ne kontribute te metejshme ne mbrojtjen

financiare.

Siguracionet <u>komplementare:</u>

- Ne disa raste SShP luan nje rol me te madh. SShP komplementar mund te rrise mbulimin dhe aksesin per sherbime qe mbulohen nga shporta baze.
- Per shembull, ne Irlande SShp komplementar mbulon rreth 50% te popullates kurse ne Slloveni dhe France ky sistem mbulon kostot e detyrueshme te 70% dhe 90% te popullates, perkatesisht.
- SShP komplementar synon te permiresoje aksesin ne KSh qe nuk mbulohet apo nuk mbulohet plotesisht nga sistemi shendetesor i detyrueshem (dmth, nuk ofron sherbime shtese).
- Kjo forme kontribuon ne rritjen e mbrojtjes financiare ose nepermjet ofrimit te aksesit ne sherbime efektive dhe qe vleresohen nga popullata (kujdesi dentar, fizioterapia, receta e ilaceve jashte spitaleve) ose duke ulur barrierat financiare per aksesimin e KSh te financuar nga publiku.

Avantazhet e sigurimit privat vullnetar

1. Luhatja e premiumeve ne varesi te perdorimit nenkupton nje efekt minimal ne kerkesen per sherbime.
2. Vendet qe ofrojne kete sistem paguajne nje pjese te madhe te PBB per KSh.
3. Kostoja e cdo aspekti te KSh eshte e qarte.
4. Kompanite e sigurimeve kane mundesi te sigurojne qe vetem trajtimet efektive do te perdoren.

Disavantazhet e sigurimit privat vullnetar

1. Ata qe kane nevoje per siguracion shpesh nuk mund ta perballojne ate (te varferit, te semuret kronike etj).
2. Punedhenesit e ofrojne kete si nje perfitim, duke i lene te papunet dyfish te disavantazhuar.
3. Mund te rrise kerkesen ngaqe njerezit mund te kerkojne te marrin ate per c'ka paguajne.
4. Mund te nen-financohen sherbimet parandaluese ne kurriz te atyre akute/trajtuese.

5. Ka nevoje per nje sistem tjeter qe te mbuloje ata qe nuk ta perballojne kete lloj sigurimi.
6. Ka nevoje per nje sistem tjeter qe te mbuloje sherbimet e shendetit publik dhe programet parandaluese.
7. Jo te gjitha parate e paguara shkojne per arsye te perfitimit te kujdesit shendetesor.
8. Njerezit duhet te kerkojne aprovimi paraprak perpara se te shpenzojne, edhe ne raste urgjence.
9. Njerezit do kerkojne ate qe duan - mund te rritet kerkesa ne disa sektore te caktuar.

3. Sigurim i detyrueshem privat i rregulluar nga shteti

Sigurimi i detyrushem:

Sigurim te cilin i siguruari eshte i detyruar te bleje ne respekt te nje ligji te caktuar.

Ketu perfshihen versione si sigurimi zevendesues: ketu kemi kontribute private te detyrueshme nga disa kategori (me te pasurit) drejt nje shporte baze sigurimesh sesa sherbime suplementare. Pra, te gjithe jane te mbuluar por te pasurit paguajne sigurime te detyrueshme.

4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Ketu ben pjese cdo program qeveritar qe ka keto 4 tipare:

1. perfitimet, cilet perfitojne dhe aspekte te tjera jane te percaktuar ne statut apo rregulloren perkatese.
2. Sigurimi i sherbimeve merr parasysh te ardhurat dhe shpenzimet – shpesh nepermjet nje fondi, sic ishte ISKSH.
3. Financohet nga taksat ose premiume qe paguhen nga (ose per) pjesemarresit
4. Progami i sherben nje popullate te caktuar dhe pjesemarrja eshte ose e detyrueshme ose programi eshte kaq terheqes sa pjesa me e madhe e individeve vendosin t'i bashkangjiten atij.

Siguracioni social perkufizohet dhe si nje program ku rreziqet jane transferuar ne nje organizate, shpesh qeveritare, e cila duhet te ofroje ligjerisht disa sherbime te caktuara.

Ose nje sistem ku punedhenesit dhe punemarresit paguajne kontribute te detyrueshme dhe premiumet vendosen dhe caktohen nga shteti per grupet ne rrezik te larte dhe te papunet.

Sigurimet kombetare jane nje forme e sigurimeve sociale, edhe pse ne praktike jane pjese e taksimit te pergjithshem.

Njerezit zakonisht duhet te paguajne per sherbimet shendetesore dhe me pas te bejne nje kerkese per rimbursim te shpenzimeve, por ky rimbursim mund te mos jete I plote.

Avantazhet e sigurimeve shendetesore sociale

1. Financimi i sherbimeve shendetesore tenton te largohet nga skena politike, pra nuk eshte ceshtje politike.
2. Sistemi i pageses paraprake dhe rimbursimit te mevonshem mund te kufizoje rritjen e kerkeses.
3. Pagesa nga punedhesit mund te sherbeje si stimul per shendetin dhe sigurine nese ata penalizohen me demtimin e ketyre te fundit.
4. Eshte ceshtje jo "per-fitim" prandaj te gjitha parate shkojne per administraten ose per KSh.
5. Ashtu si ne sistemet e financuara nga taksat, aksesi ndaj sherbimeve shendetesore eshte zakonisht universal ose pothuajse universal dhe nuk bazohet mbi aftesine per te paguar.

Disavantazhet e sigurimeve shendetesore sociale

1. Mund te mos e kufizoje kerkesen meqe ka nje element te marrjes se vleres per kontributin e paguar.
2. Ka pak vend per liri zgjedhjesh individuale
3. Mund t'i c'inkurajoje punedhenesit te punesojne njerez te semure apo te paafte.
4. Nje pjese e madhe e kerkeses nuk mbulohet (te moshuarit, te papunet, semuret kronike, femijet) keshtu qe keto do garantohen nga shteti, pra duhen para shtese.
5. Skemat e rimbursimit mund te jene te komplikuara dhe te pengojne te semuret te ndryshem qe te kerkojne ndihme, sidomos personat me HIV dhe semundje psikotike.
6. Ne kete rast baza nga dalin kontributet eshte me e ngushte sesa ne rastin e taksimit te pergjithshem, keshtu qe kostot bien mbi shpatullat e punedhenesve dhe punemarresve sesa ne grupe me te gjera taksapaguesish. Kjo mund te coje ne shtremberime ekonomike dhe mungese stimujsh.
7. Sigurimi social nuk eshte aq progresiv sa taksimi i pergjithshem dhe mund te jete dhe

regresiv nese grupet me te semura duhet te pagujne premiumet me te larta.

8. Eshte e paqarte pergjegjesia per financimin e sherbimeve parandaluese dhe te shendetit publik.
9. Personat me te ardhura te larta mund te lejohen te dalin nga skema dhe te hyjne ne skemat e sigurimeve private gje qe varferon fondet e skemes se sigurimeve sociale.
10. Pacientet mund te kerkojne derisa te gjejne mjekun qe duan, duke rritur kerkesen pa rritje te perfitimeve te metejshme.

5. Taksa shendetesore te dedikuara (destinuara per shendetin)

Taksat e dedikuara (ose te destinuara=earmarked) jane taksa qe jane menduar te shpenzohen ne favor te ceshtjeve te caktuara.

Perkufizimi:

Nje komponent i taksimit te pergjithshem, qe bazohet ne te ardhurat dhe qe destinohet te perdoret per qellimet te caktuar.

Shembuj: taksa e TVSh, pagesat per rruge te ndryshme, taksa e qarkullimit, taksa e duhanit qe financon psh fushatat anti-duhan etj.

Ne cdo rast te tille individi qe paguan taksen e di fare mire se si do shpenzohen parate e tij.

Kjo takse nuk eshte as e drejte as e gabuar. Ajo varet nga besimi qe individet kane tek qeveria per menyren se si ajo do shpenzoje parate e tyre.

Avantazhet e taksave shendetesore te dedikuara

1. Publiku ne pergjithesi eshte i gatshem te paguaje nese shohin se c'perfitime marrin ne kembim te parave te tyre.
2. Ka lidhje te identifikueshme midis parave te paguar dhe sherbimeve te perfituara.
3. Skema eshte progresive keshtu qe ata qe fitojne me shume paguajne me shume.
4. Askush nuk perjashtohet nga sherbimet ngaqe nuk ka mundesi te paguaje-sherbimi mbetet falas ne piken ku jepet ai.
5. Lejon financimin e sherbimeve te ndryshme parandaluese.

Disavantazhet e taksave shendetesore te dedikuara

1. Meqe sherbimi ofrohet falas kjo nxit mbiperdorimin dhe nuk do reduktoje kerkesen.
2. Mbiperdorimi mund te perkeqesohet nese njerezit do kerkojne parate mbrapsht per arsye te caktuara.
3. Mund te kerkoje administrim te vecante dhe te komplikuar.
4. Eshte veshtire t'i rezistosh kerkeses per fragmentim te metjeshme te taksimit te pergjithshem (psh, per edukimi, apo sigurine sociale).

6. Taksimi i pergjithshem

Perkufizimi:

I referohet taksave direkte dhe indirekte qe qeveria mbledh per te paguar midis te tjerave dhe kujdesin shendetesor.

Avantazhet

1. Shume eficient, kufizon shume kostot.
2. Detyron prioritizimin e sherbimeve qe do financohen ngaqe ne keto raste qeveria ve ne dispozicion nje buxhet te caktuar per shendetesine. Gjithashtu nxit nje negocim te shpenzimeve per shendetin kundrejt shpenzimeve ne fusha te tjera prioritare si arsimi dhe reduktimi i varferise.
3. Siguron akses universal ndaj sherbimeve pavaresisht aftesise per te paguar.
4. Kosto te uleta administrative.
5. Kjo menyre i vjen ne ndihme individeve ne veshtiresi te cilet e kane te pamundur te perballojne pagesa nga xhepi apo siguracionet private.

Disavantazhet

1. Qeveria ka stimuj te forte dhe aftesine per te kontrolluar kostot gje qe mund te rezultoje ne sherbime jo me cilesi te mire.

2. Meqe sherbimet jane falas per klientet kjo mund te nxise mbi-perdorimin dhe pritshmeri te larta nga ana e publikut.
3. Mbeshtetja tek taksimi i pergjithshem mund te beje sistemin shendetesor te pambrojtur ne kohera te krizave ekonomike sepse ne kete rast veshtiresohet mbledhja e taksave.
4. Pakesohet shkalla e zgjedhjes se individeve sepse vetem nje sere sherbimesh ofrohen.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

LEKSIONI 10

CËSHTJE TË QEVERISJES NË FINANCIMIN SHËNDETËSOR

Politikat shendetesore per financimin e kujdesit shendetesor

Per te ilustruar se si politikat shendetesore reflektojne nje sere influencash mund te ekzaminojme se si financohet dhe drejtohen sistemet shendetesore

Opsionet e financimit te KSH

Opsionet per financimin e Kujdesit Shendetesor, te renditura ne vijimesi nga financimi privat tek ai publik jane:

Opsionet e financimit te KSH –
1. Pagesat private

Pagesat private (totalisht nga xhepi), perfshire pagesat private parciale, dmth bashke-pagesat (ko-sigurimi ose deductibles-pjesa e sigurimit qe duhet te paguje i siguruari)

Opsionet e financimit te KSH –
1. Pagesat private

Ko-sigurimi apo bashke-sigurimi nenkupton qe konsumatori paguan nje pjese te kostos totale. Psh, 20%.

Deductibles=konsumatori paguan nje sasi te fiksuar ne cdo rast pagese te mbuluar nga siguracioni, psh 5000 leke.

Opsionet e financimit te KSH –
1. Pagesat private (nga xhepi)

Avantazhet:

1. Mund te nxise nje perdorim me te pergjegjshem te burimeve nepermjet kufizimit te humbjeve dhe aktiviteteve te panevojshme sepse njerezit mendohen mire perpara se t'I shpenzojne parate per KSh.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Pagesat private (nga xhepi)

Disavantazhet:

1. Ata qe kane nevoje me shume per sherbime nuk mund te perballojne cmimet e tyre.
2. Shume njerez do blejne siguracione private duke i lene ata qe s'kane mundesi dyfish te disavantazhuar.
3. Do kete shume perjashtime qe kerkojne mbulim nga taksimi i pergjithshem (femijet, te moshuarit, te semuret kronike, etj).

Opsionet e financimit te KSH –
2. Pagesat private (nga xhepi)

Disavantazhet:

1. Njerezit me gjendje stigmatizuese mund te c'inkurajohen per te kerkuar ndihme.
2. Sherbimet parandaluese mund te mos financohen kundrejt sherbimeve akut apo trajtuese.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurimi privat vullnetar

Ketu perfshihen dhe versionet e pjesshme te ketij opsioni. Psh, siguracionet suplementare dhe komplementare.

Opsionet e financimit te KSH –
Sigurimi privat

Sigurimi shendetesor privat (SShP):

Siguracioni qe zgjidhet dhe paguhet vullnetarisht, nga individet ose punedhenesit ne favor te individeve

(Mossialos and Thomson 2002b)

Opsionet e financimit te KSH –
Sigurimi privat

Nga ky perkufizim rrjedh qe SShP mund te shitet nga nje sere entitetesh, publike apo private:

"fondet e semundjes"; shoqatat jo-fitim-prurese apo kompanite fitim-prurese.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurim privat vullnetar

Siguracionet <u>suplementare:</u>

- Zakonisht ekzistojne siguracione shendetesore private qe sherbejne si shtojca apo alternativa te mbuleses me sherbime publike.
- Tregu suplementar ofron akses ne sherbime shendetesore qe nuk ofrohen tashme nga sistemi i detyrueshem dhe I siguron individeve me shume liri zgjedhjeje dhe mund te shmange listat e pritjes.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurim privat vullnetar

Siguracionet <u>suplementare:</u>

- Zakonisht ofrojne perfitime shtese dhe mund te permiresojne disa aspekte te cilesise se KSh – vecanerisht akses me te shpejte ne kujdes dhe ofrimin e KSh ne ambjente me infrastrukture me te mire.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurim privat vullnetar

Siguracionet <u>suplementare:</u>

- Zakonisht blihen nga te pasurit dhe, duke qene se mbulon sherbime shtese nga ato qe ofrohen nga sherbimi publik, rezulton ne kontribute te metejshme ne mbrojtjen financiare.

Opsionet e financimit te KSH – 2. Sigurim privat vullnetar

Siguracionet komplementare:

- Ne disa raste SShP luan nje rol me te madh. SShP komplementar mund te rrise mbulimin dhe aksesin per sherbime qe mbulohen nga shporta baze.
- Per shembull, ne Irlande SShp komplementar mbulon rreth 50% te popullates kurse ne Slloveni dhe France ky sistem mbulon kostot e detyrueshme te 70% dhe 90% te popullates, perkatesisht.

Opsionet e financimit te KSH – 2. Sigurim privat vullnetar

Siguracionet komplementare:

- SShP komplementar synon te permiresoje aksesin ne KSh qe nuk mbulohet apo nuk mbulohet plotesisht nga sistemi shendetesor i detyrueshem (dmth, nuk ofron sherbime shtese).
- Kjo forme kontribuon ne rritjen e mbrojtjes financiare ose nepermjet ofrimit te aksesit ne sherbime efektive dhe qe vleresohen nga popullata (kujdesi dentar, fizioterapia, receta e ilaceve jashte spitaleve) ose duke ulur barrierat financiare per aksesimin e KSh te financuar nga publiku.

Opsionet e financimit te KSH – 2. Sigurimi privat

Avantazhet:

1. Luhatja e premiumeve ne varesi te perdorimit nenkupton nje efekt minimal ne kerkesen per sherbime.
2. Vendet qe ofrojne kete sistem paguajne nje pjese te madhe te PBB per KSh.
3. Kostoja e cdo aspekti te KSh eshte e qarte.
4. Kompanite e sigurimeve kane mundesi te sigurojne qe vetem trajtimet efektive do te perdoren.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurimi privat

Disavantazhet:

1. Ata qe kane nevoje per siguracion shpesh nuk mund ta perballojne ate (te varferit, te semuret kronike etj).
2. Punedhenesit e ofrojne kete si nje perfitim, duke i lene te papunet dyfish te disavantazhuar.
3. Mund te rrise kerkesen ngaqe njerezit mund te kerkojne te marrin ate per c'ka paguajne.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurimi privat

Disavantazhet:

4. Mund te nen-financohen sherbimet parandaluese ne kurriz te atyre akute/trajtuese.
5. Ka nevoje per nje sistem tjeter qe te mbuloje ata qe nuk ta perballojne kete lloj sigurimi.
6. Ka nevoje per nje sistem tjeter qe te mbuloje sherbimet e shendetit publik dhe programet parandaluese.

Opsionet e financimit te KSH –
2. Sigurimi privat

Disavantazhet:

7. Jo te gjitha parate e paguara shkojne per arsye te perfitimit te kujdesit shendetesor.
8. Njerezit duhet te kerkojne aprovimi paraprak perpara se te shpenzojne, edhe ne raste urgjence.
9. Njerezit do kerkojne ate qe duan - mund te rritet kerkesa ne disa sektore te caktuar.

Opsionet e financimit te KSH –
3. Sigurim i detyrueshem privat I rregulluar nga shteti

Sigurimi i detyrushem:

Sigurim te cilin i siguruari eshte i detyruar te bleje ne respekt te nje ligji te caktuar.

Opsionet e financimit te KSH –
3. Sigurim i detyrueshem privat I rregulluar nga shteti

Ketu perfshihen versione si sigurimi zevendesues: ketu kemi kontribute private te detyrueshme nga disa kategori (me te pasurit) drejt nje shporte baze sigurimesh sesa sherbime suplementare. Pra, te gjithe jane te mbuluar por te pasurit paguajne sigurime te detyrueshme.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Ketu ben pjese cdo program qeveritar qe ka keto 4 tipare:

a. perfitimet, cilet perfitojne dhe aspekte te tjera jane te percaktuar ne statut apo rregulloren perkatese.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

b. Sigurimi i sherbimeve merr parasysh te ardhurat dhe shpenzimet – shpesh nepermjet nje fondi, sic ishte ISKSH.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

c. Financohet nga taksat ose premiume qe paguhen nga (ose per) pjesemarresit

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

d. Progami i sherben nje popullate te caktuar dhe pjesemarrja eshte ose e detyrueshme ose programi eshte kaq terheqes sa pjesa me e madhe e individeve vendosin t'i bashkangjiten atij.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Siguracioni social perkufizohet dhe si nje program ku rreziqet jane transferuar ne nje organizate, shpesh qeveritare, e cila duhet te ofroje ligjerisht disa sherbime te caktuara.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Ose nje sistem ku punedhenesit dhe punemarresit paguajne kontribute te detyrueshme dhe premiumet vendosen dhe caktohen nga shteti per grupet ne rrezik te larte dhe te papunet.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Sigurimet kombetare jane nje forme e sigurimeve sociale, edhe pse ne praktike jane pjese e taksimit te pergjithshem.

Njerezit zakonisht duhet te paguajne per sherbimet shendetesore dhe me pas te bejne nje kerkese per rimbursim te shpenzimeve, por ky rimbursim mund te mos jete I plote.

Opsionet e financimit te KSH –

4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Avantazhet:

1. Financimi i sherbimeve shendetesore tenton te largohet nga skena politike, pra nuk eshte ceshtje politike.
2. Sistemi i pageses paraprake dhe rimbursimit te mevonshem mund te kufizoje rritjen e kerkeses.
3. Pagesa nga punedhesit mund te sherbeje si stimul per shendetin dhe sigurine nese ata penalizohen me demtimin e ketyre te fundit.

Opsionet e financimit te KSH –

4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Avantazhet:

4. Eshte ceshtje jo “per-fitim” prandaj te gjitha parate shkojne per administraten ose per KSh.
5. Ashtu si ne sistemet e financuara nga taksat, aksesi ndaj sherbimeve shendetesore eshte zakonisht universal ose pothuajse universal dhe nuk bazohet mbi aftesine per te paguar.

Opsionet e financimit te KSH –

4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Disavantazhet:

1. Mund te mos e kufizoje kerkesen meqe ka nje element te marrjes se vleres per kontributin e paguar.
2. Ka pak vend per liri zgjedhjesh individuale
3. Mund t’i c’inkurajoje punedhenesit te punesojne njerez te semure apo te paafte.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Disavantazhet:

4. Nje pjese e madhe e kerkeses nuk mbulohet (te moshuarit, te papunet, semuret kronike, femijet) keshtu qe keto do garantohen nga shteti, pra duhen para shtese.
5. Skemat e rimbursimit mund te jene te komplikuara dhe te pengojne te semuret te ndryshem qe te kerkojne ndihme, sidomos personat me HIV dhe semundje psikotike.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Disavantazhet:

5. Ne kete rast baza nga dalin kontributet eshte me e ngushte sesa ne rastin e taksimit te pergjithshem, keshtu qe kostot bien mbi shpatullat e punedhenesve dhe punemarresve sesa ne grupe me te gjera taksapaguesish. Kjo mund te coje ne shtremberime ekonomike dhe mungese stimujsh.
6. Sigurimi social nuk eshte aq progresiv sa taksimi i pergjithshem dhe mund te jete dhe regresiv nese grupet me te semura duhet te pagujne premiumet me te larta.

Opsionet e financimit te KSH –
4. Sigurime shendetesore publike/sociale

Disavantazhet:

5. Eshte e paqarte pergjegjesia per financimin e sherbimeve parandaluese dhe te shendetit publik.
6. Personat me te ardhura te larta mund te lejohen te dalin nga skema dhe te hyjne ne skemat e sigurimeve private gje qe varferon fondet e skemes se sigurimeve sociale.
7. Pacientet mund te kerkojne derisa te gjejne mjekun qe duan, duke rritur kerkesen pa rritje te perfitimeve te metejshme.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara (destinuara per shendetin)

Taksat e dedikuara (ose te destinuara=earmarked) jane taksa qe jane menduar te shpenzohen ne favor te ceshtjeve te caktuara.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara (destinuara per shendetin)

Perkufizimi:

Nje komponent i taksimit te pergjithshem, qe bazohet ne te ardhurat dhe qe destinohet te perdoret per qellimet te caktuar.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara (destinuara per shendetin)

Shembuj: taksa e TVSh, pagesat per rruge te ndryshme, taksa e qarkullimit, taksa e duhanit qe financon psh fushatat anti-duhan etj.

Ne cdo rast te tille individi qe paguan taksen e di fare mire se si do shpenzohen parate e tij.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara (destinuara per shendetin)

Kjo takse nuk eshte as e drejte as e gabuar.

Ajo varet nga besimi qe individet kane tek qeveria per menyren se si ajo do shpenzoje parate e tyre.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara

Avantazhet:

1. Publiku ne pergjithesi eshte i gatshem te paguaje nese shohin se c'perfitime marrin ne kembim te parave te tyre.
2. Ka lidhje te identifikueshme midis parave te paguar dhe sherbimeve te perfituara.
3. Skema eshte progresive keshtu qe ata qe fitojne me shume paguajne me shume.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara

Avantazhet:

4. Askush nuk perjashtohet nga sherbimet ngaqe nuk ka mundesi te paguaje-sherbimi mbetet falas ne piken ku jepet ai.
5. Lejon financimin e sherbimeve te ndryshme parandaluese.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara

Disavantazhet:

1. Meqe sherbimi ofrohet falas kjo nxit mbiperdorimin dhe nuk do reduktoje kerkesen.
2. Mbiperdorimi mund te perkeqesohet nese njerezit do kerkojne parate mbrapsht per arsye te caktuara.

Opsionet e financimit te KSH –
5. Taksa shendetesore te dedikuara

Disavantazhet:

1. Mund te kerkoje administrim te vecante dhe te komplikuar.
2. Eshte veshtire t'i rezistosh kerkeses per fragmentim te metjeshme te taksimit te pergjithshem (psh, per edukimi, apo sigurine sociale).

Opsionet e financimit te KSH –
6. Taksimi i pergjithshem

Perkufizimi:

I referohet taksave direkte dhe indirekte qe qeveria mbledh per te paguar midis te tjerave dhe kujdesin shendetesor.

Opsionet e financimit te KSH –
6. Taksimi i pergjithshem

Avantazhet:

1. Shume eficient, kufizon shume kostot.
2. Detyron prioritizimin e sherbimeve qe do financohen ngaqe ne keto raste qeveria ve ne dispozicion nje buxhet te caktuar per shendetesine. Gjithashtu nxit nje negocim te shpenzimeve per shendetin kundrejt shpenzimeve ne fusha te tjera prioritare si arsimi dhe reduktimi i varferise.

Opsionet e financimit te KSH –
6. Taksimi i pergjithshem

Avantazhet:

3. Siguron akses universal ndaj sherbimeve pavaresisht aftesise per te paguar.
4. Kosto te uleta administrative.
5. Kjo menyre i vjen ne ndihme individeve ne veshtiresi te cilet e kane te pamundur te perballojne pagesa nga xhepi apo siguracionet private.

Opsionet e financimit te KSH –
6. Taksimi i pergjithshem

Disavantazhet:

1. Qeveria ka stimuj te forte dhe aftesine per te kontrolluar kostot gje qe mund te rezultoje ne sherbime jo me cilesi te mire.
2. Meqe sherbimet jane falas per klientet kjo mund te nxise mbi-perdorimin dhe pritshmeri te larta nga ana e publikut.

Opsionet e financimit te KSH –
6. Taksimi i pergjithshem

Disavantazhet:

1. Mbeshtetja tek taksimi i pergjithshem mund te beje sistemin shendetesor te pambrojtur ne kohera te krizave ekonomike sepse ne kete rast veshtiresohet mbledhja e taksave.
2. Pakesohet shkalla e zgjedhjes se individeve sepse vetem nje sere sherbimesh ofrohen.

LEKSIONI 11

–

SHTIGJET DREJT MBULIMIT UNIVERSAL

TRANZICIONI DREJT MUBLIMIT UNIVERSAL NE VENDET NE ZHVILLIM

Pagesat per kujdesin shendetesor dhe shperndarja e rrezikut (risk pooling)

Individet paguajne per kujdesin shendetesor ne 2 menyra:

1. Direkt, per nje sherbim te caktuar; ose,
2. Indirekt, nepermjet pageses se premiumeve (primeve).

Pagesat direkte perfshijne kostot per sherbimin e caktuar, skema te kursimeve ku njerezit paguajne para se te ndodhe eventi, dhe skema kredie ku pagesa kryhet pasi ndodh trajtimi.

Skemat e kursimeve perfshijne fonde per tu perdorur ne te ardhmen te cilat u ofrohen individeve ne vendet ne zhvillim apo ne llogarite e kursimeve mjekesore, te cilat perdoren ne Singapor, Kine dhe disa shtete ne USA.

Skemat me parapagim kane avantazhe krahasuar me pagesat per sherbim pasi reduktojne faturen kur njerezit jane semure dhe kostoja shperndahet ne kohe.

Pagesat indirekte, ose premiumet e siguracioneve, mbulojne nje kosto trajtimi me te larte se sa reflektohet ne masen e kontributeve por keto jane efektive vetem ne rast se ndodh semundja.

Kontributet nga anetaret reflektojne kostot e skemes duke perfshire administrimin dhe kostot e trajtimit.

Natyra katastrofike e disa semundjeve nenkupton qe shperndarja e rrezikut (risk pooling) eshte nje metode e preferuar vecanerisht per semundjet madhore.

Skemat e pagesave indirekte mund te ofrohen nepermjet **sigurimeve eksplicite**, ku anetaret me vetedije paguajne kontribute ne kembim te te qenit i mbuluar, ose **sigurimeve implicite**, ku mbulesa financohet nepermjet taksimit per nje pjese apo te gjithe popullaten.

Ne sistemet me **sigurime implicite**, banoret jane te mbuluar pavaresisht nese ata kane derdhur kontribute ose jo. Pasi ketu financimi vjen kryesisht nga taksimi i pergjithshem.

Financimi universal eshte i lidhur ngushte me aftesine per te administruar sistemin e taksimit.

Ndersa shumica e vendeve te OECD mbledhin me shume se 30% te GDP ne formen e taksave, kjo shifer ne vendet me te ardhura te uleta eshte <20% dhe ndonjehere edhe <5%.

Sistemet e **sigurimeve eksplicite** tentojne te kufizojne mbulesen vetem per ata qe kane paguar kontribute ose tek ata ku kontributi eshte derdhur nga nje burim tjeter.

Ekzistone shume forma te *sistemeve eksplicite*. Ne menyre qe te maksimizohet perfitimi dhe minimizohet problemi i perzgjedhjes negative (adverse selection), personat detyrohen te paguajne nje premium qe varet nga statusi i tyre i rrezikut (risk rating).

Nje tip tjeter financimi eshte dhe siguracioni shendetesore social, qe financohet nepermjet kontributeve te detyrueshme nga pagat. Gjithashtu, nje pjese e kontributeve mund te paguhet nga punedhenesi dhe pjesa tjeter nga punemarresi.

Ne kete skeme financimi gjithsesi qeveria mbulon te varferit, femijet dhe te moshuarit.

Edhe pse kontributet varen nga te ardhurat ose paga, problemi i perzgjedhjes negative shmanget duke e bere skemen te detyrueshme per grupe te mire-percaktuara te popullates.

Siguracionet sociale qe te funksionojne duhet te mbeshteten mbi liste-pagash te identifikueshme dhe fuqi punetore te stabilizuar.

Ne shume vende me te ardhura te uleta dhe te mesme realiteti tregon qe fuqia punetore eshte e paqendrueshme, punesimi eshte i rastesishem dhe ka informalitet te larte. Pervec kesaj, shpesh ka mosbesim tek qeveria dhe shmangie te taksave.

Siguracionet komunitare perfaqesojne nje forme tjeter per te mbuluar rreziqet shendetesore. Shumica e tyre ofrojne nje pakete te kufizuar sherbimesh, shpesh te limituar ne institucione lokale dhe sistem te kufizuar referimesh, dhe te bazuar mbi pjesemarrjen vullnetare me kontribute te njejta (sheshta).

Keto skema ngjajne shume me shoqerite qe ekzistonin ne Europe gjate shekullit te 19-20.

Perzgjedhja negative ketu eshte nje problem aktual duke qene se pjesemarrja eshte vullnetare.

Skemat e organizuara te financimit shendetesor kane dhe funksione te tjera qe mund te arrihen vetem nepermjet grumbullimit te kontributeve (pooling contributions).

Nje nga keto funksione eshte financimi i kostove te nderhyrjeve te shendetit publik ose trajtimeve qe kane eksternalitete te konsiderueshme.

Nje tjeter funksion eshte dhe shperndarja e te ardhurave duke transferuar burimet nga te shendeteshmit qe shpesh jane dhe te pasur tek te semuret dhe te dobetit.

Kjo arrihet ne ato sisteme te cilat i bazojne kontributet tek te ardhurat te tilla si siguracionet sociale dhe sistemet universale bazuar ne taksimin progresiv ose proporcional.

Nje tjeter funksion i risk pooling eshte te siguroje stimuj per blerjen aktive te sherbimeve. Ky term pershkruan nje seri mjetesh qe stimulojne permiresimin e efektivitetit dhe eficiences se ofrimit te sherbimit te tilla si kontraktimi selektiv, garantimi i cilesise, protokollet e trajtimit dhe stimuj per pagesen e ofruesve.

Keto masa mund te perdoren nga ofruesit publike dhe private per te marre maksimumin nga burimet.

Te lidhura me keto me siper jane dhe masat per te kontrolluar kerkesen per sherbime ne menyre qe te permiresohet shperndarja e sherbimeve drejt atyre qe kane me shume nevoje per to.

Masat per keto qellime perfshijne sistemin e kujdesit shendetesor paresor per te kryer funksionin "porte", prioritizimi I sherbimeve dhe listat e pritjes.

Ceshtje teknike ne shtrirjen e mbuleses

Shtrirja e mbuleses me siguracione shendetesore ne popullate – pavaresisht nga menyra e financimit – ngre nje sere ceshtjesh.

1. *Perzgjedhja negative:* shpesh njerezit e njohin me mire nivelin e tyre te rrezikut krahasuar me siguruesit. Si pasoje, sistemet vullnetare me kontribut te sheshte terheqin individet me rrezik te larte. Kjo mund ta coje skemen ne falimentim dhe demton objektivin kryesor te siguracioneve, qe eshte shperndarja e rrezikut midis llojeve te rrezikut, dhe mund te coje ne rritje te premiumeve per ata qe duan te futen ne skeme me pas.

- Zgjidhja e sektorit privat ndaj perzgjedhjes negative eshte caktimi i preimumeve bazuar ne rrezikun individual sesa mbi te ardhurat.
- Kjo rrit koston e siguracionit per personat qe kane me shume te ngjare te semuren te cilet kane shpesh te ardhura te uleta. Duke qene se shume njerez nuk i perballojne dot premiumet e bazuara ne rrezik, atehere siguracionet private nuk jane nje menyre e mire per te shtrire mbulimin me siguracione shendetesore.
- Problemi i perzgjedhjes negative nenkupton qe menyra me e mire per te zgjeruar mbulimin e popullates eshte berja e detyrueshme e siguracioneve. Me pas niveli i kontributeve mund te caktohet ne baze te aftesise per te paguar.

2. Nje tjeter ceshtje ka te beje me *veshtiresine per te identifikuar pjesetaret potenciale, vleresimin e kontributeve dhe mbledhjen e tyre.*

- Aty ku mbulesa eshte e detyrueshme, te 3 keto ceshtje jane thelbesore per zhvillimin e sistemeve te bazuara tek solidariteti.

- Aty ku mbulesa eshte vullnetare, identifikimi i tyre eshte ceshtje e markentigut te skemes dhe shitjes se siguracioneve atyre qe duan te sigurohen.

3. Nje tjeter ceshtje qe prek qendrueshmerine e shtrirjes se skemes eshte dhe *perdorimi i tepruar i sherbimeve qe jane falas per te siguruarit*. Ky eshte problemi i **rrezikut moral** I cili ka qene vecanerisht I rendesishem per vendet e OECD te cilat kane investuar shume per te minimizuar efektet e tji.

Ky problem perkeqesohet aty ky ofruesit paguhen ne baze te aktivitetit te tyre duke qene se as ofruesit as konsumatoret nuk kane stimuj per ta kufizuar kerkesen. Cekia dhe Korea kane perjetuar rritje te jashtezakonshme te kostove pikerisht si pasoje e ketij problemi.

Cfare eshte mbulimi universal

Mbulimi universal mund te pershkruhet si “arritja e mbulimit total me siguracione shendetesore te nje popullate lidhur me kostot e nje pakete te caktuar kujdesi mjekesor”.

Ky target ka dy dimensione: *gjeresine* dhe *thellesine*.

- *Gjeresia* i referohet proporcionit te popullates se mbuluar nga skema e sigurimeve; natyrisht targeti eshte 100% e te gjithe rezidenteve ne nje shtet.

- *Thellesia* i referohet llojit te sherbimeve qe perfshihen ne paketen e perfitimeve. Nuk ka referenca absolute, megjithate ne 1952 ILO ka dhene disa udhezime lidhur me sherbimet minimale qe duhet te perfshije skema e sigurimeve:

Paketa minimale duhet te perfshije:

- Kujdesin shendetesor paresor.

- Kujdesin nga specialistet ne spital ose institucione te tjera te ngjashme si dhe kujdes i tille jashte ambjenteve spitalore.

- Furnizimet me medikamentet baze.

- Kujdes prenatal, gjate lindjes dhe postnatal nga staf mjekesor i kualifikuar;

- Shtrimin ne spital kur eshte e nevojshme.

Ne shumicen e rasteve, tranziti drejt mbuleses universale nuk mund te arrihet shpejt. Nje sere faktoresh luajne rol ketu.

1. Pyetja me e rendesishme eshte nese burimet aktuale jane apo jo te mjaftueshme per te plotesuar nevojat e mbuleses universale.

2. Nje faktor tjeter ka te beje me faktin nese nje % e pershtatshme e shpenzimeve totale per shendetin mund te kanalizohen per financimin e paktes baze te sherbimeve.

Te dy keta faktore jane te rendesishem per vendet me *te ardhura te uleta dhe te mesme*.

Ndersa shpenzimi mesatar per shendetin ne vendet e OECD eshte rreth $2500 per fryme, ne vendet me te ardhura te uleta eshte <$15.

Gjithashtu, keto vende I dedikojne nje % shume me te vogel te shpenzimeve totale per shendetin per paketen baze.

Psh, nje vend i pasur si UK i dedikon rreth $2400 per fryme paketes baze te sherbimeve kurse Bangladeshi vetem $5 per fryme.

Vendet qe nuk mund te aplikojne rekomandimet e ILO-s, shpesh *caktojne nje nivel < mbulese qe mund te financohet universalisht nga fondet publike.*

Ky eshte koncepti themelor qe qendron pas paketes baze te sherbimeve te pershkruar ne 1993 nga Banka Boterore (BB).

BB sugjeroi qe **fondet publike te perqendrohen ne nje numer te vogel sherbimesh shume kosto-efektive**.

Natyrisht, pjesa me e madhe e ketyre sherbimeve jane te *natyres se shendetit publik apo kujdesit paresor* dhe nuk *perfshijne sherbimet e shtrenjta spitalore*. Keshtu qe sherbimet e tjera financohen nga individet nepermjet *sigurimeve vullnetare ose nepermjet perfshirjes graduale ne skeme te grupeve te tjera te mbuluar nga siguracioni social ose vullnetar*.

Ceshtja e gjeresise-se-madhe, thellesise-se-vogel eshte akute vecanerisht ne vendet me te ardhura te uleta/mesme qe pretendojne te ofrojne mbulese universale duke I siguruar individeve akses ne institucionet publike dhe vizite apo trajtim pa pagesa zyrtare.

Por burimet e kufizuara nenkuptojne *lista te gjata pritjeje* ose *pagesa shtese jo-zyrtare* perpara marrjes se sherbimit.

Kjo eshte nje situate e zakonshme ne shume vende te Afrikes dhe Azise Jugore te cilat u perpoqen

te zgjerojne sistemet e trasheguara nga kolonizatoret por pa patur burimet e nevojshme per t ofruar mbulese efektive.

Rruga drejt mbulimit universal: vendet e OECD

Arritja e mbuleses universale varion nga njeri vend ne tjetrin. Vendet qe kane sisteme te stabilizuara dhe te shperndarjes se rrezikut gjenden kryesisht ne zonen OECD.

Per keto vende karakteristike ka qene *zhvillimi gradual i mbulimit*. Akti i Sigurimeve i vitit 1883 ne Gjermani apo Akti i Sherbimit Shendetesor Kombetar I 1946 ne UK mund te konsiderohen si gure kilometrike ne kete *proces te gjate tranzicioni.*

Ekonomite me te stabilizuara e kane zgjeruar mbulesen ndaj riskut nepermjet sigurimeve te detyrueshme per te punesuarit dhe me pas per personat ne varesi te ketyre. Pertej kesaj, ekziston nje dikotomi:

1. Ka vende qe e bazojne mbulesen ne *plotesimin gradual te boshlleqeve te mbuleses aktuale* bazuar ne *siguracionet eksplicite.*
2. Disa vende kane vendosur ne favor te *mbuleses 100% dhe te financuar nga taksimi I pergjithshem (siguracionet implicite).*

Vendet e grupit te dyte zakonisht e kane arritur me heret nje nivel te pershtatshem te mbuleses eksplicite te popullates.

Duhet pranuar qe ndersa modeli eksplicit eshte me pak dramatik sesa ai implicit/universal, serisht ai kerkon angazhim dhe qendrueshmeri te larte politike.

Gjermania - Modeli Bismarkian

Shembulli klasik i **siguracioneve eksplicite** eshte sistemi Gjerman.

I njohur dhe si modeli Bismarkian sipas kancelarit Gjerman te shek.19 (Otto von Bismarck), ai bazohet ne mbulesen nepermjet anetaresimit te detyrueshem te “pishinave te rrezikut “risk-pools” te lidhura me punesimin” te financuara nepermjet kontributeve qe bazohen tek paga. Me fjale te tjera, krijohen te ashtuquajturat “**fonde te semundjes**” te cilat paguhen nga punedhenesit dhe punemarresit zakonisht nepermjet nje pjese te pages.

Ky sistem njihet dhe si modeli i siguracioneve sociale, me programe te vecanta per rreziqe te caktuara, te tille si te papunet, pensionistet, dhe te semuret.

Akti i Siguracioneve ne 1883 e beri siguracionin social te detyrueshem per nje kategori te caktuar te punetoreve.

Fillimisht skema perfshiu punetoret e industrise se bashku me sindikatat e tyre. Nje favor I ketij modeli ishte dhe lehtesia per te mbledhur kontributet ne kete grup individesh.

Gradualisht mbulimi I shtri me tej bazuar ne larmine e madhe te organizatave dhe detyrimeve ligjore.

Zejet e ndryshme tradicionalisht ofronin ndihme per anetaret e tyre per te financuar funeralet, ushqimin dhe shpenzimet e strehimit.

Punedhenesit ishin pergjegjes per aksidentet e punetoreve te tyre, edhe pse kjo krijonte nje barre shume te madhe per bizneset e vogla.

Fillimisht skema mbulonte rreth 26% e punetoreve ose 10% te popullates. Ne 1914 u mbuluan nepunesit civile, ne 1918 te papunet kurse bujqit e vete-punesuar ne 1972. Studentet u perfshine ne skeme ne 1975, 92 vjet pas Aktit origjinal.

Sot ne Gjermani me pak se 0.1% e popullsise eshte e pambuluar.

Reformat e vitit 2007 synuan qe ne 2009 mbulesa me siguracionet shendetesore te jete e detyrueshme per te gjithe rezidentet nepermjet siguracioneve private apo sociale – 125 vjet pas Aktit origjinal te Siguracioneve.

Sistemi financohet nga kontributet e detyrueshme nga te punesuarit.

Solidariteti midis te varferve dhe te pasurve u garantua nga **natyra obliguese** e sistemit, edhe pse nje mundesi per te dale nga skema per te pasurit u ofrua ne 1914.

Ne kete lloj siguracionesh shendetesore, te gjithe duhet te mbulohen dhe ato nuk kane si synim perfitimin (non-for profit).

Modeli parashikon modele te shumellojshme pagesash (multi-modal); ne Gjermani psh ka me shume se 240 fonde semundjesh.

Karakteristike eshte **kontrolli teper strikt** nga ana e **qeverise** duke cuar ne kontrollin e kostove.

Modeli Bismarkian gjendet ne Gjermani, France, Belgjike, Holande, Japoni, Zvizer dhe ne disa vende te Amerikes Latine.

Mbreteria e Bashkuar (UK) - Sistemi Beveridge

Nje shteg alternativ drejt mbulimit universal eshte synimi per te mbuluar 100% te popullates duke

perfshire te gjithe rezidentet dhe jo bazuar ne kontribute.

Ky ndonjehere quhet dhe modeli **Beveridge** sipas William Beveridge I cili dizenjoi sistemin shendetesor Britanik.

Ne kete sistem, **kujdesi shendetesor ofrohet dhe financohet nga qeveria nepermjet taksave**, ashtu sic financohet psh. policia apo sherbime te tjera.

Pjesa me e madhe e spitaleve dhe klinikave, por jo te gjitha, zoterohen nga qeveria.

Disa mjeke paguhen nga fondet publike por ka dhe mjeke private te cilet gjithashtu paguhen nga qeveria.

Ne Britani psh, asnjehere nuk te bie rasti qe te marresh nje fature pagese nga mjeku.

Keto sisteme tentojne te kene kosto te ulet per fryme, sepse qeveria si paguesi I vetem, kontrollon se cfare mund te bejne mjeket dhe sa para mund t'u kerkojne ata pacienteve.

Vendet qe perdorin kete sistem perfshijne UK, Spanjen, pjesen me te madhe te Skandinavise dhe Zelanden e Re.

Hong-Kongu psh ka ende kete sistem sepse popullata thjesht refuzon te heqe dore nga ai pasi Kina mori kontrollin e vendit ne 1997.

Kuba perfaqeson aplikimin ekstrem te ketij modeli: eshte ndoshta vendi I vetem ne bote ku aplikohet kontrolli total nga ana e qeverise.

Kanadaja - Modeli i Siguracioneve Shendetesore Kombetare

Ky sistem ka elemente te sistemit Beveridge dhe Bismarkian.

Ai perdor ofrues private, por pagesat vijne nga programet qeveritare te siguracioneve per te cilat duhet te paguaje cdo qytetar (taksa).

Meqe nuk ka nevoje per marketing, as motive financiare per te refuzuar pretendimet apo per te perfituar, keto sisteme universale siguracionesh tentojne te jene me te lira dhe shume me te thjeshta per tu administruar krahasuar me modelin Amerikan te siguracioneve te cilat kane si qellim perfitimin.

Paguesi i vetem zakonisht ka mjaft fuqi per te negociuar per cmime me te uleta.

Sistemi Kanadez per shembull, ka negociuar me kompanite farmaceutike per cmime me te uleta.

Keto sisteme gjithashtu kane kontroll mbi kostot duke kufizuar sherbimet mjekesore qe ato mbulojne, ose duke I lene pacientet te presin per te marre trajtimin e tyre.

Ky sistem gjendet ne Kanada, Taivan dhe Korene e Jugut.

Rusia

Ne Rusi, shteti si pjese te nje politike te pergjithshme liberalizimi, nderhyri ne financimin dhe ofrimin e sherbimeve, duke ndjekur ne vija te trasha eksperiencen Gjermane.

Sistemi mjekesor u integrua ne strukturat e qeverisjes lokale te cilat siguronin sherbimet ambulatore dhe spitalore.

Ne 1912 nje akt i posacem i ngarkoi punedhenesve pergjegjesine per aksidentet, semundjet dhe vdekje e punemarresve te tyre.

Sistemi Sovjetik qe u zhvillua pas revolucionit te 1917 u ndikua shume nga mjeku Nikolai Semashko.

Duke pare humbjet e medha nga semundjet, u zhvilluan tre nen-sisteme: mjekesia industriale dhe shendeti publik, mjekesia adulte dhe kujdesi pediatrik.

Poliklinikat e specializuara perfaqesonin piken e pare te takimit te pacientit me sistemin mjekesor dhe vete sistemi mbeti teper i specializuar dhe i segreguar horizontalisht ne rastin e referimit te pacienteve.

Ne 1935 u krijua nje strukture e centralizuar, duke krijuar Ministrine e Shendetesise si institucionin administrativ suprem.

Ministri, gjithnje nje mjek, ishte anetar i perhershem i kabinetit.

Sistemi Semashko u perdor ne te gjithe Bashkimin Sovjetik dhe, ne forma te modifikuara, ne pjesen me te madhe te Europes Lindore.

Trendet kryesore ne krijimin e mbulimit universal ne vendet e OECD-se

Nje sere karakteristikash jane evidente ne procesin e tranzicionit drejt mbulimit universal ne vendet e OECD:

1. Zhvillimi i mbulimit universal ishte nje proces i ngadalte. E desh mbi nje shekull per ta shtrire mbulesen ne pjesen me te madhe te popullates Europiane.
2. Perpjekjet per te shtrire mbulesen u bazuan ne mekanizmat ekzistues te ndarjes se rrezikut. Pra, nuk u krijuan nga “hici”.
3. Detyrimet e qeverive lokale per te siguruar ndihme per te varferit dhe detyrimet e

punedhensve per te asistuar aksidentet dhe semundjet e punonjesve te tyre promovuan apo nxiten krijimin e strukturave me efektive te shperndarjes se rrezikut.

4. Administrimi I rrjetit te ofruesve ndryshoi pak me zhvillimin e mbulimit universal. Perjashtim bejne UK i cili e kombetarizoi sistemin pas reformave te Beveridge, dhe Bashkimi Sovjetik ku i gjithe sistemi u vu nen kontroll te shtetit.

5. Ne pothuajse te gjitha vendet e OECD, mbulimi universal kerkoi perfshirjen e forte te qeverise, nepermjet rregulloreve te ndryshme.

6. Faktoret politike ishin me shume rendesi per zhvillimin e mbuleses universale. Psh, sigurimet sociale ne Gjermani u zhvilluan per te reduktuar opoziten socialiste, ne Itali midis lufterave zhvillimi I siguracioneve sociale u pa si nje forme per tju kundervene nacional-socializmit kurse reformat Beveridgiane u nxiten pjeserisht nga nje sens solidariteti te verejtur pas Luftes se 2 Boterore.

7. Ato sisteme qe mbeshteten mbulimin universal e kishin mbuluar tashme pjesen me te madhe te popullates se tyre. Kostot e shtrirjes se metejshme te mbuleses, pervec faktoreve sociale dhe politike, i penguan disa shtete per te arritur mbulesen universale qe me pare.

Shtigjet drejt mbulimit universal: vendet ne zhvillim dhe ne tranzicion

Mbulimi I popullsise ne vendet ne zhvillim eshte mjaft me i ulet krahasuar me vendet e OECD, si ne gjeresi ashtu dhe ne thellesi. Ka mjaf larmishmeri midis vendeve

Amerika Latine

Pjesa me e madhe e shteteve ketu kane zbatuar modelin e siguracioneve sociale, i cili filloi te zbatohej pas Luftes 1 Boterore.

Zbatimi I skemes ishte gradual ku vende si Argjentina, Brazili, Kili, Uruguai dhe Kuba filluan me sigurimin e nepunesve civile, me pas punetoret pakualifikuar te industrise me pas ata te kualifikuarit, punonjesit urbane, te bujqesise dhe te vete-punesuarit.

U zhvilluan skema te ndryshme qe ofronin paketa te ndryshme.

Ne Argjentine psh, sigurimi social bazohet ne kontributet e detyrueshme nga punedhenesit dhe punemarresit drejt fundeve te caktuara. Ka me shume se 300 fonde, te cilat mbulojne punedhenesit dhe punemarresit.

Ka fonde qe mbulojne punonjesit publike. Ka dhe fonde te vecanta per pensionistet.

Nje numer problemesh ishin prezente perfshire natyren monopol te fondeve, anetarete fondeve te

varfra duhet te paguanin me shume nga xhepi per trajtim, etj.

Ne Kili siguracioni social u fut ne vitet ‘20 duke filluar me punetoret e industrise dhe ne 1970 rreth 75% e popullsise ishte e mbuluar.

Perfitimet ishin shume te ndryshme per grupe te ndryshme.

Qeveria e Pinocetit beri ndryshime te medha duke synuar rritjen e rolit te sektorit privat. Kjo shkaterroi bazat e parimit te solidaritetit midis grupeve me te ardhura te ndryshme.

Pervec kesaj, reduktimi I fondeve per shendetin publik e thelloi pabarazine midis grupeve.

Brazili eshte I vetmi shtet ne Ameriken Latine legjislacioni I te cilit synon mbulimin universal, duke ndjekur zhvillimet ne mbulimin nga siguracionet sociale. Ne 1988 u vendos qe cdo qytetar ka te drejte te perdore cdo sherbim te shendetit publik ne vend.

Faktore te ndryshem kane kufizuar thellesine e mbulimit, me kryesori nder te cilet eshte diferencat e medha gjeografike te statusit ekonomik ne vend.

Qeveria jep fonde per shtetet bazuar ne popullsine e tyre, te cilat me pas plotesohen nga burimet lokale. Shtetet e vogla nuk kane mundesi te marrin shume para dhe kjo rezulton ne diferenca te medha ne mbulimin efektiv.

Ish Bashkimi Sovjetik dhe Europa Lindore

Pas renies se BS, u aplikua gjeresisht sigurimi shendetesor social.

Tendenca eshte e rendesishme pasi perfaqeson nje form largimi nga modeli Semashko, I cili ne teori, ofronte mbulim universal.

Tranzicioni u motivua nga te kuptuarit qe thellesia e mbulimit ne te vertete nuk ishte gjitheperfshirese dhe ishte perkeqesuar vitet e fundit.

Sistemi gjithnje ofronte 2-3 niveli sherbimesh.

Punetoret e partise – nomenklatura – merrnin sherbime me standartin me te larte, te ndjekur nga punonjesit e industrise ne sektoret kyc kurse pjesa tjeter e popullsise merrte sherbime ne cilesi te ndryshme bazuar ne aftesine e tyre per te “paguar” dicka ne kembim.

Arsyet per zhvillimin e siguracioneve sociale perfshinin nevojen per rritjen e financimit per kujdesin shendetesor, permiresimin e eficiences se ofrimit te sherbimeve npm kontraktimit te sherbimeve nga fondet e siguracioneve ne zhvillim e siper.

Ne teori, kjo do permiresonte konkurrencen midis ofruesve sepse ata do konkurronin per kontratat

nga fondi I sigurimeve.

Megjithate, ne vendet e ish-BS krijimi I fondeve te siguracioneve krijon nje ndarje midis bleresve te kujdesit (fondit) dhe ofruesve duke krijuar nje sistem qe I pergjigjet nevojave te konsumatoreve por jo shqetesimeve te ofruesve.

Nje tjeter zhvillim ne vendet e ish-BS eshte dhe inkurajimi I tregut te lire konkurrues ne te cilin siguruesit publike dhe private konkurrojne per kontrata. Qe te ekzistoje konkurrenca, punemarresit duhet te zgjedhin midis disa opsioneve (fondeve). Me pas kontributet e punedhenesve dhe punemarresve shkojne tek fondi I zgjedhur.

Kjo skeme u ndoq me shume ne Rusi ku njerezit mund ta zgjidhnin vete fondin e tyre. Megjithate, skema nuk funksionon sepse shpesh jane punedhenesit qe zgjedhin fondin dhe per punemarresit dhe shpesh ka vetem nje fond ne nje zone te caktuar gjeografike.

Problemi ne Rusi ishte qe taksa per shendetin rendoi edhe me tej shpatullat e punemarresve te renduar tashme nga efektet e tranzicionit ekonomik.

Agjensite e reja te sigurimeve pritej te permiresonin cilesine e sherbimeve, por ato shpesh ishin te pajisura keq per te nxitur ndryshimin ne sistemin e ofruesve.

Nje tjeter dobesi per zhvillimin e siguracioneve ne vendet e ish-BS sihte dhe deshtimi per te zgjidhur ceshtjen e renies se mbledhjes se kontributeve per kujdesin shendetesor.

Karakteristike e te gjitha vendeve te ish-BS ishte dhe rritja e pagesave nga xhepi, zyrtare dhe jo-zyrtare.

Tranzicioni ekonomik u shoqerua me tkurrje te ndryshme te ekonomive te ketyre vendeve dhe shkrirjen e industrive.

Megjithate, *reformat e ofruara bazoheshin ne mbulimin e sektorit te madh shteteror, bazuar ne taksen mbi pagen. Keshtu qe ne shtetet me te varfra, skemat e perdorura mund te mos kene marre ne konsiderate realitetin e papunesise ne rritje dhe fragmentimin e tregut te punes.*

Prandaj, sigurimi social pati sukses kryesisht ne vendet me te pasura te ish-BS: Hungari, Ceki dhe shtetet Balltike. Ne te gjitha keto shtete, 70% e te punesuarve operojne ne sektorin industrial.

Vendet me te ardhura te uleta

Tipar kryesor per shumicen e vendeve me te ardhura te uleta eshte qe financimi per kujdesin shendetesor dominohet nga pagesat direkte. Mbi 59% e shpenzimeve shendetesore jane private, pjesa me e madhe e te cilave nga xhepi.

Ne shumicen e vendeve te Afrikes sub-Sahariane dhe vendet me te ardhura te uleta te Azise,

burimi kryesor I financimit eshte taksimi direkt (mbeshtetur nga donatoret) qe financon sistemet publike te qendrave shendetesore dhe spitaleve.

Keto qendra jane zakonisht te nen-financuara dhe favorizojne rezidentet urbane dhe ata me te ardhura te larta.

Kohet e fundit po tentohet te prioritizohen sherbimet kosto-efektive, te tilla sherbimet e shendetit publik. Megjithate, sistemi I le individet ne meshiren e kostove katastrofike ne rast semundjesh te renda.

Shtrira e skemes ne keto vende ka ndjekur shtigje te ndryshme. Nje rruge eshte nepermjet siguracioneve sociale te bazuara ne page. Ne disa vende siguracionet bazuar ne page jane shtrire ne sektorin publik dhe privat por keto sektore jane shume te vegjel dhe mbulojne 6-10% te popullates.

Nje ceshtje tjeter eshte fakti qe punedhenesit nuk detyrohen te pergjigjen per punonjesit e tyre dhe prandaj nuk ka stimuj per te zhvilluar mbulimin e punonjesve te tyre me siguracione.

Ata qe perfitojne jane kryesisht nenpunesit civile si nje grup I privilegjuar dhe me paga me te larta. Pjesa me e madhe e ketyre jane meshkuj.

Konkluzione

Ka shume menyra per te arritur mbulimin universal dhe eksperienca e cdo vendi eshte unike ne kete kuptim.

Ne te njejten kohe, ka disa modele te qarta qe jane vene ne dukje nga eksperienca, vecanerisht lidhur me vendimin nese duhet te mbeshtetemi ne nje model explicit apo ne nje model implicit bazuar ne rezidence.

Nga perspektiva politike (policy) roli I **qeverise** per te lehtesuar tranzicionin eshte **thelbesor**. Kjo perfshin ofrimin e kornizes legjislative per te mandatuar punedhenesit qe te ofrojne sigurimet sociale per punonjesit dhe te aderojne ne skemat e drejtuara nga qeveria, duke garantuar qe te varferit do te kene akses ne sherbimet baze, ato esenciale si dhe te mbulohen nga shpenzimet katastrofike.

Gjithashtu, qeveria duhet te mbeshtese skemat e vogla te sigurimeve qe te shtrihen edhe drejt mbulimit te sektorit informal.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization. Switzerland. 2010.

3. Lovett-Scott M, Prather F. Global health systems. Comparing strategies for delivering health services. Jones & Bartlett Learning. 2014.

4. Johnon J, Stoskopf, Shi L. Comparative health systems. A global perspective. Second Edition. Jones & Bartlett Learning. 2018.

LEKSIONI 11

SHTIGJET DREJT
MBULIMIT UNIVERSAL

TRANZICIONI DREJT
MBULIMIT UNIVERSAL NE
VENDET NE ZHVILLIM

PAGESAT PER KUJDESIN SHENDETESOR DHE SHPERNDARJA E RREZIKUT (RISK POOLING)

PAGESAT PER KUJDESIN SHENDETESOR

Individet paguajne per kujdesin shendetesor ne 2 menyra:

1. Direkt, per nje sherbim te caktuar; ose,
2. Indirekt, nepermjet pageses se premiumeve.

Pagesat direkte perfshijne kostot per sherbimin e caktuar, skema te kursimeve ku njerezit paguajne para se te ndodhe eventi, dhe skema kredie ku pagesa kryhet pasi ndodh trajtimi.

- Skemat e kursimeve perfshijne fonde per tu perdorur ne te ardhmen te cilat u ofrohen individeve ne vendet ne zhvillim apo ne llogarite e kursimeve mjekesore, te cilat perdoren ne Singapor, Kine dhe disa shtete ne USA.
- Skemat me parapagim kane avantazhe krahasuar me pagesat per sherbim pasi reduktojne faturen kur njerezit jane semure dhe kostoja shperndahet ne kohe.

- Pagesat indirekte, ose premiumet e siguracioneve, mbulojne nje kosto trajtimi me te larte se sa reflektohet ne masen e kontributeve por keto jane efektive vetem ne rast se ndodh semundja.
- Kontributet nga anetaret reflektojne kostot e skemes duke perfshire administrimin dhe kostot e trajtimit.
- Natyra katastrofike e disa semundjeve nenkupton qe shperndarja e rrezikut (risk pooling) eshte nje metode e preferuar vecanerisht per semundjet madhore.

- Skemat e pagesave indirekte mund te ofrohen nepermjet **sigurimeve eksplicite**, ku anetaret me vetedije paguajne kontribute ne kembim te te qenit I mbuluar, ose **sigurimeve implicite**, ku mbulesa financohet nepermjet taksimit per nje pjese apo te gjithe popullaten.

- Ne sistemet me **sigurime implicite**, banoret jane te mbuluar pavaresisht nese ata kane derdhur kontribute ose jo. Pasi ketu financimi vjen kryesisht nga taksimi I pergjithshem. Financimi universal eshte I lidhur ngushte me aftesine per te administruar sistemin e taksimit. Ndersa shumica e vendeve te OECD mbledhin me shume se 30% te GDP ne formen e taksave, kjo shifer ne vendet me te ardhura te uleta eshte <20% dhe ndonjehere edhe <5%.

- Sistemet e **sigurimeve eksplicite** tentojne te kufizojne mbulesen vetem per ata qe kane paguar kontribute ose tek ata ku kontributi eshte derdhur nga nje burim tjeter.
- Ekzistone shume forma te sistemeve eksplicite. Ne menyre qe te maksimizohet perfitimi dhe minimizohet problemi I perzgjedhjes negative (adverse selection), personat detyrohen te paguajne nje premium qe varet nga statusi I tyre I rrezikut (risk rating).

- Nje tip tjeter financimi eshte dhe *siguracioni shendetesore social*, qe financohet nepermjet kontributeve te detyrueshme nga pagat. Gjithashtu, nje pjese e kontributeve mund te paguhet nga punedhenesi dhe pjesa tjeter nga punemarresi.
- Ne kete skeme financimi gjithsesi qeveria mbulon te varferit, femijet dhe te moshuarit.
- Edhe pse kontributet varen nga te ardhurat ose paga, problemi I p*erzgjedhjes negative* shmanget duke e bere *skemen te detyrueshme* per grupe te mire-percaktuara te popullates.

- Siguracionet sociale qe te funksionojne duhet te mbeshteten mbi liste-pagash te identifikueshme dhe fuqi punetore te stabilizuar.
- Ne shume vende me te ardhura te uleta dhe te mesme realiteti tregon qe fuqia punetore eshte e pagendrueshme, punesimi eshte I rastesishem dhe ka informalitet te larte. Pervec kesaj, shpesh ka mosbesim tek qeveria dhe shmangie te taksave.

- Siguracionet komunitare perfaqesojne nje forme tjeter per te mbuluar rreziqet shendetesore. Shumica e tyre ofrojne nje pakete te kufizuar sherbimesh, shpesh te limituar ne institucione lokale dhe sistem te kufizuar referimesh, dhe te bazuar mbi pjesemarrjen vullnetare me kontribute te njejta (sheshta).
- Keto skema ngjajne shume me shoqerite qe ekzistonin ne Evrope gjate shekullit te 19-20.
- Perzgjedhja negative ketu eshte nje problem aktual duke qene se pjesemarrja eshte vullnetare.

- Skemat e organizuara te financimit shendetesor kane dhe funksione te tjera qe mund te arrihen vetem nepermjet grumbullimit te kontributeve (pooling contributions).
- Nje nga keto funksione eshte financimi I kostove te nderhyrjeve te shendetit publik ose trajtimeve qe kane eksternalitete te konsiderueshme.

- Nje tjeter funksion eshte dhe *shperndarja e te ardhurave* duke transferuar burimet nga te shendeteshmit qe shpesh jane dhe te pasur tek te semuret dhe te dobetit.
- Kjo arrihet ne ato sisteme te cilat I bazojne kontributet tek te ardhurat te tilla si siguracionet sociale dhe sistemet universale bazuar ne taksimin progresiv ose proporcional.

- Nje tjeter funksion I risk pooling eshte te siguroje stimuj per blerjen aktive te sherbimeve. Ky term pershkruan nje seri mjetesh qe stimulojne permiresimin e efektivitetit dhe eficiences se ofrimit te sherbimit te tilla si kontraktimi selektiv, garantimi I cilesise, protokollet e trajtimit dhe stimuj per pagesen e ofruesve.
- Keto masa mund te perdoren nga ofruesit publike dhe private per te marre maksimumin nga burimet.

- Te lidhura me keto me siper jane dhe masat per te kontrolluar kerkesen per sherbime ne menyre qe te permiresohet shperndarja e sherbimeve drejt atyre qe kane me shume nevoje per to.
- Masat per keto qellime perfshijne sistemin e kujdesit shendetesor paresor per te kryer funksionin “porte”, prioritizimi I sherbimeve dhe listat e pritjes.

CESHTJE TEKNIKE NE SHTRIRJEN E MBULESES

Shtrirja e mbuleses me siguracione shendetesore ne popullate – pavaresisht nga menyra e financimit – ngre nje sere ceshtjesh.

1. Perzgjedhja negative: shpesh njerezit e njohin me mire nivelin e tyre te rrezikut krahasuar me siguruesit. Si pasoje, sistemet vullnetare me kontribut te sheshte terheqin individet me rrezik te larte. Kjo mund ta coje skemen ne falimentim dhe demton objektivin kryesor te siguracioneve, qe eshte shperndarja e rrezikut midis llojeve te rrezikut, dhe mund te coje ne rritje te premiumeve per ata qe duan te futen ne skeme me pas.

- Zgjidhja e sektorit privat ndaj perzgjedhjes negative eshte caktimi I preimumeve bazuar ne rrezikun individual sesa mbi te ardhurat.
- Kjo rrit koston e siguracionit per personat qe kane me shume te ngjare te semuren te cilet kane shpesh te ardhura te uleta. Duke qene se shume njerez nuk I perballojne dot premiumet e bazuara ne rrezik, atehere siguracionet private nuk jane nje menyre e mire per te shtrire mbulimin me siguracione shendetesore.

- Problemi I perzgjedhjes negative nenkupton qe menyra me e mire per te zgjeruar mbulimin e populates eshte berja e detyrueshme e siguracioneve. Me pas niveli I kontributeve mund te caktohet ne baze te aftesise per te paguar.

2. Nje tjeter ceshtje ka te beje me veshtiresine per te identifikuar pjesetaret potenciale, vleresimin e kontributeve dhe mbledhjen e tyre.

- Aty ku mbulesa eshte e detyrueshme, te 3 keto ceshtje jane thelbesore per zhvillimin e sistemeve te bazuara tek solidariteti.
- Aty ku mbulesa eshte vullnetare, identifikimi I tyre eshte ceshtje e markentigut te skemes dhe shitjes se siguracioneve atyre qe duan te sigurohen.

3. Nje tjeter ceshtje qe prek qendrueshmerine e shtrirjes se skemes eshte dhe perdorimi I tepruar I sherbimeve qe jane falas per te siguruarit. Ky eshte problemi I **rrezikut moral** I cili ka qene vecanerisht I rendesishem per vendet e OECD te cilat kane investuar shume per te minimizuar efektet e tji.

Ky problem perkeqesohet aty ky ofruesit paguhen ne baze te aktivitetit te tyre duke qene se as ofruesit as konsumatoret nuk kane stimuj per ta kufizuar kerkesen. Cekia dhe Korea kane perjetuar rritje te jashtezakonshme te kostove pikerisht si pasoje e ketij problemi

CFARE ESHTE MBULIMI UNIVERSAL

- Mbulimi universal mund te pershkruhet si arritja e mbulimit total me siguracione shendetesore te nje popullate lidhur me kostot e nje pakete te caktuar kujdesi mjekesor.
- Ky target ka dy dimensione: **gjeresine** dhe **thellesine**.

- **Gjeresia** I referohet proporcionit te popullates se mbuluar nga skema e sigurimeve; natyrisht targeti eshte 100% e te gjithe rezidenteve ne nje shtet.

- **Thellesia** I referohet llojit te sherbimeve qe perfshihen ne paketen e perfitimeve. Nuk ka referenca absolute, megjithate ne 1952 ILO ka dhene disa udhezime lidhur me sherbimet minimale qe duhet te perfshije skema e sigurimeve:

- Paketa minimale duhet te perfshije:
- Kujdesin shendetesor paresor;
- Kujdesin nga specialistet ne spital ose institucione te tjera te ngjashme si dhe kujdes i tille jashte ambjenteve spitalore;
- Furnizimet me medikamentet baze;
- Kujdes prenatal, gjate lindjes dhe postnatal nga staf mjekesor I kualifikuar;
- Shtrimin ne spital kur eshte e nevojshme.

- Ne shumicen e rasteve, tranziti drejt mbuleses universale nuk mund te arrihet shpejt. Nje sere faktoresh luajne rol ketu.

1. Pyetja me e rendesishme eshte nese burimet aktuale jane apo jo te mjaftueshme per te plotesuar nevojat e mbuleses universale.

2. Nje faktor tjeter ka te beje me faktin nese nje % e pershtatshme e shpenzimeve totale per shendetin mund te kanalizohen per financimin e paktes baze te sherbimeve.

- Te dy keta faktore jane te rendesishem per vendet me *te ardhura te uleta dhe te mesme*.

- Ndersa shpenzimi mesatar per shendetin ne vendet e **OECD** eshte rreth **$2500** per fryme, ne **vendet me te ardhura te uleta** eshte **<$15**.
- Gjithashtu, keto vende I dedikojne nje % shume me te vogel te shpenzimeve totale per shendetin per paketen baze.
- Psh, nje vend I pasur si **UK** I dedikon rreth **$2400 per fryme** paketes baze te sherbimeve kurse **Bangladeshi** vetem **$5 per fryme.**

- Vendet qe nuk mund te aplikojne rekomandimet e ILO-s, shpesh caktojne nje nivel < mbulese qe mund te financohet universalisht nga fondet publike.
- Ky eshte koncepti themelor qe qendron pas paketes baze te sherbimeve te pershkruar ne 1993 nga Banka Boterore (BB).
- BB sugjeroi qe **fondet publike te perqendrohen ne nje numer te vogel sherbimesh shume kosto-efektive**.
- Natyrisht, pjesa me e madhe e ketyre sherbimeve jane te natyres se shendetit publik apo kujdesit paresor dhe nuk perfshijne sherbimet e shtrenjta spitalore. Keshtu qe sherbimet e tjera financohen nga individet nepermjet sigurimeve vullnetare ose nepermjet perfshirjes graduale ne skeme te grupeve te tjera te mbuluar nga siguracioni social ose vullnetar.

- Ceshtja e gjeresise-se-madhe, thellesise-se-vogel eshte akute vecanerisht ne vendet me te ardhura te uleta/mesme qe pretendojne te ofrojne mbulese universale duke i siguruar individeve akses ne institucionet publike dhe vizite apo trajtim pa pagesa zyrtare.
- Por burimet e kufizuara nenkuptojne lista te gjata pritjeje ose pagesa shtese jo-zyrtare perpara marrjes se sherbimit.
- Kjo eshte nje situate e zakonshme ne shume vende te Afrikes dhe Azise Jugore te cilat u perpoqen te zgjerojne sistemet e trasheguara nga kolonizatoret por pa patur burimet e nevojshme per t ofruar mbulese efektive.

RRUGA DREJT MBULIMIT UNIVERSAL: VENDET E OECD

- Arritja e mbuleses universale varion nga njeri vend ne tjetrin. Vendet qe kane sisteme te stabilizuara dhe te shperndarjes se rrezikut gjenden kryesisht ne zonen OECD.
- Per keto vende karakteristike ka qene **zhvillimi gradual i mbulimit**. Akti i Sigurimeve I 1883 ne Gjermani apo Akti i Sherbimit Shendetesor Kombetar i 1946 ne UK mund te konsiderohen si gure kilometrike ne kete **proces te gjate tranzicioni**.

- Ekonomite me te stabilizuara e kane zgjeruar mbulesen ndaj riskut nepermjet sigurimeve te detyrueshme per te punesuarit dhe me pas per personat ne varesi te ketyre. Pertej kesaj, ekziston nje dikotomi:

1. Ka vende qe e bazojne mbulesen ne plotesimin gradual te boshlleqeve te mbuleses aktuale bazuar ne **siguracionet eksplicite**.
2. Disa vende kane vendosur ne favor te mbuleses 100% dhe te financuar nga taksimi I pergjithshem (**siguracionet implicite**).

- Vendet e grupit te dyte zakonisht e kane arritur me heret nje nivel te pershtatshem te mbuleses eksplicite te popullates.
- *Duhet pranuar qe ndersa modeli eksplicit eshte me pak dramatik sesa ai implicit/universal, serisht ai kerkon angazhim dhe qendrueshmeri te larte politike*.

GJERMANIA

-

MODELI BISMARKIAN

- Shembulli klasik I **siguracioneve eksplicite** eshte sistemi Gjerman.
- I njohur dhe si modeli Bismarkian sipas kancelarit Gjerman te shek.19 (Otto von Bismarck), ai bazohet ne mbulesen nepermjet anetaresimit te detyrueshem te "pishinave te rrezikut "risk-pools" te lidhura me punesimin" te financuara nepermjet kontributeve qe bazohen tek paga. Me fjale te tjera, krijohen te ashtuquajturat "**fonde te semundjes**" te cilat paguhen nga punedhenesit dhe punemarresit zakonisht nepermjet nje pjese te pages.
- Ky sistem njihet dhe si modeli I siguracioneve sociale, me programe te vecanta per rreziqe te caktuara, te tille si te papunet, pensionistet, dhe te semuret.

- Akti I Siguracioneve ne 1883 e beri siguracionin social te detyrueshem per nje kategori te caktuar te punetoreve.
- Fillimisht skema perfshiu punetoret e industrise se bashku me sindikatat e tyre. Nje favor I ketij modeli ishte dhe lehtesia per te mbledhur kontributet ne kete grup individesh.
- Gradualisht mbulimi I shtri me tej bazuar ne larmine e madhe te organizatave dhe detyrimeve ligjore.
- Zejet e ndryshme tradicionalisht ofronin ndihme per anetaret e tyre per te financuar funeralet, ushqimin dhe shpenzimet e strehimit.

- Punedhenesit ishin pergjegjes per aksidentet e punetoreve te tyre, edhe pse kjo krijonte nje barre shume te madhe per bizneset e vogla.
- Fillimisht skema mbulonte rreth 26% e punetoreve ose 10% te popullates. Ne 1914 u mbuluan nepunesit civile, ne 1918 te papunet kurse bujqit e vete-punesuar ne 1972. Studentet u perfshine ne skeme ne 1975, 92 vjet pas Aktit origjinal.
- Sot ne Gjermani me pak se 0.1% e popullsise eshte e pambuluar.

- Reformat e vitit 2007 synuan qe ne 2009 mbulesa me siguracionet shendetesore te jete e detyrueshme per te gjithe rezidentet nepermjet siguracioneve private apo sociale – 125 vjet pas Aktit origjinal te Siguracioneve.
- Sistemi financohet nga kontributet e detyrueshme nga te punesuarit.
- Solidariteti midis te varferve dhe te pasurve u garantua nga **natyra obliguese** e sistemit, edhe pse nje mundesi per te dale nga skema per te pasurit u ofrua ne 1914.

- Ne kete lloj siguracionesh shendetesore, te gjithe duhet te mbulohen dhe ato nuk kane si synim perfitimin (non-for profit).
- Modeli parashikon modele te shumellojshme pagesash (multi-modal); ne Gjermani psh ka me shume se 240 fonde semundjesh.
- Karakteristike eshte **kontrolli teper strikt** nga ana e **geverise** duke cuar ne kontrollin e kostove.

Modeli Bismarkian gjendet ne Gjermani, France, Belgjike, Holande, Japoni, Zvizer dhe ne disa vende te Amerikes Latine.

UNITED KINGDOM

-

SISTEMI BEVERIDGE

- Nje shteg alternativ drejt mbulimit universal eshte synimi per te mbuluar 100% te popullates duke perfshire te gjithe rezidentet dhe jo bazuar ne kontribute.
- Ky ndonjehere quhet dhe modeli **Beveridge** sipas William Beveridge I cili dizenjoi sistemin shendetesor Britanik.
- Ne kete sistem, **kujdesi shendetesor ofrohet dhe financohet nga qeveria nepermjet taksave**, ashtu sic financohet psh. policia apo sherbime te tjera.
- Pjesa me e madhe e spitaleve dhe klinikave, por jo te gjitha, zoterohen nga qeveria.
- Disa mjeke paguhen nga fondet publike por ka dhe mjeke private te cilet gjithashtu paguhen nga qeveria.

- Ne Britani psh, asnjehere nuk te bie rasti qe te marresh nje fature pagese nga mjeku.
- Keto sisteme tentojne te kene kosto te ulet per fryme, sepse qeveria si paguesi I vetem, kontrollon se cfare mund te bejne mjeket dhe sa para mund t'u kerkojne ata pacienteve.
- Vendet qe perdorin kete sistem perfshijne UK, Spanjen, pjesen me te madhe te Skandinavise dhe Zelanden e Re.
- Hong-Kongu psh ka ende kete sistem sepse popullata thjesht refuzon te heqe dore nga ai pasi Kina mori kontrollin e vendit ne 1997.
- Kuba perfaqeson aplikimin ekstrem te ketij modeli: eshte ndoshta vendi I vetem ne bote ku aplikohet kontrolli total nga ana e qeverise.

KANADAJA
-
MODELI I SIGURACIONEVE SHENDETESORE KOMBETARE

- Ky sistem ka elemente te sistemit Beveridge dhe Bismarkian.
- Ai perdor ofrues private, por pagesat vijne nga programet qeveritare te siguracioneve per te cilat duhet te paguaje cdo qytetar (taksa).

- Meqe nuk ka nevoje per marketing, as motive financiare per te refuzuar pretendimet apo per te perfituar, keto sisteme universale siguracionesh tentojne te jene me te lira dhe shume me te thjeshta per tu administruar krahasuar me modelin Amerikan te siguracioneve te cilat kane si qellim perfitimin.

- Paguesi I vetem zakonisht ka mjaft fuqi per te negociuar per cmime me te uleta.
- Sistemi Kanadez per shembull, ka negociuar me kompanite farmaceutike per cmime me te uleta.
- Keto sisteme gjithashtu kane kontroll mbi kostot duke kufizuar sherbimet mjekesore qe ato mbulojne, ose duke I lene pacientet te presin per te marre trajtimin e tyre.
- Ky sistem gjendet ne Kanada, Taivan dhe Korene e Jugut.

RUSIA

- Ne Rusi, shteti si pjese te nje politike te pergjithshme liberalizimi, nderhyri ne financimin dhe ofrimin e sherbimeve, duke ndjekur ne vija te trasha eksperiencen Gjermane.
- Sistemi mjekesor u integrua ne strukturat e qeverisjes lokale te cilat siguronin sherbimet ambulatore dhe spitalore.
- Ne 1912 nje akt I posacem I ngarkoi punedhenesve pergjegjesine per aksidentet, semundjet dhe vdekje e punemarresve te tyre.

- Sistemi Sovjetik qe u zhvillua pas revolucionit te 1917 u ndikua shume nga mjeku Nikolai Semashko.
- Duke pare humbjet e medha nga semundjet, u zhvilluan tre nen-sisteme: mjekesia industriale dhe shendeti publik, mjekesia adulte dhe kujdesi pediatrik.
- Poliklinikat e specializuara perfaqesonin piken e pare te takimit te pacientit me sistemin mjekesor dhe vete sistemi mbeti teper I specializuar dhe I segreguar horizontalisht ne rastin e referimit te pacienteve.

- Ne 1935 u krijua nje strukture e centralizuar, duke krijuar Ministrine e Shendetesise si institucionin administrativ suprem.
- Ministri, gjithnje nje mjek, ishte anetar I perhershem I kabinetit.
- Sistemi Semashko u perdor ne te gjithe Bashkimin Sovjetik dhe, ne forma te modifikuara, ne pjesen me te madhe te Europes Lindore.

TRENDET KRYESORE NE KRIJIMIN E MBULIMIT UNIVERSAL NE OECD

Nje sere karakteristikash jane evidente ne procesin e tranzicionit drejt mbulimit universal ne vendet e OECD:

1. Zhvillimi I mbulimit universal ishte nje proces I ngadalte. E desh mbi nje shekull per ta shtrire mbulesen ne pjesen me te madhe te popullates Europiane.
2. Perpjekjet per te shtrire mbulesen u bazuan ne mekanizmat ekzistues te ndarjes se rrezikut. Pra, nuk u krijuan nga "hici".
3. Detyrimet e qeverive lokale per te siguruar ndihme per te varferit dhe detyrimet e punedhensve per te asistuar aksidentet dhe semundjet e punonjesve te tyre promovuan apo nxiten krijimin e strukturave me efektive te shperndarjes se rrezikut.

4. Administrimi I rrjetit te ofruesve ndryshoi pak me zhvillimin e mbulimit universal. Perjashtim bejne UK I cili e kombetarizoi sistemin pas reformave te Beveridge, dhe Bashkimi Sovjetik ku I gjithe sistemi u vu nen kontroll te shtetit.

5. Ne pothuajse te gjitha vendet e OECD, mbulimi universal kerkoi perfshirjen e forte te qeverise, nepermjet rregulloreve te ndryshme.

6. Faktoret politike ishin me shume rendesi per zhvillimin e mbuleses universale. Psh, sigurimet sociale ne Gjermani u zhvilluan per te reduktuar opoziten socialiste, ne Itali midis lufterave zhvillimi I siguracioneve sociale u pa si nje forme per tju kundervene nacional-socializmit kurse reformat Beveridgiane u nxiten pjeserisht nga nje sens solidariteti te verejtur pas Luftes se 2 Boterore.

7. Ato sisteme qe mbeshteten mbulimin universal e kishin mbuluar tashme pjesen me te madhe te popullates se tyre. Kostot e shtrirjes se metejshme te mbuleses, pervec faktoreve sociale dhe politike, I penguan disa shtete per te arritur mbulesen universale qe me pare.

SHTIGJET DREJT MBULIMIT UNIVERSAL: VENDET NE ZHVILLIM DHE NE TRANZICION

- Mbulimi I popullsise ne vendet ne zhvillim eshte mjaft me I ulet krahasuar me vendet e OECD, si ne gjeresi ashtu dhe ne thellesi. Ka mjaf larmishmeri midis vendeve

AMERIKA LATINE

- Pjesa me e madhe e shteteve ketu kane zbatuar modelin e siguracioneve sociale, i cili filloi te zbatohej pas Luftes 1 Boterore.
- Zbatimi I skemes ishte gradual ku vende si Argjentina, Brazili, Kili, Uruguai dhe Kuba filluan me sigurimin e nepunesve civile, me pas punetoret pakualifikuar te industrise me pas ata te kualifikuarit, punonjesit urbane, te bujqesise dhe te vete-punesuarit.
- U zhvilluan skema te ndryshme qe ofronin paketa te ndryshme.

- Ne Argjentine psh, sigurimi social bazohet ne kontributet e detyrueshme nga punedhenesit dhe punemarresit drejt fundeve te caktuara. Ka me shume se 300 fonde, te cilat mbulojne punedhenesit dhe punemarresit.
- Ka fonde qe mbulojne punonjesit publike. Ka dhe fonde te vecanta per pensionistet.
- Nje numer problemesh ishin prezente perfshire natyren monopol te fondeve, anetarete fondeve te varfra duhet te paguanin me shume nga xhepi per trajtim, etj.

- Ne Kili siguracioni social u fut ne vitet ‘20 duke filluar me punetoret e industrise dhe ne 1970 rreth 75% e popullsise ishte e mbuluar.
- Perfitimet ishin shume te ndryshme per grupe te ndryshme.
- Qeveria e Pinocetit beri ndryshime te medha duke synuar rritjen e rolit te sektorit privat. Kjo shkaterroi bazat e parimit te solidaritetit midis grupeve me te ardhura te ndryshme.
- Pervec kesaj, reduktimi I fondeve per shendetin publik e thelloi pabarazine midis grupeve.

- Brazili eshte I vetmi shtet ne Ameriken Latine legjislacioni I te cilit synon mbulimin universal, duke ndjekur zhvillimet ne mbulimin nga siguracionet sociale. Ne 1988 u vendos qe cdo qytetar ka te drejte te perdore cdo sherbim te shendetit publik ne vend.
- Faktore te ndryshem kane kufizuar thellesine e mbulimit, me kryesori nder te cilet eshte diferencat e medha gjeografike te statusit ekonomik ne vend.
- Qeveria jep fonde per shtetet bazuar ne popullsine e tyre, te cilat me pas plotesohen nga burimet lokale. Shtetet e vogla nuk kane mundesi te marrin shume para dhe kjo rezulton ne diferenca te medha ne mbulimin efektiv.

ISH BASHKIMI SOVJETIK DHE EUROPA LINDORE

- Pas renies se BS, u aplikua gjeresisht sigurimi shendetesor social.
- Tendenca eshte e rendesishme pasi perfaqeson nje form largimi nga modeli Semashko, I cili ne teori, ofronte mbulim universal.
- Tranzicioni u motivua nga te kuptuarit qe thellesia e mbulimit ne te vertete nuk ishte gjitheperfshirese dhe ishte perkeqesuar vitet e fundit.
- Sistemi gjithnje ofronte 2-3 niveli sherbimesh.

- Punetoret e partise – nomenklatura – merrnin sherbime me standartin me te larte, te ndjekur nga punonjesit e industrise ne sektoret kyc kurse pjesa tjeter e popullsise merrte sherbime ne cilesi te ndryshme bazuar ne aftesine e tyre per te "paguar" dicka ne kembim.
- Arsyet per zhvillimin e siguracioneve sociale perfshinin nevojen per rritjen e financimit per kujdesin shendetesor, permiresimin e eficiences se ofrimit te sherbimeve npm kontraktimit te sherbimeve nga fondet e siguracioneve ne zhvillim e siper.
- Ne teori, kjo do permiresonte konkurrencen midis ofruesve sepse ata do konkurronin per kontratat nga fondi I sigurimeve.

- Megjithate, ne vendet e ish-BS krijimi I fondeve te siguracioneve krijon nje ndarje midis bleresve te kujdesit (fondit) dhe ofruesve duke krijuar nje sistem qe I pergjigjet nevojave te konsumatoreve por jo shqetesimeve te ofruesve.
- Nje tjeter zhvillim ne vendet e ish-BS eshte dhe inkurajimi I tregut te lire konkurrues ne te cilin siguruesit publike dhe private konkurrojne per kontrata. Qe te ekzistoje konkurrenca, punemarresit duhet te zgjedhin midis disa opsioneve (fondeve). Me pas kontributet e punedhenesve dhe punemarresve shkojne tek fondi I zgjedhur.
- Kjo skeme u ndoq me shume ne Rusi ku njerezit mund ta zgjidhnin vete fondin e tyre. Megjithate, skema nuk funksionon sepse shpesh jane punedhenesit qe zgjedhin fondin dhe per punemarresit dhe shpesh ka vetem nje fond ne nje zone te caktuar gjeografike.

- Problemi ne Rusi ishte qe taksa per shendetin rendoi edhe me tej shpatullat e punemarresve te renduar tashme nga efektet e tranzicionit ekonomik.
- Agjensite e reja te sigurimeve pritej te permiresonin cilesine e sherbimeve, por ato shpesh ishin te pajisura keq per te nxitur ndryshimin ne sistemin e ofruesve.
- Nje tjeter dobesi per zhvillimin e siguracioneve ne vendet e ish-BS sihte dhe deshtimi per te zgjidhur ceshtjen e renies se mbledhjes se kontributeve per kujdesin shendetesor.

- Karakteristike e te gjitha vendeve te ish-BS ishte dhe rritja e pagesave nga xhepi, zyrtare dhe jo-zyrtare.
- Tranzicioni ekonomik u shoqerua me tkurrje te ndryshme te ekonomive te ketyre vendeve dhe shkrirjen e industrive.
- Megjithate, r**eformat e ofruara bazoheshin ne mbulimin e sektorit te madh shteteror, bazuar ne taksen mbi pagen. Keshtu qe ne shtetet me te varfra, skemat e perdorura mund te mos kene marre ne konsiderate realitetin e papunesise ne rritje dhe fragmentimin e tregut te punes**.
- Prandaj, sigurimi social pati sukses kryesisht ne vendet me te pasura te ish-BS: Hungari, Ceki dhe shtetet Balltike. Ne te gjitha keto shtete, 70% e te punesuarve operojne ne sektorin industrial.

VENDET ME TE ARDHURA TE ULETA

- Tipar kryesor per shumicen e vendeve me te ardhura te uleta eshte qe financimi per kujdesin shendetesor dominohet nga pagesat direkte. Mbi 59% e shpenzimeve shendetesore jane private, pjesa me e madhe e te cilave nga xhepi.
- Ne shumicen e vendeve te Afrikes sub-Sahariane dhe vendet me te ardhura te uleta te Azise, burimi kryesor I financimit eshte taksimi direkt (mbeshtetur nga donatoret) qe financon sistemet publike te qendrave shendetesore dhe spitaleve.
- Keto qendra jane zakonisht te nen-financuara dhe favorizojne rezidentet urbane dhe ata me te ardhura te larta.
- Kohet e fundit po tentohet te prioritizohen sherbimet kosto-efektive, te tilla sherbimet e shendetit publik. Megjithate, sistemi I le individet ne meshiren e kostove katastrofike ne rast semundjesh te renda.

- Shtrira e skemes ne keto vende ka ndjekur shtigje te ndryshme. Nje rruge eshte nepermjet siguracioneve sociale te bazuara ne page. Ne disa vende siguracionet bazuar ne page jane shtrire ne sektorin publik dhe privat por keto sektore jane shume te vegjel dhe mbulojne 6-10% te popullates.
- Nje ceshtje tjeter eshte fakti qe punedhenesit nuk detyrohen te pergjigjen per punonjesit e tyre dhe prandaj nuk ka stimuj per te zhvilluar mbulimin e punonjesve te tyre me siguracione.
- Ata qe perfitojne jane kryesisht nenpunesit civile si nje grup I privilegjuar dhe me paga me te larta. Pjesa me e madhe e ketyre jane meshkuj.

KONKLUZIONE

- Ka shume menyra per te arritur mbulimin universal dhe eksperienca e cdo vendi eshte unike ne kete kuptim.
- Ne te njejten kohe, ka disa modele te qarta qe jane vene ne dukje nga eksperienca, vecanerisht lidhur me vendimin nese duhet te mbeshtetemi ne nje model explicit apo ne nje model implicit bazuar ne rezidence.

- Nga perspektiva politike (policy) roli I **qeverise** per te lehtesuar tranzicionin eshte **thelbesor**. Kjo perfshin ofrimin e kornizes legjislative per te mandatuar punedhenesit qe te ofrojne sigurimet sociale per punonjesit dhe te aderojne ne skemat e drejtuara nga qeveria, duke garantuar qe te varferit do te kene akses ne sherbimet baze, ato esenciale si dhe te mbulohen nga shpenzimet katastrofike.
- Gjithashtu, qeveria duhet te mbeshtese skemat e vogla te sigurimeve qe te shtrihen edhe drejt mbulimit te sektorit informal.

LEKSIONI 12

–

SISTEMET E SIGURACIONEVE SHENDETESORE

Hyrje

Dizanji i skemave te sigurimeve shendetesore eshte i komplikuar dhe paraqet mjaft probleme.

Nje nga keto probleme eshte **perzgjedhja negative** ne tregjet konkurruese te sigurimeve shendetesore: per shkak te deshtimit te tregut ne shendetesi, mbulimi total i semundjeve nepermjet siguracioneve shendetesore eshte pothuajse i pamundur.

Nje tjeter problem eshte **vleresimi i vleres se sigurimit shendetesor**: ndersa mbulimi i gjere vleresohet ne shume vende, mbulimi i pjesshem ne USA mund te shpjegohet, nder te tjera, dhe nga bindja qe sigurimi shendetesor con ne mbiperdorim te kujdesit shendetesor sepse cmimi i sherbimeve shendetesore per konsumatorin eshte shume i ulet.

Ne kete leksion do te shqyrtojme ceshtjet qe kane te bejne me dy problemet madhore te siguracioneve shendetesore: **vleren e siguracionit shendetesor** dhe **perzgjedhjen negative** ne tregjet konkurruese te siguracioneve shendetesore.

Gjithashtu do te ofrojme nje kornize analitike per te klasifikuar skemat e sigurimeve shendetesore.

Do te shqyrtojme skemat private te siguracioneve shendetesore te cilat bazohen mbi llogaritjen e rrezikut per te caktuar nivelin e premiumeve.

Dizanji i programeve te siguracioneve shendetesore

Dy problemet themelore ne dizanjin e programeve te siguracioneve shendetesore jane:

Negocijimi midis **mbulimit te gjere** (ku perfshihen shume sherbime) dhe **mbiperdorimit te sherbimeve**; dhe,

Negocijimi midis **konkurrences** dhe **perzgjedhjes**.

Vlera e siguracioneve shendetesore - negocijimi midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve

Vlera e siguracioneve shendetesore rrjedh nga pasiguria dhe pa-parashikueshmeria e shpenzimeve shendetesore.

Ne cdo popullate, vetem nje pjese shume e vogel e popullates eshte pergjegjese per pjesen me te madhe te shpenzimeve shendetesore.

Edhe pse individet mund te kene disa info per statusin shendetesor dhe nevojat e tyre per te shpenzuar per shendetin, niveli i sakte eshte teper i pasigurte. Si pasoje, siguracionet shendetesore jane nje **mjet i rendesishem per te shperndare rrezikun duke cuan ne rritjen e mireqenies**.

Koncepti i sigurimeve eshte **superior** ndaj konceptit te marrjes hua dhe kursimit.

Individet mund te marrin **hua** kur jane semure dhe me pas ta paguajne haune pasi sherohen.

Por megjithate, individet ndoshta nuk do jetojne aq gjate se ta garantojne kthimin e huase.

Nga ana tjeter, **kursimet** mund te mbulojne shpenzimet e perditshme per shendetin. Por ngjarjet mjekesore mund te kerkojne shuma te medha parash te cilat nuk mund te mbulohen nga kursimet.

Prandaj, *shperndarja e rrezikut nepermjet siguracioneve shendetesore eshte me shume vlere per individet*.

Shperndarja e rrezikut nepermjet siguracioneve shendetesore eshte me vlere dhe per shoqerine.

Me perjashtim te USA, ne shumicen e vendeve te zhvilluara mbulimi i gjere me siguracione shendetesore si mbrojtje ndaj rrezikut financiar te shendetit vleresohet shume nga shoqeria.

Pervec ketyre, mbulimi i gjere i detyrueshem shmang deshtimin e tregut si psh perzgjedhjen negative dhe mbiperdorimin e sherbimeve (free-rider behavior).

Vlera e siguracioneve shendetesore gjithsesi **zvogelohet** nga **stimuj te ndryshem** te cilet **gjenerohen** nga siguracionet shendetesore.

Per shembull, ka shume fakte qe ekzistenca e siguracioneve shendetesore con ne shtimin e shpenzimeve: individet e siguruar i perdorin sherbimet me shume sesa ne rastin kur do paguanin per to me para ne dore, duke cuar ne konceptin e rrezikut moral.

Rreziku moral nenkupton qe individet e pershtasin sjelljen e tyre ndaj stimujve qe krijon sigurimi shendetesor.

Rreziku moral coi ne konkluzionin qe ky rrezik ul vleren e siguracioneve shendetesore dhe madje individet mund te perjetojne dhe pasoja negative duke qene se mbiperdorimi “thith” burime financiare te cilat do te mund te perdoreshin ne drejtime te tjera.

Fakti qe individet e siguruar tentojne te mbi-perdorin sherbimet u vertetua nga eksperimenti RAND qe perfshiu 6000 individe ne 6 zona te USA dhe qe benin pjese ne skema te ndryshme te siguracioneve shendetesore:

- Programet e siguracioneve ndryshonin nga shkalla e bashke-sigurimeve – midis 0% dhe 95%.

- Pa bashke-sigurime, shpenzimi shendetesor total per fryme ishte mjaft me i larte krahasuar me situatat kur ekzistonin bashke-pagesat.

Dizanji i programve te siguracioneve shendetesore perfshin **negocijimin** midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve te duhur.

Skemat bujare te siguracioneve shendetesore e shperndajne me shume rrezikun per tentojne te shpenzojne shume per shkak te rrezikut moral.

Zakonisht, nivele modeste te bashke-sigurimeve jane te pranishme ne pjesen me te madhe te programeve sociale te siguracioneve shendetesore, per te frenuar mbiperdorimin.

Perzgjedhja negative ne tregjet konkurruese te siguracioneve shendetesore - negocijimi midis konkurrences dhe perzgjedhjes

Do diskutojme per **negocijimin** midis konkurrences dhe perzgjedhjes, si nje element esencial per dizanjin e programeve te siguracioneve shendetesore.

Natyrisht, ky negocijim **nuk** aplikohet per programet e siguracioneve shendetesore ne tregjet jo-konkurruese, dmth qe kane nje bleres te vetem te sherbimeve.

Megjithate, krijuesit e skemave te siguracioneve shendetesore mbeshteten tek konkurrenca si nje mjet per te stimuluar inovacionin dhe per te rritur zgjedhjet e individeve ne menyre qe te realizohen preferencat e tyre.

Ne kete kontekst, klientet qe kerkojne per produktin me te mire me cmimin me te ulet stimulojne, ne teori, konkurrencen e cmimeve dhe zhvillimin e produkteve te reja.

Ky skenar do te ndodhte nese tregu i siguracioneve shendetesore do te ishte njesoj si tregjet e mallrave te tjera.

Per fat te keq, siguracionet shendetesore jane ndryshe spese disa karakteristika te klienteve te siguracioneve shendetesore mund te ndikojne cmimin e produktit.

Keshtu, nese premiumet bazohen tek rreziku, atehere te semuret do paguajne me shume per te njejtin produkt krahasuar me personat e shendetshem.

Te semuret zakonisht preferojne skema siguracionesh me shume perfitime dhe bashke-sigurime te uleta.

Dhe, meqe individet e dine me mire gjendjen e tyre shendetesore sesa siguruesi atehere ky i fundit e ka te veshtire qe te llogarise premiumet ne menyre te drejte.

Prandaj, zakonisht kompanite e sigurimeve caktojne **premiume mesatare**.

Zakonisht, skemat me bujare te siguracioneve shendetesore terheqin me shume individe te semure kurse skemat me pak bujare terheqin me shume individe jo te semure.

Si pasoje e kesaj **perzgjedhjeje negative**, premiumet e skemave bujare (me shume perfitime) rriten, duke bere qe personat e shendeteshem te mos i blejne ato gje qe i rrit premiumet edhe me shume.

Perzgjedhja negative e ben **te pamundur arritjen e ekuilibrit te tregut** qe siguron shperndarjen e rrezikut ne te dy grupe: te semuret dhe te shendeteshmit.

Per me teper, skemat e siguracioneve shendetesore kane stimuj per te c'orientuar perfitimet ne menyre qe te behen jo terheqese per te semuret.

Gjithashtu, ato nuk kane stimuj per te zhvilluar produkte te reja te cilat mund te terheqin te semuret ne skeme.

Keto jane te padeshirueshme nga pikepamja sociale.

Per kete arsye, hartuesit e skemave sociale te siguracioneve shendetesore perpiqen shume qe te parandalojne pasojat e perzgjedhjes negative.

Kjo behet duke futur **mbulimin e detyrueshem**, duke **standardizuar perfitimet** dhe **duke braktisur premiumet bazuar ne nivelin e rrezikut**.

Gjithsesi, n**egocijimi** midis konkurrences dhe perzgjedhjes mbetet nje ceshtje kryesore edhe ne programet e siguracioneve shendetesore teper te rregulluara sepse duhet ndonje sistem per te neutralizuar **stimujt per pergjedhjen e rrezikut**.

Llogaritja e premiumeve ne programet e siguracioneve shendetesore

Rreziku i perzgjedhjes negative eshte arsyeja se perse programet e siguracioneve shendetesore **rregullohen ne menyre teper strikte**.

Nje nga aspektet me te rendesishme te rregullimit ka te beje me llogaritjen e premiumeve te siguracioneve shendetesore.

Pervec perzgjedhjes negative, ne shume vende te OECD-se prioritet i jepet dhe **drejtesise** ose **solidaritetit** si nje objektiv politik i financimit te kujdesit shendetesor.

Ka disa dimensione te solidaritetit, si per shembull **solidariteti per rrezikun** dhe per **te ardhurat**, ku solidariteti per rrezikun eshte dimensioni me bazik i solidaritetit.

Solidariteti per rrezikun ndahet ne solidaritet rreziku **ex-post** dhe **ex-ante** midis individeve te semure dhe te shendetshem.

Solidariteti ex-post nenkupton nje rishperndarje te kufizuar te burimeve nga individet e shendetshem por qe nuk pritej te ishin te tille drejt individeve te semure por qe nuk pritej te ishin te tille.

Solidariteti ex-post midis te semureve dhe te shendeteshmve eshte nje funksion baze i siguracioneve shendetesore, i cili mund te arrihet dhe ne siguracioneve shendetesore private qe i bazojne premiumet tek rreziku.

Per thjeshtesi, programet e siguracioneve shendetesore qe bazohen tek premiumet bazuar ne rrezikun shendetesor do t'i konsiderojme si **private**.

Nese programet e siguracioneve shendetesore llogarisin premiumet per komunitetet apo bazuar ne page, atehere keto do konsiderohen si **programe sociale te siguracioneve**.

Programet private te e siguracioneve shendetesore ne USA qendrojne diku midis ketyre ekstremeve.

Kujdes! Termi “privat” nuk i referohet statusit ligjor te kompanive. Per shembull, ne Hollande, programi social i siguracioneve shendetesore tani zbatohet nga kompanite private te siguracioneve shendetesore.

Solidariteti ex-ante nenkupton rishperndarjen nga ata qe priten te jene te shendetshem tek ata qe priten te jene te semure.

Kjo **nuk mund te arrihet** nepermjet premiumeve te bazuara tek rreziku, meqe keto i caktojne cmime me te larta atyre qe pritet te semuren.

Ne vendet e zhvilluara, solidariteti ne pergjithesi **nuk kufizohet** vetem tek ai **ex-post**, duke preferuar nje shkalle me te larte solidariteti dhe rishperndarjeje.

Keshtu qe – me perjashtim te USA dhe Gjermanise, ku siguracioneve shendetesore individuale llogarisin premiumet bazuar ne rrezikun dhe kane rreth 10% te tregut – ne vendet me siguracioneve shendetesore sociale, futja e kufizimeve te premiumeve (premiume te komunitetit, ku cdo individ ne nje komunitet ka te njejtin premium) dhe perfshirja e detyrueshme ne skeme kane cuar ne **solidaritet ex-ante dhe ex-post** midis te semureve dhe te shendeteshmve, sepse siguracionet shendetesore nuk mund te vendosin premiume me te larta per personat me rrezik te larte.

Solidariteti i te ardhurave midis te pasurve dhe te varferve mund te jete nje tjeter tipar i programeve te siguracioneve shendetesore.

Ne premiumet bazuar ne komunitet, premiumet nuk marrin parasysh te ardhurat. Keshtu qe keto skema **nuk i shperndajne** burimet nga te pasurit tek te varferit. Per me teper, premiumet bazuar ne komunitet jane **regresive**: te pasurit paguajne nje perqindje me te vogel per premiumet.

Prandaj mund te aplikohen premiumet bazuar ne te ardhurat (siguracionet shendetesore sociale ne Gjermani, France, etj). Ne Hollande, te dy aspektet aplikohen duke qene se gjysma e kontributeve te siguracioneve shendetesore bazohet ne te ardhurat dhe gjysma tjeter bazohet ne komunitet.

Programet e siguracioneve shendetesore private

Siguracionet shendetesore private jane me pak te rendesishme ne vendet e OECD krahasuar me burimet e tjera te financimit te kujdesit shendetesor.

Midis vendeve te OECD, vetem ne USA programet e siguracioneve shendetesore private zene >30% te shpenzimeve shendetesore.

Sidoqofte, siguracionet shendetesore private **te rregulluara sic duhet** jane alternativa atraktive jo vetem ne USA por edhe ne Evropen Perendimore.

Cilat jane problemet lidhur me rregullimin e pershtatshem te siguracioneve shendetesore private, funksionet e tyre dhe lidhja e tyre me ofruesit e sherbimeve? Keto detajohen ne vijim.

Funksionet e siguracioneve shendetesore private

Programet e siguracioneve shendetesore private (PSSP) mbulojne shume funksione. Keto ofrohen nga firmat e sigurimeve si dhe nga agjensi jo-fitim-prurese.

Biznesi i siguracioneve mund te bazohet ne planet tradicionale te siguracioneve (sigurim kunder humbjes, demtimit, etj) te cilat vetem rimbursojne kostot ose bazuar ne metoda me inovative, te cilat sigurojne variante te kujdesit te menaxhuar.

Individe ose grupe apo korporata mund te kerkojne siguracione private, dhe kontratat zakonisht jane vullnetare.

Por mund te kete dhe kontrata te detyrueshme.

Shperndarja e rrezikut midis paleve (sigurues, i siguruar, ofruesi i sherbimeve, dhe punedhenesve) varion mjaft.

Rregullimi i PSSP-ve ne vende te ndryshme varet nga konteksti historik kombetar dhe zhvillimet nderkombetare. Keto te fundit kane pature impakt shume te vogel ne te kaluaren per rregullimin e PSSP.

Megjithate, ne Bashkimin Europian **rregullimi i sektorit privat** po merr rendesi gjithnje e me te madhe.

Nga krahasimet nderkombetare mund te observohen **tre funksione** te PSSP ne sistemet e kujdesit shendetesor:

1. PSSP mund te jete i vetmi opsion per disa grupe te popullates sepse keta nuk jane perfshire ne skemen publike. Pra, PSSP kryejne funksionin e **alternatives** ndaj skemes publike.

- Ky eshte rasti i Medicaid ne USA, ose aty ky perfshirja ne skemen e siguracioneve shendetesore sociale varet nga te ardhurat apo punesimi (Gjermani) apo mosha (Medicare ne USA).

- Rregullimi eshte i domosdoshem per te garantuar qe personat qe nuk mbulohen nga skema publike te mbulohen nga PSSP.

2. Funksioni i dyte i PSSP eshte **te plotesojne** skemat publike. **PSSP suplementare** ofrojne mbulim per sherbime qe nuk mbulohen nga sistemi publik (psh, kujdesi dentar per adultet ne Hollande dhe Kanada, apo sherbime te tjera spitalore si dhoma private apo ½ private).

- PSSP gjithashtu ofrojne mbulim per sherbimet e ofruara jo plotesisht nga skemat publike duke reduktuar bashke-pagesat psh (mbulimi per bashke-pagesat ne France, kujdesi dentar ne Gjermani).

- Aty ku skemat publike jane gjithperfshirese, PSSP mbulojne sherbimet e luksit (qendrim me i rehatshem ne spital ne Belgjike psh).

- Si pasoje, PSSP suplementare kerkojne me pak rregullim strikt krahasuar me PSSP alternative.

3. Funksioni i trete i PSSP eshte **te kompletojne** skemat publike, duke siguruar mbulim te dyfishte: ata qe jane perfshire ne skemen publike mund te blejen sig.private qe mbulojne pjeserisht po ato benefite si dhe sistemi publik.

- Njerezit blejne PSSP komplementare per disa arsye: duan sherbime me te shpejta sesa ne sistemin publik, sherbime me te mira apo me te rehatshme, ose te takohen me mjeke qe nuk mbulohen nga skema publike.

- PSSP komplementare hasen ne sistemet qe financohen nga taksat – UK, Australi, Kanada, por luajne rol dhe ne sistemet e siguracioneve shendetesore sociale si psh ne Hollande.

- Ceshtja ne PSSP komplementare eshte nese duhet te ofrohet apo jo.

- Psh, ne Kanada, 100% e popullates mbulohet nga skema e siguracioneve shendetesore publike, qe drejtohet nga provincat, shumica e te cilave e ndalojne ofrimin e PSSP komplementare.

- Megjithate, kjo rregullore u vu ne diskutim nga Gjykata Supreme, e cila e hodhi poshte kete kufizim.

- Por nuk dihet nese futja e PSSP komplementare ne keto skema do te kete sukses apo jo.

Rregullimi i siguracioneve shendetesore private

Per te rritur aksesin ndaj PSSP per individet te cilet pritet te kene shpenzime te larta shendetesore ne te ardhmen (rreziqe te pafavorshme), ka disa menyra qe jane provuar gjate dekadave te kaluara.

Shumica e ketyre menyrave jane zbatuar vetem per PSSP alternative ose komplementare (si ne Irlande).

Diskriminimi kunder rreziqeve te pafavorshme ne PSSP suplementare eshte mjaft i perhapur prandaj rregullimi per kete skeme te siguracioneve shendetesore private duhet te forcohet me tej.

Nje menyre per te mbikqyrur aksesin ne kujd.shend per rreziqet e pafavorshme eshte ofrimi i aksesit ne skemen publike per keta individe, duke kompensuar defektet ne shperndarjen e rrezikut qe ndodhin ne PSSP konkurruese. Kjo eshte zbatuar pjeserisht ne USA. Premiumet nga te ardhurat zakonisht mbulojne vetem nje pjese te shpenzimeve shendetesore per ata me rrezik te larte, pjesa tjeter mbulohet nga buxheti I shtetit.

Ne vend te perfshirjes ne skemen publike te individeve ne rrezik te larte, **PSSP mund te rregullohen qe te rritin aksesin ndaj ketyre individeve**: regjistrimi i detyruar ne skeme, ndalimi i kufizimit bazuar ne gjendjet pre-ekzistuese, dhe kufizimet e nivelit te (larte) premiumeve jane disa menyra te rregullimit direkt.

Edhe ketu ofrohet nje mbulim i individeve ne rrezik te larte por financimi nuk vjen nga buxheti por nga individet me rrezik te ulet (te shendetshem) te perfshire ne skemen e sigurimeve private.

Edhe ne USA, legjislacioni po ndryshon duke rritur aksesin ne PSSP te rreziqeve te pafavorshme.

Regjistrimi i detyruar, ndalimi bazuar ne gjendjet pre-ekzistuese dhe kufizimet e premiumeve te larta mund te rrisin aksesin ne PSSP.

Por ato gjithashtu **krijojne stimuj per perzgjedhjen negative**.

Rreziqet e pavaforshme mund te fillojne me nje mbulim baze ne fillim por me pas mund te kalojne ne mbulim te pergjithshem kur ndodh semundja.

Eshte veshtire te neutralizohen keto stimuj te perzgjedhjes negative. Nje menyre eshte te kufizohet aksesi ndaj PSSP per nje kohe te caktuar, psh pasi humbet mbulimi ne skemen publike ose PSSS (programet e siguracioneve shendetesore sociale).

Ofrimi i sherbimeve te kujdesit shendetesor

Tradicionalisht, PSSP – ne USA dhe kudo tjeter – nuk kane ndikim ne stimujt nga ana e ofruesve, psh pagesat per sherbimin e ofruar nga mjeket.

Nje perjashtim i rendesishem eshte zhvillimi i siguracioneve te kujdesit te menaxhuar ne USA.

Megjithate, kujdesi i menaxhuar u zhvillua sepse palet e treta (punedhenesit, qeveria) i bene presion PSSP-ve qe te kufizonin shpenzimet.

Ne pergjithesi, kujdesi i menaxhuar nuk ekziston ne PSSP individuale ne USA.

Prandaj, PSSP perdorin instrumente te tjere ne anen e kerkeses per te **influencuar** kostot.

Keshtu, kontratat perfshijne mekanizma te tille si **bashke-pagesat** ose **deductibles** per te rritur ndergjegjesimin e klientit lidhur me kostot. Keto mekanizma indirekt ushtrojne presion edhe mbi sjelljen e ofruesve.

Nga ana tjeter, PSSP zakonisht nuk jane ne gjendje te influencojne se sa sherbime ofrohen nga ofruesit sepse fuqia e PSSP ne treg eshte shume e vogel per ta mundesuar kete.

Gjithashtu, politikanet jane te interesuar qe skema publike te zhvillohet e fuqizohet. Pra, ata duan te zvogelojne shpenzimet kryesisht ne sistemet publike kurse kufizimi i kostove ne sektorin privat ka rendesi **te dores se dyte** per ata.

Prandaj, shpesh perpjekjet per kufizimin e kostove ne skemen publike con ne zhvendosjen e kostove drejt PSSP-ve.

Programet e siguracioneve shendetesore sociale

Hartuesit e skemave te sigurimeve shendetesore vazhdimisht kerkojne te parandalojne **pasojat e perzgjedhjes negative**.

Nje menyre per ta bere kete eshte dizenjimi i programve te siguracioneve shendetesore me nje bleres/pagues te vetem (si ne Kore) ose programet e siguracioneve shendetesore jo-konkurruese me shume bleres/pagues (si ne France dhe Austri).

Ne PSSS konkurruese me shume bleres/pagues (si ne Gjermani, Zvicer, Hollande) **perzgjedhja negative** parandalohet duke e bere mbulimin te detyrueshem, standardizuar perfitimet, dhe duke hequr dore nga premiumet bazuar ne rrezik.

Megjithate, **negocijimi** midis konkurrences dhe perzgjedhjes mbetet ceshtje e rendesishme edhe ne keto sisteme sepse nje fare axhustimi i rrezikut eshte i nevojshem per te neutralizuar stimujt e rrezikut te perzgjedhjes negative nga siguruesit.

Nje nga kerkesat me kryesore per te patur konkurrence ne PSSS e suksesshme eshte te kesh nje **mekanizem efektiv per axhustimin e rrezikut.** Duke qene se PSSS i ndalojne premiumet bazuar ne rrezik, **atehere ka stimuj shume te forte per perzgjedhjen e rrezikut**.

Nese sistemi i axhustimit te rrezikut eshte jo i plote ose jo-ekzistent, atehere per programet e siguracioneve shendetesore eshte me fitimprurese **te perzgjedhin rreziqet sesa te menaxhojne sherbimet shendetesore**. Por kjo bie ne kundershtim me objektivat e reformes (eficence e larte, kenaqesi e pacientit, solidariteti ne financimin e kujdesit shendetesor dhe kufizimi i kostove).

Perzgjedhja e rrezikut nga ana e siguruesve con ne tre efekte negative:

1. Skemat e sigurimeve nuk kane stimuj per te reaguar ndaj preferencave te rreziqeve te pafavorshme; ato e quajne te arsyeshme te ofrojne sherbime te mira per rreziqet e favorshme dhe sherbime te keqija per rreziqet e pafavorshme sepse investimet nga pergjedhjen e rrezikut (cream skimming) kane fitime > sesa permiresimi I eficiences se sherbimeve shend.

   Kjo eshte **fatale** nga kendveshtrimi I shendetit publik, pasi rreziqet e pafavorshme zakonisht jane te semuret kronike te cilet kane nevoje per sherbime me te mira sesa mesatarja.

   Asnje skeme sigurimi nuk ka stimuj qe t'i dale nami se ofron kujdes efektiv ndaj te semureve kronike!

2. Nese cream skimming eshte I suksesshem, ai do te coje ne **segmentimin e tregut**. Rreziqet e pafavorshme do te jene anetare te fondeve te semundjes me kontribute te larta, dhe rreziqet e favorshme ne fonde me kontribute te uleta.

   Kjo situate **nuk perputhet me parimin e solidaritetit ne PSSS duke qene se ne fakt ai shtron rrugen per premiume bazuar ne rrezikun**, qe ne fakt nuk aplikohet ne PSSS!

3. Strategjite per perzgjedhjen e rrezikut qe jane te arsyeshme nga pikepamja individuale mund te shkaktojne humbje per shoqerine. Investimet per identifikimin e rreziqeve te favorshme (psh teknologjia e informacionit) dhe investimet per thithjen e rreziqeve te favorshme dhe mbajtjen large te atyre te pafavorshme **nuk shkaktojne perfitime sociale, por humbje sociale**.

   Nga ana tjeter, perzgjedhja e rrezikut mund te destabilizoje tregun nese disa fonde te semundjeve nuk e aplikojne ate. Keto fonde mund te falimentojne per shkak te perzgjedhjes negative (sepse nuk perzgjedhin rrezikun, pra me te semuret do sigurohen ketu), dhe kjo ne vetvete eshte **humbje per shoqerine**.

Kerkimet kane sugjeruar qe rregullimi i rrezikut bazuar ne gjinine dhe moshen parashikon keq shpenzimet shendetesore te individeve.

Ndersa axhustimi i rrezikut bazuar ne diagnozat e meparshme ose kostot e meparshme i parashikon shpenzimet shendetesore me saktesisht.

Kjo i demotivon fondet e semundjeve qe te kerkojne nje strategji me efektive per perzgjedhjen e rrezikut.

Ne PSSS e tre vendeve – Gjermani, Hollande, Zvicer – jane aplikuar nivele te ndryshme te axhustimit te riskut.

Vetem ne Hollande axhustimi i rrezikut bazohet tek shendeti, dhe prandaj vetem ne PSSS Hollandez stimujt per perzgjedhjen negative (cream skimming) nga ana e siguruesve jane neutralizuar sic duhet.

Ne Gjermani dhe Zvicer, axhustimi i rrezikut ndodh mbi baza bruto, **duke lene stimuj te shumte** per perzgjedhjen e rrezikut.

Gjithashtu, perzgjedhja e rrezikut ne Gjermani dhe Zvicer eshte me pak fitim-prurese sesa do te ishte po te mos kishte fare axhustim rreziku. Por fitimi eshte aq I larte se te jete stimul per ndjekjen e strategjive per perzgjedhjen e rreziqeve te favorshme.

Kurse ne Hollande, edhe pse siguruesit mund te kene stimuj te ndryshem te vegjel per te perzgjedhur rreziqet e favorshme, ata duhet te marrin ne konsiderate dhe kostot e ndjekjes se strategjive qe perzgjedhin rreziqet, perfshire dhe reagimin e publikut nese keto perpjekje dalin ne shesh. Prandaj, **pothuajse nuk ndodh perzgjedhja e rrezikut ne Hollande**.

Zgjedhjet e konsumatorit

Nje tjeter kusht qe konkurrenca te jete e suksesshme eshte dhe **zgjedhja e lire e klinetit**. Klientet – te siguruarit – duhet te kene lirine per tu shkeputur nga nje skeme drejt nje skeme me eficiente.

Ne te tre keto vende aplikohet zgjedhja e lire e klienteve. Cdo klient mund ta nderroje skemen dhe cdo skeme eshte e detyruar te pranoje cdo aplikant.

Kalimi nga njera skeme ne tjetren zakonisht ndodh ne nje kohe te caktuar. Stimujt per te nderruar

skeme mund te jene te ndryshem.

Ofrimi i sherbimeve te kujdesit shendetesor

Edhe nese ka disa stimuj per skemat e sigurimeve qe te perzgjedhin rreziqet ne nje treg konkurrues dhe stimujt per klientet jane te larta, skemat e sigurimeve mund te influencojne eficiencen e ofrimit te sherbimeve shendetesore **vetem nese kane instrumenta te mjaftueshme per kete**.

Perndryshe, klientet e pakenaqur do kalonin nga njera skeme tek tjetra dhe skemat nuk do e kuptonin se dicka nuk po shkon mire.

Per te shmangur kete fenomen, skemat e sigurimeve duhet te jene ne gjendje te zhvillojne kontrata me ofruesit e sherbimeve te cilat marrin ne konsiderate dhe preferencat e klienteve.

Pra, siguruesit duhet te jene ne gjendje te vendosin se cilet ofrues te kontraktojne dhe duhet te negociojne me ta l**irisht** kushtet e kontrates.

Nese siguruesit nuk e bejne kete me cdo ofrues individualisht, atehere ato nuk do jene ne gjendje te kene avantazhe konkurruese.

Ne rastin kur kontraktimi behet ne menyre kolektive (dmth, me cdo mjek qe deshiron te beje pjese ne kontrate) atehere ka pak stimuj per rregullimin sic duhet te ofrimit te kujdesit.

Megjithate, liria per te kontraktuar ofruesit ne menyre selektive dhe individuale mund te kufizohet nga legjislacioni ne fuqi.

Keshtu, ne te tre vendet ka disa mundesi qe siguruesit te kontraktojne ne menyre selektive me ofruesit. **Por vetem ne Hollande** siguruesit mund te zgjedhin ne menyre te lire ofruesit e kujdesit dhe nje agjensi qeveritare percakton tarifat maksimale per kujdesin ambulator dhe kujdesin spitalor.

Kurse ne **Gjermani dhe Zvicer**, kontraktimi i ofruesve nga siguruesit ndodh ne menyre **kolektive**, por ka dhe perjashtime te ndryshme.

Sigurimet shendetesore ne vendet me te ardhura te uleta dhe te mesme

Negociatat midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve te duhur dhe midis konkurrences dhe perzgjedhjes jane gjithashtu te rendesishme per vendet me te ardhura te uleta (VAU) dhe te mesme (VAM).

Per VAU dhe VAM ekzistojne sfida specifike lidhur me zbatimin e siguracioneve shendetesore.

Gjate dekadave te fundit, shume VAU dhe VAM kane filluar te zbatojne mekanizmat e sigurimeve shendetesore ne perpjekje per te zgjidhur problemet dramatike te financimit shendetesor.

Zbatimi i siguracioneve shendetesore eshte konsideruar si nje strategji per zgjidhjen e ketyre problemeve **per 3 arsye**:

1. Mbledhja e te ardhurave: Dihet qe VAU/M shpenzojne % te vogla te PBB se tyre per shendetin, shpesh <5%. Shpesh sektori shendetesor I nen-financuar I merr te ardhurat nga taksat, pagesat private dhe burime te tjera. **PSSS eshte pare si nje menyre per te rritur burimet financiare per shendetin**. Vecanerisht nese njerezit e shohin qe marrin vlere per parate e tyre dhe qe kane perfitime te perkshme, atehere ata mund te vendosin t'I bashkohen skemes dhe te paguajne kontributet.

   SSS te detyrueshme jane me te thjeshta per tu zbatuar ne sektorin formal te ekonomise.

   Nese nje pjese e madhe e krahut te punes gjendet ne sektorin informal, atehere **siguracionet komunitare vullnetare ne shkalle te vogel** mund te jene me te pershtatshme; megjithate pengesa kryesore ketu eshte perzgjedhja negative.

2. Shperndarja e rrezikut/pishina e fondeve: Shpesh shpenzimet per trajtimin mjekesor cojne ne varferim, borxhe etj ne VAU/M sepse, edhe pse ka sisteme shendetesore te bazuara ne taksat, mbulimi I tij per nderhyrjet kirurgjikale dhe ilacet e shtrenjta shpesh eshte i **kufizuar ose i disponueshem** vetem ne rajone apo grupe te caktuara.

   Sic e pame, vlera e siguracioneve shendetesore rrjedh nga pasiguria dhe pa-parashikueshmeria e shpenzimeve shendetesore. Keshtu qe shperndarja e rrezikut mund te shoqerohet me **rishperndarje ex-ante** te burimeve, duke cuar ne kete menyre ne **zvogelimin e boshllekut gjigand midis shumices se varfer dhe pakices se pasur**.

3. Blerja e sherbimeve te kujdesit shendetesor: Agjensite e siguracioneve shendetesore blejne sherbime per te siguruarit ne tregun e kujdesit shendetesor. Pra, **ata kane fuqi dhe mund te negociojne per sherbime cilesore dhe kosto-efektive**, ndersa individet, vecanerisht kur kane nevoje per sherbime shendetesore, nuk mund ta bejne kete.

   Duke qene se sektori shendetesor ne VAU/M shpesh **ka performance te ulet**, atehere zbatimi i skemave te siguracioneve shendetesore mund te jete nje strategji **per te rritur cilesine e sherbimeve**.

   Nga ana tjeter, meqe klientet kane paguar kontribute, ata kane te drejte te kerkojne per sherbime me cilesi me te mire.

Megjithese ka argumenta te forta qe zbatimi i siguracioneve shendetesore mund te **permiresoje sasine** dhe **cilesine e sherbimeve shendetesore** dhe te kontribuoje per nje shperndarje me te drejte te barres financiare, **vetem siguracionet shendetesore nuk mund te zgjidhin te gjitha problemet e sektorit shendetesor**.

Fakti nese zbatimi i siguracioneve shendetesore ne VAU/M do jete i suksesshem varet nga nje sere faktoresh.

Ne vecanti, duhet te ekzistoje **vullneti politik** dhe **nje klime shoqerore e favorshme** per suksesin e siguracioneve shendetesore.

Siguracionet shendetesore dhe rezultatet shendetesore

Do shohim shkurtimisht evidencat empirike te lidhjes midis programeve te ndryshme te siguracioneve shendetesore dhe rezultateteve shendetesore.

- Se pari, eshte e qarte qe **pasojat shendetesore te mungeses se siguracioneve shendetesore jane dramatike**. Personat e pasiguruar marrin me pak sherbime parandaluese dhe diagnostikuese, jane me te semure ne momentin e diagnozes, marrin me pak kujdes terapeutik, dhe kane vdekshmeri me te larte.

- Kjo diference mund te pritet edhe midis skemave te ndryshme te siguracioneve shendetesore. Per shembull, anetaret e skemave **me bujare te siguracioneve shendetesore** (te tilla si mbulim i madh dhe bashke-pagesa te uleta) mund te kene shendet me te mire sesa anetaret e skemave me **me pak perfitime si bashke-pagesa te larta**.

- Por, evidencat jane kontradiktore. Ne rastin me te mire, faktet lidhur me pasojat shendetesore te pjesemarrjes ne skema te ndryshme te siguracioneve shendetesore **jane te pakta**.

Konkluzione

Dizanji i programeve te siguracioneve shendetesore percaktohet nga negocijime te rendesishme.

Se pari, duhet marre ne konsiderate negocijimi midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve te duhur.

Skemat bujare te siguracioneve shendetesore e shperndajne rrezikun ne menyre me te gjere por mund te cojne ne rritje te shpenzimeve per shkak te rrezikut moral.

Megjithate, **shumica e shteteve** – me perjashtim te USA – **lejojne nje fare shkalle te rrezikut moral** ne menyre qe te kene perfitimet e shperndarjes se gjere te rrezikut dhe mbulimit te gjere.

Se dyti, duhet marre ne konsiderate negocijimi midis **konkurrences** dhe **perzgjedhjes se rrezikut**.

Shume shtete mbeshteten mbi PSS konkurruese si nje mjet per te stimuluar inovacionin dhe – te pakten ne nje fare mase – per te zgjeruar zgjedhjet e klienteve si menyre per plotesimin e preferencave te tyre.

Por, nese PSS i llogarisin premiumet bazuar ne rrezik, atehere perzgjedhja negative mund ta beje te veshtire, ne mos te pamundur, arritjen e ekuilibrit te tregut, i cili shperndan rrezikun ne te dy grupet: te semuret dhe te shendetshmit.

Si pasoje, hartuesit e PSS ne shume vende perpiqen te **parandalojne pasojat e perzgjedhjes negative**.

Regjistrimi i hapur i **detyruar**, **kufizimi i gjendjeve pre-ekzistuese** dhe **kufizimiet e nivelit te larte te premiumeve** jane mjete te rendesishme per te rritur aksesin ndaj PSSP.

Megjithate, rregullimi ketu **krijon stimuj per perzgjedhjen negative**, dhe mund te coje ne shperndarje te pabarabarte te rrezikut dhe stimuj per perzgjedhjen e rrezikut (cream skimming) midis siguruesve qe jane ne konkurrence.

PSSP alternative ka nevoje per **rregullim strikt**, sepse nje treg i parregulluar nuk do garantoje dot qe individet qe nuk mbulohen nga skema publike do te mbulohen ne menyren e pershtatshme nga sigurimi shendetesor privat.

PSSP suplementare kane nevoje zakonisht **per rregullim me pak strikt**.

Perzgjedhja negative mund te parandalohet duke krijuar PSSS me nje pagues/bleres te vetem ose PSSS jo-konkurrues me shume bleres/pagues.

Hartuesit e PSSS konkurruese me shume bleres/pagues parandalojne pasojat e perzgjedhjes negative duke zbatuar **mbulimin e detyrueshem**, **standardizimin e perfitimeve**, dhe **heqjen dore nga premiumet bazuar ne rrezik**.

Sidoqofte, **negocijimi** midis konkurrences dhe perzgjedhjes mbetet ceshtje kryesore ne keto programe, sepse **duhet nje sistem per axhustimin e rrezikut qe te neutralizoje stimujt per perzgjedhjen e rrezikut nga siguruesit**.

Edhe nese stimujt per perzgjedhjen e rreziqeve ne tregjet konkurruese jane te vogla dhe stimujt per zgjedhjen nga ana e klienteve jane te larta, siguruesit jane ne gjendje te influencojne eficiencen e sherbimeve shendetesore te ofruara vetem nese kane mjetet e duhura per kete.

Faktet lidhur me pasojat shendetesore te aderimit ne skema te ndryshme te siguracioneve shendetesore **jane mjaft te pakta** dhe **rezultatet jo te qarta**.

Por eshte e qarte qe mungesa siguracioneve shendetesore ka pasoja dramatike.

Siguracionet shendetesore mund te kontribuojne per permiresimn e problemeve te financimit shendetesor ne VAU/M.

Ne vecanti, siguracimi shendetesor mund te lehtesoje **mbledhjen e te ardhurave** qe shkojne per shendetin duke lejuar per rritjen e sasise dhe cilesise se sherbimeve; **mund te mbeshtese shperndarjen e rrezikut** duke shmangur apo lehtesuar varferimin per shkak te semundjes; dhe mund te jete nje mjet **per blerjen e kujdesshme te kujdesit shendetesor**.

Nese zbatimi i sistemit te zgjedhur te sigurimeve shendetesore ne VAU/M do te kete suskes, kjo varet nga shume faktore.

Sidoqofte, **mbeshtetja politike** dhe **sociale** jane faktoret me kryesore ne kete drejtim.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization. Switzerland. 2010.

LEKSIONI 12

SISTEMET E SIGURACIONEVE SHENDETESORE

HYRJE

- Dizanji i skemave te sigurimeve shendetesore eshte i komplikuar dhe paraqet mjaft probleme.
- Nje nga keto probleme eshte **perzgjedhja negative** ne tregjet konkurruese te sigurimeve shendetesore: per shkak te deshtimit te tregut ne shendetesi, mbulimi total i semundjeve npm sig.shend. eshte pothuajse i pamundur.
- Nje tjeter problem eshte **vleresimi i vleres se sig.shend**: ndersa mbulimi i gjere vleresohet ne shume vende, mbulimi i pjesshem ne USA mund te shpjegohet , nder te tjera, dhe nga bindja qe sig.shend con ne mbiperdorim te kujdesit shendetesor sepse cmimi i sherbimeve shendetesore per konsumatorin eshte shume i ulet.

- Ne kete leksion do te shqyrtojme ceshtjet qe kane te bejne me dy problemet madhore te sig.shend: **vleren e siguracionit shendetesor** dhe **perzgjedhjen negative** ne tregjet konkurruese te sig.shend.
- Gjithashtu do te ofrojme nje kornize analitike per te klasifikuar skemat e sigurimeve shendetesore.
- Do te shqyrtojme skemat private te sig.shend te cilat bazohen mbi llogaritjen e rrezikut per te caktuar nivelin e premiumeve.

DIZANJI I PROGRAMEVE TE SIGURACIONEVE SHENDETESORE

- Dy problemet themelore ne dizanjin e programeve te sig.shend jane:

1. Negocijimi midis **mbulimit te gjere** (ku perfshihen shume sherbime) dhe **mbiperdorimit te sherbimeve**; dhe,
2. Negocijimi midis **konkurrences** dhe **perzgjedhjes**.

VLERA E SIGURACIONEVE SHENDETESORE

-

NEGOCIJIMI MIDIS SHPERNDARJES SE RREZIKUT DHE STIMUJVE

- Vlera e sig.shend rrjedh nga pasiguria dhe pa-parashikueshmeria e shpenzimeve shendetesore.
- Ne cdo popullate, vetem nje pjese shume e vogel e popullates eshte pergjegjese per pjesen me te madhe te shpenzimeve shend.
- Edhe pse individet mund te kene disa info per statusin shendetesor dhe nevojat e tyre per te shpenzuar per shendetin, niveli i sakte eshte teper i pasigurte. Si pasoje, sig.shend jane nje **mjet i rendesishem per te shperndare rrezikun duke cuan ne rritjen e mireqenies**.

- Koncepti i sigurimeve eshte **superior** ndaj konceptit te marrjes hua dhe kursimit.
- Individet mund te marrin **hua** kur jane semure dhe me pas ta paguajne haune pasi sherohen.
- Por megjithate, individet ndoshta nuk do jetojne aq gjate se ta garantojne kthimin e huase.
- Nga ana tjeter, **kursimet** mund te mbulojne shpenzimet e perditshme per shendetin. Por ngjarjet mjekesore mund te kerkojne shuma te medha parash te cilat nuk mund te mbulohen nga kursimet.
- Prandaj, **shperndarja e rrezikut npm sig.shend eshte me shume vlere per individet**.

- Shperndarja e rrezikut npm sig.shend eshte me vlere dhe per shoqerine.
- Me perjashtim te USA, ne shumicen e vendeve te zhvilluara mbulimi i gjere me sig.shend si mbrojtje ndaj rrezikut financiar te shendetit vleresohet shume nga shoqeria.
- Pervec ketyre, mbulimi i gjere i detyrueshem shmang deshtimin e tregut si psh perzgjedhjen negative dhe mbiperdorimin e sherbimeve (free-rider behavior).

- **Vlera e sig.shend** gjithsesi **zvogelohet** nga **stimuj te ndryshem** te cilet **gjenerohen** nga sig.shend.
- Psh, ka shume fakte qe ekzistenca e sig.shend con ne shtimin e shpenzimeve: individet e siguruar i perdorin sherbimet me shume sesa ne rastin kur do paguanin per to me para ne dore, duke cuar ne konceptin e rrezikut moral.
- Rreziku moral nenkupton qe individet e pershtasin sjelljen e tyre ndaj stimujve qe krijon sig.shend.

- Rreziku moral coi ne konkluzionin qe ky rrezik ul vleren e sig.shend dhe madje individet mund te perjetojne dhe pasoja negative duke qene se mbiperdorimi “thith” burime financiare te cilat do te mund te perdoreshin ne drejtime te tjera.
- Fakti qe individet e siguruar tentojne te mbi-perdorin sherbimet u vertetua nga eksperimenti RAND qe perfshiu 6000 individe ne 6 zona te USA dhe qe benin pjese ne skema te ndryshme sig.shend.
- Programet e siguracioneve ndryshonin nga shkalla e bashke-sigurimeve – midis 0% dhe 95%.
- Pa bashke-sigurime, shpenzimi shendetesor total per fryme ishte mjaft me i larte krahasuar me situatat kur ekzistonin bashke-pagesat.

- Dizanji i programve te sig.shend perfshin **negocijimin** midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve te duhur.
- **Skemat bujare** te sig.shend e shperndajne me shume rrezikun per tentojne te shpenzojne shume per shkak te rrezikut moral.
- Zakonisht, nivele modeste te bashke-sigurimeve jane te pranishme ne pjesen me te madhe te programeve sociale te sig.shend, per te frenuar mbiperdorimin.

PERZGJEDHJA NEGATIVE NE TREGJET KONKURRUESE TE SIGURACIONEVE SHENDETESORE

-

NEGOCIJIMI MIDIS KONKURRENCES DHE PERZGJEDHJES

- Do diskutojme per **negocijimin** midis konkurrences dhe perzgjedhjes, si nje element esencial per dizanjin e programeve te sig.shend.
- Natyrisht, ky negocijim **nuk** aplikohet per programet e sig.shend ne tregjet jo-konkurruese, dmth qe kane nje bleres te vetem te sherbimeve.
- Megjithate, krijuesit e skemave te sig.shend mbeshteten tek konkurrenca si nje mjet per te stimuluar inovacionin dhe per te rritur zgjedhjet e individeve ne menyre qe te realizohen preferencat e tyre.

- Ne kete kontekst, klientet qe kerkojne per produktin me te mire me cmimin me te ulet stimulojne, ne teori, konkurrencen e cmimeve dhe zhvillimin e produkteve te reja.
- Ky skenar do te ndodhte nese tregu i siguracioneve shendetesore do te ishte njesoj si tregjet e mallrave te tjera.
- Per fat te keq, siguracionet shendetesore jane ndryshe spese disa karakteristika te klienteve te sig.shend mund te ndikojne cmimin e produktit.

- Keshtu, nese premiumet bazohen tek rreziku, atehere te semuret do paguajne me shume per te njejtin produkt krahasuar me personat e shendetshem.
- Te semuret zakonisht preferojne skema siguracionesh me shume perfitime dhe bashke-sigurime te uleta.
- Dhe, meqe individet e dine me mire gjendjen e tyre shendetesore sesa siguruesi atehere ky i fundit e ka te veshtire qe te llogarise premiumet ne menyre te drejte.
- Prandaj, zakonisht kompanite e sigurimeve caktojne **premiume mesatare**.

- Zakonisht, skemat me bujare te sig.shend terheqin me shume individe te semure kurse skemat me pak bujare terheqin me shume individe jo te semure.
- Si pasoje e kesaj **perzgjedhjeje negative**, premiumet e skemave bujare (me shume perfitime) rriten, duke bere qe personat e shendeteshem te mos i blejne ato gje qe i rrit premiumet edhe me shume.
- **Perzgjedhja negative** e ben **te pamundur arritjen e ekuilibrit te tregut** qe siguron shperndarjen e rrezikut ne te dy grupe: te semuret dhe te shendeteshmit.

- Per me teper, skemat e sig.shend kane stimuj per te corientuar perfitimet ne menyre qe te behen jo terheqese per te semuret.
- Gjithashtu, ato nuk kane stimuj per te zhvilluar produkte te reja te cilat mund te terheqin te semuret ne skeme.
- **Keto jane te padeshirueshme nga pikepamja sociale**.
- Per kete arsye, hartuesit e skemave sociale te sig.shend perpiqen shume qe te parandalojne pasojat e perzgjedhjes negative.

- Kjo behet duke futur **mbulimin e detyrueshem**, duke **standardizuar perfitimet** dhe **duke braktisur premiumet bazuar ne nivelin e rrezikut**.
- Gjithsesi, n**egocijimi** midis konkurrences dhe perzgjedhjes mbetet nje ceshtje kryesore edhe ne programet e sig.shend teper te rregulluara sepse duhet ndonje sistem per te neutralizuar **stimujt per pergjedhjen e rrezikut**.

LLOGARITJA E PREMIUMEVE NE PROGRAMET E SIGURACIONEVE SHENDETESORE

- **Rreziku i perzgjedhjes negative** eshte arsyeja se perse programet e sig.shend **rregullohen ne menyre teper strikte**.
- Nje nga aspektet me te rendesishme te rregullimit ka te beje me llogaritjen e premiumeve te sig.shend.
- Pervec perzgjedhjes negative, ne shume vende te OECD prioritet i jepet dhe **drejtesise** ose **solidaritetit** si nje objektiv politik i financimit te kujdesit shendetesor.
- Ka disa dimensione te solidaritetit, si psh **solidariteti per rrezikun** dhe per **te ardhurat**, ku solidariteti per rrezikun eshte dimensioni me bazik i solidaritetit.

- Solidariteti per rrezikun ndahet ne solidaritet rreziku **ex-post** dhe **ex-ante** midis individeve te semure dhe te shendetshem.
- **Solidariteti ex-post** nenkupton nje rishperndarje te kufizuar te burimeve nga individet e shendetshem por qe nuk pritej te ishin te tille drejt individeve te semure por qe nuk pritej te ishin te tille.
- **Solidariteti ex-post** midis te semureve dhe te shendeteshmve eshte nje funksion baze i siguracioneve shendetesore, i cili mund te arrihet dhe ne sig.shend private qe i bazojne premiumet tek rreziku.

- Per thjeshtesi, programet e sig.shend qe bazohen tek premiumet bazuar ne rrezikun shendetesor do t'i konsiderojme si **private**.
- Nese programet e sig.shend llogarisin premiumet per komunitetet apo bazuar ne page, atehere keto do konsiderohen si **programe sociale te siguracioneve**.
- Programet private te e sig.shend ne USA qendrojne diku midis ketyre ekstremeve.
- Kujdes! Termi "privat" nuk i referohet statusit ligjor te kompanive. Psh, ne Hollande, programi social i sig.shend tani zbatohet nga kompanite private te sig.shend.

- **Solidariteti ex-ante** nenkupton rishperndarjen nga ata qe priten te jene te shendetshem tek ata qe priten te jene te semure.
- Kjo **nuk mund te arrihet** nepermjet premiumeve te bazuara tek rreziku, meqe keto i caktojne cmime me te larta atyre qe pritet te semuren.
- **Ne vendet e zhvilluara**, solidariteti ne pergjithesi **nuk kufizohet** vetem tek ai **ex-post**, duke preferuar nje shkalle me te larte solidariteti dhe rishperndarjeje.

- Keshtu qe – me perjashtim te USA dhe Gjermanise, ku sig.shend individuale llogarisin premiumet bazuar ne rrezikun dhe kane rreth 10% te tregut – ne vendet me sig.shend sociale, futja e kufizimeve te premiumeve (premiume te komunitetit, ku cdo individ ne nje komunitet ka te njejtin premium) dhe perfshirja e detyrueshme ne skeme kane cuar ne **solidaritet ex-ante dhe ex-post** midis te semureve dhe te shendeteshmve, sepse sig.shend nuk mund te vendosin premiume me te larta per personat me rrezik te larte.

- **Solidariteti i te ardhurave midis te pasurve dhe te varferve** mund te jete nje tjeter tipar i programeve te sig. shend.
- Ne premiumet bazuar ne komunitet, premiumet nuk marrin parasysh te ardhurat. Keshtu qe keto skema **nuk i shperndajne** burimet nga te pasurit tek te varferit. Per me teper, premiumet bazuar ne komunitet jane **regresive**: te pasurit paguajne nje % me te vogel per premiumet.
- Prandaj mund te aplikohen premiumet bazuar ne te ardhurat (sig.shend sociale ne Gjermani, France, etj). Ne Hollande, te dy aspektet aplikohen duke qene se gjysma e kontributeve te sig.shend bazohet ne te ardhurat dhe gjysma tjeter bazohet ne komunitet.

PROGRAMET E SIGURACIONEVE SHENDETESORE PRIVATE

- Sig.shend private jane me pak te rendesishme ne vendet e OECD krahasuar me burimet e tjera te financimit te kujdesit shendetesor.
- Midis vendeve te OECD, vetem ne USA programet e sig.shend private zene >30% te shpenzimeve shendetesore.
- Sidoqofte, sig.shend private **te rregulluara sic duhet** jane alternativa atraktive jo vetem ne USA por edhe ne Europen Perendimore.
- Cilat jane problemet lidhur me rregullimin e pershtatshem te sig.shend private, funksionet e tyre dhe lidhja e tyre me ofruesit e sherbimeve? Keto detajohen ne vijim.

FUNKSIONET E SIGURACIONEVE SHENDETESORE PRIVATE

- Programet e sig.shend private (PSSP) mbulojne shume funksione. Keto ofrohen nga firmat e sigurimeve si dhe nga agjensi jo-fitim-prurese.
- Biznesi i siguracioneve mund te bazohet ne planet tradicionale te siguracioneve (sigurim kunder humbjes, demtimit, etj) te cilat vetem rimbursojne kostot ose bazuar ne metoda me inovative, te cilat sigurojne variante te kujdesit te menaxhuar.
- Individe ose grupe apo korporata mund te kerkojne siguracione private, dhe kontratat zakonisht jane vullnetare.
- Por mund te kete dhe kontrata te detyrueshme.
- Shperndarja e rrezikut midis paleve (sigurues, i siguruar, ofruesi i sherbimeve, dhe punedhenesve) varion mjaft.

- **Rregullimi i PSSP-ve** ne vende te ndryshme varet nga konteksti historik kombetar dhe zhvillimet nderkombetare. Keto te fundit kane pature impakt shume te vogel ne te kaluaren per rregullimin e PSSP.
- Megjithate, ne Bashkimin Europian **rregullimi i sektorit privat** po merr rendesi gjithnje e me te madhe.
- Nga krahasimet nderkombetare mund te observohen **tre funksione** te PSSP ne sistemet e kujdesit shendetesor:

1. **PSSP mund te jete i vetmi opsion** per disa grupe te popullates sepse keta nuk jane perfshire ne skemen publike. Pra, PSSP kryejne funksionin e **alternatives** ndaj skemes publike.

Ky eshte rasti i Medicaid ne USA, ose aty ky perfshirja ne skemen e sig.shend sociale varet nga te ardhurat apo punesimi (Gjermani) apo mosha (Medicare ne USA).

Rregullimi eshte i domosdoshem per te garantuar qe personat qe nuk mbulohen nga skema publike te mbulohen nga PSSP.

2. Funksioni I dyte I PSSP eshte **te plotesojne** skemat publike. **PSSP suplementare** ofrojne mbulim per sherbime qe nuk mbulohen nga sistemi publik (psh, kujdesi dentar per adultet ne Hollande dhe Kanada, apo sherbime te tjera spitalore si dhoma private apo ½ private).

- PSSP gjithashtu ofrojne mbulim per sherbimet e ofruara jo plotesisht nga skemat publike duke reduktuar bashke-pagesat psh (mbulimi per bashke-pagesat ne France, kujdesi dentar ne Gjermani).
- Aty ku skemat publike jane gjithperfshirese, PSSP mbulojne sherbimet e luksit (qendrim me I rehatshem ne spital ne Belgjike psh).
- Si pasoje, PSSP suplementare kerkojne me pak rregullim strikt krahasuar me PSSP alternative.

3. Funksioni i trete i PSSP eshte **te kompletojne** skemat publike, duke siguruar mbulim te dyfishte: ata qe jane perfshire ne skemen publike mund te blejen sig.private qe mbulojne pjeserisht po ato benefite si dhe sistemi publik.

- Njerezit blejne PSSP komplementare per disa arsye: duan sherbime me te shpejta sesa ne sistemin publik, sherbime me te mira apo me te rehatshme, ose te takohen me mjeke qe nuk mbulohen nga skema publike.
- PSSP komplementare hasen ne sistemet qe financohen nga taksat – UK, Australi, Kanada, por luajne rol dhe ne sistemet e sig.shend.sociale si psh ne Hollande.

- Ceshtja ne PSSP komplementare eshte nese duhet te ofrohet apo jo.
- Psh, ne Kanada, 100% e popullates mbulohet nga skema e sig.shend publike, qe drejtohet nga provincat, shumica e te cilave e ndalojne ofrimin e PSSP komplementare.
- Megjithate, kjo rregullore u vu ne diskutim nga Gjykata Supreme, e cila e hodhi poshte kete kufizim.
- Por nuk dihet nese futja e PSSP komplementare ne keto skema do te kete sukses apo jo.

RREGULLIMI I SIGURACIONEVE SHENDETESORE PRIVATE

- Per te rritur aksesin ndaj PSSP per individet te cilet pritet te kene shpenzime te larta shendetesore ne te ardhmen (rreziqe te pafavorshme), ka disa menyra qe jane provuar gjate dekadave te kaluara.
- Shumica e ketyre menyrave jane zbatuar vetem per PSSP alternative ose komplementare (si ne Irlande).
- Diskriminimi kunder rreziqeve te pafavorshme ne PSSP suplementare eshte mjaft i perhapur prandaj rregullimi per kete skeme te sig.shend private duhet te forcohet me tej.

- Nje menyre per te mbikqyrur aksesin ne kujd.shend per rreziqet e pafavorshme eshte ofrimi i aksesit ne skemen publike per keta individe, duke kompensuar defektet ne shperndarjen e rrezikut qe ndodhin ne PSSP konkurruese. Kjo eshte zbatuar pjeserisht ne USA. Premiumet nga te ardhurat zakonisht mbulojne vetem nje pjese te shpenzimeve shendetesore per ata me rrezik te larte, pjesa tjeter mbulohet nga buxheti i shtetit.

- Ne vend te perfshirjes ne skemen publike te individeve ne rrezik te larte, **PSSP mund te rregullohen qe te rritin aksesin ndaj ketyre individeve**: regjistrimi i detyruar ne skeme, ndalimi i kufizimit bazuar ne gjendjet pre-ekzistuese, dhe kufizimet e nivelit te (larte) premiumeve jane disa menyra te rregullimit direkt.
- Edhe ketu ofrohet nje mbulim i individeve ne rrezik te larte por financimi nuk vjen nga buxheti por nga individet me rrezik te ulet (te shendetshem) te perfshire ne skemen e sigurimeve private.
- Edhe ne USA, legjislacioni po ndryshon duke rritur aksesin ne PSSP te rreziqeve te pafavorshme.

- Regjistrimi i detyruar, ndalimi bazuar ne gjendjet pre-ekzistuese dhe kufizimet e premiumeve te larta mund te rrisin aksesin ne PSSP.
- Por ato gjithashtu **krijojne stimuj per perzgjedhjen negative**.
- Rreziqet e pavaforshme mund te fillojne me nje mbulim baze ne fillim por me pas mund te kalojne ne mbulim te pergjithshem kur ndodh semundja.
- Eshte veshtire te neutralizohen keto stimuj te perzgjedhjes negative. Nje menyre eshte te kufizohet aksesi ndaj PSSP per nje kohe te caktuar, psh pasi humbet mbulimi ne skemen publike ose PSSS (programet e sig.shend sociale).

OFRIMI I SHERBIMEVE TE KUJDESIT SHENDETESOR

- Tradicionalisht, PSSP – ne USA dhe kudo tjeter – nuk kane ndikim ne stimujt nga ana e ofruesve, psh pagesat per sherbimin e ofruar nga mjeket.
- Nje perjashtim I rendesishem eshte zhvillimi I siguracioneve te kujdesit te menaxhuar ne USA.
- Megjithate, kujdesi I menaxhuar u zhvillua sepse palet e treta (punedhenesit, qeveria) I bene presion PSSP-ve qe te kufizonin shpenzimet.
- Ne pergjithesi, kujdesi I menaxhuar nuk ekziston ne PSSP individuale ne USA.

- Prandaj, PSSP perdorin instrumente te tjere ne anen e kerkeses per te **influencuar** kostot.
- Keshtu, kontratat perfshijne mekanizma te tille si **bashke-pagesat** ose **deductibles** per te rritur ndergjegjesimin e klientit lidhur me kostot. Keto mekanizma indirekt ushtrojne presion edhe mbi sjelljen e ofruesve.

- Nga ana tjeter, PSSP zakonisht nuk jane ne gjendje te influencojne se sa sherbime ofrohen nga ofruesit sepse fuqia e PSSP ne treg eshte shume e vogel per ta mundesuar kete.
- Gjithashtu, politikanet jane te interesuar qe skema publike te zhvillohet e fuqizohet. Pra, ata duan te zvogelojne shpenzimet kryesisht ne sistemet publike kurse kufizimi I kostove ne sektorin privat ka rendesi **te dores se dyte** per ata.
- Prandaj, shpesh perpjekjet per kufizimin e kostove ne skemen publike con ne zhvendosjen e kostove drejt PSSP-ve.

PROGRAMET E SIGURACIONEVE SHENDETESORE SOCIALE

- Hartuesit e skemave te sig.shend vazhdimisht kerkojne te parandalojne **pasojat e perzgjedhjes negative**.
- Nje menyre per ta bere kete eshte dizenjimi I programve te sig.shend me nje bleres/pagues te vetem (si ne Kore) ose programet e sig.shend jo-konkurruese me shume bleres/pagues (si ne France dhe Austri).
- Ne PSSS konkurruese me shume bleres/pagues (si ne Gjermani, Zvicer, Hollande) **perzgjedhja negative** parandalohet duke e bere mbulimin te detyrueshem, standardizuar perfitimet, dhe duke hequr dore nga premiumet bazuar ne rrezik.

- Megjithate, **negocijimi** midis konkurrences dhe perzgjedhjes mbetet ceshtje e rendesishme edhe ne keto sisteme sepse nje fare axhustimi I rrezikut eshte I nevojshem per te neutralizuar stimujt e rrezikut te perzgjedhjes negative nga siguruesit.
- Nje nga kerkesat me kryesore per te patur konkurrence ne PSSS e suksesshme eshte te kesh nje **mekanizem efektiv per axhustimin e rrezikut.** Duke qene se PSSS I ndalojne premiumet bazuar ne rrezik, **atehere ka stimuj shume te forte per perzgjedhjen e rrezikut**.

- Nese sistemi I axhustimit te rrezikut eshte jo I plote ose jo-ekzistent, atehere per programet e sig.shend eshte me fitimprurese **te perzgjedhin rreziqet sesa te menaxhojne sherbimet shendetesore**. Por kjo bie ne kundershtim me objektivat e reformes (eficence e larte, kenaqesi e pacientit, solidariteti ne financimin e kujdesit shendetesor dhe kufizimi I kostove).
- **Perzgjedhja e rrezikut** nga ana e siguruesve con ne tre efekte negative:

1. Skemat e sigurimeve nuk kane stimuj per te reaguar ndaj preferencave te rreziqeve te pafavorshme; ato e quajne te arsyeshme te ofrojne sherbime te mira per rreziqet e favorshme dhe sherbime te keqija per rreziqet e pafavorshme sepse investimet nga pergjedhjen e rrezikut (cream skimming) kane fitime > sesa permiresimi I eficiences se sherbimeve shend.
- Kjo eshte **fatale** nga kendveshtrimi I shendetit publik, pasi rreziqet e pafavorshme zakonisht jane te semuret kronike te cilet kane nevoje per sherbime me te mira sesa mesatarja.
- **Asnje skeme sigurimi nuk ka stimuj qe t'I dale nami se ofron kujdes efektiv ndaj te semureve kronike**!

2. Nese cream skimming eshte I suksesshem, ai do te coje ne **segmentimin e tregut**. Rreziqet e pafavorshme do te jene anetare te fondeve te semundjes me kontribute te larta, dhe rreziqet e favorshme ne fonde me kontribute te uleta.
- Kjo situate **nuk perputhet me parimin e solidaritetit ne PSSS duke qene se ne fakt ai shtron rrugen per premiume bazuar ne rrezikun**, qe ne fakt nuk aplikohet ne PSSS!

3. Strategjite per perzgjedhjen e rrezikut qe jane te arsyeshme nga pikepamja individuale mund te shkaktojne humbje per shoqerine. Investimet per identifikimin e rreziqeve te favorshme (psh teknologjia e informacionit) dhe investimet per thithjen e rreziqeve te favorshme dhe mbajtjen large te atyre te pafavorshme **nuk shkaktojne perfitime sociale, por humbje sociale**.

- Nga ana tjeter, perzgjedhja e rrezikut mund te destabilizoje tregun nese disa fonde te semundjeve nuk e aplikojne ate. Keto fonde mund te falimentojne per shkak te perzgjedhjes negative (sepse nuk perzgjedhin rrezikun, pra me te semuret do sigurohen ketu), dhe kjo ne vetvete eshte **humbje per shoqerine**.

- Kerkimet kane sugjeruar qe rregullimi I rrezikut bazuar ne gjinine dhe moshen parashikon keq shpenzimet shendetesore te individeve.
- Ndersa axhustimi I rrezikut bazuar ne diagnozat e meparshme ose kostot e meparshme I parashikon shpenzimet shendetesore me saktesisht.
- Kjo I demotivon fondet e semundjeve qe te kerkojne nje strategji me efektive per perzgjedhjen e rrezikut.

- Ne PSSS e tre vendeve – Gjermani, Hollande, Zvicer – jane aplikuar nivele te ndryshme te axhustimit te riskut.
- Vetem ne Hollande axhustimi I rrezikut bazohet tek shendeti, dhe prandaj vetem ne PSSS Hollandez stimujt per perzgjedhjen negative (cream skimming) nga ana e siguruesve jane neutralizuar sic duhet.
- Ne Gjermani dhe Zvicer, axhustimi I rrezikut ndodh mbi baza bruto, **duke lene stimuj te shumte** per perzgjedhjen e rrezikut.

- Gjithashtu, perzgjedhja e rrezikut ne Gjermani dhe Zvicer eshte me pak fitim-prurese sesa do te ishte po te mos kishte fare axhustim rreziku. Por fitimi eshte aq I larte se te jete stimul per ndjekjen e strategjive per perzgjedhjen e rreziqeve te favorshme.
- **Kurse ne Hollande**, edhe pse siguruesit mund te kene stimuj te ndryshem te vegjel per te perzgjedhur rreziqet e favorshme, ata duhet te marrin ne konsiderate dhe kostot e ndjekjes se strategjive qe perzgjedhin rreziqet, perfshire dhe reagimin e publikut nese keto perpjekje dalin ne shesh. Prandaj, **pothuajse nuk ndodh perzgjedhja e rrezikut ne Hollande**.

ZGJEDHJET E KONSUMATORIT

- Nje tjeter kusht qe konkurrenca te jete e suksesshme eshte dhe **zgjedhja e lire e klinetit**. Klientet – te siguruarit – duhet te kene lirine per tu shkeputur nga nje skeme drejt nje skeme me eficiente.
- Ne te tre keto vende aplikohet zgjedhja e lire e klienteve. Cdo klient mund ta nderroje skemen dhe cdo skeme eshte e detyruar te pranoje cdo aplikant.
- Kalimi nga njera skeme ne tjetren zakonisht ndodh ne nje kohe te caktuar. Stimujt per te nderruar skeme mund te jene te ndryshem.

OFRIMI I SHERBIMEVE TE KUJDESIT SHENDETESOR

- Edhe nese ka disa stimuj per skemat e sigurimeve qe te perzgjedhin rreziqet ne nje treg konkurrues dhe stimujt per klientet jane te larta, skemat e sigurimeve mund te influencojne eficiencen e ofrimit te sherbimeve shendetesore **vetem nese kane instrumenta te mjaftueshme per kete**.
- Perndryshe, klientet e pakenaqur do kalonin nga njera skeme tek tjetra dhe skemat nuk do e kuptonin se dicka nuk po shkon mire.
- Per te shmangur kete fenomen, skemat e sigurimeve duhet te jene ne gjendje te zhvillojne kontrata me ofruesit e sherbimeve te cilat marrin ne konsiderate dhe preferencat e klienteve.

- Pra, siguruesit duhet te jene ne gjendje te vendosin se cilet ofrues te kontraktojne dhe duhet te negociojne me ta l**irisht** kushtet e kontrates.
- Nese siguruesit nuk e bejne kete me cdo ofrues individualisht, atehere ato nuk do jene ne gjendje te kene avantazhe konkurruese.
- Ne rastin kur kontraktimi behet ne menyre kolektive (dmth, me cdo mjek qe deshiron te beje pjese ne kontrate) atehere ka pak stimuj per rregullimin sic duhet te ofrimit te kujdesit.

- Megjithate, liria per te kontraktuar ofruesit ne menyre selektive dhe individuale mund te kufizohet nga legjislacioni ne fuqi.
- Keshtu, ne te tre vendet ka disa mundesi qe siguruesit te kontraktojne ne menyre selektive me ofruesit. **Por vetem ne Hollande** siguruesit mund te zgjedhin ne menyre te lire ofruesit e kujdesit dhe nje agjensi qeveritare percakton tarifat maksimale per kujdesin ambulator dhe kujdesin spitalor.
- Kurse ne **Gjermani dhe Zvicer**, kontraktimi I ofruesve nga siguruesit ndodh ne menyre **kolektive**, por ka dhe perjashtime te ndryshme.

SIGURIMET SHENDETESORE NE VENDET ME TE ARDHURA TE ULETA DHE TE MESME

- Negociatat midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve te duhur dhe midis konkurrences dhe perzgjedhjes jane gjithashtu te rendesishme per vendet me te ardhura te uleta (VAU) dhe te mesme (VAM).
- Per VAU dhe VAM ekzistojne sfida specifike lidhur me zbatimin e sig.shend.
- Gjate dekadave te fundit, shume VAU dhe VAM kane filluar te zbatojne mekanizmat e sig.shend ne perpjekje per te zgjidhur problemet dramatike te financimit shendetesor.
- Zbatimi I sig.shend eshte konsideruar si nje strategji per zgjidhjen e ketyre problemeve **per 3 arsye**:

1. Mbledhja e te ardhurave: Dihet qe VAU/M shpenzojne % te vogla te PBB se tyre per shendetin, shpesh <5%. Shpesh sektori shendetesor I nen-financuar I merr te ardhurat nga taksat, pagesat private dhe burime te tjera. **PSSS eshte pare si nje menyre per te rritur burimet financiare per shendetin**. Vecanerisht nese njerezit e shohin qe marrin vlere per parate e tyre dhe qe kane perfitime te perkshme, atehere ata mund te vendosin t'I bashkohen skemes dhe te paguajne kontributet.

- SSS te detyrueshme jane me te thjeshta per tu zbatuar ne sektorin formal te ekonomise.
- Nese nje pjese e madhe e krahut te punes gjendet ne sektorin informal, atehere **siguracionet komunitare vullnetare ne shkalle te vogel** mund te jene me te pershtatshme; megjithate pengesa kryesore ketu eshte perzgjedhja negative.

2. Shperndarja e rrezikut/pishina e fondeve: Shpesh shpenzimet per trajtimin mjekesor cojne ne varferim, borxhe etj ne VAU/M sepse, edhe pse ka sisteme shendetesore te bazuara ne taksat, mbulimi I tij per nderhyrjet kirurgjikale dhe ilacet e shtrenjta shpesh eshte I **kufizuar ose I disponueshem** vetem ne rajone apo grupe te caktuara.
- Sic e pame, vlera e sig.shend rrjedh nga pasiguria dhe pa-parashikueshmeria e shpenzimeve shendetesore. Keshtu qe shperndarja e rrezikut mund te shoqerohet me **rishperndarje ex-ante** te burimeve, duke cuar ne kete menyre ne **zvogelimin e boshllekut gjigand midis shumices se varfer dhe pakices se pasur**.

3. Blerja e sherbimeve te kujdesit shendetesor: Agjensite e sig.shend blejne sherbime per te siguruarit ne tregun e kujdesit shendetesor. Pra, **ata kane fuqi dhe mund te negociojne per sherbime cilesore dhe kosto-efektive**, ndersa individet, vecanerisht kur kane nevoje per sherbime shendetesore, nuk mund ta bejne kete.

- Duke qene se sektori shendetesor ne VAU/M shpesh **ka performance te ulet**, atehere zbatimi I skemave te sig.shend mund te jete nje strategji **per te rritur cilesine e sherbimeve**.
- Nga ana tjeter, meqe klientet kane paguar kontribute, ata kane te drejte te kerkojne per sherbime me cilesi me te mire.

- Megjithese ka argumenta te forta qe zbatimi I sig.shend mund te **permiresoje sasine** dhe **cilesine e sherbimeve shendetesore** dhe te kontribuoje per nje shperndarje me te drejte te barres financiare, **vetem sig.shend nuk mund te zgjidhin te gjitha problemet e sektorit shendetesor**.
- Fakti nese zbatimi I sig.shend ne VAU/M do jete I suksesshem varet nga nje sere faktoresh.
- Ne vecanti, duhet te ekzistoje **vullneti politik** dhe **nje klime shoqerore e favorshme** per suksesin e siguracioneve shendetesore.

SIGURACIONET SHENDETESORE DHE REZULTATET SHENDETESORE

Do shohim shkurtimisht evidencat empirike te lidhjes midis programeve te ndryshme te sig.shend dhe rezultateteve shendetesore.

- Se pari, eshte e qarte qe **pasojat shendetesore te mungeses se sig.shend jane dramatike**. Personat e pasiguruar marrin me pak sherbime parandaluese dhe diagnostikuese, jane me te semure ne momentin e diagnozes, marrin me pak kujdes terapeutik, dhe kane vdekshmeri me te larte.

- Kjo diference mund te pritet edhe midis skemave te ndryshme te sig.shend. Per shembull, anetaret e skemave **me bujare te sig.shend** (te tilla si mbulim I madh dhe bashke-pagesa te uleta) mund te kene shendet me te mire sesa anetaret e skemave me **me pak perfitime si bashke-pagesa te larta**.
- Por, evidencat jane kontradiktore. Ne rastin me te mire, faktet lidhur me pasojat shendetesore te pjesemarrjes ne skema te ndryshme te sig.shend **jane te pakta**.

KONKLUZIONE

- Dizanji I programeve te sig.shend percaktohet nga negocijime te rendesishme.
- Se pari, duhet marre ne konsiderate negocijimi midis shperndarjes se rrezikut dhe stimujve te duhur.
- Skemat bujare te sig.shend e shperndajne rrezikun ne menyre me te gjere por mund te cojne ne rritje te shpenzimeve per shkak te rrezikut moral.
- Megjithate, **shumica e shteteve** – me perjashtim te USA – **lejojne nje fare shkalle te rrezikut moral** ne menyre qe te kene perfitimet e shperndarjes se gjere te rrezikut dhe mbulimit te gjere.

- Se dyti, duhet marre ne konsiderate negocijimi midis **konkurrences** dhe **perzgjedhjes se rrezikut**.
- Shume shtete mbeshteten mbi PSS konkurruese si nje mjet per te stimuluar inovacionin dhe – te pakten ne nje fare mase – per te zgjeruar zgjedhjet e klienteve si menyre per plotesimin e preferencave te tyre.
- Por, nese PSS I llogarisin premiumet bazuar ne rrezik, atehere perzgjedhja negative mund ta beje te veshtire, ne mos te pamundur, arritjen e ekuilibrit te tregut, I cili shperndan rrezikun ne te dy grupet: te semuret dhe te shendetshmit.
- Si pasoje, hartuesit e PSS ne shume vende perpiqen te **parandalojne pasojat e perzgjedhjes negative**.

- **Regjistrimi** I hapur I **detyruar**, **kufizimi I gjendjeve pre-ekzistuese** dhe **kufizimet e nivelit te larte te premiumeve** jane mjete te rendesishme per te rritur aksesin ndaj PSSP.
- Megjithate, rregullimi ketu **krijon stimuj per perzgjedhjen negative**, dhe mund te coje ne shperndarje te pabarabarte te rrezikut dhe stimuj per perzgjedhjen e rrezikut (cream skimming) midis siguruesve qe jane ne konkurrence.

- **PSSP alternative** ka nevoje per **rregullim strikt**, sepse nje treg I parregulluar nuk do garantoje dot qe individet qe nuk mbulohen nga skema publike do te mbulohen ne menyren e pershtatshme nga sig.shend privat.
- **PSSP suplementare** kane nevoje zakonisht **per rregullim me pak strikt**.

- **Perzgjedhja negative** mund te parandalohet duke krijuar PSSS me nje pagues/bleres te vetem ose PSSS jo-konkurrues me shume bleres/pagues.
- Hartuesit e PSSS konkurruese me shume bleres/pagues parandalojne pasojat e perzgjedhjes negative duke zbatuar **mbulimin e detyrueshem**, **standardizimin e perfitimeve**, dhe **heqjen dore nga premiumet bazuar ne rrezik**.
- Sidoqofte, **negocijimi** midis konkurrences dhe perzgjedhjes mbetet ceshtje kryesore ne keto programe, sepse **duhet nje sistem per axhustimin e rrezikut qe te neutralizoje stimujt per perzgjedhjen e rrezikut nga siguruesit**.

- Edhe nese stimujt per perzgjedhjen e rreziqeve ne tregjet konkurruese jane te vogla dhe stimujt per zgjedhjen nga ana e klienteve jane te larta, siguruesit jane ne gjendje te influencojne eficiencen e sherbimeve shendetesore te ofruara vetem nese kane mjetet e duhura per kete.
- Faktet lidhur me pasojat shendetesore te aderimit ne skema te ndryshme te sig.shend **jane mjaft te pakta** dhe **rezultatet jo te qarta**.
- **Por eshte e qarte qe mungesa e sig.shend ka pasoja dramatike**.

- Siguracionet shendetesore mund te kontribuojne per permiresimn e problemeve te financimit shendetesor ne VAU/M.
- Ne vecanti, sig.shend mund te lehtesoje **mbledhjen e te ardhurave** qe shkojne per shendetin duke lejuar per rritjen e sasise dhe cilesise se sherbimeve; **mund te mbeshtese shperndarjen e rrezikut** duke shmangur apo lehtesuar varferimin per shkak te semundjes; dhe mund te jete nje mjet **per blerjen e kujdesshme te kujdesit shendetesor**.

- Nese zbatimi I sistemit te zgjedhur te sigurimeve shendetesore ne VAU/M do te kete suskes, kjo varet nga shume faktore.
- Por, **mbeshtetja politike** dhe **sociale** jane faktoret me kryesore ne kete drejtim.

LEKSIONI 13

–

STRATEGJITË E PROGRAMEVE TË SIGURACIONEVE SHËNDETËSORE PËR TË FILTRUAR PERSONAT E PËRSHTATSHËM PËR T'U SIGURUAR

Hyrje

Logjika sugjeron që nëse planet private të sigurimit shëndetësor konkurrojnë së bashku me një opsion publik, ato mund të rrezikojnë stabilitetin financiar të këtij të fundit duke filtruar në mënyrë të pandershme (cream-skimming, apo marrja e ajkës) "rreziqet e mira".

Filtrimi i pandershëm nënkupton që kompanitë e ndryshme tentojnë të ofrojnë shërbime vetëm për klientët/pacientët me vlerë të lartë (aftësi të mira paguese) ose për ata me rrezik të ulët, ndërkohë që nuk i ofrojnë shërbimet klientëve/pacientëve që konsiderohen si më pak fitimprurës për kompaninë.

Dy faktorë mund të kontribuojnë në shtrirjen e filtrimit të pandershëm:

1. shkalla e diferencimit horizontal midis opsioneve publike dhe private kur preferencat janë heterogjene
2. nëse dizajni i kontratës inkurajon zgjedhjen e sigurimit privat përpara se të zbulohet informacioni rreth rrezikut.

Materiali në vijim shqyrton rolin e këtyre faktorëve në kontekstin e organizimit unik të sistemit shëndetësor Gjerman. Do të argumentojmë që nuk ka ndonjë të dhënë për "cream-skimming" nga shkallë të gjerë të opsionit publik nga siguruesit privatë. Një model i kërkesës për sigurim privat mbështet idenë se heterogjeniteti në preferencat jo-financiare dhe struktura afatgjatë e kontratave të sigurimit privat mund të zhvlerësojnë filtrimin e pandershëm në këtë mjedis.

Një veçori e zakonshme e tregjeve të sigurimeve shëndetësore është se shpenzimet e siguruesve varen nga cilët janë klientët e tyre dhe si sillen ata.

Kjo veçori tradicionalisht ka ngritur shqetësime në lidhje me fizibilitetin e konkurrencës për përmirësimin e efikasitetit, dhe ka shërbyer si një justifikim i zakonshëm për rolin e gjerë të qeverisë në sigurimin shëndetësor. Megjithatë, gjithnjë e më shumë, politikat publike në sigurimin shëndetësor tentojnë të gjejnë një ekuilibër midis shqetësimeve të përzgjedhjes dhe përfitimeve të efikasitetit të mundshëm nga konkurrenca duke riorganizuar sigurimet nga thjesht private apo thjesht publike në një miks të të dyjave.

Një pyetje qendrore në marrëveshje të tilla, ku një sistem i sigurimit shëndetësor privat mund të ekzistojë paralelisht me një sistem publik sigurimi shëndetësor, është nëse *siguruesit privatë mund*

të dëmtojnë opsionin publik duke regjistruar në mënyrë disproporcionale individë me "rreziqe të mira". Debati rreth mënyrës më të mirë për të krijuar/dizajnuar mjedise të përziera (mikse) publike-private të sigurimeve shëndetësore nuk ka marrë zgjidhje përfundimtare, dhe kohët e fundit ka tërhequr interes të ri në diskutimin akademik dhe politik në dritën e reformave të peizazhit të sigurimeve shëndetësore në Shtetet e Bashkuara sipas Aktit të Kujdesit Përballueshëm të vitit 2010.

Në vijim do të ofrojmë njohuri empirike në funksionimin e një sistemi sigurimi në të cilin siguruesit privatë konkurrojnë së bashku me një opsion publik dhe lejohen të *vlerësojnë plotësisht rrezikun*.

Sfondi për analizën tonë është mjedisi institucional i sigurimeve shëndetësore në Gjermani. Do përpiqemi të vlerësojnë shkallën e zgjedhjes midis opsioneve publike dhe private të sigurimit shëndetësor dhe të shohim cilët faktorë ndikojnë në këtë zgjedhje.

Por përpara kësaj, le të shqyrtojmë nga afër se cfarë do të thotë "vlerësim i rrezikut" në siguracionet shëndetësore.

Vlerësimi i rrezikut në siguracionet shëndetësore

Cfarë do të thotë të *vlerësosh rrezikun* në siguracionet shëndetësore? Përsa i përket vlerësimit të rrezikut, kompania vlerëson rrezikun që lidhet me ofrimin e mbulimit me siguracione shëndetësore. Bazuar në këtë vlerësim, kompania e sigurimit shëndetësor cakton nivelin e primit për t'u siguruar. Ky proces ka rëndësi thelbësore për sistemin e sigurimeve, pasi mund të rezultojë në cream-skimming ose filtrim të pandershëm të klientëve, duke cuar në përjashtimin nga sigurimet të grupeve të caktuara të popullatës.

Termi për "vlerësimin e rrezikut" në gjuhën angleze është "risk underëriting".

Faktorët që ndikojnë në vlerësimin e rrezikut që lidhet me ofrimin e mbulimit me siguracione shëndetësore janë si vijon:

- **Faktorët madhorë të rrezikut** – *Klasifikimi i rrezikut* (gjendja fizike, rreziku moral, punësimi); *Nivelet e primit* (I preferuar, Standard, Substandard, I pasigurueshëm); *Faktorë të Tjerë të Rrezikut* (Mosha, gjinia, historia shëndetësore, hobit).
- **Faktorët premium** – Sëmundshmëria, interesi, shpenzimet
- **Trajtimi i Primeve dhe Përfitimeve nga pikëpamja e taksave** – Sigurimi bazuar tek të ardhurat e paaftësisë, Sigurimi bazuar në shpenzimet shëndetësore, Vetë-punësimi
- **Kujdesi i Menaxhuar** – Politikat në fuqi, Menaxhimi i kostove mjekësore (opinionet e dyta të detyrueshme, Rishikimi i pre-certifikimit, Kirurgjia ambulatore, Menaxhimi i rastit).

Faktorët madhorë të rrezikut

Faktorët kryesorë që merren në konsideratë për vlerësimin e rrezikut në sigurimin shëndetësore janë po ato që shqyrtohen në cdo lloj procesi të vlerësimit të rrezikut. Në rastin e sigurimeve shëndetësore, faktorët më të rëndësishëm janë *historia mjekësore* dhe *punësimi*.

Përvec vlerësimi individual të rrezikut, ka dhe vlerësim të rrezikut në grup, ku rreziku vlerësohet për një grup të tërë individësh, dhe bazuar në vlerësimin përkatës, i gjithë grupi mund të pranohet apo t'i mohohet mbulesa me siguracione shëndetësore.

Kompanitë e sigurimeve i shqyrtojnë nga afër grupet e vogla, në kërkim të individëve "shumë të sëmurë" dhe në rast se këta konstatohen, atëherë i kërkohët të gjithë grupit që të paguajë prime më të larta për të kompensuar siguruesin për rrezikun e lartë. Pra, kompanitë e sigurimit rezervojnë të drejtën për të vlerësuar rrezikun individual edhe brenda politikave të grupit.

Klasifikimi i rrezikut

Klasifikimi i rrezikut është më tepër sesa thjesht vendosja "po" ose "jo" – është shkalla e rrezikut në të cilën siguruesi e vendos veten e tij. Le të shqyrtojmë më nga afër 3 faktorët më kryesorë në këtë proces.

1. Gjendja fizike e personit që kërkon siguracione shëndetësore
2. Rreziku moral
3. Punësimi.

Nivelet e primit

Bazuar në kombinimin e këtyre faktorëve, siguruesi përcakton nëse këtij personi do t'i ofrohet siguracion dhe nëse po, në cfarë niveli do vendoset primi. Kemi zakonisht këto lloj primesh:

- *Niveli i preferuar* – prim më i ulët (personi është më mirë sesa rreziku mesatar)
- *Niveli standard* – prim normal (terma dhe nivele standarde)
- *Niveli substandard* – prim më i lartë (personi është më në rrezik sesa rreziku mesatar)
- *I/e pasigurueshëm/shme* – refuzohet mbulimi me siguracione shëndetësore.

1. *Gjendja fizike*

Natyrisht, gjendja fizike e sigurim-kërkuesit është shumë e rëndësishme. Një person që ka kaluar ose ka të ngjarë të sëmuret apo të lëndohet më shumë sesa një person tipik i shëndetëshëm mund t'i kushtojë më shumë siguruesit shëndetësor.

Shëndeti i një personi përfshin jetëgjatësinë e pritshme, dhe luan një rol kyc për të përcaktuar faktorët e rrezikut që lidhen me sigurimin e këtij personi. Siguruesi duhet të marrë në konsideratë cdo sëmundje të tillë si kancer, sëmundje zemre, hipertension, diabet, etj. Këto sëmundje shkaktojnë një rrezik më të lartë sesa rreziku mesatar për vdekjen parakohe të individëve të prekur.

Duke qënë se lartësia dhe pesha luajnë një rol të madh në jetëgjatësinë e individëve, edhe këta faktorë merren në konsideratë.

Historia mjekësore familjare gjithathtu shqyrtohet. Nëse prinderëit e sigurim-kërkuesit kanë vdekur herët për shkak të sëmundjeve, atëherë ka të ngjarë që edhe individi që kërkon sigurime nuk do të jetojë shumë gjatë gjithashtu.

2. *Rreziku moral*

Stili personal i jetesës mund të jetë një faktor i rëndësishëm në vlerësimin e rrezikut. Për shembull, nëse dikush pi duhan ose alkool në mënyrë të tepruar, atëherë ai/ajo paraqet një rrezik më të lartë për shpenzime të larta shëndetësore. Zakone të tilla si konsumi i alkoolit apo drogës, problemet financiare, ose historia për aksidente automobilistike luan rol në caktimin e primeve më të larta.

Merret në konsideratë edhe karakteri dhe reputacioni i individit sigurim-kërkues. Gjithashtu, primet janë më të larta për individët që marrin pjesë në aktivitete apo hobi me rrezik të lartë (si hedhje me parashutë, ngjitja e maleve, garat me makina).

3. *Punësimi*

Cdo person i punësuar në profesione të rrezikshme paguan prime më të larta. Psh., një pilot ka rrezik më të madh krahasuar me dikë që punon në zyrë.

Nëse personi ndërron vendin e punës pa vënë në dijeni kompaninë siguruese dhe bëhet një ankesë, atëherë kompania mund të korrigjojë/indeksojë primin sipas rastit. Psh., nëse dikush ka blerë një prim të caktuar dhe më pas punësohet në një profesion më të rrezikshëm dhe pësoi një lëndim që shkakton paaftësi, kompania e sigurimit mund të indeksojë përfitimet e marra për të reflektuar pagesat më të larta që do ishin paguar nëse ky person do punonte në këtë vend punë që në fillim. E kundërta, nëse individi punësohet në një profesion me rrezik më të ulët, mund të bëhet një kompensim për primet më të larta të paguara.

Nëse i siguruari rezulton se ka marrë pjesë në aktivitetet të paligjshme, ose është bashkëpunëtor në ndonjë akt të ilegal, ose është punësuar në mënyrë ilegale në kohën e humbjes apo sëmundjes, atëherë e drejta e përfitimeve nga siguracionit hiqet.

Kompanitë e siguracioneve i pajisin punëonjësit e tyre me udhëzues për të dalluar dhe njohur profesionet me rrezik të lartë. Për shembull, profesioni si pilot i linjave ajrore përfaqëson një rrezik më të lartë sesa shofer autobuzi. Bazuar në këto udhëzime, kompania e sigurimeve mund të zgjedhë osë politikën e primeve më të larta ose të refuzojë sigurimin e individit.

Rreziku okupacional klasifikohet në 5 klasa/nivele, nga AAA (renditja më e lartë – rreziku më i ulët), në AA, A, B dhe C (renditja e fundit – rreziku më i lartë).

Politika të pandryshueshme u ofrohen vetëm atyre me nivelin AAA të rrezikut.

Faktorë të tjerë të rrezikut

Sic e përmendëm më parë, faktorët e lidhur me gjendjen fizike, rrezikun moral dhe punësimin janë faktorët kryesore që merren në konsidertë gjatë procesit të vlerësimit dhe klasifikimit të rrezikut. Megjithatë, vlerësimi i rrezikut nuk kufizohet vetëm tek këta faktorë.

Faktorë të tjerë përfshijnë vlerësimin e moshës, historisë mjekësore, faktorëve morale, statusi financiar dhe hobit.

Siguruesit shëndetësore, HMO-të dhe planet e tjera shëndetësore në përgjithësi ndalohen që të marrin ose përdroin cfarëdo lloj informacioni gjenetik për qëllimet e vlerësimeve të primeve të sigurimit. Po kështu, ata ndalohen që të vendosën cfarëdo kufizimi në mbulesën me siguracioine ose në vendosjen e niveleve të ndryshme të primeve bazuar në informacionin gjenetik në mungesë të një diagnoze ose gjendjeje shëndetësore të lidhur me këtë informacion gjenetik.

Cfarë përfshin informacioni apo testimi gjenetik?

Informacioni apo testimi gjenetik nuk përfshin ekzaminimet fizike rutine ose analizat kimike, të gjakut apo urinës, nëse kjo bëhet për të marrë informacion gjenetik, ose pyetjet lidhur me historinë familjare nëse kjo bëhet për të pëftuar informacion gjenetik lidhur me sigurim-kërkuesin.

Ndalimi lidhur me përdorimin e informacionit ose testimin gjenetik nuk aplikohet në rastin e vlerësimit të siguracionit të jetës, të ardhurave nga paaftësia, kujdesin afat-gjatë, vetëm aksidente, dëmshpërblimi spitalor ose ai fiks, politikat shëndetësore dentare dhe të syve.

Faktorët premium

Këtu përfshihen tre faktorë kryesore:

1. Sëmundshmëria

2. Interesi
3. Shpenzime.

1. Sëmundshmëria

Sëmundshmëria merret në konsideratë gjasat që një person do të sëmuret apo do lëndohet në të ardhmen. Statistikat nga tabelat e sëmundshmërisë parashikojnë numrin e përafërt të personave (në mosha të caktuara) të cilët pritet të sëmuren apo të lëndohen cdo vit si dhe parashikojnë kohëzgjatjen e sëmundjes ose lëndimit.

Siguruesit janë të ndërgjegjshëm për këto të dhëna, dhe prandaj janë në gjendje të llogarisin nëse një person kualifikohet për t'u siguruar dhe cfarë nivel primi duhet t'i caktohet atij/asaj.

2. Interesi

Në mënyrë të ngjashme me sigurimin e jetës, një pjesë e të gjitha primeve investohet për të fituar interes nga këto para. Ky është një element i rëndësishëm për përcaktimin e niveleve të primeve. Nëse fitimi nga interesi është i lartë, kjo mund të reduktojnë kostot e primeve.

3. Shpenzimet

Si në cdo biznes tjetër, ka shumë shpenzime që duhen mbuluar në biznesin e sigurimeve shëndetësore, të tilla si pagat e punonjësve, komisionet, pajsijet, mirëmbajtja, furnizimet, etj. Shpenzimet llogariten dhe përfshihen nga të gjitha primet në mënyrë që të mbulohet kostoja e tyre.

Trajtimi i Primeve dhe Përfitimeve nga pikëpamja e taksave

Në pjesën më të madhe, taksat mbi primet dhe përfitimet e siguracioneve shëndetësore varen nga lloji i siguracionit të blerë. Parimi është që paraja taksohet vetëm një herë. Nëse një person paguan taksa për primet e tij/saj, atëherë ai/ajo nuk duhet të paguajë taksa për përfitimet që merr; dhe nëse një plan grupi i kërkon punonjësve të paguajnë prime nga të cilat janë përjashtuar taksat, atëherë punonjësit që marrin përfitimet duhet të paguajnë taksat. Në një mënyrë apo në një tjetër, taksat paguhen ose përpara ose pas marrjes së përfitimeve.

Sigurimi bazuar tek të ardhurat e paaftësisë

Sigurimi i të ardhurave të paaftësisë është një lloj siguracioni shëndetësor që siguron pagesën e të ardhurave periodike nëse personi bëhet i paaftë nga sëmundja ose lëndimi.

Në planet individuale të siguracioneve, primet e paguara për siguracionin bazuar tek të ardhurat e paaftësisë taksohen gjithashtu. Përfitimet e paaftësisë janë pa taksa për ata që i marrin këto përfitime.

Në planet siguruese në grup, primet e paguara për siguracionin bazuar tek të ardhurat e paaftësisë nga punonjësit konsiderohen të përjashtuara nga taksat. Marrësit e përfitimeve të paaftësisë taksohen.

Sigurimi bazuar në shpenzimet shëndetësore, Vetë-punësimi

Nëse një kompani sigurimesh shëndetësore rimburson të siguruarit për shpenzimet mjekësore të tyre, atëherë të siguruari nuk mund të zbresin atë shumë nga taksa mbi të ardhurat.

Trajtimet që mund të konsiderohen si shpenzime mjekësore të zbritshme përfshijnë:

- Medikamentet me recetë mjeku
- Insulinën
- Shpenzimet spitalore
- Tarifat e mjekut të familjes dhe kirurgut
- Kujdesin infermieror
- Kujdesin dentar
- Trajtimi rehabilituese, dhe
- Primet e siguracioneve mjekësore.

Individët e vetë-punësuar kanë një skenar të ndryshëm. Nëse dikush është i vetë-punësuar, i gjithë kujdesi mjekësor (përfshirë primet) janë plotësisht të përjashtuara nga taksat. Primet për punonjësit që janë edhe anëtarë familje në biznesin e tyre përjashtohen nga taksat gjithashtu.

Kujdesi i Menaxhuar

Organizatat e Kujdesit të Menaxhuar (MCOs), sic e kemi përmendur në leksionet e mëparshme, përfshijnë Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMOs), Organizata e Ofruesit të Preferuar (PPOs), Organizata e Ofruesit Ekskluziv (EPOs), etj.

Kufizimi i kustove të kujdesit mjekësor është shqetësimi kryesor i tyre, por pa ulur cilësinë e kujdesit mjekësor për klientët. Këto organizata kanë shpikur shumë teknika për të realizuar këtë synim.

Politikat në fuqi

Mënyra se si është hartuar një politikë apo politika të caktuara kanë një impakt të madh tek kostot. Për shembull, sa më e lartë pagesa e tipit "deductible" (pjesa që zbritet) aq më të ulëta janë kostot e primeve, dhe po kështu aq më të ulëta janë kostot për siguruesit.

Përfitimet më të mëdha mund t'i kushtojnë më shumë si siguruesve ashtu edhe të siguruarve. Ndërkohë, reduktimi i kohës së marrjes së përfitimeve mund të ulë kostot për siguruesit.

Menaxhimi i kostove mjekësore

Menaxhimi i kostove mjekësore përdor katë modele kryesore të përgjithshme: Opinionet e dyta të detyrueshme, Rishikimin e pre-certifikimit, Kirurgjinë ambulatore, dhe Menaxhimin e rastit.

Opinionet e dyta të detyrueshme

Këto janë të nevojshme përpara se i siguruari t'i nënshtrohet cdo lloj kirurgjie jo jetë-kërcënuese. Nëse merret një opinion profesional i dytë, përfitimet mund të reduktohen (pas rriten kostot).

Rishikimi i pre-certifikimit

Kjo ndodh kur i siguruari duhet të marrë "leje" nga siguruesi përpara se të kërkojë kujdes spitalor për gjendje shëndetësore jo jetë-kërcenuese. Në rast urgjence mjekësore, shumica e planeve nuk e aplikojnë pre-certifikimin nëse siguruesi njoftohet brenda 24 orëve të shtrimit në spital.

Kirurgjia ambulatore

Kjo i ofron të siguruarve të zgjedhin kirurgjinë ambulatore ose spitalore. Nëse i siguruari zgjedh kirurgjinë ambulatore në vend të asaj spitalore, disa plane mund të ofrojnë zbritje të pagesës si një mjet nxitës duke qënë se kirurgjia ambulatore është më pak e kushtueshme për siguruesit.

Menaxhimi i rastit

Është një proces që mund të kufizojë pretendimet me kosto shumë të larta. Menaxherët e rastit janë specialistë mjekësorë, pjesë e kompanisë siguruese, të cilët rishikojnë dhe shqyrtojnë rastet që mund të shndërrohen në ankesa apo pretendime me kosto të larta. Këta menaxherë punojnë me pacientët për të ofruar kujdesin më të mirë me koston më të ulët të mundshme. Qëllimi i menaxhimit të rastit është që t'i mundësojë siguruesve të luajnë një rol aktiv në menaxhimin e asaj që mund të shndërrohet në një pretendim shumë i kushtueshëm. Kur një menaxher i rastit caktohet për të trajtuar një ankesë apo pretendim të caktuar, atëherë ky proces quhet "rishikim konkurrent".

Tani le t'i kthehemi pyetjes sonë qendrore që propozuam në fillim: në kontekstin ku një sistem i sigurimit shëndetësor privat mund të ekzistojë paralelisht me një sistem publik sigurimi shëndetësor, a mund të dëmotjnë siguruesit privatë opsionin publik duke regjistruar në mënyrë

disproporcionale individë me “rreziqe të mira”? Gjithashtu, thamë që ky vlerësim do të bazohet në sistemin Gjerman, i cili ka të gjithë komponentët e duhur për t’i dhënë përgjigje kësaj pyetjeje.

Mjedisi institucional i sigurimeve shëndetësore në Gjermani

Gjermania shpenzon 11% të Prodhimit të Brendshmë Bruto në kujdesin shëndetësor, që arrin në rreth 5000 dollarë për frymë ose afërsisht 400 miliardë dollarë në shpenzimet vjetore të kujdesit shëndetësor.

Një pjesë e madhe e këtyre shpenzimeve - 58% - paguhen nga siguruesit, të cilat janë pjesë e të ashtuquajturave Sigurim Shëndetësor i Detyrueshëm (tani e tutje "SHI"). SHI ndryshon nga mbulimi publik konvencional, pasi ka fonde të shumëfishta të pavarura jo-fitimprurës të sigurimit të ndërsjellë të që operojnë brenda sistemit. Qeveria nuk drejton drejtpërdrejt vlerësimin e rrezikut ose administrimin e planeve.

Në mënyrë të ngjashme me një "opsion publik" tradicional, siguruesit e SHI-së nuk mund të mohojnë mbulimin, nuk mund të vlerësojnë rrezikun, dhe sasia e mbulimit që ata ofrojnë si dhe primet janë pothuajse plotësisht të përcaktuara nga qeveria.

Paguesi tjetër më i madh në sistemin shëndetësor gjerman (pas shpenzimeve individuale nga xhepi) është sigurimi shëndetësor privat (tani e tutje "PHI") që mbulon 8% të shpenzimeve totale. Siguruesit e pavarur komercialë që janë pjesë e sistemit të PHI ofrojnë paketa individuale të sigurimit shëndetësor në një treg të fuqishëm jo në bazë. Këta sigurues janë të lirë të vendosin nëse do të regjistrojnë një individ ose të mohojnë mbulimin, dhe të gëzojnë liri të konsiderueshme në vendimin e tyre për shtrirjen e mbulimit dhe primeve.

Disa politika publike kyçe formojnë kuadrin e sigurimit shëndetësor gjerman:

- Së pari, punonjësit me të ardhura nën një prag të përcaktuar çdo vit (rreth 58,000 $ në 2015) duhet të regjistrohen në SHI. Vetëm një grup i caktuar individësh mund të zgjedhë të regjistrohet në sistemin privat - kryesisht punonjës me të ardhura mjaft të larta, individë të vetëpunësuar dhe nëpunës civilë. Ata që zgjedhin të heqin dorë nga "opsioni publik" dhe të regjistrohen në PHI janë të kufizuara në aftësinë e tyre për t'u rikthyer në sistemin publik më vonë.

- Së dyti, qeveria përcakton prime rishpërndarëse për opsionin publik - primet ndryshojnë sipas të ardhurave të individit, por jo sipas rrezikut. Në vitin 2015, anëtarët jo të vetë-punësuar paguan 7.3% të të ardhurave të tyre në primet SHI. Individët që kanë të drejtë të zgjedhin midis sistemeve SHI dhe PHI përballen me primet më të larta në SHI.

- Së treti, siguruesit privatë lejohen që të vlerësojnë plotësisht rrezikun e shëndetit individual kur një individ regjistrohet për herë të parë me një sigurues në sistemin privat; në këmbim, siguruesit duhet të ofrojnë kontrata afatgjata të rinovueshme pa patur nevojë për

ri-klasifikimin e rrezikut.

Planet SHI dhe PHI ndryshojnë në shumë dimensione. Përveç ndryshimeve në primet e paraqitura më sipër, shpesh ekzistojnë dallime thelbësore në ndarjen e kostos. Ndërkohë që planet SHI në mënyrë tipike kanë ndarje të ulët të kostos, planet e PHI mund të ofrojnë deductibles të larta dhe mund të aplikojnë disa bashkë-sigurimin, edhe pse konsumatorët kanë shumë zgjedhje në hartimin e planeve PHI dhe mund të negociojnë për primet dhe ndarjen e kostove.

Planet PHI kërkojnë më shumë likuiditet financiar nga anëtarët e tyre, pasi shërbimet ambulatore paguhen fillimisht nga xhepi nga pacientët të cilët rimbursohen më vonë nga siguruesi i PHI nëse pacienti paraqet kërkesën. Planet SHI ofrojnë mbulim më bujar për familjet me fëmijë ose bashkëshortë që nuk janë në punë - dy grupet e fundit janë të mbuluara pa asnjë pagesë shtesë në SHI, ndërsa ata duhet të paguajnë primet e plota nëse zgjedhin opsionin privat PHI.

Në të njëjtën kohë, planet PHI shpesh sigurojnë qasje në më shumë komoditet në konsumin e kujdesit shëndetësor, duke mbuluar dhoma më të rehatshme për hospitalizimin e pacientëve, duke siguruar vizita më të shpejta spitalore dhe ambulatore, dhe duke mbuluar tarifa shtesë për t'u vizituar nga "mjekët e famshëm". Mjekët mund të faturojnë tarifa shumë më të larta për shërbimin ndaj siguruesve privatë sesa në sistemin SHI, gjë që mund të përmirësojë kujdesin e ofruar, por gjithashtu mund të shkaktojë shfrytëzim të tepërt (mbipërdorim) në sistemin privat të siguracioneve PHI.

Duke pasur parasysh këto dallime midis dy sistemeve, lloje të ndryshëm të individëve mund të konsiderohen si rreziqe "të mira" ose "të këqija" nga siguruesit privatë dhe sistemi publik.

Le të shqyrtojmë SHI-në. Të punësuarit me të ardhura mbi pragun e caktuar të ardhurave të sigurimit të detyrueshëm paguajnë të njëjtën prim fiks tek SHI, pasi të ardhurat e tyre janë mbi tavanin e mbajtjes në burim. Kështu, në një vit të caktuar, "rreziqet e mira" për SHI janë thjesht ata individë shpenzimet e kujdesit shëndetësor të të cilëve gjatë një viti të caktuar janë më të ulëta se ato që paguajnë në sistem. Le t'i quajmë këta individë "pagues neto" dhe individët që pritet të shpenzojnë më shumë në kujdesin shëndetësor se sa paguajnë në sistem, t'i quajmë "marrës neto". Pastaj, mund të përcaktojmë përzgjedhjen në këtë treg si më poshtë: Ekziston përzgjedhje e pafavorshme në sistemin privat nëse individët që zgjedhin të dalin nga sistemi publik do të ishin kryesisht "pagues neto." Por do kishte përzgjedhje të favorshme në tregun privat nëse individët që zgjedhin të ikin do të ishin "marrës neto" në sistemi publik. Dhe së fundi nuk do kishte përzgjedhje nëse ata që ndryshojnë sistemet (nga publik në privat dhe anasjelltas) janë një përzierje e rastësishme e rreziqeve.

Intuita konvencionale sugjeron që konkurrenca me siguruesit privatë mund të dëmtojë opsionin publik, sepse siguruesit privatë mund filtrojnë në mënyrë të pandershme (cream-skim) "paguesit neto" nga sistemi publik. Le të shohim në vijim nëse sistemi privat i siguracioneve PHI mund të përzgjedhë përdoruesit relativisht të ulët nga sistemi publik në Gjermani.

Për të bërë këtë, le të krahasojmë të dhënat për karakteristikat e individëve të cilët bëjnë pjesë në sistemet SHI dhe PHI dhe karakteristikat e atyre që ndërrojnë sistem. Nëse sistemi PHI anëtarëson në mënyrë disproporcionale individë më të shëndetshëm, atëherë kjo do reflektohej në ndryshime në përbërjen demografike, të diagnozave dhe përdorimit në sistemin SHI. Për shembull, supozojmë se PHI pranon vetëm individë më të rinj sesa 40 vjec; atëherë do të prisnim që mosha mesatare e anëtarëve të SHI-së të në të djathtë të kufirit të të ardhurave të rritet në mënyrë disproporcionale në mënyrë relative me moshën mesatare të SHI në të majtë të kufirit. Kjo mund të tregojë nëse anëtarët e SHI mbi nivelin e të ardhurave janë më të prirur që të largohen nga sistemi publik dhe të regjistrohen në sistemin privat të siguracioneve.

Shqyrtimi i të dhënave sugjeron se individët që largohen nga sistemi publik kanë karakteristika të ngjashme me ata që vazhdojnë të qëndrojnë në këtë sistem.

Matja e rrezikut moral dhe përzgjedhjes negative në sistemin publik dhe privat

Të dhënat sugjerojnë që sistemi PHI mund të ofrojë ambjente spitalore më të mira si dhe të ulë c'inkurajimin për trajtim, ose të nxisë kërkesën nga pacientët nëpërmjet rimbursimit të vizitave me "mjekët e famshëm". Këto cojnë në rritje të rrezikut moral dhe mbipërdorimit të shërbimeve. Në të njëjtën kohë, sistemi PHI mund të jetë më efektiv në menaxhimin e rrezikut moral në dimensionin ambulator të kujdesit duke reduktuar numrin e vizitave, ndoshat nëpërmjet aspektit të tipit deductible të përfshirë në kontratë. Në tërësi, të dhënat sugjerojnë që sistemi PHI udhëheq kundrejt sistemit publik SHI në drejtim të më pak vizitave ambulatore, ndërsa efekti në pranimet spitalore ka gjasa të jetë disi më pozitiv.

Përsa i përket përzgjedhjes negative, të dhënat sugjerojnë se në sistemin privat PHI ndodh më shumë përzgjedhja e individëve me rreziqe "më të këqija" lidhur me përdorimin e shërbimeve ambulatore, dhe përzgjedhja e individëve me rreziqe "disi më të mira" lidhur me dimensionin e shfrytëzimit spitalor.

Këto të dhëna nuk mbështesin idenë se sistemi privat PHI tenton të përzgjedhë individi me përdorim të ulët të pritshëm të kujdesit shëndetësor, të cilët janë klasifikuar si individë "me rreziqe të mira" në sistemin publik. Kjo nënkupton që sistemi Gjerman në funksionim i'a ka dalë që të adresojë me sukses këto problematika të tregut të sigurimeve shëndetësore duke gjetur një ekuilibër të mirë midis sistemit publik dhe privat.

Arsyet e kësaj situate të favorshme (të cilat evidentojnë ndërhyrjet rregullatore të qeverisë në Gjermani)përfshijnë:

Preferencat për sigurimin shëndetësor privat

Shumë faktorë mund të kufizojnë shkallën e përzgjedhjes së rrezikut midis sistemeve SHI dhe PHI. Një faktor i mundshëm është prania e preferencave për sigurimet private që nuk janë të lidhura me profilin e rrezikut të individëve ose janë të lidhur negativisht me rrezikun. Në mjedisin institucional gjerman, PHI siguron jo vetëm një produkt financiar të ndryshëm me prime të ndryshme dhe ndarje të kostos, por gjithashtu siguron qasje në më shumë komoditet në kujdesin shëndetësor (koha më e shkurtër e pritjes, dhoma e vetme e spitaleve) dhe potencialisht qasje më të lehtë qasja tek "mjekët e famshëm". Preferencat e tilla "komoditeti" nuk lidhen domosdoshmërisht me rrezikun, dhe kështu, ekziston një hapësirë e konsiderueshme për zgjedhje midis sistemeve PHI dhe SHI në dimensionet jo të lidhura me rrezikun. Kjo kontribuon në diferencat e vogla në përzgjedhjen e klientëve midis sistemeve SHI dhe PHI në Gjermani.

Kontratat afat-gjata

Faktori tjetër që mund të ndikojë në shkallën e përzgjedhjes së klientëve midis sistemeve SHI dhe PHI është skema unike e stimujve të kontratave afat-gjata që karakterizojnë sistemin PHI.

Ideja e rrezikut të përzgjedhjes ose cream-skimming supozon që siguruesit ose kanë informacione direkte lidhur me rrezikun individual ose mund të ofrojnë kontrata depistuese të cilat në mënyrë indirekte i klasifikojnë individët me rrezik të lartë dhe të ulët. Mekanizimi i llojit të dytë supozon se individët kanë informacion lidhur me rrezikun shëndetësor vetjak gjithashtu.

Kur kontratat e siguruesve janë afat-gjata, atëherë ato kanë stimuj të përbrendësuar në këto kontrata që i nxisin indivdët të bëhen pjesë e sistemit të sigurimeve sa më shpejt të jetë e mundur gjatë jetës së tyre. Duke qënë se pjesa më e madhe e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor ndodh afër moshës së pensionit dhe individët aktualisht vlera të ulura të shpenzimeve gjatë gjithë jetës, atëherë është e rëndësishme të nënshkruhet kontrata sa më herët të jetë e mundur, në mënyrë që të ketë kohë të mjaftueshme për të grumbulluar kursimet të cilat më pas do mbulojnë shpenzimet në një kohë të mëvonshme. Ky stimul i fuqishëm i përfshirjes së hershme në siguracione shëndetësore mund të bëjë që shumë individë të zgjedhin siguracionin shëndetësor përpara se të dhënat e tyre shëndetësore lidhur me rreziqet e ardhshme të jenë të disponueshme për ta ose siguruesit.

Niveli i pasigurisë së informacionit në kohën e përfshirjes në skemën e sigurimeve mund të jetë aq i lartë sa të reduktojë dukshëm mundësinë për cream-skimming ose përzgjedhjen negative nga vetë individi. Për shembull, le të supozojmë se individët mund t'i bashkohen një skeme sigurimesh që nga lindja e tyre. Në këtë pikë, duke supozuar së siguruesi nuk mund të bëjë teste gjenetike ose të mbledhë informacion nga prindërit, siguruesi do të ketë shumë pak informacion rreth rreziqeve specifike individuale për pjesën më të madhe të individëve. Atëherë, siguruesi do i caktojë primet bazuar në peshën e lindjes dhe gjininë, duke supozuar se të gjithë do të kenë prime të ngjashme që korrespondojnë me mesataret e shpenzimeve shendetësore të popullatës sipas gjinisë.

Në konkluzion, mund të pohojmë që eksperienca sugjeron që siguruesit privatë shëndetësorë që veprojnë paralelisht me një opsion publik mund të rrezikojnë stabilitetin financiar të këtij të fundit duke përzgjedhur "rreziqet e mira". Përkundër këtij shqetësimi, marrëveshjet bashkë-ekzistuese publike-private po bëhen gjithnjë e më të zakonshme në sistemet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore, duke ngritur pyetjen se cilat politika dhe struktura nxitëse mund të jenë në gjendje të shuajnë dinamikën e përzgjedhjes së individëve me rreziqe më të ulëta.

Disa tipare unike institucionale e bëjnë tregun gjerman një laborator të frytshëm për të studiuar ndërveprimin e sigurimeve shëndetësore private dhe publike. Gjermania ka një treg të sigurimeve shëndetësore private të bazuar jo në grup të zhvilluar mirë paralel me një sistem publik të detyrueshëm. Sistemi i detyrueshëm përmban shumë elemente të një opsioni publik tradicional - siguruesit publik nuk lejohen të refuzojnë regjistrimin ose të vlerësojnë rreziqet. Siguruesit në sistemin privat, nga ana tjetër, mund t'i bëjnë të dyja këto por në kuadër të kontratave të afatgjata të sigurimit.

Këto mekanizma kanë bërë që të mos ketë ndonjë praktikë të përhapur të përzgjdhjes së individëve me rreziqe të ulëta (cream-skimming) nga ana e siguruesve privatë në kurriz të sistemit publik.

Kjo situatë e favorshme mund të shpjegohet me faktin se kërkesa për sigurim privat ndikohet nga preferencat që nuk janë të lidhura ngushtë me rrezikun shëndetësor dhe mund të zhvlerësojnë/anullojnë shkallën e përzgjedhjes (shkallën e cream-skimming). Më konkretisht, siguruesit privatë në sistemin gjerman ofrojnë më shumë komoditet dhe "luks" në shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë rrjete më të gjera të ofruesve, kohë më të shkurtra të pritjes dhe qasje në mjekët "e famshëm". Individët që duket se shfaqin preferenca për lehtësi dhe kohën e marrjes së shërbimit , të kushtëzuara nga të ardhurat, kanë më shumë gjasa të regjistrohen në sistemin privat. Këto rezultate sugjerojnë se nëse kërkesa individuale për, p.sh., rrjete më të gjera ose kohë të shkurtra të pritjes lidhet drejtpërdrejt me vlerën e kohës dhe jo me rreziqet shëndetësore, preferencat e tilla mund të zhdukin në mënyrë të konsiderueshme synimin për zgjedhjen e rrezikut në sistem.

Përveç kësaj, kontratat afatgjatë të sigurimeve shëndetësore private në këtë mjedis empirik mund të ketë një efekt shtesë zbutës në shkallën e përzgjedhjes. Në vend që të ofrojnë çmime vjetore të vlerësuara nga komuniteti, siguruesit privatë ofrojnë një kontratë për gjithë jetën për çdo individ. Profilet individuale të rrezikut maten në kohën e regjistrimit dhe riklasifikimi i rreziqeve pas këtij momenti është i ndaluar nga rregullatori (qeveria). Ky lloj i kontraktimit të sigurimit krijon një nxitje për t'u regjistruar në sigurimet shëndetësore sa më shpejt që është e mundur, kur vetëm pak informacion mbi rrezikun është i disponueshëm dhe që rrjedhimisht çon në një hapësirë të vogël për klasifikimin e rrezikut dhe përzgjedhjen e individëve që regjistrohen në sistemet e siguracioneve shëndetësore private.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. Polyakova M. Risk selection and heterogeneous preferences in health insurance markets with a public option. Polyakova M. J Health Econ 2016; 49:153-68.

LEKSIONI 13

STRATEGJITË E PROGRAMEVE TË SIGURACIONEVE SHËNDETËSORE PËR TË FILTRUAR PERSONAT E PËRSHTATSHËM PËR T'U SIGURUAR

Hyrje

- Logjika sugjeron që nëse planet private të sigurimit shëndetësor konkurrojnë së bashku me një opsion publik, ato mund të rrezikojnë stabilitetin financiar të këtij të fundit duke filtruar në mënyrë të pandershme (cream-skimming, apo marrja e ajkës) "rreziqet e mira".
- Filtrimi i pandershëm nënkupton që kompanitë e ndryshme tentojnë të ofrojnë shërbime vetëm për klientët/pacientët me vlerë të lartë (aftësi të mira paguese) ose për ata me rrezik të ulët, ndërkohë që nuk i ofrojnë shërbimet klientëve/pacientëve që konsiderohen si më pak fitimprurës për kompaninë.

Hyrje

- Dy faktorë mund të kontribuojnë në shtrirjen e filtrimit të pandershëm:
  - shkalla e diferencimit horizontal midis opsioneve publike dhe private kur preferencat janë heterogjene
  - nëse dizajni i kontratës inkurajon zgjedhjen e sigurimit privat përpara se të zbulohet informacioni rreth rrezikut.

Hyrje

- Një veçori e zakonshme e tregjeve të sigurimeve shëndetësore është se shpenzimet e siguruesve varen nga cilët janë klientët e tyre dhe si sillen ata.
- Kjo veçori tradicionalisht ka ngritur shqetësime në lidhje me *fizibilitetin e konkurrencës* për përmirësimin e efikasitetit, dhe ka shërbyer si një justifikim i zakonshëm për *rolin e gjerë të qeverisë në sigurimin shëndetësor*. Megjithatë, gjithnjë e më shumë, politikat publike në sigurimin shëndetësor tentojnë të gjejnë një ekuilibër midis shqetësimeve të përzgjedhjes dhe përfitimeve të efikasitetit të mundshëm nga konkurrenca duke riorganizuar sigurimet nga thjesht private apo thjesht publike në *një miks të të dyjave*.

Hyrje

- Një pyetje qendrore në marrëveshje të tilla, ku një sistem i sigurimit shëndetësor privat mund të ekzistojë paralelisht me një sistem publik sigurimi shëndetësor, është nëse *siguruesit privatë mund të dëmtojnë opsionin publik duke regjistruar në mënyrë disproporcionale individë me "rreziqe të mira"*.
- Debati rreth mënyrës më të mirë për të krijuar/dizajnuar mjedise të përziera (mikse) publike-private të sigurimeve shëndetësore nuk ka marrë zgjidhje përfundimtare, dhe kohët e fundit ka tërhequr interes të ri në diskutimin akademik dhe politik në dritën e reformave të peizazhit të sigurimeve shëndetësore në Shtetet e Bashkuara sipas Aktit të Kujdesit Përballueshëm të vitit 2010.

Hyrje

- Në vijim do të ofrojmë njohuri empirike në funksionimin e një sistemi sigurimi në të cilin siguruesit privatë konkurrojnë së bashku me një opsion publik dhe lejohen të *vlerësojnë plotësisht rrezikun*.
- Sfondi për analizën tonë është mjedisi institucional i sigurimeve shëndetësore në Gjermani. Do përpiqemi të vlerësojnë shkallën e zgjedhjes midis opsioneve publike dhe private të sigurimit shëndetësor dhe të shohim cilët faktorë ndikojnë në këtë zgjedhje.

Hyrje

- Por përpara kësaj, le të shqyrtojmë nga afër se cfarë do të thotë “vlerësim i rrezikut” në siguracionet shëndetësore.

Vlerësimi i rrezikut në siguracionet shëndetësore

- Cfarë do të thotë të *vlerësosh rrezikun* në siguracionet shëndetësore? Përsa i përket vlerësimit të rrezikut, kompania vlerëson rrezikun që lidhet me ofrimin e mbulimit me siguracione shëndetësore. B
- azuar në këtë vlerësim, kompania e sigurimit shëndetësor cakton nivelin e primit për t’u siguruar.
- Ky proces ka rëndësi thelbësore për sistemin e sigurimeve, pasi mund të rezultojë në cream-skimming ose filtrim të pandershëm të klientëve, duke cuar në përjashtimin nga sigurimet të grupeve të caktuara të popullatës.

Vlerësimi i rrezikut në siguracionet shëndetësore

- Termi për “vlerësimin e rrezikut” në gjuhën angleze është “risk underëriting”.
- Faktorët që ndikojnë në vlerësimin e rrezikut që lidhet me ofrimin e mbulimit me siguracione shëndetësore janë si vijon:

Vlerësimi i rrezikut në siguracionet shëndetësore

- **Faktorët madhorë të rrezikut** – *Klasifikimi i rrezikut* (gjendja fizike, rreziku moral, punësimi); *Nivelet e primit* (I preferuar, Standard, Substandard, I pasigurueshëm); *Faktorë të Tjerë të Rrezikut* (Mosha, gjinia, historia shëndetësore, hobit).
- **Faktorët premium** – Sëmundshmëria, interesi, shpenzimet
- **Trajtimi i Primeve dhe Përfitimeve nga pikëpamja e taksave** – Sigurimi bazuar tek të ardhurat e paaftësisë, Sigurimi bazuar në shpenzimet shëndetësore, Vetë-punësimi
- **Kujdesi i Menaxhuar** – Politikat në fuqi, Menaxhimi i kostove mjekësore (opinionet e dyta të detyrueshme, Rishikimi i pre-certifikimit, Kirurgjia ambulatore, Menaxhimi i rastit).

Faktorët madhorë të rrezikut

- Faktorët kryesorë që merren në konsideratë për vlerësimin e rrezikut në sigurimin shëndetësore janë po ato që shqyrtohen në cdo lloj procesi të vlerësimit të rrezikut. Në rastin e sigurimeve shëndetësore, faktorët më të rëndësishëm janë *historia mjekësore* dhe *punësimi*.
- Përvec vlerësimi individual të rrezikut, ka dhe vlerësim të rrezikut në grup, ku rreziku vlerësohet për një grup të tërë individësh, dhe bazuar në vlerësimin përkatës, i gjithë grupi mund të pranohet apo t'i mohohet mbulesa me siguracione shëndetësore.

Faktorët madhorë të rrezikut

- Faktorët kryesorë që merren në konsideratë për vlerësimin e rrezikut në sigurimin shëndetësore janë po ato që shqyrtohen në cdo lloj procesi të vlerësimit të rrezikut. Në rastin e sigurimeve shëndetësore, faktorët më të rëndësishëm janë *historia mjekësore* dhe *punësimi*.
- Përvec vlerësimi individual të rrezikut, ka dhe vlerësim të rrezikut në grup, ku rreziku vlerësohet për një grup të tërë individësh, dhe bazuar në vlerësimin përkatës, i gjithë grupi mund të pranohet apo t'i mohohet mbulesa me siguracione shëndetësore.
- Kompanite shyqrtojne nga afer cdo grup per "individe shume te semure".

Klasifikimi i rrezikut

Klasifikimi i rrezikut është më tepër sesa thjesht vendosja "po" ose "jo" – është shkalla e rrezikut në të cilën siguruesi e vendos veten e tij. Le të shqyrtojmë më nga afër 3 faktorët më kryesorë në këtë proces.

- Gjendja fizike e personit që kërkon siguracione shëndetësore
- Rreziku moral
- Punësimi.

Nivelet e primit

Bazuar në kombinimin e këtyre faktorëve, siguruesi përcakton nëse këtij personi do t'i ofrohet siguracion dhe nëse po, në cfarë niveli do vendoset primi. Kemi zakonisht këto lloj primesh:

- *Niveli i preferuar* – prim më i ulët (personi është më mirë sesa rreziku mesatar)
- *Niveli standard* – prim normal (terma dhe nivele standarde)
- *Niveli substandard* – prim më i lartë (personi është më në rrezik sesa rreziku mesatar)
- *I/e pasigurueshëm/shme* – refuzohet mbulimi me siguracione shëndetësore.

1. Gjendja fizike

- Natyrisht, gjendja fizike aktuale dhe e mëparshme e sigurim-kërkuesit është shumë e rëndësishme.
- Shëndeti i një personi përfshin jetëgjatësinë e pritshme, dhe luan një rol kyc për të përcaktuar faktorët e rrezikut që lidhen me sigurimin e këtij personi. Siguruesi duhet të marrë në konsideratë cdo sëmundje të tillë si kancer, sëmundje zemre, hipertension, diabet, etj.
- Duke qënë se lartësia dhe pesha luajnë një rol të madh në jetëgjatësinë e individëve, edhe këta faktorë merren në konsideratë.
- Historia mjekësore familjare gjithathtu shqyrtohet.

2. Rreziku moral

- Stili personal i jetesës mund të jetë një faktor i rëndësishëm në vlerësimin e rrezikut (alkooli, duhani, droga, problemet financiare, ose historia për aksidente automobilistike).
- Merret në konsideratë edhe karakteri dhe reputacioni i individit sigurim-kërkues.
- Gjithashtu, primet janë më të larta për individët që marrin pjesë në aktivitete apo hobi me rrezik të lartë (si hedhje me parashutë, ngjitja e maleve, garat me makina).

3. Punësimi

- Cdo person i punësuar në profesione të rrezikshme paguan prime më të larta. Psh., një pilot ka rrezik më të madh krahasuar me dikë që punon në zyrë.
- Nëse personi ndërron vendin e punës pa vënë në dijeni kompaninë siguruese dhe bëhet një ankesë, atëherë kompania mund të korrigjojë/indeksojë primin sipas rastit.
- Nëse i siguruari rezulton se ka marrë pjesë në aktivitetet të paligjshme, ose është bashkëpunëtor në ndonjë akt të ilegal, ose është punësuar në mënyrë ilegale në kohën e humbjes apo sëmundjes, atëherë e drejta e përfitimeve nga siguracionit hiqet.

3. Punësimi

- Kompanitë e siguracioneve i pajisin punëonjësit e tyre me udhëzues për të dalluar dhe njohur profesionet me rrezik të lartë. Për shembull, profesioni si pilot i linjave ajrore përfaqëson një rrezik më të lartë sesa shofer autobuzi. Bazuar në këto udhëzime, kompania e sigurimeve mund të zgjedhë osë politikën e primeve më të larta ose të refuzojë sigurimin e individit.
- Rreziku okupacional klasifikohet në 5 klasa/nivele, nga AAA (renditja më e lartë – rreziku më i ulët), në AA, A, B dhe C (renditja e fundit – rreziku më i lartë).

Faktorë të tjerë të rrezikut

- Faktorë të tjerë përfshijnë vlerësimin e moshës, historisë mjekësore, faktorëve morale, statusi financiar dhe hobit.
- Siguruesit shëndetësore, HMO-të dhe planet e tjera shëndetësore në përgjithësi **ndalohen që të marrin ose përdroin cfarëdo lloj informacioni gjenetik** për qëllimet e vlerësimeve të primeve të sigurimit. Po kështu, ata n**dalohen** që të vendosën cfarëdo kufizimi në mbulesën me siguracioine ose në vendosjen e niveleve të ndryshme të primeve bazuar në infor**macionin gjenetik në mungesë të një diagnoze ose gjendjeje shëndetësore të lidhur me këtë informacion gjenetik**.

Cfarë përfshin informacioni apo testimi gjenetik?

- Informacioni apo testimi gjenetik nuk përfshin ekzaminimet fizike rutine ose analizat kimike, të gjakut apo urinës, nëse kjo bëhet për të marrë informacion gjenetik, ose pyetjet lidhur me historinë familjare nëse kjo bëhet për të pëftuar informacion gjenetik lidhur me sigurim-kërkuesin.
- Ndalimi lidhur me përdorimin e informacionit ose testimin gjenetik nuk aplikohet në rastin e vlerësimit të siguracionit të jetës, të ardhurave nga paaftësia, kujdesin afat-gjatë, vetëm aksidente, dëmshpërblimi spitalor ose ai fiks, politikat shëndetësore dentare dhe të syve.

Faktorët premium

Këtu përfshihen tre faktorë kryesore:

- Sëmundshmëria
- Interesi
- Shpenzime.

1. Sëmundshmëria

- Sëmundshmëria merret në konsideratë gjasat që një person do të sëmuret apo do lëndohet në të ardhmen. Statistikat nga tabelat e sëmundshmërisë parashikojnë numrin e përafërt të personave (në mosha të caktuara) të cilët pritet të sëmuren apo të lëndohen cdo vit si dhe parashikojnë kohëzgjatjen e sëmundjes ose lëndimit.
- Siguruesit janë të ndërgjegjshëm për këto të dhëna, dhe prandaj janë në gjendje të llogarisin nëse një person kualifikohet për t'u siguruar dhe cfarë nivel primi duhet t'i caktohet atij/asaj.

2. Interesi

- Në mënyrë të ngjashme me sigurimin e jetës, një pjesë e të gjitha primeve investohet për të fituar interes nga këto para. Ky është një element i rëndësishëm për përcaktimin e niveleve të primeve. Nëse fitimi nga interesi është i lartë, kjo mund të reduktojnë kostot e primeve.

3. Shpenzimet

- Si në cdo biznes tjetër, ka shumë shpenzime që duhen mbuluar në biznesin e sigurimeve shëndetësore, të tilla si pagat e punonjësve, komisionet, pajsijet, mirëmbajtja, furnizimet, etj. Shpenzimet llogariten dhe përfshihen nga të gjitha primet në mënyrë që të mbulohet kostoja e tyre.

Trajtimi i Primeve dhe Përfitimeve nga pikëpamja e taksave

- Në pjesën më të madhe, taksat mbi primet dhe përfitimet e siguracioneve shëndetësore varen nga lloji i siguracionit të blerë. Parimi është që paraja **taksohet vetëm një herë**.
- Nëse një person paguan taksa për primet e tij/saj, atëherë ai/ajo nuk duhet të paguajë taksa për përfitimet që merr; dhe nëse një plan grupi i kërkon punonjësve të paguajnë prime nga të cilat janë përjashtuar taksat, atëherë punonjësit që marrin përfitimet duhet të paguajnë taksat.
- Në një mënyrë apo në një tjetër, taksat paguhen ose përpara ose pas marrjes së përfitimeve.

Sigurimi bazuar në shpenzimet shëndetësore, Vetë-punësimi

Nëse një kompani sigurimesh shëndetësore rimburson të siguruarit për shpenzimet mjekësore të tyre, atëherë të siguruari nuk mund të zbresin atë shumë nga taksa mbi të ardhurat.

Trajtimet që mund të konsiderohen si shpenzime mjekësore të zbritshme përfshijnë:

- Medikamentet me recetë mjeku
- Insulinën
- Shpenzimet spitalore
- Tarifat e mjekut të familjes dhe kirurgut
- Kujdesin infermieror
- Kujdesin dentar
- Trajtimi rehabilituese, dhe
- Primet e siguracioneve mjekësore.

Sigurimi bazuar në shpenzimet shëndetësore, Vetë-punësimi

Individët e vetë-punësuar kanë një skenar të ndryshëm. Nëse dikush është i vetë-punësuar, i gjithë kujdesi mjekësor (përfshirë primet) janë plotësisht të përjashtuara nga taksat. Primet për punonjësit që janë edhe anëtarë familje në biznesin e tyre përjashtohen nga taksat gjithashtu.

Kujdesi i Menaxhuar

- Organizatat e Kujdesit të Menaxhuar (MCOs), sic e kemi përmendur në leksionet e mëparshme, përfshijnë Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMOs), Organizata e Ofruesit të Preferuar (PPOs), Organizata e Ofruesit Ekskluziv (EPOs), etj.
- Kufizimi i kustove të kujdesit mjekësor është shqetësimi kryesor i tyre, por pa ulur cilësinë e kujdesit mjekësor për klientët. Këto organizata kanë shpikur shumë teknika për të realizuar këtë synim.

Politikat në fuqi

- Mënyra se si është hartuar një politikë apo politika të caktuara kanë një impakt të madh tek kostot. Për shembull, sa më e lartë pagesa e tipit "deductible" (pjesa që zbritet) aq më të ulëta janë kostot e primeve, dhe po kështu aq më të ulëta janë kostot për siguruesit.
- Përfitimet më të mëdha mund t'i kushtojnë më shumë si siguruesve ashtu edhe të siguruarve. Ndërkohë, reduktimi i kohës së marrjes së përfitimeve mund të ulë kostot për siguruesit.

Menaxhimi i kostove mjekësore

Menaxhimi i kostove mjekësore përdor katë modele kryesore të përgjithshme: Opinionet e dyta të detyrueshme, Rishikimin e pre-certifikimit, Kirurgjinë ambulatore, dhe Menaxhimin e rastit.

Opinionet e dyta të detyrueshme

- Këto janë të nevojshme përpara se i siguruari t'i nënshtrohet cdo lloj kirurgjie jo jetë-kërcënuese. Nëse merret një opinion profesional i dytë, përfitimet mund të reduktohen (pas rriten kostot).

Menaxhimi i kostove mjekësore

Rishikimi i pre-certifikimit

- Kjo ndodh kur i siguruari duhet të marrë "leje" nga siguruesi përpara se të kërkojë kujdes spitalor për gjendje shëndetësore jo jetë-kërcenuese. Në rast urgjence mjekësore, shumica e planeve nuk e aplikojnë pre-certifikimin nëse siguruesi njoftohet brenda 24 orëve të shtrimit në spital.

Kirurgjia ambulatore

- Kjo i ofron të siguruarve të zgjedhin kirurgjinë ambulatore ose spitalore. Nëse i siguruari zgjedh kirurgjinë ambulatore në vend të asaj spitalore, disa plane mund të ofrojnë zbritje të pagesës si një mjet nxitës duke qënë se kirurgjia ambulatore është më pak e kushtueshme për siguruesit.

Menaxhimi i kostove mjekësore

Menaxhimi i rastit

- Është një proces që mund të kufizojë pretendimet me kosto shumë të larta. Menaxherët e rastit janë specialistë mjekësorë, pjesë e kompanisë siguruese, të cilët rishikojnë dhe shqyrtojnë rastet që mund të shndërrohen në ankesa apo pretendime me kosto të larta. Këta menaxherë punojnë me pacientët për të ofruar kujdesin më të mirë me koston më të ulët të mundshme. Qëllimi i menaxhimit të rastit është që t'i mundësojë siguruesve të luajnë një rol aktiv në menaxhimin e asaj që mund të shndërrohet në një pretendim shumë i kushtueshëm.

Tani le t'i kthehemi pyetjes sonë qendrore që propozuam në fillim:

N*ë kontekstin ku një sistem i sigurimit shëndetësor privat mund të ekzistojë paralelisht me një sistem publik sigurimi shëndetësor, a mund të dëmotjnë siguruesit privatë opsionin publik duke regjistruar në mënyrë disproporcionale individë me "rreziqe të mira"*?

Gjithashtu, thamë që ky vlerësim do të bazohet në sistemin Gjerman, i cili ka të gjithë komponentët e duhur për t'i dhënë përgjigje kësaj pyetjeje.

Mjedisi institucional i sigurimeve shëndetësore në Gjermani

- Gjermania shpenzon 11% të Prodhimit të Brendshmë Bruto në kujdesin shëndetësor, që arrin në rreth 5000 dollarë për frymë ose afërsisht 400 miliardë dollarë në shpenzimet vjetore të kujdesit shëndetësor.
- Një pjesë e madhe e këtyre shpenzimeve - 58% - paguhen nga siguruesit, të cilat janë pjesë e të ashtuquajturave Sigurim Shëndetësor i Detyrueshëm (tani e tutje "SHI").
- SHI ndryshon nga mbulimi publik konvencional, pasi ka fonde të shumëfishta të pavarura jo-fitimprurës të sigurimit të ndërsjellë të që operojnë brenda sistemit.
- Qeveria nuk drejton drejtpërdrejt vlerësimin e rrezikut ose administrimin e planeve.

Mjedisi institucional i sigurimeve shëndetësore në Gjermani

- Në mënyrë të ngjashme me një "opsion publik" tradicional, siguruesit e SHI-së nuk mund të mohojnë mbulimin, nuk mund të vlerësojnë rrezikun, dhe sasia e mbulimit që ata ofrojnë si dhe primet janë pothuajse plotësisht të përcaktuara nga qeveria.

Mjedisi institucional i sigurimeve shëndetësore në Gjermani

- Paguesi tjetër më i madh në sistemin shëndetësor gjerman (pas shpenzimeve individuale nga xhepi) është sigurimi shëndetësor privat (tani e tutje "PHI") që mbulon 8% të shpenzimeve totale.
- Siguruesit e pavarur komercialë që janë pjesë e sistemit të PHI ofrojnë paketa individuale të sigurimit shëndetësor në një treg të fuqishëm jo në bazë.
- Këta sigurues janë të lirë të vendosin nëse do të regjistrojnë një individ ose të mohojnë mbulimin, dhe të gëzojnë liri të konsiderueshme në vendimin e tyre për shtrirjen e mbulimit dhe primeve.

Disa politika publike kyçe formojnë kuadrin e sigurimit shëndetësor gjerman:

- Së pari, punonjësit me të ardhura nën një prag të përcaktuar çdo vit (rreth 58,000 $ në 2015) duhet të regjistrohen në SHI.
- Vetëm një grup i caktuar individësh mund të zgjedhë të regjistrohet në sistemin privat - kryesisht punonjës me të ardhura mjaft të larta, individë të vetëpunësuar dhe nëpunës civilë.
- Ata që zgjedhin të heqin dorë nga "opsioni publik" dhe të regjistrohen në PHI janë të kufizuara në aftësinë e tyre për t'u rikthyer në sistemin publik më vonë.

Disa politika publike kyçe formojnë kuadrin e sigurimit shëndetësor gjerman:

- Së dyti, qeveria përcakton prime rishpërndarëse për opsionin publik - primet ndryshojnë sipas të ardhurave të individit, por jo sipas rrezikut.
- Në vitin 2015, anëtarët jo të vetë-punësuar paguan 7.3% të të ardhurave të tyre në primet SHI.
- Individët që kanë të drejtë të zgjedhin midis sistemeve SHI dhe PHI përballen me primet më të larta në SHI.

Disa politika publike kyçe formojnë kuadrin e sigurimit shëndetësor gjerman:

- Së treti, siguruesit privatë **lejohen që të vlerësojnë plotësisht rrezikun** e shëndetit individual kur një individ regjistrohet për herë të parë me një sigurues në sistemin privat.
- Në këmbim, siguruesit duhet të **ofrojnë kontrata afatgjata të rinovueshme pa patur nevojë për ri-klasifikimin e rrezikut**.

- Planet SHI dhe PHI ndryshojnë në shumë dimensione. Përveç ndryshimeve në primet e paraqitura më sipër, shpesh ekzistojnë dallime thelbësore në ndarjen e kostos.
- Ndërkohë që planet SHI në mënyrë tipike kanë ndarje të ulët të kostos, planet e PHI mund të ofrojnë deductibles të larta dhe mund të aplikojnë disa bashkë-sigurimin, edhe pse konsumatorët kanë shumë zgjedhje në hartimin e planeve PHI dhe mund të negociojnë për primet dhe ndarjen e kostove.

- Planet PHI kërkojnë më shumë likuiditet financiar nga anëtarët e tyre, pasi shërbimet ambulatore paguhen fillimisht nga xhepi nga pacientët të cilët rimbursohen më vonë nga siguruesi i PHI nëse pacienti paraqet kërkesën.
- Planet SHI ofrojnë mbulim më bujar për familjet me fëmijë ose bashkëshortë që nuk janë në punë - dy grupet e fundit janë të mbuluara pa asnjë pagesë shtesë në SHI, ndërsa ata duhet të paguajnë primet e plota nëse zgjedhin opsionin privat PHI.

- Në të njëjtën kohë, planet PHI shpesh sigurojnë qasje në **më shumë komoditet** në konsumin e kujdesit shëndetësor, duke mbuluar **dhoma më të rehatshme** për hospitalizimin e pacientëve, duke **siguruar vizita më të shpejta** spitalore dhe ambulatore, dhe duke **mbuluar tarifa shtesë** për t'u vizituar nga "*mjekët e famshëm*".
- Mjekët mund të faturojnë tarifa shumë më të larta për shërbimin ndaj siguruesve privatë sesa në sistemin SHI, gjë që mund të përmirësojë kujdesin e ofruar, por gjithashtu mund të shkaktojë shfrytëzim të tepërt (mbipërdorim) në sistemin privat të siguracioneve PHI.

- Duke pasur parasysh këto dallime midis dy sistemeve, lloje të ndryshëm të individëve mund të konsiderohen si rreziqe "të mira" ose "të këqija" nga siguruesit privatë dhe sistemi publik.

- Le të shqyrtojmë SHI-në.
- Të punësuarit me të ardhura mbi pragun e caktuar të ardhurave të sigurimit të detyrueshëm paguajnë të njëjtën prim fiks tek SHI, pasi të ardhurat e tyre janë mbi tavanin e mbajtjes në burim. Kështu, në një vit të caktuar, "rreziqet e mira" për SHI janë thjesht ata individë shpenzimet e kujdesit shëndetësor të të cilëve gjatë një viti të caktuar janë më të ulëta se ato që paguajnë në sistem. Le t'i quajmë këta individë "pagues neto" dhe individët që pritet të shpenzojnë më shumë në kujdesin shëndetësor se sa paguajnë në sistem, t'i quajmë "marrës neto".

Pastaj, mund të përcaktojmë përzgjedhjen në këtë treg si më poshtë:

- Ekziston përzgjedhje e pafavorshme në sistemin privat nëse individët që zgjedhin të dalin nga sistemi publik do të ishin kryesisht "pagues neto."
- Por do kishte përzgjedhje të favorshme në tregun privat nëse individët që zgjedhin të ikin do të ishin "marrës neto" në sistemi publik.
- Dhe së fundi nuk do kishte përzgjedhje nëse ata që ndryshojnë sistemet (nga publik në privat dhe anasjelltas) janë një përzierje e rastësishme e rreziqeve.

- Intuita konvencionale sugjeron që konkurrenca me siguruesit privatë mund të dëmtojë opsionin publik, sepse siguruesit privatë mund filtrojnë në mënyrë të pandershme (cream-skim) "paguesit neto" nga sistemi publik.
- Le të shohim në vijim nëse sistemi privat i siguracioneve PHI mund të përzgjedhë përdoruesit relativisht të ulët nga sistemi publik në Gjermani (dmth, priret të thithë “paguesit neto”).

Për të bërë këtë, mund të krahasojmë të dhënat për karakteristikat e individëve të cilët bëjnë pjesë në sistemet SHI dhe PHI dhe karakteristikat e atyre që ndërrojnë sistem.

Nëse sistemi privat tërheq më shumë “paguesit neto” të sistemit publik, atëherë do kishte diferenca në karakteristika demografike dhe të tjera midis personave që rrijnë dhe atyre që dalin nga sistemi publik.

Në fakt, të dhënat sugjerojnë që nuk ka diferenca të tilla!

Pra, sistemi privat nuk po bën “cream-skimming” në kurriz të sistemit publik.

Po si është e mundur kjo? Gjithmonë kemi thënë që siguruesit shëndetësore tentojnë të tërheqin njerëzit me rreziqe të mira.

Në Gjermani kjo shpjegohet me dy arsye kryesore:

1. *Preferencat për sigurimin shëndetësor privat*

Shumë faktorë mund të kufizojnë shkallën e përzgjedhjes së rrezikut midis sistemeve SHI dhe PHI.

- Një faktor i mundshëm është prania e preferencave për sigurimet private që nuk janë të lidhura me profilin e rrezikut të individëve ose janë të lidhur negativisht me rrezikun.
- Në mjedisin institucional gjerman, PHI siguron jo vetëm një produkt financiar të ndryshëm me prime të ndryshme dhe ndarje të kostos, por gjithashtu siguron qasje në më shumë komoditet në kujdesin shëndetësor (koha më e shkurtër e pritjes, dhoma e vetme e spitaleve) dhe potencialisht qasje më të lehtë qasja tek "mjekët e famshëm".

1. *Preferencat për sigurimin shëndetësor privat*

Preferencat e tilla "komoditeti" **nuk lidhen domosdoshmërisht me rrezikun**, dhe kështu, ekziston një hapësirë e konsiderueshme për zgjedhje midis sistemeve PHI dhe SHI në **dimensionet jo të lidhura me rrezikun**.

Kjo kontribuon në diferencat e vogla në përzgjedhjen e klientëve midis sistemeve SHI dhe PHI në Gjermani!

1. *Kontratat private afat-gjata*

Faktori tjetër që mund të ndikojë në shkallën e përzgjedhjes së klientëve midis sistemeve SHI dhe PHI është **skema unike e stimujve të kontratave afat-gjata** që karakterizojnë sistemin PHI.

Kur kontratat e siguruesve janë afat-gjata, atëherë ato kanë stimuj të përbrendësuar në këto kontrata që i nxisin indivdët të bëhen pjesë e sistemit të sigurimeve **sa më shpejt** të jetë e mundur gjatë jetës së tyre.

1. *Kontratat private afat-gjata*

Duke qënë se pjesa më e madhe e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor ndodh afër moshës së pensionit dhe individët aktualisht vlera të ulura të shpenzimeve gjatë gjithë jetës, atëherë është e rëndësishme të nënshkruhet kontrata **sa më herët të jetë e mundur**, në mënyrë që të ketë kohë të mjaftueshme për të grumbulluar kursimet të cilat më pas do mbulojnë shpenzimet në një kohë të mëvonshme.

1. *Kontratat private afat-gjata*

Ky stimul i fuqishëm i përfshirjes së hershme në siguracione shëndetësore mund të bëjë që shumë individë të zgjedhin siguracionin shëndetësor **përpara se të dhënat e tyre shëndetësore lidhur me rreziqet e ardhshme të jenë të disponueshme për ta ose siguruesit!**

Shembull hipotetik: kur individët mund t'i bashkohen një skeme sigurimesh që nga lindja e tyre.

Konkluzione

- Eksperienca sugjeron që siguruesit privatë shëndetësorë që veprojnë paralelisht me një opsion publik mund të rrezikojnë stabilitetin financiar të këtij të fundit duke përzgjedhur "rreziqet e mira".
- Përkundër këtij shqetësimi, marrëveshjet bashkë-ekzistuese publike-private po bëhen gjithnjë e më të zakonshme në sistemet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore, duke ngritur pyetjen *se cilat politika dhe struktura nxitëse mund të jenë në gjendje të shuajnë dinamikën e përzgjedhjes së individëve me rreziqe më të ulëta*.

Konkluzione

- Gjermania ka një treg të sigurimeve shëndetësore private të bazuar jo në grup të zhvilluar mirë paralel me një sistem publik të detyrueshëm.
- Sistemi i detyrueshëm përmban shumë elemente të një opsioni publik tradicional - siguruesit publik nuk lejohen të refuzojnë regjistrimin ose të vlerësojnë rreziqet.
- Siguruesit në sistemin privat, nga ana tjetër, mund t'i bëjnë të dyja këto por në kuadër të kontratave të afatgjata të sigurimit.

Konkluzione

- Këto mekanizma kanë bërë që të mos ketë ndonjë praktikë të përhapur të përzgjdhjes së individëve me rreziqe të ulëta (cream-skimming) nga ana e siguruesve privatë në kurriz të sistemit publik.

Konkluzione

- Kjo situatë e favorshme mund të shpjegohet me faktin se kërkesa për sigurim privat ndikohet nga **preferencat që nuk janë të lidhura ngushtë me rrezikun shëndetësor** dhe mund të zhvlerësojnë/anullojnë shkallën e përzgjedhjes (shkallën e cream-skimming).
- Përveç kësaj, kontratat afatgjatë të sigurimeve shëndetësore private në këtë mjedis empirik mund të ketë një efekt shtesë zbutës në shkallën e përzgjedhjes. Në vend që të ofrojnë çmime vjetore të vlerësuara nga komuniteti, **siguruesit privatë ofrojnë një kontratë për gjithë jetën për çdo individ**.

Konkluzione

- Profilet individuale të rrezikut maten në kohën e regjistrimit dhe **riklasifikimi** i rreziqeve pas këtij momenti është **i ndaluar nga rregullatori** (*qeveria*).
- Ky lloj i kontraktimit të sigurimit krijon një nxitje për t'u regjistruar në sigurimet shëndetësore **sa më shpejt** që është e mundur, kur *vetëm pak informacion mbi rrezikun është i disponueshëm* dhe që rjedhimisht *çon në një hapësirë të vogël për klasifikimin e rrezikut dhe përzgjedhjen e individëve* që regjistrohen në sistemet e siguracioneve shëndetësore private.

LEKSIONI 14

–

MODELET E ORGANIZIMIT TE SISTEMEVE SHENDETESORE

Hyrje

Nje sistem i ofrimit te kujdesit shendetesor eshte pergjigja e organizuar e shoqerise ndaj problemeve shendetesore te qytetareve te saj.

Shoqerite e ndryshme ndryshojne rrenjesisht lidhur me menyren e organizimit te kesaj pergjigjeje, dhe prandaj mund te krahasohen.

Do shqyrtojme sistemet e Kujdesit Shendetesor nga perspektiva krahasuese, duke iu pergjigjur 3 pyetjeve:

1. Cfare konsiderojme nje sistem te Kujdesit Shendetesor ?
2. Perse ndryshojne sistemet e Kujdesit Shendetesor dhe si mund t'i grupojme ne menyre te pershtatshme ato?
3. Cfare inovacionesh te sistemeve te Kujdesit Shendetesor mund te presim ne te ardhmen?

1. Cfare eshte nje sistem i Kujdesit Shendetesor?

Zakonisht, kujdesi shendetesor etiketohet thjesht si "sistemi", pa i kushtuar vemendje vete termit.

Terma si "sektor" dhe "reforme" shpesh perdoren si sinonime, ndersa fraza "sistem shendetesor" perdoret zakonisht ne vend te sistemit (te ofrimit, shperndarjes) se Kujdesit Shendetesor .

Megjithate, ka sugjerime qe termi "sistem" te mos perdoret vend e pa vend, por me teper si nje mjet esencial per analize.

Sistemet pra kane 4 karakteristika tipike:

1. *Specificitetin funksional* – sistemet kane synime/qellime operative te perbashketa;
2. *Diferencimin strukturor* – sistemet kane ndarje te qarte te punes midis elementeve (individeve, organizatave etj);
3. *Koherencen midis elementeve perberes* – sistemet i nenshtrohen koordinimit, planifikimit dhe organizimit;
4. *Autonomine* – sistemet jane deri nje nje fare shkalle "vete-rregulluese", pa anashkaluar hapjen e tyre ndaj sistemeve te tjera (psh, arsimit, industrise, sistemit ligjor, etj) dhe

mjedisit te pergjithshem.

Keto 4 tipare nuk mungojne apo jane te pranishem nga njeri sistem ne tjetrin, por variojne ne shkallen e shprehjes se tyre.

Ne kete menyre, sistemet mund te jene me “sistematike” sesa te tjeret ne varesi te tipareve qe shprehen me shume tek ata.

Keshtu, shtetet ndryshojne se tepermi ne shkallen e psh, koordinimit qendror te sistemit te tyre te Kujdesit Shendetesor , vecanerisht lidhur me rolin me te dobet apo te forte te shtetit (psh, krahasoni UK dhe USA lidhur me koordinimin, planifikimin dhe organizimin).

Nga ana tjeter, edhe kufijte e paqarte midis Kujdesit Shendetesor dhe sherbimeve sociale, perbejne nje karakteristike tjeter te dallueshme te sistemit.

Prandaj, koncepti i “sistemit” dhe tiparet e tij jane nje mjet i vlefshem analitik per te kuptuar diferencat nderkombetare.

2. Perse ndryshojne sistemet e Kujdesit Shendetesor ?

Permendem qe sistemet e kujdesit shendetesor jane pergjigje te organizuara te shoqerise ndaj problemeve shendetesore te tyre.

Keshtu qe logjikisht, nese problemet shendetesore variojne midis popullatave, ka te ngjare qe po keshtu te variojne dhe sistemet e tyre te kujdesit shendetesor.

Kjo behet e dukshme kur krahasohen problemet shendetesore te vendeve me te ardhura te ndryshme (te uleta, mesme, te larta).

Vendet me te ardhura te uleta (VAU) kane probleme qe pengojne shendetin ne shume menyra, duke perfshire semundjet e femijerise, kujdesi i dobet maternal, HIV/AIDS, malaria, TB, etj. Semundjet infektive jane shkaku kryesor i vdekjeve te parakohshme dhe shkurtimit te jetegjatesise.

Ne vendet e zhvilluara shkaku kryesor i vdekjeve jane semundjet kronike.

Per pasoje, sistemet e Kujdesit Shendetesor ne vendet e ketyre dy grupeve jane thelbesisht te ndryshem duke ndjekur modele te ndryshme te Kujdesit Shendetesor : ne vendet ne zhvillim fokusi bie mbi higjienen dhe kujdesin parandaluese, kurse ne vendet e zhvilluara shpesh theksi vendoset tek kujdesi kurativ i zgjeruar.

Pervec ketyre diferenca te dukshme midis sistemeve te Kujdesit Shendetesor, mund te dallohen edhe diferenca midis llojeve te sistemeve te Kujdesit Shendetesor te cilat nuk e kane origjinen nga diferenat e probleme shendetesore ne vetvete (te pakten ne vendet e zhvilluara).

Keto diferenca te tjera te sistemeve kane ndodhur pergjate historise.

Diferenca thelbesore midis llojeve te sistemeve te Kujdesit Shendetesor ne vendet e zhvilluara e ka origjinen ne menyren e financimit te tyre dhe shkallen e influences se qeverise ne shperndarjen e

Kujdesit Shendetesor.

Dy grupe klasike jane krijuar sipas themeluesve te tyre: *Bismark* (Gjermani) nga njera ane dhe *Beveridge* (UK) nga ana tjeter.

Bismarku “shpiku” siguracionet sociale ne fund te shekullit 19 dhe ndihmoi ne krijimin e fondet e semundjes per mbrojtjen e anetareve nga humbjet financiare per shkak te semundjes. Ky sistem financohet kryesisht nga premiume te hipotekuara (me nje qellim te caktuar) te paguara nga paga, sic e kemi permendur me pare.

W. Beveridge krijoi nje sistem sherbimesh shendetesore te financuara nga taksat dhe te dominuar nga shteti per te gjithe qytetaret Britanike qe shpejt u be shembull per shume vende te tjere ne bote.

Pervec ketyre dy tipeve te sistemeve, duhet te permendim dhe 2 te tjere:

1. I pari eshte sistemi i kujdesit shendetesor Amerikan, i bazuar ne treg, ku influenca dhe financimi I qeverise eshte I kufizuar.

2. Tipi tjeter eshte i kunderti i ketij, ose sistemi i Kujdesit Shendetesor ne Ish Bashkimin Sovjetik dhe vendet satelite (modeli Semashko) ku ka nje influence shume te forte qeveritare dhe financime te medha.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

Fillimisht do hetojme ne detaje impaktin e tranzicioneve sociale dhe impaktin ne diferencat midis VAU dhe VAM nga njera ane, dhe VAL dhe sistemet e tyre te Kujdesit Shendetesor nga ana tjeter.

Me pas, do shqyrtojme me tej elementet baze te kater llojeve te sistemeve te Kujdesit Shendetesor qe predominojne ne VAL (vende me te ardhura te larta).

Per te kuptuar sistemet aktuale te ofrimit te Kujdesit Shendetesor nga perspektiva longitudinale, jane te rendesishme tre lloj tranzicionesh:

1. Rritja socio-ekonomike e shoqerise;
2. Ekspansioni demografik i saj; dhe
3. Zhvillimi epidemiologjik i saj (Tabela 1 ne vijim).

Tabela 1. Kujdesi Shendetesor dhe tranzicioni social, demografik dhe epidemiologjik

Bujqesia (rural)	→	**Tranzicioni social**	Industria (urban)	→		**Sherbimet** (sub-urbane)
Familje shume-brezash	→		Familja nukleare	→		Shtepi individuale
Tranzicioni demografik						
Semundjet infektive	→	Ceshtjet shendetesore kryesore	Ulja e fertilitetit	Popullate ne plakje	→	Semundjet kronike, semundje te qyteterimit
Ulja vdekshmerise				**Tranzicioni epidemiologjik**		
Higjena, shendeti public, kujdesi informal	→		Lindja e kujdesit kurativ, shteti social, i sigurise dhe mireqenies	→		Kujdesi i teknologjise se larte, kujdesi profesional ne shtepi
		Fokusi i kujdesit				

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

Shoqerite moderne u zhvilluan nga ekonomite bujqesore nepermjet industrializimit drejt ekonomise se sherbimeve.

Fillimisht u fokusuan ne mbijetesen dhe mbajtjen e kryetarit te familjes dhe familjes se tij te madhe, qe me pas u shnderruan ne ekonomi duke krijuar teprica (pasuri) dhe i vune vlera produkteve te tregtise.

Zakonisht, tepricat nga tregtia u perdoren per te krijuar role dhe profesione te reja, te cilat jo domosdoshmerisht ishin prodhuese. Psh, prifterinj, ushtare, mbledhes takash dhe sherues te ndryshem.

Ne kete tranzicion social periudhat e bollekut alternoheshin me periudha mungese per shkak te luftes, krizes se ushqimit dhe pandemive.

Me zhvillimin dhe modernizimin, u krijuan institucione te cilat synonin reduktimin e rreziqeve shendetesore dhe sociale te jetes se perditshme.

Marreveshjet e perhapura shpesh te bazuara ne lidhje gjaku per tu perballur me keto rreziqe, u zevendesuan dalengadale nga marreveshjet kolektive.

Krahas tranzicionit social po ndodhte dhe ai demografik, duke qene se nuk ishte me esenciale te kishe shume femije si nje mase kunder rrezikut te varesise nga njerezit e gjakut tend ne pleqeri ose ne rast varferie. Per pasoje, ra fertiliteti.

Ne Europe filluan te krijoheshin sistemet e sigurise sociale kunder humbjes financiare per shkak te aksidenteve apo semundjeve, fillimisht ne Gjermani e me pas ne vende te tjera, perfshire skemat publike te pensioneve disa dekada me pas.

Pervec ketyre marrveshjeve kolektive, tepricat financiare perbene bazat e rritjes ekonomike dhe zgjerimin e institucioneve arsimore dhe te Kujdesit Shendetesor , duke gjeneruar me shume sherbime dhe profesione si psh, mesues, mjeke, infermiere, gjykates, juriste, inxhiniere, arktitekte,

etj.

Ne Evrope mbledhja e premiumeve dhe taksave ishin mekanizmi dhe burimet financiare kryesore per keto marrveshje kolektive.

Krahas ketij procesi modernizimi, u zhvillua dhe tranzicioni epidemiologjik, duke shenuar nje zhvendosje graduale nga nevoja baze per t'i mbijetuar kequshqyerjes dhe semundjeve infektive drejt adresimit te semundjeve kronike (qe prekin te moshuarit pike se pari).

Sot, sistemet e Kujdesit Shendetesor ne vendet e zhvilluara fokusohen shume ne semundjet e lidhura me stilin e jeteses (obezitet, diabet), semundjet kronike, dhe nevojat ne ndryshim te shoqerise ne plakje e siper.

Ne shekullin e kaluar ndodhi nje zhvendosje dramatike ne shkaqet e vdekjes ne vendet e zhvilluara nga semundjet infektive dhe kequshqyerja drejt semundjeve KV dhe kancerit.

Vdekjet nga semundjet kronike tani i tejkalojne vdekjet nga semundjet infektive dhe kequshqyerja.

Ne shume vende te zhvilluara tranzicioni social, demografik dhe epidemiologjik ndodhi pergjate shume viteve. Kjo u shoqerua me krijimin e sistemeve me te organizuara te Kujdesit Shendetesor , te cilat zevnendesuan sherbimet e meparshme te fragmentizuara te profesionisteve dhe institucioneve shendetesore ne konkurrence me njeri-tjetrin.

Ne vendet ne zhvillim shohim shpesh, qe brenda nje periudhe te shkurter, ndodhin tranzicione jo te plota dhe te kompresuara.

Kjo gje manifestohet ne koherence te ulet te sistemeve te Kujdesit Shendetesor (psh, koordinimi, planifikimi dhe organizimi jo i duhur).

Sistemet e organizuara te Kujdesit Shendetesor ne VAU – vecanerisht ne Afrike – ishin shpesh kopje te modeleve Perendimore dhe zbatoheshin ne kuader to proceseve kolonizuese.

Pervec kesaj, shume VAU trasheguan nga pushtuesit koloniale legjislacion shendetesor jo te perditesuar (te vjeteruar).

Ne fillim, Kujdesit Shendetesor i organizuar, synonte fillimisht ushtrine, nepunesit civile dhe kolonizuesit.

Vetem me pas u krijuan sherbimet shendetesore qe synonin popullaten lokale ne teresi.

Kurse sot, qendrat shendetesore jane shperndare ne menyre te pabarabarte per shkak te mungeses se burimeve njerezore.

VAU kane 3-4 here me pak staf mjekesor per njesi te popullsise krahasuar me VAL, qe deshmon se burimet njerezore jane nga komponentet me te nenvleftesuara te zhvillimit te sistemeve shendetesore ne keto vende.

Aksesi ndaj sherbimeve klinike i rezervohet ne radhe te pare ushtarakeve, nepunesve civile dhe te pasurve. Sherbimet shendetesore shpesh organizoehn nepermjet programeve vertikale qe adresojne probleme specifike.

Avantazhi eshte qe ofrimi I Kujdesit Shendetesor eshte I sigurte; disavantazhi eshte qe sigurimi i sherbimit eshte i fragmentizuar dhe jo eficient.

Punenjesit shendetsore te komunitetit jane takimi I pare I individit me sistemin ne VAU, ku kushtet baze per permiresimin e shendetit jane te veshtira (varferia, kujdesi i nenes dhe femijes, intervali mes lindjeve, arsimi, vaksinimi etj).

Ofruesit me te medhenj te Kujdesit Shendetesor jane shteti dhe NGO-te.

Ne VAM, si ne Afriken e Jugut, ka mjaft spitale private me teknologji te larte per ata qe mund ta paguajne nga njera ane, mjeke te pakualifikuar ne ekstremin tjeter dhe cdo gje tjeter ne mes.

Siguracionet sociale jane te disponueshme per punonjesit e shtetit. Megjithate, shtrirja e skemes per individet me te ardhura te uleta do te kerkoje dhe nje dekade te pakten.

Debati qendron mbi llojin e sigurimeve qe duhet t'i mbuloje keta persona: sigurime vullnetare, private apo nje kombinim i ketyre.

Ne VAU dhe VAM, pjesa me e madhe e shpenzimeve per Kujdesin Shendetesor duhet te dale nga xhepi I individeve, taksimi dhe forma te tjera.

Keshtu qe ajo qe vihet re eshte nje mishmash institucionesh dhe mjetesh per ofrimin e Kujdesit Shendetesor , formale dhe jo formale, ku perfshihet nje variacion teper i madh i sheruesve tradicionale qe paguhen nga xhepi apo ne natyre.

Krijimi sistemeve moderne te Kujdesit Shendetesor qe karakterizohen nga ndarja e punes, struktura komplekse, dhe mjete per koordinimin dhe planifikimin ne shkalle te gjere, kerkon burime te medha financiare.

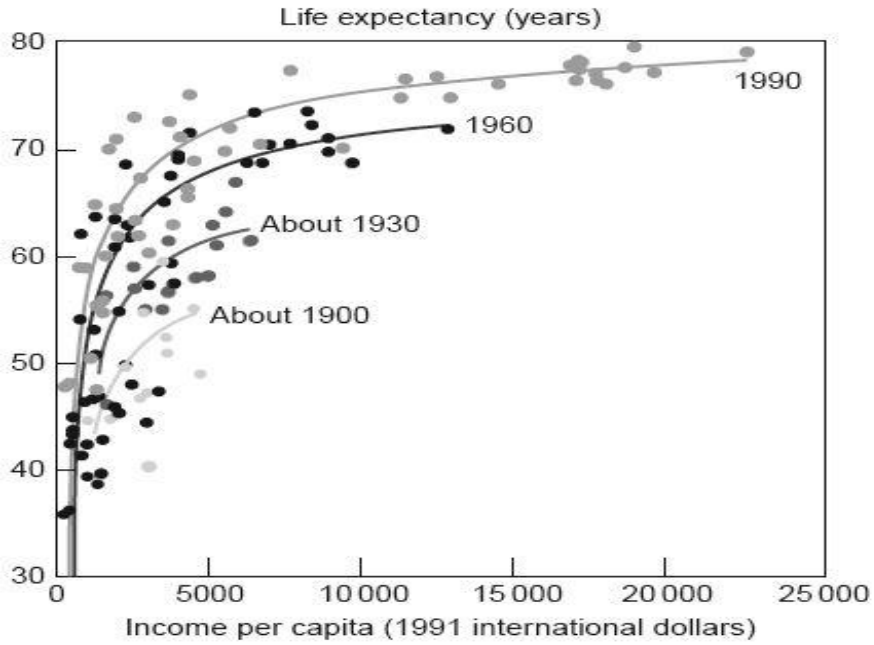
Vetem ekonomite e pasura jane ne gjendje te alokojne burime te caktuara per shendetesine dhe shkalla me te cilen keto mund te gjenerohen percaktojne fazen e zhvillimit ekonomik te nje vendi.

Ne fakt, ka nje lidhje te forte midis pasurise dhe shendetit, jo vetem ne nivel individual por edhe ne ate makro (Grafiku 1 ne vijim).

Pra, pasuria e nje kombi ka nje impakt madhor ne shendetin e tij. Ne fillim, me rritjen e pasurise se kombit, shendeti i tij permiresohet, direkt, nepermjet permiresimit te shendetit publik, dhe indirekt, nepermjet permiresimit te arsimit dhe rritjes se te ardhurave (vecanerisht te nenave).

Me pas, me rritjen e metejshme te ekonomise, semundjet e stilit te jeteses dhe ato kronik tentojne te rriten. Ne shoqerite ku ka bollek, individet priren me shume drejt sjelljeve jo te shendeteshme, dhe me moshimin, magnituda e semundjeve kronike rritet.

Natyrisht, impakti i pasurise ne shendet nuk eshte linear. Prandaj eshte me e veshtire te permiresosh shendetin e shoqerive ne bollek sesa te shoqerive te varfra.



Grafiku 1. Lidhja midis te ardhurave per fryme me jetegjatesine e pritshme

Lidhja midis shendetit dhe pasurise eshte gjithashtu reciproke.

Rritja ekonomike dhe pasuria permiresojne shendetin, por shendeti I mire stimulon rritjen ekonomike gjithashtu.

Ne ekonomite e stabilizuara, nje sektor i suskesshem i Kujdesit Shendetesor inkurajon punesimin e njerezve te afte, prodhimin vendas, ndertimin dhe konsumin e mallrave.

Pasuria gjithashtu percakton dhe targetet e Kujdesit Shendetesor. Dhe serisht, sa me i pasur eshte kombi, aq me shume mundesi ka qe ai te kete nje sistem sistematik te Kujdesit Shendetesor.

Kater modelet e Sistemeve te Kujdesit Shendetesor: Tregu i Lire, Siguracionet Sociale, Sistemi Shendetesor Kombetar (NHS) dhe Sistemi Socialist

Zakonisht, vendet e zhvilluara karakterizohen nga varferia publike dhe pasuria private.

Ka konsum te teper te energjise dhe ndotje mjedisore. Xhepat e varferise relative manifestohen ne pjesen e erret te individualizmit te shoqerise, duke cuar ne humbjen e standardeve sociale, vetmi (sidomos midis te moshuarve) dhe vetevrasje.

Lufta kunder semundjeve te lidhura me stilin e jeteses, kufizimin e kosoteve, aksesin e pabarabarte ne Kujdesin Shendetesor , parandalimit te trajtimit te panevojshem, racionalizimi i medikamenteve, dhe sigurimi i sherbimeve mikse per te moshuarit konsiderohen si ceshtjet me delikate te axhendes se politikes shendetesore ne vendet e zhvilluara.

Me kalimin e kohes jane zgjeruar sherbimet kurative nga te pasurit drejt te gjithe popullates, duke vene theksin tek kujdesi spitalor/i specializuar dhe kujdesin paresor si kunderbalance.

Fokusi eshte zhvendosur gjithashtu nga sherbimet parandaluese tek ato kurative dhe me pas serisht tek ato parandaluese (parandalimi i semundjeve te lidhura me stilin e jeteses).

Per shkak te ketyre ngjashmerise ne vendet e zhvilluara, sistemet shendetesore te tyre duken te ngjashme.

Ato mund te karakterizohen si sisteme mikse private-publike, por gjithsesi origjinat e tyre ndryshojne.

Bazuar ne menyren e financimit dhe shkalles se nderhyrjes qeveritare mund te dallohen 4 modele te Kujdesit Shendetesor .

Keto modele variojne nga nje ekstrem ku Kujdesi Shendetesor shihet si *mall* per tu blere ne tregun e lire ne ekstremin tjeter ku Kujdesi Shendetesor shihet si e *mire* ose *e drejte publike,* e pavarur nga te ardhurat e individit.

1. *Modeli i Tregut te Lire*

Modeli i tregut te lire (MTL) ndodh kur qeveria drejton politiken e mos-nderhyrjes dhe e kufizon rolin e saj ne ceshtjet e Kujdesit Shendetesor vetem ne elementet bazike, duke ja lene pjesen tjeter financimit privat dhe korporatave ofruese (psh, organizata e mbajtjes se shendetit ose HMOs).

Kjo eshte situata tipike ne USA, pervec nderhyrjeve shteterore si Medicaid (per te varferit) dhe Medicare (per te moshuarit).

Sigurimet private mbushin disi boshllekun, por megjithate nje pjese e madhe e popullates ne USA mbetet e pasiguruar kunder kostove te Kujdesit Shendetesor ose humbjes financiare per shkak te semundjes apo paaftesise.

Modeli baze (origjinal) i sitemit te Kujdesit Shendetesor ne USA eshte modeli i rimbursimit vullnetar, ku 4 aktore luajne nje rol kryesor.

Ofruesit e nivelit te pare (mjeket e pergjithshem, MP) dhe te dyte (spitalet) ofrojne sherbime per pacientet te cilet do te rimbursohen per faturat mjekesore te tyre, pjeserisht ose plotesisht.

Pacientet paguajne vullnetarisht nje premium ne baze te rrezikut ndaj siguruesve vullnetare, te cilet I rimbursojne pacientet per shpenzimet e tyre mjekesore.

Tipikisht, nuk ka ose ka fare pak nderveprim midis siguruesve dhe ofruesve.

Vetem pacienti ndervepron me te dyja palet (siguruesit dhe ofruesit).

Modeli i rimbursimeve private ka disa disavantazhe te medha.

I pari eshte qe nuk ka te instaluar stimuj per kufizimin e kerkeses dhe ofertes. Prandaj, shpesh

shoqerohet me ndarjen e kostove.

I dyti eshte qe nuk ka mekanizma te instaluar per parandalimin e pabarazive. Per arsye te rritjes se fitimit, siguruesit private kane stimul per te zgjedhur rrezikun (te lene jashte ata me rrezik te larte).

Per me teper, aksesi ndaj sigurimit vullnetar eshte I hapur vetem ndaj atyre qe mund te paguajne per te.

Nje tjeter disavantazh jane shpenzimet e larta. Ne 2004 USA shpenzonte 13.% te PBB se saj per Kujdesin Shendetesor , krahasuar me 9% ne Kanada dhe 8% te mesatares se vendeve te OECD.

Shpenzimet USA per fryme tejkalojne teper shpenzimet ne vendet OECD.

Megjithe iniciativat per menaxhimin e Kujdesit Shendetesor dhe perpjekjet qeveritare, kostot vazhdojne te rriten ne USA.

Mungesa e kontrollit te buxhetit te spitaleve, sisteme te fragmentuara dhe komplekse pagesash qe dobesojne kerkesen dhe pagesat e larta paraprake per administraten jane pergjegjes per shpenzimet e larta te Kujdesit Shendetesor ne USA.

2. *Modeli I Siguracioneve Sociale - Bismarck*

Modeli i 2 I sistemeve shendetesore eshte sistemi i siguracioneve sociale, i themeluar ne Gjermani para me shume se 100 vjetesh.

Pacientet paguajne nje premium te caktuar ne fondin e semundjes, i cili ka nje kontrate me ofruesit e linjes se pare (MP) dhe te dyte (spitalet).

Roli i shtetit eshte vendosja e rregulloreve per termat e kontraktimit midis pacienteve, ofruesve dhe siguruesve.

Sistemi I siguracioneve sociale financohet nga premiumet qe paguhen dhe kontrollohen nga punedhenesit dhe unionet e punes.

Por keto kane pak influence ne sigurimin e sherbimeve, i cili I lihet profesionisteve, dhe me specifikisht profesionit te mjekut dhe organizatave profesioniste te kujdesit shendetesor.

Ne thelb, sistemet e Kujdesit Shendetesor te Europes kontinentale e kane origjinen nga modeli Gjerman: premiume te dedikuara (hipotekuara, ear-marked) paguheshin tek fondet e semundjes, i cili kontrollohej njekohesisht nga punedhenesit dhe punemarresit (unionet e punes). Me pas, fondi i semundjes paguante sherbimet shendetesore te ofruara nga MP apo spitalet.

Sistemi Gjerman shume shpejt u perhap ne Ceki, Austri, Hungari dhe Poloni.

Gjate L2B, u fut me force ne Hollande dhe me pas u shtri ne Belgjike dhe France.

Ky sistem i mbijteoi dy lufterave boterore dhe ekziston edhe ne ditet e sotme, edhe pse i modifikuar, ne Gjermani, Hollande, Belgjike, France, Austri, Zvicer, Luksemburg, dhe Japoni.

Me pare ky sistem ka ekzistuar dhe Greqi (deri ne 1982), Itali (deri ne 1978), dhe Spanje (deri ne 1985).

3. *Modeli i Sherbimeve Shendetesore Kombetare (NHS) - Beveridge*

Modeli i 3-te, I aplikuar kryesisht ne UK dhe kombet e Commonwealth-it, eshte sistemi i Sherbimeve Shendetesore Kombetare te bazuar ne taksat.

I futur ne perdorim ne 1948, ai perfaqeson nje sistem te centralizuar dhe te financuar nga taksimi i pergjithshem, ndersa shtei eshte pergjegjes per sigurimin e kujdesit shendetesor institucional (spitalor).

MP-te e vete-punesuar jane "rojtaret e portes" ne Kujdesin Shendetesor Paresor. Per tu takuar me mjekun specialist, pacienti ka nevoje per referim nga MP.

Ky sistem le nje fare hapesire per mjeksine private. Deri ne 1995 spitalet shteterore dhe MP-te paguheshin nga taksat qe shkonin per llogari te NHS.

Modeli NHS u aplikua se pari ne Suedi, dhe ma pas ne vendet Skandinave: Danimarke, Norvegji dhe Finlande.

Aktualisht, modeli NHS aplikohet ne UK, Irlande, Danimarke, Norvegji, Suedi, Finlande, Islande, kurse jashte Europes ne Australi dhe Zelanden e Re.

Kater vende te Europes Jugore e aplikuan kete sistem kohet e fundit: Italia (ne 1978), Portugalia (ne 1979), Greqia (ne 1983) dhe Spanja (ne 1986).

4. *Modeli Socialist - Semashko*

Modeli i 4-t, me i centralizuari nder sistemet shendetesore, eshte modeli socialist Sovjetik, i shpikur nga Semashko, Ministri i Shendetesise dhe ka hyre ne perdorim qe ne 1920.

Karakterizohet nga nje rol dominues i shtetit, duke garantuar akses te plote dhe falas ne Kujdesin Shendetesor per te gjithe.

Kjo realizohet nepermjet infrastruktures shendetesore te zoteruar nga shteti, qe financohet nga buxheti i shtetit (taksat) dhe shperndarja dhe sigurimi mbi baza gjeografike te sherbimeve ne te gjithe vendin.

Sherbimet shendetesore jane te organizuara ne nje menyre plotesisht hierarkike.

Sherbimet ofrohen nga punonjes te punesuar nga qeveria, planifikohen nepermjet nje procesi hierarkik, dhe organizohen ne formen e hierarkise se spitaleve, ku poliklinikat sherbejne si pika me e ulet e hyrjes ne sistem.

Vendet qe deri kohet e fundit kishin nje sistem te tille jane Rusia, Bjellorusia, dhe republikat ish Sovjetike te Azise Qendrore, si dhe disa vende ne Europen Qendrore dhe Lindore.

Shume ish-republika sovjetike gjithsesi tashme jane ne nje proces tranzicioni drejt sistemeve shendetesore te bazuara ne siguracionet sociale.

Sistemi shendetesor ne Kube gjithashtu u vu ne veshtiresi pas renies se Bashkimit Sovjetik. Por ndersa kujdesi sekondar dhe terciar Kuban u prek nga kriza, sistemi universal dhe i barabarte i Kujdesit Shendetesor qe funksiononte mire para krizes, mbeti i paprekur per shkak te mbeshtjetjes se qeverise dhe rrjeteve lokale kapilare (te perhapura shume).

Sistemi Kinez i Kujdesit Shendetesor , i krijuar ne 1949, ishte nje shembull tipik i sistemit komunist ne zhdukje e siper. Ne fillim te viteve ‘80, qeveria Kineze e zhberi kete sistem te Kujdesit Shendetesor, duke vendosur rregullimin e cmimeve, reduktimin e investimeve te shtetit, dhe decentralizimin dhe nen-financimin e sistemit te shendetit publik.

Kina tani ka nje sistem te Kujdesit Shendetesor privat, me tiparet karakteristike te ketij te fundit: nje pjese e madhe e popullates e pambuluar nga siguracionet shendetesore (rreth 70%), sherbimeve te pa perballueshme financiarisht nga shume persona, shpenzime kombetare te larta, mbi-perdorim te medikamenteve, dhe kujdes shendetesor te teknologjise se larte.

Qeveria Kineze tani po perpiqet te riparoje demin e bere, perpjekje qe mund te coje nje nje sistem miks publik-privat.

Shembulli I Kines dhe Kubes, negativ dhe pozitiv, provojne qe perfshirja e Qeverise ne Kujdesin Shendetesor eshte thelbesore per te mbajtur te paprekur sistemin e Kujdesit Shendetesor , per te mbrojtur pacientet, dhe per te siguruar akses te perballueshem financiarisht ndaj sherbimeve.

Kater modelet qe pershkruam jane nje “vazhdim” i njeri-tjetrit ne terma te karakterit te sistemit, me intervencionizmin shteteror dhe Kujdesin Shendetesor te centralizuar ne njerin ekstrem, dhe modeli jo-nderhyres ne ekstremin tjeter.

Sistemet e centralizuara ofrojne mekanizmat me te mire per kontrollin e kostove, ndersa mungesa e nderhyrjes se shtetit duket te jete me pak e dobishme, sic deshmojne kostot stratosferike ne USA.

Por te kater modelet e sistemeve shendetesore duhet te konsiderohen si modele “te pastra” te cilat mund te paraqiten ne shume kombinime dhe variacione te ndryshme.

Me tej akoma, keto modele reflektojne fazat dhe rezultatet e nje procesi historik, keshtu qe modelet qe u aplikuan ne vendet e zhvilluara ne gjysmen e pare te shekullit 20 mund te jene ende opsione te dobishme per vendet ne zhvillim ose ekonomite ne tranzicion, per shembull, ne vendet e Europes Lindore.

Inovacionet e sistemeve te ofrimit te kujdesit shendetesor

Ndera modelet e pershkruara reflektojne modelet kryesore qe ekzistojne ne vendet e zhvilluara, asnje prej tyre nuk ka elemente te vetem nje modeli.

Per shembull, ne vitet ‘60-’70, sistemet e Kujdesit Shendetesor te bazuara ne siguracionet sociale

dhe sistemin e sipermarrjes se lire ne USA filluan te perballen me problemin e rritjes se kostove.

Ne vitet ‘70-’80 sistemet e tipit NHS dhe te tipit Sovjetik te Europes Lindore u perballen me probleme te neglizhimit, nen-financimit dhe burokracise ne rritje, duke cuar ne rritjen e iniciatives private krahas NHS-se dhe lulezimit te tregut te zi te Kujdesit Shendetesor ne Europen Qendrore dhe Lindore.

Qe atehere, vecanerisht ne vendet me sisteme te Kujdesit Shendetesor te bazuar ne siguracionet sociale, kjo situate coi ne nje rregullim me te forte shteteror per te kufizuar kostot e Kujdesit Shendetesor .

Por ne vende te tjera, e kunderta ndodhi duke dobesuar nderhyrjen e shtetit dhe futjen e formave te ndryshme te konkurrences se menaxhuar (Tabela 1).

Per shembull, ne Europen Lindore, pas renies se murit te Berlinit, pati nje renie te financimit dhe ofrimit te sherbimit nga shteti per shkak te deficitit ekonomik.

Ne vendet qe zbatuan modelin e siguracioneve sociale u rrit roli I shtetit per te frenuar rritjen e kostove.

Nje pasoje e kesaj ishte forcimi i rolit te spitaleve ne ofrimin e Kujdesit Shendetesor .

Por ne UK, ka nje levizje drejt decentralizimit, qe u realizua nepermjet nje ndarjeje midis bleresve dhe ofruesfve, ku MP luajne rolin e bleresve te kujdesit spitalor.

Edhe ne USA, reformat e Kujdesit Shendetesor jane fokusuar ne kufizimin e kostove.

Iniciativat e kujdesit te menaxhuar, HMO-te (Health Maintenance Organizations) per shembull, u zhvilluan per te rritur konkurrencen, per te ndryshuar menyrat e pageses per sherbimet mjekesore, dhe per te kufizuar fuqine e profesionit mjekesor.

Modeli baze i nje HMO-je eshte modeli i kontraktimit vullnetar. Ky perfshin marrdhenie kontraktuale midis siguruesit dhe ofruesve te pavarur, te cilat i japin ketyre ofruesve te drejta ekskluzive per te ofruar sherbime, kryesisht pa para’ (falas, free of charge).

Pacientet paguajne nje premium vullnetar, te bazuar ne rrezik, tek siguruesit vullnetare te cilet kane kontrata me ofruesit.

Diferenca me modelin e rimbursimit vullnetar eshte qe siguruesit ketu kane marrdhenie kontraktuale me ofruesit.

Modelet e kujdesit te menaxhuar synojne te gjithe te kontrollojne kostot e Kujdesit Shendetesor duke monitoruar punen e mjekeve dhe spitaleve, dhe duke kufizuar perdorimin e spitaleve sekondare.

Ne praktike, shpesh kjo behet nepermjet nje “menaxheri te rastit”, i cili, si perfaqesues i siguruesit, eshte i autorizuar per te vendosur nese kujdesi qe do ofrohet eshte efektiv dhe eficient.

Nje tjeter tipar eshte fakti qe pacientet lejohen te takojne mjekun specialist vetem pasi jane konsultuar me MP, ku keta te fundit luajne rolin e “rojtarit te portes”, ne menyre te ngjashme me rolin e MP-ve ne vendet Europiane si Danimarka, Norvegjia, Italia, Hollanda, Portugalia, Spanja

dhe UK.

Mjedisi i Sistemeve te Kujdesit Shendetesor: Impakti i Shoqerise

Natyrisht qe sistemet e Kujdesit Shendetesor jane te hapura ndaj mjedisit te tyre. Sigurisht qe sistemet e Kujdesit Shendetesor ndikohen nga vlerat dhe struktura sociale e shoqerive ku ato operojne.

Bazuar ne historine, traditat, dhe besimet, etj., sistemet e Kujdesit Shendetesor reflektojne menyren me te cilen shoqerite e ndryshme percaktojne dhe adresojne shendetin dhe semundjen.

Shendeti dhe Kujdesi Shendetesor jane te "mbrujtura" ne sistemet e vlerave, te cilat shpjegojne se si adresohen ceshtjet shendetesore ne shoqeri te caktuara.

Kjo shpjegon se perse, ne disa shoqeri, Kujdesi Shendetesor konsiderohet se nje e mire publike ne dobi te te gjithe qytetareve te tyre, ndersa ne te tjerat Kujdesi Shendetesor konsiderohet me teper si nje "mall" qe mund te blihet dhe shitet ne treg.

Nocioni I Kujdesit Shendetesor si "mall" nuk gjendet ne te gjitha shoqerite njerezore. Shembulli me tipik I Kujdesit Shendetesor si mall gjendet ne organizimin e Kujdesit Shendetesor te orientuar drejt tregut ne USA. Por edhe ne Europe ky nocion po merre mbeshtetje me te madhe ne mendimin politik, sic kane treguar nje sere reformash te ndermarra atje.

Per fat te keq, perfshirja ose shkrirja e Kujdesit Shendetesor ne shoqeri te ndryshme eshte nje teme pak e studiuar dhe ka shume pak fakte empirike rreth vlerave themelore qe formojne themelet e sistemeve te Kujdesit Shendetesor .

Por padyshim, theksi i shoqerive te caktuara mbi kujdesin spitalor krahasur me kujdesin ne shtepi apo komunitet ose kujdesin per te moshuarit, mbi pergjigjesine individuale per semundjen, ose mbi shkallen e solidaritetit midis njerezve, reflekton orientimin e pergjithshem te vlerave te cilat imitojne apo reflektojne prioritetet e ketyre shoqerive.

Konkluzionet: Cfare pritet ne te ardhmen?

Sic e pame me lart, sistemet e Kujdesit Shendetesor ne vendet me te ardhura te uleta (VAU) dhe te mesme (VAM) ndryshojne ne menyre te konsiderueshme, ashtu si dhe problemet shendetesore te tyre, nga sistemet e Kujdesit Shendetesor te vendeve te zhvilluara.

Keshtu qe dhe zhvillimet e ardhshme do te ndryshojne sipas ketyre karakteristikave.

Vendet me te Adhura te Uleta

Nje nga konkluzionet nga Tabela me poshte, rreth lidhjes midis "shendetit" dhe "pasurise" ne 1900-1990, eshte qe pergjate viteve jemi bere me te pasur.

Keshtu, fuqia blerese u pese-fishua midis 1900 dhe 1990.

Shume vende qe me pare ishin ne kategorine e VAU sot jane ne kategorine e VAM.

Nje nga sfidat e Kujdesit Shendetesor ne kete faze ekonomike eshte zbatimi I kujdesit kurative per popullsine ne rritje.

Sic e pame, ka disa menyra per ta bere kete. Nje prej tyre eshte aplikimi i sherbimeve shendetesore te financuara nga taksat me shtetin qe luan rol dominant ne financimin dhe sigurimin e Kujdesit Shendetesor (modeli Beveridge), duke zgjeruar burimet e disponueshme sa me pak te jete e mundur. Barazia eshte parimi themelor.

Opsioni tjeter eshte nje model pluralist dhe gradual, ku shteti ka rol mesatar duke ofruar rregulloret per funksionimin e sistemet dhe duke I lene hapesire te madhe siguruesve, ofruesve dhe klienteve (modeli Bismark).

Ky model zakonisht fillon me disa grupe te shoqerise (zakonisht punonjesit e kualifikuar) dhe ka sherbime te kufizuara. Me pas, ne rrethana me te mira ekonomike, zgjerohen sherbimet dhe numri I perfituesve drejt mbulimit universal.

Vendet me te Adhura te Mesme

Vendet me te ardhura te mesme (VAM) mund te zgjedhin modelin Bismark apo Beveridge si opsione serioze dhe me impakt te madh ne vend qe te ndjekin nje proces te politikave shendetesore qe axhustohen hap pas hapi dhe zgjedhjeve te vetedijshme.

Fokusi drejt barazise dhe kontrollit te kostove si dhe qendrimit pozitiv ndaj rolit aktiv te shtetit, e ben sistemin Beveridge te mundshem per keto vende.

Zbatimi I premiumeve te hipotekuara (ear-marked) per nje pjese te kufizuar te shoqerise (qe gjithsesi taksohet) krijon me teper pabarazi fillimisht por mund te stimuloje dhe rritjen ekonomike, e cila krijon nje proces ciklik duke cuar ne mbulimin gradual te popullates me siguracione sociale.

Vendet e Zhvilluara

Ne vendet e zhvilluara (VZ) disa procese mund te ndodhin njekohesisht.

Se pari, ndryshime te brendshme ndodhin ne modelet Beverdige dhe Bismarkiane te tilla si ndarja e blerjes se Kujdesit Shendetesor dhe sigurimi dhe krijimi i tregut te brendshem ne NHS Britanike, ose rritja e influences se shtetit ne pergjithesi ne sistemet e Kujdesit Shendetesor te tipit Bismarkian (Gjermania, psh).

Nje tjeter shembull I disa procese te njekohshme eshte dhe futja e kujdesit te menaxhuar (HMO) ne sistemin e siguracioneve private ne USA.

Se fundi, ndodhin dhe ndryshime finale te sistemit – zhdukja e tij – sic ndodhi me sistemet e Kujdesit Shendetesor te tipit Semashko ne vendet e Europes Lindore.

Te gjithe keto ndryshime shkaktojne konvergime ne aparence dhe performance te sistemeve te Kujdesit Shendetesor , vecanerisht ne lidhje me rezultatet shendetesore qe gjenerojne keto sisteme.

Se dyti, pavaresisht ketyre tendencave konverguese afat-gjata, sistemet e tipit Beveridge kushtojne me pak dhe i kontrollojne me mire kostot sesa sistemet e tipit Bismarkian.

Por qytetaret vleresojne me shume sistemet e tipit Bismarkian sesa ato te tipit Beverdige.

Roli "rojtar i portes" se MP mund te jete pergjegjes per keto diferenca ne vleresim.

Ne menyre te qarte, sistemet e Kujdesit Shendetesor qe kane karakteristika me te forta te sistemit (dmth, koordinim me te forte, diferencim me strikt te punes) duke se gezojne me pak mbeshtetje publike ne pergjithesi, me shume pak perjashtime.

Se treti, Bashkimi Europian (EU) influencon shume ne konvergjencen e sistemeve te Kujdesit Shendetesor ne Europe nepermjet direktivave apo ligjeve te Gjykates Europiane e cila favprozoi, per shembull, rimbursimin e kostove te Kujdesit Shendetesor per shkak te blerjes se Kujdesit Shendetesor ne shtetet e tjera anetare te BE edhe pse siguruesit kombetare apo autoritetet kombetare te Kujdesit Shendetesor e kundershtuan fillimisht kete mase.

Keto qendrime liberale te Gjykates Europiane mund te dobesojne perpjekjet per kontrollin e kostove te Kujdesit Shendetesor te vendeve te ndryshme te BE-se.

Megjithate, keto pretendime u neutralizuan nga vleresimi i publikut per levizjen e lire te mallrave, sherbimeve dhe personave mbi interesat kombetare te kontrollit te kostove.

Ceshtja e Gjykated Europiane filloi me rimbursimin e nje lloji te caktuar lentesh, me pas u shtri ne sherbimet ortodontike e drejt sherbimeve te specializuara.

Ende nuk I dihet fundi ketyre ndryshimeve dhe proceseve. Ceshtje te reja jane ne shqyrtim e siper.

Se katerti, po rriten shqetesimet lidhur me qendrueshmerine (sustainibility) e te dy ketyre modeleve (NHS dhe sistemi i Kujdesit Shendetesor bazuar ne siguracionet sociale).

Per shkak te rritjes se pasurise gjate dekades se fundit, disa politikane mendojne qe rrethanat ne te cilat u krijuan keto sisteme ndryshojne shume nga te sotmet. Nuk dihet nese kjo do coje ne zhvendosjen e nje pjese te pergjegjesise drejt klienteve te Kujdesit Shendetesor .

Ndryshimet e fundit ne sistemin e siguracioneve shendetesore te Hollandes (ku 62% kishin siguracione publike dhe 38% private perpara 1 Janarit 2006 dhe 100% siguracione publike pas kesaj date) tregojne qe shumica derrmuese (95%) e pacienteve qe me pare ishin siguruar privatisht, kerkuan nje politike shendetesor me bashke-pagesa zero!

Por, cfare nenkupton kjo per te ardhmen?

1. Per vendet e zhvilluara, sistemi shendetesor I tipit NHS do te kete te ardhme te veshtire. Keto sisteme te organizuara ne menyre hierarkike dhe sistematike jane superiore ne kontrollin e kostove, por nuk jane shume popullore.

Sistemet e Kujdesit Shendetesor bazuar ne siguracionet sociale do te pershtaten me mire me tendencat e politikes se drejtuar nga klientet dhe kerkesa. Por kjo ka cmimin e saj: minimialisht nje

pjese e kostos do zhvendoset drejt individeve, sic ka ndodhur ne USA.

2. Se dyti, ne VAU dhe VAM pritet te shihet nje carje/ndarje ne tendencen per te favorizuar zgjidhjet e tipit NHS per sistemet e tyre te Kujdesit Shendetesor , dhe pritet qe keto vende te zgjedhin modelin e sistemit te Kujdesit Shendetesor te bazuar ne siguracionet sociale.

Kjo ka ndodhur ne Europen Lindore, pas renies se sistemit Sovjetik. Europa Lindore u kthyer masivisht drejt sistemit Bismarkian.

Faktore te jashtem, si ligjet Europiane, do te stimulojne me tej konvergjencen me sistemet Europiane te kujdesit shendetesor.

Per Europen, sfida do te jete t'i rezistoje joshjes per te neglizhuar grupet me te varfera te shoqerise;

Per USA, sfida do jete te fuse te pa-siguruarit ne sistemin e Kujdesit Shendetesor .

Per boten, sfida do te jete te siguroje sherbimet e Kujdesit Shendetesor dhe siguracionet shendetesore per te gjithe popullaten, perfshire dhe personat shume te varfer.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization. Switzerland. 2010.

3. Lovett-Scott M, Prather F. Global health systems. Comparing strategies for delivering health services. Jones & Bartlett Learning. 2014.

4. Johnon J, Stoskopf, Shi L. Comparative health systems. A global perspective. Second Edition. Jones & Bartlett Learning. 2018.

5. Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. Health Policy 2013; 113(3):258-69.

6. Physicians for a national health program. Health care systems – four basic models. E disponueshme ne: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php. Aksesuar: Maj 2018.

LEKSIONI 14

MODELET E ORGANIZIMIT TE SISTEMEVE SHENDETESORE

Hyrje

- Nje sistem I ofrimit te kujdesit shendetesor eshte pergjigja e organizuar e shoqerise ndaj probleme shendetesore te qytetareve te saj.
- Shoqerite e ndryshme ndryshojne rrenjesisht lidhur me menyren e organizimit te kesaj pergjigjeje, dhe prandaj mund te krahasohen.

Hyrje

- Do shqyrtojme sistemet e KSh nga perspektiva krahasuese, duke iu pergjigjur 3 pyetjeve:

1. Cfare konsiderojme nje sistem te KSh?
2. Perse ndryshojne sistemet e KSh dhe si mund t'I grupojme ne menyre te pershtatshme ato?
3. Cfare inovacionesh te sistemeve te KSh mund te presim ne te ardhmen?

1. Cfare eshte nje sistem I KSh?

- Zakonisht, kujdesi shendetesor etiketohet thjesht si “sistemi”, pa I kushtuar vemendje vete termit.
- Terma si “sektor” dhe “reforme” shpesh perdoren si sinonime, ndersa fraza “sistem shendetesor” perdoret zakonisht ne vend te sistemit (te ofrimit, shperndarjes) se KSh.
- Megjithate, ka sugjerime qe termi “sistem” te mos perdoret vend e pa vend, por me teper si nje mjet esencial per analize.

1. Cfare eshte nje sistem I KSh?

- Sistemet pra kane 4 karakteristika tipike:

1. Specificitetin funksional – sistemet kane synime/qellime operative te perbashketa;
2. Diferencimin strukturor – sistemet kane ndarje te qarte te punes midis elementeve (individeve, organizatave etj);

1. Cfare eshte nje sistem I KSh?

- Sistemet pra kane 4 karakteristika tipike:

3. Koherencen midis elementeve perberes – sistemet I nenshtrohen koordinimit, planifikimit dhe organizimit;
4. Autonomine – sistemet jane deri nje nje fare shkalle “vete-rregulluese”, pa anashkaluar hapjen e tyre ndaj sistemeve te tjera (psh, arsimit, industrise, sistemit ligjor, etj) dhe mjedisit te pergjithshem.

1. Cfare eshte nje sistem I KSh?

- Keto 4 tipare nuk mungojne apo jane te pranishem nga njeri sistem ne tjetrin, por variojne ne shkallen e shprehjes se tyre.
- Ne kete menyre, sistemet mund te jene me "sistematike" sesa te tjeret ne varesi te tipareve qe shprehen me shume tek ata.
- Keshtu, shtetet ndryshojne se tepermi ne shkallen e psh, koordinimit qendror te sistemit te tyre te KSh, vecanerisht lidhur me rolin me te dobet apo te forte te shtetit (psh, krahasoni UK dhe USA lidhur me koordinimin, planifikimin dhe organizimin).

1. Cfare eshte nje sistem I KSh?

- Nga ana tjeter, edhe kufijte e paqarte midis KSh dhe sherbimeve sociale, perbejne nje karakteristike tjeter te dallueshme te sistemit.
- Prandaj, koncepti I "sistemit" dhe tiparet e tij jane nje mjet I vlefshem analitik per te kuptuar diferencat nderkombetare.

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- Permendem qe sistemet e KSh jane pergjigje te organizuara te shoqerise ndaj problemeve shendetesore te tyre.
- Keshtu qe logjikisht, nese problemet shendetesore variojne midis popullatave, ka te ngjare qe po keshtu te variojne dhe sistemet e tyre te KSh.
- Kjo behet e dukshme kur krahasohen problemet shendetesore te vendeve me te ardhura te ndryshme (te uleta, mesme, te larta).

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- Vendet me te ardhura te uleta (VAU) kane probleme qe pengojne shendetin ne shume menyra, duke perfshire semundjet e femijerise, kujdesi I dobet maternal, HIV/AIDS, malaria, TB, etj. Semundjet infektive jane shkaku kryesor I vdekjeve te parakohshme dhe shkurtimit te jetegjatesise.
- Ne vendet e zhvilluara shkaku kryesor I vdekjeve jane semundjet kronike.

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- Per pasoje, sistemet e KSh ne vendet e ketyre dy grupeve jane thelbesisht te ndryshem duke ndjekur modele te ndryshme te KSh: ne vendet ne zhvillim fokusi bie mbi higjienen dhe kujdesin parandaluese, kurse ne vendet e zhvilluara shpesh theksi vendoset tek kujdesi kurativ I zgjeruar.

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- Pervec ketyre diferenca te dukshme midis sistemeve te KSh, mund te dallohen edhe diferenca midis llojeve te sistemeve te KSh te cilat nuk e kane origjinen nga diferenat e probleme shendetesore ne vetvete (te pakten ne vendet e zhvilluara).
- Keto diferenca te tjera te sistemeve kane ndodhur pergjate historise.
- Diferenca thelbesore midis llojeve te sistemeve te KSh ne vendet e zhvilluara e ka origjinen ne menyren e financimit te tyre dhe shkallen e influences se qeverise ne shperndarjen e KSh.

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- Dy grupe klasike jane krijuar sipas themeluesve te tyre: Bismark (Gjermani) nga njera ane dhe Beveridge (UK) nga ana tjeter.
- Bismarku “shpiku” siguracionet sociale ne fund te shekullit 19 dhe ndihmoi ne krijimin e fondet e semundjes per mbrojtjen e anetareve nga humbjet financiare per shkak te semundjes. Ky sistem financohet kryesisht nga premiume te hipotekuara (me nje qellim te caktuar) te paguara nga paga, sic e kemi permendur me pare.

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- W. Beveridge krijoi nje sistem sherbimesh shendetesore te financuara nga taksat dhe te dominuar nga shteti per te gjithe qytetaret Britanike qe shpejt u be shembull per shume vende te tjere ne bote.
- Pervec ketyre dy tipeve te sistemeve, duhet te permendim dhe 2 te tjere:

2. Perse ndryshojne sistemet e KSh?

- I pari eshte sistemi I kujdesit shendetesor Amerikan, I bazuar ne treg, ku influenca dhe financimi I qeverise eshte I kufizuar.
- Tipi tjeter eshte I kunderti I ketij, ose sistemi I KSh ne Ish Bashkimin Sovjetik dhe vendet satelite (modeli Semashko) ku ka nje influence shume te forte qeveritare dhe financime te medha.

Struktura e prezantimit

- Fillimisht do hetojme ne detaje impaktin e tranzicioneve sociale dhe impaktin ne diferencat midis VAU dhe VAM nga njera ane, dhe VAL dhe sistemet e tyre te KSh nga ana tjeter.
- Me pas, do shqyrtojme me tej elementet baze te kater llojeve te sistemeve te KSh qe predominojne ne VAL (vende me te ardhura te larta).

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Per te kuptuar sistemet aktuale te ofrimit te KSh nga perspektiva longitudinale, jane te rendesishme tre lloj tranzicionesh:

1. Rritja socio-ekonomike e shoqerise;
2. Ekspansioni demografik I saj; dhe,
3. Zhvillimi epidemiologjik I saj (Tabela 1 ne vijim).

Tabela. KSh dhe tranzicioni social, demografik dhe epidemiologjik

Bujqesia (rural)	→	**Tranzicioni social**	Industria (urban)	→	**Sherbimet** (sub-urbane)
Familje shume-brezash	→		Familja nukleare	→	Shtepi individuale
Tranzicioni demografik					
Semundjet infektive	→	Ceshtjet shendetesore kryesore	Ulja e fertilitetit	Popullate ne plakje →	Semundjet kronike, semundje te qyteterimit
Ulja vdekshmerise				**Tranzicioni epidemiologjik**	
Higjena, shendeti public, kujdesi informal	→		Lindja e kujdesit kurativ, shteti social, i sigurise dhe mireqenies	→	Kujdesi i teknologjise se larte, kujdesi profesional ne shtepi
		Fokusi i kujdesit			

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Shoqerite moderne u zhvilluan nga ekonomite bujqesore nepermjet industrializimit drejt ekonomise se sherbimeve.
- Fillimisht u fokusuan ne mbijetesen dhe mbajtjen e kryetarit te familjes dhe familjes se tij te madhe, qe me pas u shnderruan ne ekonomi duke krijuar teprica (pasuri) dhe I vune vlera produkteve te tregtise.
- Zakonisht, tepricat nga tregtia u perdoren per te krijuar role dhe profesione te reja, te cilat jo domosdoshmerisht ishin prodhuese. Psh, prifterinj, ushtare, mbledhes takash dhe sherues te ndryshem.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Ne kete tranzicion social periudhat e bollekut alternoheshin me periudha mungese per shkak te luftes, krizes se ushqimit dhe pandemive.
- Me zhvillimin dhe modernizimin, u krijuan institucione te cilat synonin reduktimin e rreziqeve shendetesore dhe sociale te jetes se perditshme.
- Marreveshjet e perhapura shpesh te bazuara ne lidhje gjaku per tu perballur me keto rreziqe, u zevendesuan dalengadale nga marreveshjet kolektive.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Krahas tranzicionit social po ndodhte dhe ai demografik, duke qene se nuk ishte me esenciale te kishe shume femije si nje mase kunder rrezikut te varesise nga njerezit e gjakut tend ne pleqeri ose ne rast varferie. Per pasoje, ra fertiliteti.
- Ne Europe filluan te krijoheshin sistemet e sigurise sociale kunder humbjes financiare per shkak te aksidenteve apo semundjeve, fillimisht ne Gjermani e me pas ne vende te tjera, perfshire skemat publike te pensioneve disa dekada me pas.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Pervec ketyre marrveshjeve kolektive, tepricat financiare perbene bazat e rritjes ekonomike dhe zgjerimin e institucioneve arsimore dhe te KSh, duke gjeneruar me shume sherbime dhe profesione si psh, mesues, mjeke, infermiere, gjykates, juriste, inxhiniere, arktitekte, etj.
- Ne Evrope mbledhja e premiumeve dhe taksave ishin mekanizmi dhe burimet financiare kryesore per keto marrveshje kolektive.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Krahas ketij procesi modernizimi, u zhvillua dhe tranzicioni epidemiologjik, duke shenuar nje zhvendosje graduale nga nevoja baze per t'I mbijetuar kequshqyerjes dhe semundjeve infektive drejt adresimit te semundjeve kronike (qe prekin te moshuarit pike se pari).
- Sot, sistemet e KSh ne vendet e zhvilluara fokusohen shume ne semundjet e lidhura me stilin e jeteses (obezitet, diabet), semundjet kronike, dhe nevojat ne ndryshim te shoqerise ne plakje e siper.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Ne shekullin e kaluar ndodhi nje zhvendosje dramatike ne shkaqet e vdekjes ne vendet e zhvilluara nga semundjet infektive dhe kequshqyerja drejt semundjeve KV dhe kancerit.
- Vdekjet nga semundjet kronike tani I tejkalojne vdekjet nga semundjet infektive dhe kequshqyerja.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Ne shume vende te zhvilluara tranzicioni social, demografik dhe epidemiologjik ndodhi pergjate shume viteve. Kjo u shoqerua me krijimin e sistemeve me te organizuara te KSh, te cilat zevnendesuan sherbimet e meparshme te fragmentizuara te profesionisteve dhe institucioneve shendetesore ne konkurrence me njeri-tjetrin.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Ne vendet ne zhvillim shohim shpesh, qe brenda nje periudhe te shkurter, ndodhin tranzicione jo te plota dhe te kompresuara.
- Kjo gje manifestohet ne koherence te ulet te sistemeve te KSh (psh, koordinimi, planifikimi dhe organizimi jo I duhur).

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Sistemet e organizuara te KSh ne VAU – vecanerisht ne Afrike – ishin shpesh kopje te modeleve Perendimore dhe zbatoheshin ne kuader to proceseve kolonizuese.
- Pervec kesaj, shume VAU trasheguan nga pushtuesit koloniale legjislacion shendetesor jo te perditesuar (te vjeteruar).
- Ne fillim, KSh I organizuar, synonte fillimisht ushtrine, nepunesit civile dhe kolonizuesit.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Vetem me pas u krijuan sherbimet shendetesore qe synonin popullaten lokale ne teresi.
- Kurse sot, qendrat shendetesore jane shperndare ne menyre te pabarabarte per shkak te mungeses se burimeve njerezore.
- VAU kane 3-4 here me pak staf mjekesor per njesi te popullsise krahasuar me VAL, qe deshmon se burimet njerezore jane nga komponentet me te nenvleftesuara te zhvillimit te sistemeve shendetesore ne keto vende.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Aksesi ndaj sherbimeve klinike I rezervohet ne radhe te pare ushtarakeve, nepunesve civile dhe te pasurve. Sherbimet shendetesore shpesh organizoehn nepermjet programeve vertikale qe adresojne probleme specifike.
- Avantazhi eshte qe ofrimi I KSh eshte I sigurte; disavantazhi eshte qe sigurimi I sherbimit eshte I fragmentizuar dhe jo eficient.
- Punenjesit shendetsore te komunitetit jane takimi I pare I individit me sistemin ne VAU, ku kushtet baze per permiresimin e shendetit jane te veshtira (varferia, kujdesi I nenes dhe femijes, intervali mes lindjeve, arsimi, vaksinimi etj).
- Ofruesit me te medhenj te KSh jane shteti dhe NGO-te.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Ne VAM, si ne Afriken e Jugut, ka mjaft spitale private me teknologji te larte per ata qe mund ta paguajne nga njera ane, mjeke te pakualifikuar ne ekstremin tjeter dhe cdo gje tjeter ne mes.
- Siguracionet sociale jane te disponueshme per punonjesit e shtetit. Megjithate, shtrirja e skemes per individet me te ardhura te uleta do te kerkoje dhe nje dekade te pakten.
- Debati qendron mbi llojin e sigurimeve qe duhet t'I mbuloje keta persona: sigurime vullnetare, private apo nje kombinim I ketyre.

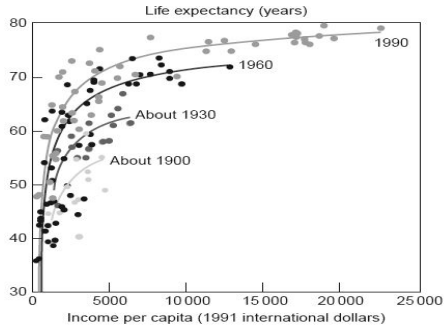
Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Ne VAU dhe VAM, pjesa me e madhe e shpenzimeve per KSh duhet te dale nga xhepi I individeve, taksimi dhe forma te tjera.
- Keshtu qe ajo qe vihet re eshte nje mishmash institucionesh dhe mjetesh per ofrimin e KSh, formale dhe jo formale, ku perfshihet nje variacion teper I madh I sheruesve tradicionale qe paguhen nga xhepi apo ne natyre.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Krijimi sistemeve moderne te KSh qe karakterizohen nga ndarja e punes, struktura komplekse, dhe mjete per koordinimin dhe planifikimin ne shkalle te gjere, kerkon burime te medha financiare.
- Vetem ekonomite e pasura jane ne gjendje te alokojne burime te caktuara per shendetesine dhe shkalla me te cilen keto mund te gjenerohen percaktojne fazen e zhvillimit ekonomik te nje vendi.
- Ne fakt, ka nje lidhje te forte midis pasurise dhe shendetit, jo vetem ne nivel individual por edhe ne ate makro.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit



Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Pra, pasuria e nje kombi ka nje impakt madhor ne shendetin e tij. Ne fillim, me rritjen e pasurise se kombit, shendeti I tij permiresohet, direkt, npm permiresimit te shendetit publik, dhe indirekt, npm permiresimit te arsimit dhe rritjes se te ardhurave (vecanerisht te nenave).
- Me pas, me rritjen e metejshme te ekonomise, semundjet e stilit te jeteses dhe ato kronik tentojne te rriten. Ne shoqerite ku ka bollek, individet priren me shume drejt sjelljeve jo te shendeteshme, dhe me moshimin, magnituda e semundjeve kronike rritet.
- Natyrisht, impakti I pasurise ne shendet nuk eshte linear. Prandaj eshte me e veshtire te permiresosh shendetin e shoqerive ne bollek sesa te shoqerive te varfra.

Kujdesi Shendetesor ne Prespektiven e Tranzicionit

- Lidhja midis shendetit dhe pasurise eshte gjithashtu reciproke.
- Rritja ekonomike dhe pasuria permiresojne shendetin, por shendeti I mire stimulon rritjen ekonomike gjithashtu.
- Ne ekonomite e stabilizuara, nje sektor I suksesshem I KSh inkurajon punesimin e njerezve te afte, prodhimin vendas, ndertimin dhe konsumin e mallrave.
- Pasuria gjithashtu percakton dhe targetet e KSh. Dhe serisht, sa me I pasur eshte kombi, aq me shume mundesi ka qe ai te kete nje sistem sistematik te KSh.

Kater modelet e Sistemeve te Kujdesit Shendetesor: Tregu I Lire, Siguracionet Sociale, Sistemi Shendetesor Kombetar (NHS) dhe Sistemi Socialist

- Zakonisht, vendet e zhvilluara karakterizohen nga varferia publike dhe pasuria private.
- Ka konsum te teper te energjise dhe ndotje mjedisore. Xhepat e varferise relative manifestohen ne pjesen e erret te individualizmit te shoqerise, duke cuar ne humbjen e standardeve sociale, vetmi (sidomos midis te moshuarve) dhe vetevrasje.
- Lufta kunder semundjeve te lidhura me stilin e jeteses, kufizimin e kosoteve, aksesin e pabarabarte ne KSh, parandalimit te trajtimit te panevojshem, racionalizimi I medikamenteve, dhe sigurimi I sherbimeve mikse per te moshuarit konsiderohen si ceshtjet me delikate te axhendes se politikes shendetesore ne vendet e zhvilluara.

- Me kalimin e kohes jane zgjeruar sherbimet kurative nga te pasurit drejt te gjithe popullates, duke vene theksin tek kujdesi spitalor/I specializuar dhe kujdesin paresor si kunderbalance.
- Fokusi eshte zhvendosur gjithashtu nga sherbimet parandaluese tek ato kurative dhe me pas serisht tek ato parandaluese (parandalimi I semundjeve te lidhura me stilin e jeteses).

- Per shkak te ketyre ngjashmerise ne vendet e zhvilluara, sistemet shendetesore te tyre duken te ngjashme.
- Ato mund te karakterizohen si sisteme mikse private-publike, por gjithsesi origjinat e tyre ndryshojne.
- Bazuar ne menyren e financimit dhe shkalles se nderhyrjes qeveritare mund te dallohen 4 modele te KSh.
- Keto modele variojne nga nje ekstrem ku KSh shihet si *mall* per tu blere ne tregun e lire ne ekstremin tjeter ku KSh shihet si e *mire* ose *e drejte publike*, e pavarur nga te ardhurat e individit.

Modeli I Tregut te Lire

Modeli I Tregut te Lire

- Modeli I tregut te lire (MTL) ndodh kur qeveria drejton politiken e mos-nderhyrjes dhe e kufizon rolin e saj ne ceshtjet e KSh vetem ne elementet bazike, duke ja lene pjesen tjeter financimit privat dhe korporatave ofruese (psh, organizata e mbajtjes se shendetit ose HMOs).
- Kjo eshte situata tipike ne USA, pervec nderhyrjeve shteterore si Medicaid (per te varferit) dhe Medicare (per te moshuarit).

Modeli I Tregut te Lire

- Sigurimet private mbushin disi boshllekun, por megjithate nje pjese e madhe e popullates ne USA mbetet e pasiguruar kunder kostove te KSh ose humbjes financiare per shkak te semundjes apo paaftesise.
- Modeli baze (origjinal) I sitemit te KSH ne USA eshte modeli I rimbursimit vullnetar, ku 4 aktore luajne nje rol kryesor.

Modeli I Tregut te Lire

- Ofruesit e nivelit te pare (mjeket e pergjithshem, MP) dhe te dyte (spitalet) ofrojne sherbime per pacientet te cilet do te rimbursohen per faturat mjekesore te tyre, pjeserisht ose plotesisht.
- Pacientet paguajne vullnetarisht nje premium ne baze te rrezikut ndaj siguruesve vullnetare, te cilet I rimbursojne pacientet per shpenzimet e tyre mjekesore.
- Tipikisht, nuk ka ose ka fare pak nderveprim midis siguruesve dhe ofruesve.
- Vetem pacienti ndervepron me te dyja palet (siguruesit dhe ofruesit).

Modeli I Tregut te Lire

- Modeli I rimbursimeve private ka disa disavantazhe te medha.
- I pari eshte qe nuk ka te instaluar stimuj per kufizimin e kerkeses dhe ofertes. Prandaj, shpesh shoqerohet me ndarjen e kostove.
- I dyte eshte qe nuk ka mekanizma te instaluar per parandalimin e pabarazive. Per arsye te rritjes se fitimit, siguruesit private kane stimul per te zgjedhur rrezikun (te lene jashte ata me rrezik te larte).
- Per me teper, aksesi ndaj sigurimit vullnetar eshte I hapur vetem ndaj atyre qe mund te paguajne per te.

Modeli I Tregut te Lire

- Nje tjeter disavantazh jane shpenzimet e larta. Ne 2004 USA shpenzonte 13.% te PBB se saj per KSh, krahasuar me 9% ne Kanada dhe 8% te mesatares se vendeve te OECD.
- Shpenzimet USA per fryme tejkalojne teper shpenzimet ne vendet OECD.
- Megjithe iniciativat per menaxhimin e KSh dhe perpjekjet qeveritare, kostot vazhdojne te rriten ne USA.
- Mungesa e kontrollit te buxhetit te spitaleve, sisteme te fragmentuara dhe komplekse pagesash qe dobesojne kerkesen dhe pagesat e larta paraprake per administraten jane pergjegjes per shpenzimet e larta te KSh ne USA.

Modeli I Siguracioneve Sociale

-

Bismarck

Modeli I Siguracioneve Sociale

- Modeli i 2 I sistemeve shendetesore eshte sistemi I siguracioneve sociale, i themeluar ne Gjermani para me shume se 100 vjetesh.
- Pacientet paguajne nje premium te caktuar ne fondin e semundjes, i cili ka nje kontrate me ofruesit e linjes se pare (MP) dhe te dyte (spitalet).
- Roli I shtetit eshte vendosja e rregulloreve per termat e kontraktimit midis pacienteve, ofruesve dhe siguruesve.

Modeli I Siguracioneve Sociale

- Sistemi I siguracioneve sociale financohet nga premiumet qe paguhen dhe kontrollohen nga punedhenesit dhe unionet e punes.
- Por keto kane pak influence ne sigurimin e sherbimeve, I cili I lihet profesionisteve, dhe me specifikisht profesionit te mjekut dhe organizatave profesioniste te kujdesit shendetesor.
- Ne thelb, sistemet e KSh te Europes kontinentale e kane origjinen nga modeli Gjerman: premiume te dedikuara (hipotekuara, ear-marked) paguheshin tek fondet e semundjes, I cili kontrollohej njekohesisht nga punedhenesit dhe punemarresit (unionet e punes). Me pas, fondi I semundjes paguante sherbimet shendetesore te ofruara nga MP apo spitalet.

Modeli I Siguracioneve Sociale

- Sistemi Gjerman shume shpejt u perhap ne Ceki, Austri, Hungari dhe Poloni.
- Gjate L2B, u fut me force ne Hollande dhe me pas u shtri ne Belgjike dhe France.
- Ky sistem I mbijteoi dy lufterave boterore dhe ekziston edhe ne ditet e sotme, edhe pse I modifikuar, ne Gjermani, Hollande, Belgjike, France, Austri, Zvicer, Luksemburg, dhe Japoni.
- Me pare ky sistem ka ekzistuar dhe Greqi (deri ne 1982), Itali (deri ne 1978), dhe Spanje (deri ne 1985).

Modeli I Sherbimeve Shendetesore Kombetare (NHS)
-
Beveridge

Modeli I Sherbimeve Shendetesore Kombetare

- Modeli I 3-te, I aplikuar kryesisht ne UK dhe kombet e Commonwealth-it, eshte sistemi I Sherbimeve Shendetesore Kombetare te bazuar ne taksat.
- I futur ne perdorim ne 1948, ai perfaqeson nje sistem te centralizuar dhe te financuar nga taksimi I pergjithshem, ndersa shtei eshte pergjegjes per sigurimin e kujdesit shendetesor institucional (spitalor).
- MP-te e vete-punesuar jane “rojtaret e portes” ne KSh Paresor. Per tu takuar me mjekun specialist, pacienti ka nevoje per referim nga MP.
- Ky sistem le nje fare hapesire per mjeksine private. Deri ne 1995 spitalet shteterore dhe MP-te paguheshin nga taksat qe shkonin per llogari te NHS.

Modeli I Sherbimeve Shendetesore Kombetare

- Modeli NHS u aplikua se pari ne Suedi, dhe ma pas ne vendet Skandinave: Danimarke, Norvegji dhe Finlande.
- Aktualisht, modeli NHS aplikohet ne UK, Irlande, Danimarke, Norvegji, Suedi, Finlande, Islande, kurse jashte Europes ne Australi dhe Zelanden e Re.
- Kater vende te Europes Jugore e aplikuan kete sistem kohet e fundit: Italia (ne 1978), Portugalia (ne 1979), Greqia (ne 1983) dhe Spanja (ne 1986).

Modeli Socialist

-

Semashko

Modeli Socialist

- Modeli I 4-t, me I centralizuari nder sistemet shendetesore, eshte modeli socialist Sovjetik, I shpikur nga Semashko, Ministri I Shendetesise dhe ka hyre ne perdorim qe ne 1920.
- Karakterizohet nga nje rol dominues I shtetit, duke garantuar akses te plote dhe falas ne KSh per te gjithe.
- Kjo realizohet nepermjet infrastruktures shendetesore te zoteruar nga shteti, qe financohet nga buxheti I shtetit (taksat) dhe shperndarja dhe sigurimi mbi baza gjeografike te sherbimeve ne te gjithe vendin.

Modeli Socialist

- Sherbimet shendetesore jane te organizuara ne nje menyre plotesisht hierarkike.
- Sherbimet ofrohen nga punonjes te punesuar nga qeveria, planifikohen nepermjet nje procesi hierarkik, dhe organizohen ne formen e hierarkise se spitaleve, ku poliklinikat sherbejne si pika me e ulet e hyrjes ne sistem.
- Vendet qe deri kohet e fundit kishin nje sistem te tille jane Rusia, Bjellorusia, dhe republikat ish Sovjetike te Azise Qendrore, si dhe disa vende ne Europen Qendrore dhe Lindore.
- Shume ish-republika sovjetike gjithsesi tashme jane ne nje proces tranzicioni drejt sistemeve shendetesore te bazuara ne siguracionet sociale.

Modeli Socialist

- Sistemi shendetesor ne Kube gjithashtu u vu ne veshtiresi pas renies se Bashkimit Sovjetik. Por ndersa kujdesi sekondar dhe terciar Kuban u prek nga kriza, sistemi universal dhe I barabarte I KSh qe funksiononte mire para krizes, mbeti I paprekur per shkak te mbeshtjetjes se qeverise dhe rrjeteve lokale kapilare (te perhapura shume).
- Sistemi Kinez I KSh, I krijuar ne 1949, ishte nje shembull tipik I sistemit komunist ne zhdukje e siper. Ne fillim te viteve ‘80, qeveria Kineze e zhberi kete sistem te KSh, duke vendosur rregullimin e cmimeve, reduktimin e investimeve te shtetit, dhe decentralizimin dhe nen-financimin e sistemit te shendetit publik.

Modeli Socialist

- Kina tani ka nje sistem te KSh privat, me tiparet karakteristike te ketij te fundit: nje pjese e madhe e popullates e pambuluar nga siguracionet shendetesore (rreth 70%), sherbimeve te pa perballueshme financiarisht nga shume persona, shpenzime kombetare te larta, mbi-perdorim te medikamenteve, dhe kujdes shendetesor te teknologjise se larte.
- Qeveria Kineze tani po perpiqet te riparoje demin e bere, perpjekje qe mund te coje nje nje sistem miks publik-privat.
- Shembulli I Kines dhe Kubes, negativ dhe pozitiv, provojne qe perfshirja e Qeverise ne KSh eshte thelbesore per te mbajtur te paprekur sistemin e KSh, per te mbrojtur pacientet, dhe per te siguruar akses te perballueshem financiarisht ndaj sherbimeve.

- Kater modelet qe pershkruam jane nje “vazhdim” I njeri-tjetrit ne terma te karakterit te sistemit, me intervencionizmin shteteror dhe KSh te centralizuar ne njerin ekstrem, dhe modeli jo-nderhyres ne ekstremin tjeter.
- Sistemet e centralizuara ofrojne mekanizmat me te mire per kontrollin e kostove, ndersa mungesa e nderhyrjes se shtetit duket te jete me pak e dobishme, sic deshmojne kostot stratosferike ne USA.

- Por te kater modelet e sistemeve shendetesore duhet te konsiderohen si modele “te pastra” te cilat mund te paraqiten ne shume kombinime dhe variacione te ndryshme.
- Me tej akoma, keto modele reflektojne fazat dhe rezultatet e nje procesi historik, keshtu qe modelet qe u aplikuan ne vendet e zhvilluara ne gjysmen e pare te shekullit 20 mund te jene ende opsione te dobishme per vendet ne zhvillim ose ekonomite ne tranzicion, per shembull, ne vendet e Europes Lindore.

Inovacionet e sistemeve te ofrimit te kujdesit shendetesor

- Ndera modelet e pershkruara reflektojne modelet kryesore qe ekzistojne ne vendet e zhvilluara, asnje prej tyre nuk ka elemente te vetem nje modeli.
- Per shembull, ne vitet '60-'70, sistemet e KSh te bazuara ne siguracionet sociale dhe sistemin e sipermarrjes se lire ne USA filluan te perballen me problemin e rritjes se kostove.
- Ne vitet '70-'80 sistemet e tipit NHS dhe te tipit Sovjetik te Europes Lindore u perballen me probleme te neglizhimit, nen-financimit dhe burokracise ne rritje, duke cuar ne rritjen e iniciatives private krahas NHS-se dhe lulezimit te tregut te zi te KSh ne Europen Qendrore dhe Lindore.

- Qe atehere, vecanerisht ne vendet me sisteme te KSh te bazuar ne siguracionet sociale, kjo situate coi ne nje rregullim me te forte shteteror per te kufizuar kostot e KSh.
- Por ne vende te tjera, e kunderta ndodhi duke dobesuar nderhyrjen e shtetit dhe futjen e formave te ndryshme te konkurrences se menaxhuar (Tabela 1).
- Per shembull, ne Europen Lindore, pas renies se murit te Berlinit, pati nje renie te financimit dhe ofrimit te sherbimit nga shteti per shkak te deficitit ekonomik.

- Ne vendet qe zbatuan modelin e siguracioneve sociale u rrit roli I shtetit per te frenuar rritjen e kostove.
- Nje pasoje e kesaj ishte forcimi I rolit te spitaleve ne ofrimin e KSh.
- Por ne UK, ka nje levizje drejt decentralizimit, qe u realizua nepermjet nje ndarjeje midis bleresve dhe ofruesfve, ku MP luajne rolin e bleresve te kujdesit spitalor.

- Edhe ne USA, reformat e KSh jane fokusuar ne kufizimin e kostove.
- Iniciativat e kujdesit te menaxhuar, HMO-te (Health Maintenance Organizations) per shembull, u zhvilluan per te rritur konkurrencen, per te ndryshuar menyrat e pageses per sherbimet mjekesore, dhe per te kufizuar fuqine e profesionit mjekesor.
- Modeli baze I nje HMO-je eshte modeli I kontraktimit vullnetar. Ky perfshin marrdhenie kontraktuale midis siguruesit dhe ofruesve te pavarur, te cilat I japin ketyre ofruesve te drejta ekskluzive per te ofruar sherbime, kryesisht pa para' (falas, free of charge).

- Pacientet paguajne nje premium vullnetar, te bazuar ne rrezik, tek siguruesit vullnetare te cilet kane kontrata me ofruesit.
- Diferenca me modelin e rimbursimit vullnetar eshte qe siguruesit ketu kane marrdhenie kontraktuale me ofruesit.
- Modelet e kujdesit te menaxhuar synojne te gjithe te kontrollojne kostot e KSh duke monitoruar punen e mjekeve dhe spitaleve, dhe duke kufizuar perdorimin e spitaleve sekondare.

- Ne praktike, shpesh kjo behet nepermjet nje "menaxheri te rastit", I cili, si perfaqesues I siguruesit, eshte I autorizuar per te vendosur nese kujdesi qe do ofrohet eshte efektiv dhe eficient.
- Nje tjeter tipar eshte fakti qe pacientet lejohen te takojne mjekun specialist vetem pasi jane konsultuar me MP, ku keta te fundit luajne rolin e "rojtarit te portes", ne menyre te ngjashme me rolin e MP-ve ne vendet Europiane si Danimarka, Norvegjia, Italia, Hollanda, Portugalia, Spanja dhe UK.

Mjedisi I Sistemeve te Kujdesit Shendetesor: Impakti I Shoqerise

Impakti I Shoqerise

- Natyrisht qe sistemet e KSh jane te hapura ndaj mjedisit te tyre. Sigurisht qe sistemet e KSh ndikohen nga vlerat dhe struktura sociale e shoqerive ku ato operojne.
- Bazuar ne historine, traditat, dhe besimet, etj., sistemet e KSh reflektojne menyren me te cilen shoqerite e ndryshme percaktojne dhe adresojne shendetin dhe semundjen.
- Shendeti dhe KSh jane te “mbrujtura” ne sistemet e vlerave, te cilat shpjegojne se si adresohen ceshtjet shendetesore ne shoqeri te caktuara.

Impakti I Shoqerise

- Kjo shpjegon se perse, ne disa shoqeri, KSh konsiderohet se nje e mire publike ne dobi te te gjithe qytetareve te tyre, ndersa ne te tjerat KSh konsiderohet me teper si nje “mall” qe mund te blihet dhe shitet ne treg.
- Nocioni I KSh si “mall” nuk gjendet ne te gjitha shoqerite njerezore. Shembulli me tipik I KSh si mall gjendet ne organizimin e KSh te orientuar drejt tregut ne USA. Por edhe ne Europe ky nocion po merre mbeshtetje me te madhe ne mendimin politik, sic kane treguar nje sere reformash te ndermarra atje.

Impakti I Shoqerise

- Per fat te kqe, perfshirja ose shkrirja e KSh ne shoqeri te ndryshme eshte nje teme pak e studiuar dhe ka shume pak fakte empirike rreth vlerave themelore qe formojne themelet e sistemeve te KSh.
- Por padyshim, theksi I shoqerive te caktuara mbi kujdesin spitalor krahasur me kujdesin ne shtepi apo komunitet ose kujdesin per te moshuarit, mbi pergjigjesine individuale per semundjen, ose mbi shkallen e solidaritetit midis njerezve, reflekton orientimin e pergjithshem te vlerave te cilat imitojne apo reflektojne prioritetet e ketyre shoqerive.

Konkluzionet: Cfare pritet ne te ardhmen?

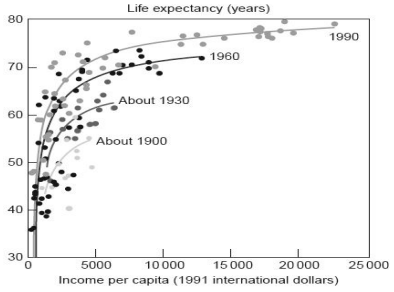
Cfare pritet ne te ardhmen

- Sic e pame me lart, sistemet e KSh ne vendet me te ardhura te uleta (VAU) dhe te mesme (VAM) ndryshojne ne menyre te konsiderueshme, ashtu si dhe problemet shendetesore te tyre, nga sistemet e KSh te vendeve te zhvilluara.
- Keshtu qe dhe zhvillimet e ardhshme do te ndryshojne sipas ketyre karakteristikave.

Vendet me te Adhura te Uleta

VAU

- Nje nga konkluzionet nga Tabela me poshte, rreth lidhjes midis “shendetit” dhe “pasurise” ne 1900-1990, eshte qe pergjate viteve jemi bere me te pasur.



VAU

- Keshtu, fuqia blerese u pese-fishuar midis 1900 dhe 1990.
- Shume vende qe me pare ishin ne kategorine e VAU sot jane ne kategorine e VAM.
- Nje nga sfidat e KSh ne kete faze ekonomike eshte zbatimi I kujdesit kurative per popullsine ne rritje.
- Sic e pame, ka disa menyra per ta bere kete. Nje prej tyre eshte aplikimi I sherbimeve shendetesore te financuara nga taksat me shtetin qe luan rol dominant ne financimin dhe sigurimin e KSh (modeli Beveridge), duke zgjeruar burimet e disponueshme sa me pak te jete e mundur. Barazia eshte parimi themelor.

VAU

- Opsioni tjeter eshte nje model pluralist dhe gradual, ku shteti ka rol mesatar duke ofruar rregulloret per funksionimin e sistemet dhe duke I lene hapesire te madhe siguruesve, ofruesve dhe klienteve (modeli Bismark).
- Ky model zakonisht fillon me disa grupe te shoqerise (zakonisht punonjesit e kualifikuar) dhe ka sherbime te kufizuara. Me pas, ne rrethana me te mira ekonomike, zgjerohen sherbimet dhe numri I perfituesve drejt mbulimit universal.

Vendet me te Adhura te Mesme

VAM

- Vendet me te ardhura te mesme (VAM) mund te zgjedhin modelin Bismark apo Beveridge si opsione serioze dhe me impakt te madh ne vend qe te ndjekin nje proces te politikave shendetesore qe axhustohen hap pas hapi dhe zgjedhjeve te vetedijshme.
- Fokusi drejt barazise dhe kontrollit te kostove si dhe qendrimit pozitiv ndaj rolit aktiv te shtetit, e ben sistemin Beveridge te mundshem per keto vende.

VAM

- Zbatimi I premiumeve te hipotekuara (ear-marked) per nje pjese te kufizuar te shoqerise (qe gjithsesi taksohet) krijon me teper pabarazi fillimisht por mund te stimuloje dhe rritjen ekonomike, e cila krijon nje proces ciklik duke cuar ne mbulimin gradual te popullates me siguracione sociale.

Vendet e Zhvilluara

Vendet e Zhvilluara

- Ne vendet e zhvilluara (VZ) disa procese mund te ndodhin njekohesisht.
- Se pari, ndryshime te brendshme ndodhin ne modelet Beverdige dhe Bismarkiane te tilla si ndarja e blerjes se KSh dhe sigurimi dhe krijimi I tregut te brendshem ne NHS Britanike, ose rritja e influences se shtetit ne pergjithesi ne sistemet e KSh te tipit Bismarkian (Gjermania, psh).
- Nje tjeter shembull I disa procese te njekohshme eshte dhe futja e kujdesit te menaxhuar (HMO) ne sistemin e siguracioneve private ne USA.
- Se fundi, ndodhin dhe ndryshime finale te sistemit – zhdukja e tij – sic ndodhi me sistemet e KSh te tipit Semashko ne vendet e Europes Lindore.

Vendet e Zhvilluara

- Te gjithe keto ndryshime shkaktojne konvergime ne aparence dhe performance te sistemeve te KSh, vecanerisht ne lidhje me rezultatet shendetesore qe gjenerojne keto sisteme.

Vendet e Zhvilluara

- Se dyti, pavaresisht ketyre tendencave konverguese afat-gjata, sistemet e tipit Beveridge kushtojne me pak dhe I kontrollojne me mire kostot sesa sistemet e tipit Bismarkian.
- Por qytetaret vleresojne me shume sistemet e tipit Bismarkian sesa ato te tipit Beverdige.
- Roli “rojtar I portes” se MP mund te jete pergjegjes per keto diferenca ne vleresim.
- Ne menyre te qarte, sistemet e KSh qe kane karakteristika me te forta te sistemit (dmth, koordinim me te forte, diferencim me strikt te punes) duke se gezojne me pak mbeshtetje publike ne pergjithesi, me shume pak perjashtime.

Vendet e Zhvilluara

- Se treti, Bashkimi Europian (EU) influencon shume ne konvergjencen e sistemeve te KSh ne Europe nepermjet direktivave apo ligjeve te Gjykates Europiane e cila favprozoi, per shembull, rimbursimin e kostove te KSh per shkak te blerjes se KSh ne shtetet e tjera anetare te BE edhe pse siguruesit kombetare apo autoritetet kombetare te KSh e kundershtuan fillimisht kete mase.
- Keto qendrime liberale te Gjykates Europiane mund te dobesojne perpjekjet per kontrollin e kostove te KSh te vendeve te ndryshme te BE-se.
- Megjithate, keto pretendime u neutralizuan nga vleresimi I publikut per levizjen e lire te mallrave, sherbimeve dhe personave mbi interesat kombetare te kontrollit te kostove.

Vendet e Zhvilluara

- Ceshtja e Gjykated Europiane filloi me rimbursimin e nje lloji te caktuar lentesh, me pas u shtri ne sherbimet ortodontike e drejt sherbimeve te specializuara.
- Ende nuk I dihet fundi ketyre ndryshimeve dhe proceseve. Ceshtje te reja jane ne shqyrtim e siper.

Vendet e Zhvilluara

- Se katerti, po rriten shqetesimet lidhur me qendrueshmerine (sustainibility) e te dy ketyre modeleve (NHS dhe sistemi I KSh bazuar ne siguracionet sociale).
- Per shkak te rritjes se pasurise gjate dekades se fundit, disa politikane mendojne qe rrethanat ne te cilat u krijuan keto sisteme ndryshojne shume nga te sotmet. Nuk dihet nese kjo do coje ne zhvendosjen e nje pjese te pergjegjesise drejt klienteve te KSh.

Vendet e Zhvilluara

- Ndryshimet e fundit ne sistemin e siguracioneve shendetesore te Hollandes (ku 62% kishin siguracione publike dhe 38% private perpara 1 Janarit 2006 dhe 100% siguracione publike pas kesaj date) tregojne qe shumica derrmuese (95%) e pacienteve qe me pare ishin siguruar privatisht, kerkuan nje politike shendetesor me bashke-pagesa zero!
- Por, cfare nenkupton kjo per te ardhmen?

E ardhmja

1. Per vendet e zhvilluara, sistemi shendetesor I tipit NHS do te kete te ardhme te veshtire. Keto sisteme te organizuara ne menyre hierarkike dhe sistematike jane superiore ne kontrollin e kostove, por nuk jane shume popullore.
- Sistemet e KSh bazuar ne siguracionet sociale do te pershtaten me mire me tendencat e politikes se drejtuar nga klientet dhe kerkesa. Por kjo ka cmimin e saj: minimialisht nje pjese e kostos do zhvendoset drejt individeve, sic ka ndodhur ne USA.

E ardhmja

2. Se dyti, ne VAU dhe VAM pritet te shihet nje carje/ndarje ne tendencen per te favorizuar zgjidhjet e tipit NHS per sistemet e tyre te KSh, dhe pritet qe keto vende te zgjedhin modelin e sistemit te KSh te bazuar ne siguracionet sociale.
- Kjo ka ndodhur ne Europen Lindore, pas renies se sistemit Sovjetik. Europa Lindore u kthyer masivisht drejt sistemit Bismarkian.
- Faktore te jashtem, si ligjet Europiane, do te stimulojne me tej konvergjencen me sistemet Europiane te kujdesit shendetesor.

E ardhmja

- Per Europen, sfida do te jete t'I rezistoje joshjes per te neglizhuar grupet me te varfera te shoqerise;
- Per USA, sfida do jete te fuse te pa-siguruarit ne sistemin e KSh.
- Per boten, sfida do te jete te siguroje sherbimet e KSh dhe siguracionet shendetesore per te gjithe popullaten, perfshire dhe personat shume te varfer.

LEKSIONI 15

–

LLOJET E SISTEMEVE SHËNDETËSORE DHE KRAHASIMI I TYRE - SISTEMI SHËNDETËSOR I BAZUAR MBI PAGESAT PRIVATE, TAKSIMIN E PËRGJITHSHËM DHE SIGURACIONET SOCIALE

Hyrje

Deri më tani, studimet mbi sistemet e kujdesit shëndetësor nuk kanë arritur në një bazë të fuqishme konceptuale mbi të cilën mund të kryhet analiza krahasuese. Kjo mangësi lidhet pjesërisht me mungesën e një taksonomie koherente të tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor që mund të shërbejë si hap i parë në kategorizimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor.

Në të vërtetë, një skemë e tillë klasifikimi tashmë është një një mjet i paçmuar në hulumtimin krahasues të regjimeve të mirëqenies, të rrënjosura në metodën Weber-iane të tipeve ideale të sistemeve. Sipas Max Weber-it, një lloj ideal "formohet nga theksimi i njëanshëm i një ose më shumë pikëpamjeve dhe nga sinteza e shumë fenomenve individuale difuze, diskrete, pak a shumë të pranishme dhe herë pas here të munguara, të cilat janë të rregulluara sipas atyre pikpamjeve të njëanshme të theksuara në një konstrukt të unifikuar analitik.

Nga aplikimet e ndryshme të metodës ideale-tipike, ndoshta me rëndësi më të madhe për momentin është tipologjia e regjimeve të mirëqenies të krijuara nga Gøsta Esping-Andersen. Megjithëse Esping-Andersen nuk i referohet në mënyrë eksplicite Weber-it në vëllimin e tij të vitit 1990, ai në mënyrë të qartë deklaron se "tre botët e kapitalizmit të mirëqenies" që ai identifikon bazohen në metodologjinë e Weber-it: "Objektivi i këtyre" analizave të regjimit "nuk është të sigurojë krahasime të shumta në të gjitha kohërat dhe në shoqëritë, por identifikimi i rasteve "ideale-tipike" (në kuptimin Weberian). Qëllimet dhe përfitimet e përdorimit të kësaj metode qëndrojnë veçanërisht në aftësinë e saj për të ilustruar – duke krahasuar llojet ideale me rastet reale-historike - dallimet e ndryshme ekzistuese mes rasteve, si dhe shumëllojshmërinë e ndryshimet që ndodhin brenda tyre me kalimin e kohës. Si e tillë, *metoda ideale-tipike* është një pikë qendrore fillestare për matjen e ndryshimit dhe prandaj ka vazhduar të aplikohet në studimin e sistemeve të mirëqenies. Ajo që mungon në literaturë, megjithatë, është një kornizë konceptuale e hartuar në mënyrë specifike për *përkufizimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor*.

Ky leksion shërben si një përpjekje për të adresuar këtë mangësi duke krijuar një model konceptual që dallon disa lloje të sistemeve ideale të kujdesit shëndetësor. Duke u bazuar në klasifikimet e përshkruara në hollësi më poshtë, ne dallojmë *tre dimensionet kryesore* të sistemeve të kujdesit shëndetësor:

1. *Financimin*
2. *Ofrimin e shërbimeve shëndetësore,* dhe
3. *Rregullimin (ose qeverisjen*).

Sidoqoftë, nuk është niveli apo shkalla e këtyre dimensioneve që përshkruajnë më mirë llojin e sistemit përkatës, por pyetja se *kush* financon, siguron dhe rregullon shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Në sistemet e kujdesit shëndetësor nuk është vetëm shteti që është përgjegjës për këto detyra, por edhe aktorë të shoqërisë dhe/ose privatë. Me fjalë të tjera, *shteti, aktorët joqeveritarë* dhe *tregu* janë të përfshirë në fushën e kujdesit shëndetësor. Megjithëse studime të ndryshme janë përqendruar në financimin, ofrimin e shërbimeve dhe/ose rregullimin, përsëri ka vend për të kontribuuar në debatin krahasues të politikave shëndetësore duke kombinuar këto dimensione në mënyrë sistematike me praninë ose mungesën e tre grupeve të aktorëve në çdo dimension. Meqenëse të tre dimensionet janë të hapura për zhvillime mjaft dinamike, ky synim na ndihmon gjithashtu të analizojmë ndryshimet me kalimin e kohës.

Kur lidhim ndikimet shtetërore, joqeveritare dhe të tregut me dimensionet e financimit, ofrimit të shërbimeve dhe rregullimit, rezultojnë 27 kombinime (3 × 3 × 3); **tre** prej të cilave mund të identifikohen si llojet ideale. Ky është rasti kur financimi, ofrimi dhe rregullimi dominohet nga secili (a) shteti, (b) aktorët joqeveritarë, ose (c) tregu. Njëri dimension nuk përcakton domosdoshmërisht dy të tjerët dhe mund të lindë jo-uniformiteti në të gjithë dimensionet: është e mundur, për shembull, që fondet private të kombinohen me ofrimin e shërbimeve publike dhe një nivel të lartë të kontrollit shtetëror. Në të vërtetë, kjo metodë kap shumëllojshmërinë e gjerë të sistemeve uniforme ose ideale, si dhe llojet e përziera (mikse) që do mundohemi të evidentojmë në vijim.

Korniza konceptuale e paraqitur këtu është e dizajnuar për të mbështetur kërkimin me një fokus të veçantë në natyrën e aktorëve të përfshirë në financimin, ofrimin dhe rregullimin e shërbimeve shëndetësore. Duke vepruar kështu, ne krijojmë një klasifikim gjithëpërfshirës të llojeve të sistemit të kujdesit shëndetësor dhe transformimit që mbështetet në diferencimin ndërmjet aktorëve shtetërorë, joqeveritarë apo shoqërorë dhe atyre të tregut. Për më tepër, duke aplikuar metodën tipike-ideale për klasifikimin, qasja jonë mundëson ndarjen e kategorive konceptuale racionale të sistemeve të kujdesit shëndetësor nga shembuj empirikë, të cilët shpesh paraqesin forma të përziera të sistemit në rastin më të mirë. Një ushtrim i tillë në krahasim na lejon të zbulojmë shkëputjen e mundshme midis sistemit ideali dhe atij real, duke na dhënë kështu mundësinë për të shqyrtuar vlefshmërinë e këtij sistemi klasifikimi.

Leksioni ndjek këto hapa logjike: *Së pari*, jepet një pasqyrë e shkurtër e sfondit teorik në fushën e krahasimit të llojeve të shtetit të mirëqenies dhe analizës së kujdesit shëndetësor. Ky rishikim thekson nevojën për një vëmendje më të madhe ndaj veçantive të sistemeve të kujdesit shëndetësor si një fushë e veçantë për zhvillimin e tipologjive dhe hulumtimit empirik. *Së dyti*, për këtë qëllim,

leksioni përcakton tre dimensione përgjatë të cilit përfshirja e shtetit në kujdesin shëndetësor mund të vlerësohet në lidhje me rolin e aktorëve socialë dhe private. *Më pas*, në bazë të këtyre dimensioneve, rrjedh një tipologji e sistemeve, me një synim të veçantë për të ndjekur zhvillimet e tyre të brendshme. Në këtë bazë, *seksioni i katërt* ofron tre kategori të gjera të transformimit: *ndryshimi i sistemit, ndryshimi i brendshëm i sistemit* dhe *një ndryshim i brendshëm i niveleve*.

Zbatueshmëria e tipologjisë sonë do të ilustrohet duke përshkruar ndryshimet në shtetet të ndryshme. Sidoqoftë, duhet të kujtojmë se qëllimi nuk mbetet analiza empirike e sistemeve të kujdesit shëndetësor, por krijimi i një kuadri konceptual për krahasim që mund t'i shërbejë më mirë punës së ardhshme empirike. Kuadri mund të përdoret, për shembull, për përzgjedhjen e sistemeve të kujdesit shëndetësor (më të ngjashmit ose më të ndryshmit) për studimet e rasteve ose për studime krahasuese me madhësi kampioni më të vogla, për analizimin e distancës midis llojeve tipike-ideale dhe atyre reale, ose për të hetuar ndryshime më të vogla/fine me kalimin e kohës dhe në këtë mënyrë proceset e konvergjencës ose divergjencës. Ndërsa tipologjitë e tjera lejojnë që të matet nëse një sistem i kujdesit shëndetësor përafrohet me një lloj të veçantë ideal, kuadri i përcaktuar në vijim bën gjithashtu të mundur dallimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor që janë grupuar nën të njëjtin konstelacion ideal-tipik.

Tipologjia e Sistemeve të Shëndetit dhe Transformimit: Historiku dhe Letërsia

Një pikë fillimi për zhvillimin e një tipologjie për kategorizimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor mund të gjendet në konceptin e *regjimeve të mirëqenies* së Esping-Andersen, e cila nxjerr tiparet e ndryshme që potencialisht mund të gjenden në formulimet ideale të sistemeve të mirëqenies për të arritur në **3 lloje ideale**:

1. Regjimi “social-demokratik",
2. Regjimi “konservator-korporatist”, dhe
3. Regjimi “liberal”.

Puna e Esping-Andersen ilustron një instrument metodologjik për të arritur në një taksonomi të llojeve të sistemve. Megjithatë, nëse lëmë metodologjinë mënjanë, përsa i përket një qasjeje konceptuale që është specifike për përcaktimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor, tipologjia e mirëqenies është kryesisht e pazbatueshme. Domethënë, dimensionet aktuale që Esping-Andersen përdor për të dalluar midis llojeve të sistemeve - 'dekomodifikimi' (niveli i mbrojtjes së qytetarëve ndaj varësisë nga tregu), 'stratifikimi' dhe 'ndërveprimi midis tregut, shtetit dhe familjes' - nuk arrijnë të krijojnë një bazë adekuate për të dalluar tiparet kryesore të sistemeve të kujdesit shëndetësor . Thelbi është se në një vend të caktuar, lloji i përgjithshëm i “regjimit të mirëqenies” mund (dhe shpesh) të ndryshojë nga sektorët më specifikë të politikës sociale. Prandaj, kur diskutohen sistemet e kujdesit shëndetësor nuk është e mjaftueshme të karakterizohet regjimi i mirëqenies në përgjithësi. Përkundrazi, nevojitet një tipologji e veçantë dhe specifike për sistemet e kujdesit shëndetësor.

Ajo që veçanërisht mungon në qasjen e Esping-Andersen, kur zbatohet në sistemet e kujdesit shëndetësor, është shqetësimi për *shërbimet* sociale dhe shëndetësore. Ndërsa fushat e tjera të shtetit të mirëqenies siç janë pensionet ose skemat e papunësisë përqendrohen kryesisht në transfertat monetare, detyra kryesore e sistemeve të kujdesit shëndetësor është *sigurimi i shërbimeve shëndetësore*. Si i tillë, krijimi i llojeve të sistemit të kujdesit shëndetësor brenda kuadrit të metodës ideale-tipike kërkon referimin ndaj dimensioneve të tjera nga ato që aplikohen zakonisht në sistemet e mirëqenies. Kjo vlen edhe për rastet e të dhënave në dispozicion që përdoren për analizën e shteteve të, të cilat, me përjashtim të përfitimeve të sëmundjes, nuk ofrojnë njohuri të mjaftueshme për aspekte kritike të kujdesit shëndetësor që janë pjesë përbërëse e gjëzgjëzës së madhe të kujdesit shëndetësor.

Interesante është që në një seri botimesh të fundit, Bambra kërkon të mbyllë këtë boshllëk analitik duke përshtatur konceptin e dekomodifikimit të Esping-Andersen-it në studimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor. Sipas Bambra-s, 'dekomodifikimi shëndetësor' mund të përcaktohet në lidhje me shkallën në të cilën qasja e një individi në kujdesin shëndetësor varet nga pozicioni i tyre i tregut dhe shkalla në të cilën ofrimi i shërbimeve shëndetësore të një vendi është i pavarur nga tregu. Ajo nxjerr në pah tre masa në veçanti: *shtrirjen e financimit privat*; *shkallën e sigurimit/ofrimit privat*; dhe aks*esin e përgjithshëm të ofruar nga sistemi i kujdesit shëndetësor publik*. Me këtë fokus në ofrimin e shërbimeve, ka qenë e mundur të identifikohen mospërputhjet e brendshme brenda vendeve sa i përket sigurimit të përfitimeve në para’ dhe ofrimit të shërbimeve, respektivisht. Treguesit dhe gama e rasteve të përzgjedhura nga Bambra, megjithatë, nuk janë të mjaftueshme (dhe nuk synojnë) të krijojnë një tipologji të fuqishme të sistemeve të kujdesit shëndetësor.

Disa tipologji më të hershme janë indikative për përzgjedhjen e kritereve që mbulojnë karakteristikat kryesore të sistemeve të kujdesit shëndetësor. Që në vitin 1973, Field sugjeroi **4 lloje ideale**: *sistemi shëndetësor pluralist*, me një shkallë të lartë të ofrimit të shërbimit shëndetësor privat dhe një nivel të lartë të autonomisë për profesionin mjekësor; *sistemin e sigurimeve shëndetësore*, me një përqindje të lartë të financimit nga paguesit e palëve të treta dhe një autonomi të fortë për mjekët; *sistemi i shërbimit shëndetësor*, ku shumica e objekteve shëndetësore janë pronë e shtetit në kombinim me një shkallë të lartë të autonomisë profesionale; dhe *sistemi shëndetësor i socializuar*, ku të gjitha objektet janë në pronësi dhe kontrollohen nga shteti. Ndërsa tipologjia e Field është, edhe pse vetëm në mënyrë jokonsistente, e bazuar në dy dimensione kryesore (pronësia dhe autonomia e mjekëve), një diferencim i mëvonshëm nga Terris ndërmjet *asistencës publike, sigurimit shëndetësor* dhe *shërbimit shëndetësor kombëtar* bazohet vetëm në organizimin e njësisë kryesore, me efektin që Shtetet e Bashkuara, për shembull, u klasifikuan në të njëjtin grup si Austria ose Spanja.

Rreth 10 vjet më vonë hynë në diskutim dy tipologji të tjera me theks mbi 'bazën e të drejtës' dhe 'rolin e shtetit'. Frenk dhe Donabedian sugjeruan një tipologji të ndërhyrjes së shtetit në kujdesin mjekësor që bazohet në dy dimensione: *së pari*, forma e kontrollit shtetëror mbi prodhimin e kujdesit mjekësor (i matur si përqindje e të gjitha shpenzimeve në kujdesin mjekësor që janë

shkaktuar përmes zotërimit shtetëror), dhe *së dyti*, baza për të drejtën e përfshirjes së popullsisë (shtetësia, kontributet ose varfëria).

Dimensioni i parë tregon marrëdhënien e shtetit me ofruesit e kujdesit shëndetësor, dhe e dyta, marrëdhëniet e shtetit me përfituesit (potencialë). Ndërsa Frenk dhe Donabedian e përdorin tipologjinë e tyre për 'ndarjen dhe klasifikimin e modaliteteve të ndryshme të ndërhyrjes së shtetit që mund të bashkëjetojnë në një vend të caktuar' (që është veçanërisht rasti i Shteteve të Bashkuara), studimi aktual synon të zhvillojë një kornizë për krahasimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor të vendeve të ndryshme. Kjo ka qenë gjithashtu në qendër të studimit të OECD-së mbi Financimin dhe Shpërndarjen e Kujdesit Shëndetësor të përgatitur nga George J. Schieber në vitin 1987, i cili, në bazë të tre dimensioneve (mbulimi, financimi dhe pronësia), propozon *tre modele themelore*: *modeli i shërbimit shëndetësor kombëtar* me mbulesë universale, financim nga taksat e përgjithshme dhe pronësia publike në ofrimin e kujdesit shëndetësor; *modeli i sigurimeve shoqërore* me mbulesë universale, financim nga kontributet e sigurimeve shoqërore dhe me sigurimin/ofrimin e kujdesit shëndetësor në pronësi publike ose private ose të dyja; dhe *modelin e sigurimit privat* me mbulim të sigurimeve private, financim nga sigurimet private dhe pronësi private të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Megjithëse kjo tipologji pati mjaft ndikim në vitet në vijim, disa aspekte meritojnë vëmendje më të madhe. Për shembull, është e diskutueshme pse tipi i sigurimeve shoqërore karakterizohet domosdoshmërisht nga pronësia private dhe/ose publike e faktorëve të prodhimit. Duket se klasifikimi i OECD-së është i lidhur fort me rastet "paradigmatike" të zgjedhura: Britania e Madhe, Gjermania dhe SHBA. Orientimi i rasteve “reale”, sidoqoftë, e vështirëson përdorimin e modelit si një mjet analitik për krahasimin midis shteteve dhe për analizimin e ndryshimeve me kalimin e kohës.

Në shumicën e tipologjive të diskutuara më sipër (pak a shumë në mënyrë eksplicite) dy dimensione duket të jenë relevante: *financimi* dhe *pronësia*. Përderisa ana e financimit është e diferencuar në aspektin e taksave, kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe kontributeve të sigurimeve private, ana e ofrimit të shërbimeve shëndetësore ndahet vetëm në pronësi publike dhe private. Sidoqoftë, duhet të kihet parasysh se edhe pronësia nga aktorët joqeveritarë (ose shoqërorë) është gjithashtu e mundur dhe prandaj struktura trikotomike e përdorur për financimin mund të zbatohet edhe për ofrimin e shërbimeve.

Në studimet krahasuese më të fundit të sistemeve të kujdesit shëndetësor, kriteret e mëtejshme për klasifikimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor, për shembull në lidhje me 'autonominë profesionale' ose 'baza për pranueshmërinë' dhe çështja e lidhur me 'mbulimin', janë diskutuar në kontekstin më të përgjithshëm të rregullimit dhe qeverisjes. Konceptet bazuar në mënyra të ndryshme të rregullimit apo qeverisjes, janë prezantuar nga Marmor dhe Okma, të cilët fokusohen jo vetëm në financimin dhe ofrimin e shërbimeve për edhe në “rregullimet administrative” dhe 'kushtet financiare' (ose barrierat e qasjes). Sa i përket "rregullimeve administrative", ata pyesin se në c’drejtim qeveritë ndajnë përgjegjësitë me grupet e interesit dhe me tregun. Kjo tregon se në

rregullim luan rol edhe diferencimi midis ndikimeve shtetërore, joqeveritare dhe të tregut. Autorët e tjerë gjithashtu theksojnë rëndësinë e formave të ndryshme të qeverisjes për ndërtimin e llojeve të sistemit të kujdesit shëndetësor. Riko dhe kolegët i krahasojnë sistemet e kujdesit shëndetësor në lidhje me rëndësinë relative të "tregut", "hierarkisë" dhe "rrjeteve" që ndryshojnë në mënyrën se si ato adresojnë dy funksionet e qeverisjes të “koordinimit” dhe “kontrollit”.

Ndërsa këto dhe studime të tjera me ndikim kryesisht përqendrohen në mënyra të ndryshme të qeverisjes, puna e Moranit mund të konsiderohet si një nga përpjekjet e pakta që kombinon sistematikisht dimensionet e financimit, ofrimit të shërbimeve dhe qeverisjes. Koncepti i tij i 'shtetit të kujdesit shëndetësor' përbëhet nga tre fusha të qeverisjes: 'konsumi', 'ofrimi' dhe 'prodhimi'. Institucionet që qeverisin konsumin e kujdesit shëndetësor mbulojnë bazën e përshtatshmërisë për aksesin e pacientëve në kujdesin shëndetësor, si dhe mekanizmat që vendosin për burimet e ndara për sistemin e kujdesit shëndetësor; institucionet që qeverisin ofrimin e kujdesit kanë të bëjnë me kontrollin e spitaleve dhe mjekëve; së fundmi, institucionet që qeverisin prodhimin përfshijnë mekanizma për rregullimin e risive mjekësore. Bazuar në këto kritere, Moran ndërton katër lloje të shteteve të kujdesit shëndetësor: "shteti i komandës dhe kontrollit të fortë", "shteti furnizues", "shteti korporatist" dhe "shteti i komandës dhe kontrollit të pasigurtë". Në “shtetet e komandës dhe kontrollit” (p.sh. vendet skandinave dhe Mbretëria e Bashkuar), shteti është mbizotërues në të tre fushat qeverisëse. Në “shtetet korporatiste të kujdesit shëndetësor” (p.sh. Gjermania), në të kundërt, konsumimi dominohet nga organet ligjore publike dhe fusha e kujdesit ambulator dominohet nga shoqatat e paneleve të mjekëve. "Shtetet e furnizimit" (p.sh. SHBA) dominohen nga interesat e ofruesve dhe "shtetet e komandës dhe kontrollit të pasigurtë" (p.sh. Greqia, Portugalia) dallojnë nga llojet e tjera të shërbimit shëndetësor kombëtar nëpërmjet sektorit të tyre spitalor zyrtarisht në nivel kombëtar që ‘në praktikë bashkëjeton me një sektor privat të gjerë të institucionalizuar’.

Kuadri i zhvilluar nga Moran është tipologjia më e plotë nga tipologjitë e diskutuara më sipër (shih Tabelën 1). Ajo gjithashtu ofron nivelin më të lartë të abstraksionit, që do të thotë përgjithësueshmëri, dhe si të tilla llojet e sugjeruara (pasqyrojnë) në një masë më të vogël shembuj realë të tipeve të "shërbimeve kombëtare shëndetësore", "sigurimeve shoqërore" ose "sigurimeve private" . Për më tepër, zbatueshmëria e konceptit të Moranit është demonstruar në studime të hollësishme të rasteve. Megjithatë, për qëllime të krahasimit kuptimplotë të një numri më të madh vendesh, koncepti i shtetit shëndetësor duket se kërkon disa specifikime. Përsa i përket "konsumit qeverisës", për shembull, mund të dallojmë pjesën e financimit dhe çështjen se kush rregullon anën e financimit. Gjithashtu, sa i përket 'dispozitave qeverisëse', është i mundur diferencimi ndërmjet pronësisë në sigurimin e kujdesit shëndetësor dhe rregullimit të shërbimeve shëndetësore. Megjithatë, dallimi kryesor ndërmjet tipologjisë sonë dhe 'shtetit të kujdesit shëndetësor' të Moranit, është se Moran përqendrohet në "mënyrën se si institucionet e shtetit dhe të sistemit të kujdesit shëndetësor përfshihen ngushtësisht tek njëri-tjetri", ndërsa në studimin aktual , përveç shtetit, përfshihet edhe analiza e rolit (pjesërisht autonom) të aktorëve joqeveritarë dhe privatë.

Është argumentuar këtu se është e nevojshme që këta aktorë të trajtohen si të dallueshëm, pasi ato përfaqësojnë burime të pavarura të veprimeve dhe interesave në politikën e kujdesit shëndetësor. Prandaj, ky studim bazohet në dimensionet e përdorura nga Moran dhe kombinon këto dimensione me tre grupe aktorësh: *shtetërorë, joqeveritarë* dhe *privatë*.

Tabela 1. Tipologjitë kryesore të sistemve të kujdesit shëndetësor

Studimi	**Dimensionet**	**Lloji i sistemeve tw kujdesit shwndetwsor**
Field 1973	Pronësia Autonomia e mjekëve	Sistemi shëndetësor pluralist Sistemi i sigurimeve shëndetësore Sistemi i shërbimeve shëndetësore Sistemi shëndetësor i socializuar
Terris 1978	Njësia kryesore organizative	Asistenca publike Sigurimet shëndetësore Shërbimi shëndetësor kombëtar
Frenk dhe Donabedian 1987	Kontrolli shtetëror mbi prodhimin e kujdesit mjekësor Bazat për pranueshmërinë (elegibility)	10 lloje të sistemeve të kujdesit shëndetësor që mbulojnë, psh. shërbimin shëndetësor kombëtar në vendet socialiste, sigurimin shëndetësor kombëtar në Gjermani, ose Medicaid në SHBA
OECD 1987	Mbulimi Financimi Pronësia	Modeli i shërbimit shëndetësor kombëtar Modeli i sigurimeve shoqërore Modeli i sigurimeve private
Blank dhe Burau 2004	Përfshirje e shtetit në: Financimin Ofrimin	Modeli i shërbimit shëndetësor kombëtar Modeli i sigurimeve shoqërore Modeli i sigurimeve private
Autorë të ndryshëm	Mbulimi Financimi Njësia kryesore organizative Konsumi Ofrimi Prodhimi	Sistemi i sigurimeve shëndetësore sipas Bismarck Shërbimi shëndetësor kombëtar Beveridge Shteti i komandës dhe kontrollit të fortë Shteti furnizues Shteti korporatist Shteti i komandës dhe kontrollit të pasigurtë

Në vijim do të përcaktohet një kuadër konceptual në të cilin dimensionet e *financimit* dhe *ofrimit të shërbimeve* (që konsiderohen të jenë vendimtare për shumicën e tipologjive) kombinohen me dimensionin e *rregullimit*. Do të ishte çorientuese të shihje cdo dimension si të pavarur dhe të izoluar nga të tjerët. Për të tre dimensionet, faktori dallues është *nëse ata dominohen nga shteti, aktorët joqeveritarë* apo *tregu*. Ndërsa dy dimensionet e para mundësojnë analizë sasiore, dimensioni i rregullimit kërkon analizë cilësore, ndërsa ne pyesim nëse marrëdhëniet ndërmjet agjencive të financimit, ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve (potencialë) rregullohen kryesisht nga qeveria, shoqëria apo tregu. Ky koncept përfshin, për shembull, aspekte të 'përshtatshmërisë', 'barrierat e qasjes', dhe lidhja midis shtetit dhe profesionit mjekësor. Megjithatë, edhe pse profesioni mjekësor është aktori më i rëndësishëm në sigurimin/ofrimin e kujdesit shëndetësor dhe në shumicën e vendeve shteti është rregullatori kryesor në lidhje me mjekët, kemi vendosur për një koncept më të përgjithshëm që merr parasysh ekzistencën e grupeve të ofruesve dhe gjithashtu të rregullatorëve të mëtejshëm në fushën e kujdesit shëndetësor.

Dimensionet e sistemeve të kujdesit shëndetësor

Ofrimi i një krahasimi të hollësishëm të sistemeve të kujdesit shëndetësor që analizon drejtimin dhe forcën e transformimit të tyre për të gjitha vendet e zhvilluara është dicka e vështirë. Ajo që ofron ky leksion është një hap i parë në zhvillimin e një qasjeje konceptuale për të dalluar llojet e sistemit të kujdesit shëndetësor të cilat më vonë mund të udhëheqin punën empirike në këtë fushë. Duke vepruar kështu, është e nevojshme të nxjerrim në mënyrë deduktive një sërë kriteresh për llojet individuale të sistemeve në bazë të rolit të mundshëm të aktorëve shtetërorë, joqeveritarë dhe të tregut në kujdesin shëndetësor, që përbën bazën e konceptit tonë për llojet ideale të sistemeve.

Në thelb, ka 3 përgjegjësi në kujdesin shëndetësor: *së pari*, financimi i shërbimeve shëndetësore përmes taksave, kontributeve të sigurimeve shoqërore ose mjeteve private; *së dyti*, sigurimi i kujdesit shëndetësor që mund të kryhet në mjediset shtetërore përkatësisht nga aktorë shtetërorë, në mjedise shoqërore ose në objekte private fitimprurëse përkatësisht nga aktorë privatë; dhe *së treti*, rregullimi nga këta aktorë të aspekteve të ndryshme të financimit dhe ofrimit. Të marra së bashku, *financimi, ofrimi i shërbimeve* dhe *rregullimi i kujdesit shëndetësor* janë dimensionet kyçe përgjatë të cilave grupet e ndryshme të aktorëve mund të luajnë role dhe të kenë nivele të shumta të angazhimit. Megjithatë, në sistemet 'reale' të kujdesit shëndetësor, elementët 'shteti', 'shoqëria' dhe 'privati' priren të bashkëjetojnë përgjatë të tre dimensioneve, dhe sidomos kur analizohen ndryshimet me përgjatë kohës, *përzierja brenda kategorive* duhet të merret në konsideratë.

Financimi

Çështja e financimit ka luajtur gjithmonë një rol të rëndësishëm në klasifikimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor. Qoftë në krahasimin e modeleve Bismarck dhe Beveridge, ose të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme dhe shërbimeve shëndetësore kombëtare, dimensioni i financimit ka shërbyer vazhdimisht si një faktor qendror dallues midis sistemeve (shih përsëri Tabelën 1), pasi është elementi i tyre më i dukshëm i vëzhgueshëm.

Rëndësia e taksimit, kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe kontributeve private qëndron në faktin se ato janë simbole të financimit të kujdesit shëndetësor. Nga të treja këto forma, duhet të theksohet se sigurimi social shihet këtu si një formë e financimit të bazuar në shoqëri që vendoset diku midis taksimit shtetëror nga njëra anë dhe financimit të kontributeve private të sigurimeve shëndetësore, si dhe të shpenzimeve private nga xhepi nga ana tjetër. Duke parë se shteti nuk ka qasje të drejtpërdrejtë në të ardhurat e sigurimeve sociale, mund të hiqet një vijë e qartë midis taksimit dhe këtij lloji të financimit. Për më tepër, për shkak se sigurimi social është jo-fitimprurës, nuk jep të drejta përfshirje vetëm bazuar mbi nënshtetësinë, por bazuar në një kontribut të veçantë, është i detyrueshëm dhe ka tendencë të përmbajë një element të rishpërndarjes *ex ante*. Prandaj mund të konkludohet se *taksimet, kontributet e sigurimeve shoqërore* dhe *burimet private* janë *tri format e ndryshme të financimit*; megjithëse, në përgjithësi, kemi kombinime të të tre elementeve,

sistemet e kujdesit shëndetësor megjithatë tregojnë një pirje në *një drejtim financimi* ose *në një tjetër*, duke bërë të mundur dallimin midis llojeve *mbizotëruese* të financimit.

Ofrimi i shërbimeve

Megjithëse funksioni kryesor i sistemeve të kujdesit shëndetësor është ai i kujdesit për pacientët, ofrimi i shërbimeve shëndetësore ende nuk është trajtuar në mënyrë sistematike si një dimension kyç në hulumtimin krahasues të sistemeve të kujdesit shëndetësor.

Përsa i përket diferencimit ndërmjet ofruesve shtetërorë, socialë apo privatë, kjo mund të bëhet kryesisht në bazë të kritereve të pronësisë dhe orientimit të fitimit, sipas të cilave , aktorët shtetërorë (publik jofitimprurës) dhe privatë (jofitimprurës dhe fitimprurës) janë lehtësisht të dallueshëm. Megjithatë, dallime të tilla të prera dhe të shpejta nuk mund të bëhen gjithmonë. Në rastin e kategorive individuale të ofrimit, është e mundur të etiketohen, për shembull, mjekët rezidentë dhe punëtorët e pavarur në kujdesin ambulator si ofrues privatë fitimprurës. Me të vërtetë, me përjashtim të spitaleve, ekzistojnë vetëm raste të rralla në të cilat mund të gjendet një rast eksplicit i punonjësve shtetërorë në sektorin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Dhe aty ku shfaqen, mbeten vetëm një pjesë e vogël e të gjithë ofruesve.

Në të kundërt, ka një shumëllojshmëri shumë më të madhe në rastin e kujdesit spitalor. Krahas spitaleve shtetërore, të cilat sigurojnë mesatarisht shumicën dërrmuese të të gjithë shtretërve spitalorë në dispozicion në vendet e OECD-së, ekzistojnë edhe struktura private fitimprurëse dhe private jofitimprurëse. Në Gjermani, për shembull, roli i organizatave jofitimprurëse në kujdesin shëndetësor në spital është thellësisht i ndërthurur me organizatat dhe infrastrukturën e mirëqenies. Në disa aspekte gjithashtu, disa nga Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMOs) në SHBA ndjekin këtë traditë, pasi ofrimi i tyre furnizohet pjesërisht nga mjekët me pagë. Në dallim nga shembujt Europianë, megjithatë, HMO-të fitimprurëse mbeten të rrënjosura në sektorin privat. Edhe pse në shumicën e vendeve, ofruesit publikë janë dominues në kujdesin shëndetësor spitalor dhe ofruesit privatë fitimprurës janë dominues në kujdesin shëndetësor ambulator, për shkak të ekzistencës së spitaleve private jofitimprurëse në një numër vendesh, kategoritë "shteti", "bazuar në aspektet sociale" dhe “private” janë gjithashtu relevante për dimensionin e ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Rregullimi

Koncepti i rregullimit mund të zbatohet jo vetëm për rregullimin shtetëror , por edhe për vetë-rregullimin nga aktorët joqeveritarë dhe rregullimin nga mekanizmat e tregut. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në lidhje me sistemet e kujdesit shëndetësor të cilat mund të jenë kryesisht "të udhëhequr nga shteti", "të qeverisura nga korporatat" ose "të nxitura nga tregu". Ka raste të aktorëve shoqërorë dhe privatë që shfaqen krahas shtetit në marrjen e detyrave rregullatore. Megjithatë, kufijtë e këtyre përgjegjësive përcaktohen nga shteti dhe rezultatet e tyre i nënshtrohen kontrollit shtetëror. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në lidhje me vetë-rregullimin brenda

skemave të sigurimeve shoqërore ku, në raport me shtetin, palët e interesuara të sistemit të sigurimeve shoqërore janë karakterizuar si trupa të "gjatësisë së krahut". Si i tillë, ndikimi i shtetit është dukshëm më i lartë në rastin e sigurimeve sociale sesa në skemat e kujdesit shëndetësor privat. Përsa i përket sistemeve private të kujdesit shëndetësor, tregu del si forca kryesore në marrjen e përgjegjësive të kujdesit shëndetësor. Megjithatë, siç argumenton White në bazë të skemës amerikane, në vendet e OECD-së nuk ekziston një sistem i pastër i tregut në kujdesin mjekësor.

Ndërsa tipologjitë e tjera janë përqendruar në formën e kontrollit të shtetit mbi prodhimin e kujdesit mjekësor ose, më saktë, në marrëdhëniet midis shtetit dhe profesionit mjekësor, si dhe mbi marrëdhënien midis shtetit dhe përfituesve (potencialë), koncepti i propozuar këtu fokusohet më gjerësisht në marrëdhëniet ndërmjet agjencive të *financimit, ofruesve të shërbimeve* dhe *përfituesve*.

Siç është paraqitur në Tabelën 2, në lidhje me ndërveprimin midis përfituesve dhe agjencive të financimit, janë përfituesit e synuar (a) si dhe mënyra përkatëse e financimit (b) që janë me interes kryesor. Për sa i përket marrëdhënieve ndërmjet agjencive të financimit dhe ofruesve të shërbimeve, dalin në pah rregullimi i sistemeve të shpërblimit (c) dhe kontrolli i qasjes në treg për ofruesit e shërbimeve në sistemin e kujdesit shëndetësor (d). Përfundimisht, në lidhje me marrdhënien midis ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve, me rëndësi të veçantë janë pyetjet se si funksionon qasja në shërbimet shëndetësore (e) dhe kush përcakton katalogun e shërbimeve (f).

Tabela 2. Marrdhëniet midis agjensive financuese, ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve (potencialë)

Midis përfituesve (potencialë) dhe agjencive financuese:

(a) *mbulimi*: përfshirja e (pjesëve) të popullsisë në sistemet publike dhe/ose private të kujdesit shëndetësor

(b) *sistemi i financimit*: financimi i kujdesit shëndetësor nga publiku (taksat, kontributet e sigurimeve shoqërore) dhe/ose private (kontributet e sigurimeve private, pagesat nga xhepi)

Ndërmjet agjencive të financimit dhe ofruesve të shërbimeve:

(c) *shpërblimi i ofruesve të shërbimeve*: sistemi specifik i kompensimit të ofruesve

(d) *qasja e ofruesve (potencialë) në tregjet e kujdesit shëndetësor*: qasja në agjencitë financiare

***Ndërmjet ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve (potencialë)*:**

(e) *aksesi i pacientëve tek ofruesit e shërbimeve*

(f) *paketa e përfitimeve*: përmbajtja dhe gama e shërbimeve të ofruara për pacientët

Dimensioni i rregullimit është qartësisht më kompleksi i të tre dimensioneve në kuadrin tonë analitik, dhe nevojitet një gjykim i kujdesshëm cilësor për dallimin midis ndikimeve shtetërore, joqeveritare dhe private.

Pyetja tjetër është kush është përgjegjës për rregullimin dhe kontrollin e këtyre marrëdhënieve. Për shembull, përqindjet e kontributeve (b) vendosen brenda skemës së vetë-rregullimit të sigurimeve shoqërore, siç është akoma në Gjermani, ose janë vendosur më tepër nga agjencitë shtetërore, si në Austri (të dy në përgjithësi konsiderohen si shtet me siguracione sociale)? A janë vendimet për shpërblimin e ofruesve të shërbimeve (c) pjesë e përgjegjësisë së aktorëve autonome (shoqatat e fondeve të mjekëve dhe të sigurimeve shëndetësore shoqërore), apo a është kjo detyrë përgjegjësia e shtetit apo, më mirë, a është lënë në dorë të mekanizmave të tregut? Këta shembuj demonstrojnë se një analizë e çështjes se *kush rregullon sistemin e kujdesit shëndetësor* është më e vështirë për t'iu përgjigjur se sa në rastin e financimit dhe ofrimit të shërbimeve, dhe për këtë arsye nuk mund të bazohet vetëm në treguesit sasiorë. Për t'u klasifikuar si rregullim shtetëror, me bazë sociale ose privat, shumica e marrëdhënieve të renditura në Tabelën 2 duhet të rregullohen kryesisht nga akterët shtetërorë, socialë ose privatë. Në vijim do të përqendrohemi së pari në kuadrin analitik dhe në skemën e klasifikimit që rezulton nga kjo dhe, së dyti, do të ofrojmë shembuj të zgjedhur që ilustrojnë se si mund të analizohet *ndryshimi* i sistemit të kujdesit shëndetësor në bazë të këtij koncepti.

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

Pasi përcaktuam tri dimensione sipas të cilave mund të idenfitikohet përfshirja e aktorëve shtetërorë, socialë dhe privatë në kujdesin shëndetësor, tani është e mundur të përcaktohet klasifikimi i 27 llojeve të ndryshme të sistemeve të kujdesit shëndetësor bazuar në gamën e mundshme të variacioneve që rezulton nga kombinimi i financimit, ofrimit të shërbimeve dhe rregullimit.

Nga këto 27 lloje, mund të identifikohen 3 lloje ideale në bazë të karakteristikave uniforme në të gjitha dimensionet e kujdesit shëndetësor. Këto lloje përbëhen nga *sistemet shtetërore të kujdesit shëndetësor*, në të cilin financimi, ofrimi i shërbimeve dhe rregullimi kryhen nga aktorët dhe institucionet shtetërore (shih Tabelën 3, rrjeshti 1); *sistemet shoqërore (sociale) të kujdesit shëndetësor*, në të cilat aktorët e shoqërisë marrin përgjegjësinë për financimin, sigurimin dhe rregullimin e kujdesit shëndetësor (rjeshti 11); dhe *sistemet private të kujdesit shëndetësor*, në të cilat të tre dimensionet bien nën kujdesin e aktorëve të tregut (rrjeshti 21).

Krahas secilës kategori të llojit ideal, shfaqen respektivisht gjashtë kombinime të *llojeve të përziera*, në të cilat karakteristikat e njëjta mund të shihen përgjatë dy nga tre dimensionet e kujdesit shëndetësor, duke u përafruar ngushtësisht me një lloj ideal sistemi me dominimin e një grupi të caktuar aktorësh ose institucionesh (Tabela 3, rrjeshtat 2-7, 8-10, 12-14 dhe 15-20). Përveç kësaj, në gjashtë kombinime të tjera të llojeve të përziera, nuk gjendet uniformitet në lidhje me financimin, ofrimin e shërbimeve dhe rregullimin, dhe, si të tilla, këto nuk ngjajnë me llojet ideale të sistemeve. Këto lloje njihen si sisteme të përziera të pastra (rrjeshtat 22-27).

Tabela 3. Klasifikimi i Sistemeve të Kujdesit Shëndetësor

	Lloji i sistemit të kujdesit shëndetësor	Rregullimi	Financimi	Ofrimi
1	*Lloji ideal: Sistemi Shtetëror i Kujdesit shëndetësor*	*Shteti*	*Shteti*	*Shteti*
2	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Shteti	Social
3	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Shteti	Privat
4	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Social	Shteti
5	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Privat	Shteti
6	Lloji miks me bazë shtetërore	Social	Shteti	Shteti
7	Lloji miks me bazë shtetërore	Privat	Shteti	Shteti
8	Lloji miks me bazë sociale	Shteti	Social	Social
9	Lloji miks me bazë sociale	Social	Shteti	Social
10	Lloji miks me bazë sociale	Social	Social	Shteti
11	*Lloji ideal: Sistemi Social i Kujdesit Shëndetësor*	*Social*	*Social*	*Social*
12	Lloji miks me bazë sociale	Social	Social	Privat
13	Lloji miks me bazë sociale	Social	Privat	Social
14	Lloji miks me bazë sociale	Privat	Social	Social
15	Lloji miks me bazë private	Shteti	Privat	Privat
16	Lloji miks me bazë private	Privat	Shteti	Privat
17	Lloji miks me bazë private	Privat	Privat	Shteti
18	Lloji miks me bazë private	Social	Privat	Privat
19	Lloji miks me bazë private	Privat	Social	Privat
20	Lloji miks me bazë private	Privat	Privat	Social
21	*Lloji ideal: Sistemi Privat i Kujdesit Shëndetësor*	*Privat*	*Privat*	*Privat*
22	Lloji miks i pastër (puro)	Shteti	Privat	Social
23	Lloji miks i pastër (puro)	Shteti	Social	Privat
24	Lloji miks i pastër (puro)	Privat	Shteti	Social
25	Lloji miks i pastër (puro)	Privat	Social	Shteti
26	Lloji miks i pastër (puro)	Social	Shteti	Privat
27	Lloji miks i pastër (puro)	Social	Privat	Shteti

Duke hedhur një sy në gjashtë llojet mikse (të përziera) që bien nën çdo lloj ideal të sistemeve të kujdesit shëndetësor (p.sh. rrjeshtat 2-7), këtu një shumëllojshmëri e gjerë kombinimesh ofrojnë një bazë të pasur kundrejt të cilës mund të vlerësohen rastet reale dhe gjithashtu të tregojnë dallimet që ekzistojnë në botën e vërtetë. Megjithatë, jo të gjitha modalitetet janë njësoj të mundshme në praktikë. Për shembull, ndërsa kombinimi i rregullimit shtetëror, financimit shetëror dhe sigurimit privat është relativisht i zakonshëm, shfaqja e rregullimit privat në lidhje me financimin dhe sigurimin shtetëror ka pak gjasa që të ndodhë. Mundësia për identifikimin e atyre rasteve që janë me rëndësi më të madhe në botën reale mund të ndihmojnë në përzgjedhjen e rasteve për studiuesit që nuk kryejnë studime me mostra të mëdha. Përsa i përket llojeve të mbetura të sistemeve, ato sigurojnë një kompas ideal për vlerësimin e fuqisë dhe drejtimit të ndryshimit të sistemit me kalimin e kohës.

Nëse përqëndrohemi në sistemet aktuale të kujdesit shëndetësor në vendet e OECD-së, atëherë mund të përjashtohen të gjitha llojet ku ofrimi i shërbimeve ka bazë sociale. Edhe një sistem i sigurimeve shëndetësore sociale, i cili në përgjithësi konsiderohet si një "tip ideal", sistemi Gjerman, sipas skemës së klasifikimit në Tabelën 3 karakterizohet si një "lloj miks me bazë sociale" me ofrimin kryesisht privat të kujdesit shëndetësor. Për shkak të rolit kyç të shtetit në rregullimin e sistemit, sisteme të tjera të sigurimeve sociale, si për shembull Austria, mund të përfshihen në kategorinë 'lloji miks i pastër (puro)" me rregullim kryesisht shtetëror, financim social të sigurimeve shëndetësore dhe me shërbimet shëndetësore të ofruara kryesisht nga ofruesit privat. Megjithatë, edhe pse vendet e OECD-së nuk japin asnjë shembull për ofrimin kryesisht me bazë sociale, kjo kategori nuk duhet përjashtuar nga kuadri analitik pasi ekzistojnë shembuj historikë (p.sh. shoqëritë miqësore në Britani) ose globale (në vendet në zhvillim) – të ofrimit joqeveritar jofitimprurës të kujdesit shëndetësor.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Duke mbërritur më në fund në një diskutim mbi *transformimin* e sistemit të kujdesit shëndetësor, edhe këtu taksonomia e paraqitur më lart siguron një mjet të dobishëm për të identifikuar një gamë të mundshme ndryshimesh të sistemit. Më konkretisht, në përputhje me klasifikimin e 27 llojeve të sistemeve të kujdesit shëndetësor sipas llojeve ideale, të përziera (mikse) dhe të përziera të pastra (puro), mund të nxirren këto **3 forma të transformimit**:

1. Së pari, ndryshimi më ekstrem ndodh kur një sistem lëviz nga një e katërta e Tabelës 3 në një tjetër, si për shembull, kur një *lloj i bazuar në shtet* zhvillohet drejt një lloji privat. Duke parë që një ndryshimi i tillë rezulton në zhvillimin e një sistemi krejtësisht të ri, ky transformim quhet këtu si *ndryshim i sistemit*, i cili pritet të lindë/ndodhë vetëm në raste të jashtëzakonshme në të cilat ndryshimet drastike në qëllimet e politikave përmbushin pritshmërinë e lartë të publikut.
2. Më e pritshme zakonisht është një formë e dytë e transformimit që shpaloset përgjatë tri dimensioneve të sistemit, por që nuk kulmon në një ndryshim të madh të sistemit. Një zhvillimi të tillë i referohemi si *ndryshim i brendshëm i sistemit* dhe kjo mund të ndodhë, për shembull, kur ofrimi i kujdesit shëndetësor zhvendoset nga aktorët shetërorë tek aktorët privatë, ndërsa financimi dhe rregullimi mbeten në duart e shtetit. Në rrethana të tilla, sistemi përjeton një ndryshim të rëndësishëm, por gjithsesi mbetet kryesisht shtetëror.
- Së fundi, një formë e tretë, më e butë e transformimit që mund të ndodhë është ajo e një *ndryshimi të brendshëm të niveleve*, në të cilin ndodh një zhvendosje *brenda* një ose më shumë dimensioneve pa çuar në ndonjë shkëmbim të karakteristikave përkatëse të sistemit. Për shembull, në rastin e një sistemi të pastër privat, nëse prezantohet një numër i iniciativave të kujdesit shëndetësor publik për të përmbushur nevojat e mbulimit të atyre që jetojnë nën vijën e varfërisë, dimensioni i financimit mund të pësojë një zhvendosje të brendshme në nivele të tilla sa që ndjehet prania e shtuar e shtetit. Sidoqoftë, përveçse nëse programimi publik është i rëndësishëm dhe mjaft i gjerë për të gjeneruar një ndryshim në

formën kryesore të financimit të sistemit, dimensioni do të mbetet kryesisht privat. Prandaj, ky lloj i transformimit të sistemit nuk e tejkalon nivelin nën-dimensional dhe prandaj nuk arrin të rezultojë në ndonjë ndryshim në dimensionin përkatës, ose vetë sistemin.

Ndërkohë që një *ndryshim i brendshëm i niveleve* nuk përfshin të njëjtën shkallë transformimi si format e tjera të diskutuara këtu, ai megjithatë pasqyron një zhvillim shumë të rëndësishëm brenda sistemeve të kujdesit shëndetësor. Kjo është e vërtetë *për të paktën dy arsye*: ***së pari***, në sajë të natyrës modeste të tij, një ndryshim i brendshëm i niveleve është transformimi më i mundshëm që mund të vëzhgojmë - veçanërisht për periudha të shkurtra kohore, të cilat janë horizonte tipike të kërkuesve dhe politikanëve. **Së dyti**, pavarësisht nga natyra e tij modeste, një *ndryshim i brendshëm i niveleve* mund të jetë në të vërtetë paraardhësi i formave më të theksuara të transformimit tipike për *ndryshimin e sistemit* ose një *ndryshimin e brendshëm të sistemit*, veçanërisht nëse tiparet "shtetërore", "sociale" ose "private" janë pranë humbjes së pozicionit dominues të tyre brenda një dimensioni të caktuar. Si e tillë, aftësia për të identifikuar dhe më pas për të gjurmuar madje edhe zhvendosjen fine (të fshehta) në *nivel* brenda një dimensioni mund të shërbejë si një hap i parë në shpjegimin e zhvillimeve më të shtrira të sistemit për t'u ndjekur.

Nëpërmjet shpjegimit, ne tani do të flasim për një numër rastesh të shteteve specifike në të cilat kanë ndodhur nivele të ndryshme ndryshimesh. Për shembull, Danimarka lëvizi nga një shtet (kryesisht) sigurimeve sociale në një sistem kombëtar të shërbimeve shëndetësore në fillim të viteve 1970. Sidoqoftë, për shkak se sistemi i mëparshëm i sigurimeve sociale tashmë ishte shumë i rregulluar nga shteti dhe ofrimi i kujdesit shëndetësor ishte (dhe ende është) i dominuar nga spitalet publike, ky nuk është një ndryshim nga një lloj ideal në një tjetër lloj ideal, por në fakt kemi kalim nga lloji i përzier me bazë shtetërore në një sistem të kujdesit shëndetësor shtetëror të tipit ideal.

Shërbimi Shëndetësor Kombëtar (NHS) Britanik tradicionalisht është konsideruar si një sistem me bazë shtetin, ku financimi, ofrimi dhe rregullimi qëndron kryesisht në duart e institucioneve publike. Megjithatë, në një vështrim më të afërt mund të vërehet se megjithëse sistemi mban pjesën më të madhe të këtyre karakteristikave, kanë ndodhur ndryshime të rëndësishme brenda dimensionale të tilla saqë mund të flitet për një zhvendosje e brendshme të niveleve: futja e një tregu të brendshëm në Britani nuk çoi në zëvendësimin e shtetit si rregullator kryesor; megjithatë, ajo ka krijuar një hapësirë për vetë-rregullim nga trustet e NHS. Në mënyrë interesante, ajo çfarë shihet në këtë rast *është kundërbalancimi i futjes së mekanizmave të brendshëm të tregut me një përforcim paralel të funksioneve rregullatore shtetërore*. Në kujdesin shëndetësor ne hasim paradoksin më të madh të politikave publike që përpiqen të fuqizojnë forcat e tregut: **tregjet kanë nevojë për shtetin dhe tregjet e forta kanë nevojë për shtete të forta**.

Ndërkohë, vendet e Europës Qëndrore dhe Lindore (CEE) që kanë ndryshuar nga sistemet socialiste të kujdesit shëndetësor në sistemet e sigurimeve shëndetësore sociale, aktualisht karakterizohen nga aktorë krahasimisht të dobët të sistemeve të sigurimeve sociale dhe një

përqindje të lartë të kujdesit shëndetësor të ofruar në spitalet publike. Pavarësisht nivelit të ulët të financimit të taksave, disa vende të CEE-së ende mund të klasifikohen si lloje të përziera me bazë shtetërore dhe vetëm një forcim i aktorëve të korporatave të sigurimeve shoqërore do të çonte në një *ndryshim* të vërtetë *të sistemit*.

Vendet e Evropës Jugore, në mënyrë të ndryshme, ndryshuan nga lloji i sigurimeve sociale në një lloj shërbimi shëndetësor kombëtar në fund të viteve 1970 dhe në fillim të viteve 1980. Veçanërisht Greqia dhe Portugalia, sidoqoftë, ruajtën elemente të skemës së mëparshme të sigurimeve shëndetësore sociale dhe karakterizohen nga autoritete publike të dobëta. Pavarësisht nga dobësia e autoriteteve shtetërore, ndryshimet e viteve 1970 dhe 1980 duket se përfaqësojnë një *ndryshim të sistemit* nga një lloj miks me bazë sociale drejt një tipi të përzier me bazë shtetërore. Për shkak të reduktimit të pagesave private nga xhepi ky proces u pasua nga një *ndryshim i brendshëm i niveleve* nga vitet 1990 e tutje.

Së fundmi, sistemi i kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara, është konsideruar shpesh si model privat i tipit ideal. Sidoqoftë, sot ky sistem financohet kryesisht nga fondet publike, pasi është shumë i subvencionuar nga taksat. Sipas kuadrit tonë analitik, ai ka përjetuar një *ndryshim të brendshëm të sistemit* dhe sot mund të përshkruhet si një lloj i përzier me bazë private.

Konkluzione dhe hapat e ardhshëm të kërkimit shkencor

Ne paraqitëm një taksonomi të 27 sistemeve të kujdesit shëndetësor dhe 3 kategorive të transformimit të sistemit të kujdesit shëndetësor. Mbështetja e kësaj skeme të klasifikimit ka interes për rolin në ndryshim të aktorëve shtetërorë, shoqërorë dhe privatë në financimin, ofrimin e shërbimeve dhe rregullimin e kujdesit shëndetësor. Përgjatë këtyre dimensioneve të politikave përcaktohet se gama e mundshme e llojeve të sistemeve përfshin dallimin e tre sistemeve ideale në veçanti – dhe konkretisht, *sistemet shtetërore* të kujdesit shëndetësor, *sistemet sociale* të kujdesit shëndetësor dhe *sistemet private* të kujdesit shëndetësor; si dhe kombinimet e ndryshme të sistemeve të përziera. Të marra së bashku, ky katalogim i detajuar i llojeve të sistemeve shëndetësore ofron një busull konceptuale me të cilin përkufizimi dhe krahasimi i sistemeve të kujdesit shëndetësor mund të ndiqen më mirë në punën empirike.

Zbatimet praktike të këtij sistemi klasifikimi qëndrojnë kryesisht në aftësinë e tij për të dhënë koncepte dhe dimensione të qarta kundrejt të cilave mund të maten rastet reale historike në mënyrë sistematike. Duke vepruar kështu, jo vetëm që lehtësohet procesi i identifikimit të rasteve individuale, por edhe mënyra e ndjekjes së krahasimeve ndërkombëtare, si dhe ndër-kohore. Ndryshimet e sistemeve të kujdesit shëndetësor mund të klasifikohen më tej në aspektin e drejtimit dhe shkallës së tyre – aspekte të cilat pasqyrohen në 3 kategori të transformimit të sistemit: *ndryshimi i sistemit, ndryshimi i brendshëm i sistemit* dhe ndry*shimi i brendshëm i niveleve*.

Shembujt e përzgjedhur të dhënë në bazë të kornizës konceptuale tregojnë se sot nuk ekziston një sistem ideal i kujdesit shëndetësor i bazuar në shoqëri (me bazë sociale). Për shembull, rasti i

Gjermanisë mund të karakterizohet kryesisht nga rregullimi dhe financimi i bazuar në sigurimet sociale të kombinuara me një pjesë të lartë dhe në rritje të ofrimit privat të kujdesit shëndetësor. Rritja aktuale e ndërhyrjes së shtetit në Gjermani madje e zgjeron distancën nga lloji ideal me bazë sociale.

Korniza e tanishme mund të ndihmojë gjithashtu në identifikimin e dobësive të caktuara të aktorëve të korporatave në sistemet e kujdesit shëndetësor të vendeve të Europës Qendrore dhe Lindore pas vitit 1990, të cilat vazhdojnë të shfaqin një largim të fortë nga modeli ideal me bazë sociale. Duke e njohur dhe pranuar këtë largim, gjithashtu mund të pranohet rritja e vulnerabilitetit së këtyre sistemeve ndaj forcave të tregut (krahasuar me sistemet e sigurimeve shëndetësore të Europës Perëndimore). Përsa i përket tipit privat ideal, sistemi i kujdesit shëndetësor në SHBA mund të konsiderohet të jetë ende përafrimi më i afërt. Megjithatë, për shkak të rëndësisë së madhe të përjashtimeve nga taksat dhe rritjes së financimit nga taksat (sidomos për Medicaid), sot ky sistem mund të karakterizohet si një tip i përzier me bazë private. Sistemi Kombëtar i Shërbimit Shëndetësor në Britaninë e Madhe dhe vendet Skandinave, më në fund, ende përfaqësojnë sisteme shtetërore të kujdesit shëndetësor të tipit ideal. Megjithatë, një *ndryshim i brendshëm i niveleve* ka ndodhur në të tre dimensionet.

Pavarësisht kufizimeve të këtij klasifikimi, puna aktuale është një hap i parë thelbësor në dallimin e tipareve kyçe të sistemeve të kujdesit shëndetësor, duke lehtësuar në një masë të madhe identifikimin, krahasimin dhe transformimin e tyre.

Referencat

1. Glied S, Janus K. Managed Care. In: Carrin G. (Ed.). Health systems policy, finance and organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

2. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. Social Policy & Administration 2009; 43(1):70-90

3. Lovett-Scott M, Prather F. Global health systems. Comparing strategies for delivering health services. Jones & Bartlett Learning. 2014.

4. Johnon J, Stoskopf, Shi L. Comparative health systems. A global perspective. Second Edition. Jones & Bartlett Learning. 2018.

LEKSIONI 15

SISTEMI SHËNDETËSOR I BAZUAR MBI PAGESAT PRIVATE, TAKSIMIN E PËRGJITHSHËM DHE SIGURACIONET SOCIALE

–

Klasifikimi dhe krahasimi i Sistemeve

Hyrje

- Deri më tani, studimet mbi sistemet e kujdesit shëndetësor nuk kanë arritur në një bazë të fuqishme konceptuale mbi të cilën mund të kryhet analiza krahasuese.
- Kjo mangësi lidhet pjesërisht me mungesën e një taksonomie koherente të tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor që mund të shërbejë si hap i parë në kategorizimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor.

Hyrje

- Klasifikimi i sistemeve shëndetësore bazohet në metodën e Max ëeber të "tipeve ideale" të sistemeve.
- Më pas, mund të gjykohet nëse sisteme aktuale përputhen me tipet ideale apo janë të llojeve të tjera.
- *Metoda ideale-tipike* është një pikë qendrore fillestare për matjen e ndryshimit dhe prandaj ka vazhduar të aplikohet në studimin e sistemeve të mirëqenies.
- Në literaturë mungon një kornizë konceptuale e hartuar në mënyrë specifike për *përkufizimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor*.

Hyrje

Ky leksion shërben si një përpjekje për të adresuar këtë mangësi duke krijuar një model konceptual që dallon *disa lloje të sistemeve ideale* të kujdesit shëndetësor.

Duke u bazuar në klasifikimet e përshkruara në hollësi më poshtë, ne dallojmë *tre dimensionet kryesore* të sistemeve të kujdesit shëndetësor:

- *Financimin*
- *Ofrimin e shërbimeve shëndetësore,* dhe
- *Rregullimin (ose qeverisjen*).

Hyrje

- Sidoqoftë, nuk është niveli apo shkalla e këtyre dimensioneve që përshkruajnë më mirë llojin e sistemit përkatës, por pyetja se ***kush*** financon, siguron dhe rregullon shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Hyrje

- Në sistemet e kujdesit shëndetësor nuk është vetëm shteti që është përgjegjës për këto detyra, por edhe aktorë të shoqërisë dhe/ose privatë.
- Me fjalë të tjera, *shteti, aktorët joqeveritarë* dhe *tregu* janë të përfshirë në fushën e kujdesit shëndetësor. Megjithëse studime të ndryshme janë përqendruar në financimin, ofrimin e shërbimeve dhe/ose rregullimin, përsëri ka vend për të kontribuuar në debatin krahasues të politikave shëndetësore duke kombinuar këto dimensione në mënyrë sistematike me praninë ose mungesën e tre grupeve të aktorëve në çdo dimension.
- Kjo ndihmon të analizojmë edhe ndryshimet me kalimin e kohës.

Hyrje

- Kur lidhim ndikimet *shtetërore*, *joqeveritare* dhe *të tregut* me dimensionet e *financimit*, *ofrimit të shërbimeve* dhe *rregullimit*, rezultojnë 27 kombinime (3 × 3 × 3); **tre** prej të cilave mund të identifikohen si llojet ideale.
- Ky është rasti kur financimi, ofrimi dhe rregullimi dominohet nga secili (a) **shteti**, (b) **aktorët joqeveritarë**, ose (c) **tregu**.

Hyrje

- Njëri dimension nuk përcakton domosdoshmërisht dy të tjerët dhe mund të lindë jo-uniformiteti në të gjithë dimensionet: është e mundur, për shembull, që *fondet private të kombinohen me ofrimin e shërbimeve publike dhe një nivel të lartë të kontrollit shtetëror*.
- Në të vërtetë, kjo metodë kap shumëllojshmërinë e gjerë të sistemeve uniforme ose ideale, si dhe llojet e përziera (mikse) që do mundohemi të evidentojmë në vijim

Dimensionet e sistemeve të kujdesit shëndetësor

Në thelb, ka 3 përgjegjësi në kujdesin shëndetësor:

- *së pari*, financimi i shërbimeve shëndetësore përmes taksave, kontributeve të sigurimeve shoqërore ose mjeteve private;
- *së dyti*, sigurimi i kujdesit shëndetësor që mund të kryhet në mjediset shtetërore përkatësisht nga aktorë shtetërorë, në mjedise shoqërore ose në objekte private fitimprurëse përkatësisht nga aktorë privatë; dhe
- *së treti*, rregullimi nga këta aktorë të aspekteve të ndryshme të financimit dhe ofrimit.

Dimensionet e sistemeve të kujdesit shëndetësor

Të marra së bashku, *financimi, ofrimi i shërbimeve* dhe *rregullimi i kujdesit shëndetësor* janë dimensionet kyçe përgjatë të cilave grupet e ndryshme të aktorëve mund të luajnë role dhe të kenë nivele të shumta të angazhimit.

Megjithatë, në sistemet 'reale' të kujdesit shëndetësor, elementët *'shteti'*, *'shoqëria'* dhe *'privati'* priren të *bashkëjetojnë* përgjatë të tre dimensioneve, dhe sidomos kur analizohen ndryshimet me përgjatë kohës, *përzierja brenda kategorive* duhet të merret në konsideratë.

Financimi

- Çështja e financimit ka luajtur gjithmonë një rol të rëndësishëm në klasifikimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor. Qoftë në krahasimin e modeleve Bismarck dhe Beveridge, ose të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme dhe shërbimeve shëndetësore kombëtare, dimensioni i financimit ka shërbyer vazhdimisht si një faktor qendror dallues midis sistemeve (Tabela 1), pasi është elementi i tyre më i dukshëm i vëzhgueshëm.

Tabela 1. Tipologjitë kryesore të sistemve të kujdesit shëndetësor

Studimi	Dimensionet	Lloji i sistemeve të kujdesit shëndetësor
Field 1973	Pronësia Autonomia e mjekëve	Sistemi shëndetësor pluralist Sistemi i sigurimeve shëndetësore Sistemi i shërbimeve shëndetësore Sistemi shëndetësor i socializuar
Terris 1978	Njësia kryesore organizative	Asistenca publike Sigurimet shëndetësore Shërbimi shëndetësor kombëtar
Frenk dhe Donabedian 1987	Kontrolli shtetëror mbi prodhimin e kujdesit mjekësor Bazat për pranueshmërinë (elegibility)	10 lloje të sistemeve të kujdesit shëndetësor që mbulojnë, psh. shërbimin shëndetësor kombëtar në vendet socialiste, sigurimin shëndetësor kombëtar në Gjermani, ose Medicaid në SHBA
OECD 1987	Mbulimi Financimi Pronësia	Modeli i shërbimit shëndetësor kombëtar Modeli i sigurimeve shoqërore Modeli i sigurimeve private
Blank dhe Burau 2004	Përfshirje e shtetit në: Financimin Ofrimin	Modeli i shërbimit shëndetësor kombëtar Modeli i sigurimeve shoqërore Modeli i sigurimeve private
Autorë të ndryshëm	Mbulimi Financimi Njësia kryesore organizative Konsumi Ofrimi Prodhimi	Sistemi i sigurimeve shëndetësore sipas Bismarck Shërbimi shëndetësor kombëtar Beveridge Shteti i komandës dhe kontrollit të fortë Shteti furnizues Shteti korporatist Shteti i komandës dhe kontrollit të pasigurtë

Financimi

- Mund të konkludohet se *taksimet, kontributet e sigurimeve shoqërore* dhe *burimet private* janë *tri format e ndryshme të financimit*.
- Megjithëse, në përgjithësi, kemi kombinime të të tre elementeve, sistemet e kujdesit shëndetësor megjithatë tregojnë një prirje në *një drejtim financimi* ose *në një tjetër*, duke bërë të mundur dallimin midis llojeve *mbizotëruese* të financimit.

Ofrimi i shërbimeve

- Përsa i përket diferencimit ndërmjet ofruesve shtetërorë, socialë apo privatë, kjo mund të bëhet kryesisht në bazë të kritereve të pronësisë dhe orientimit të fitimit, sipas të cilave , aktorët shtetërorë (publik jofitimprurës) dhe privatë (jofitimprurës dhe fitimprurës) janë lehtësisht të dallueshëm.

Ofrimi i shërbimeve

- Megjithatë, dallime të tilla të prera dhe të shpejta nuk mund të bëhen gjithmonë.
- Në rastin e kategorive individuale të ofrimit, është e mundur të etiketohen, për shembull, mjekët rezidentë dhe punëtorët e pavarur në kujdesin ambulator si ofrues privatë fitimprurës.
- Me të vërtetë, me përjashtim të spitaleve, ekzistojnë vetëm raste të rralla në të cilat mund të gjendet një rast eksplicit i punonjësve shtetërorë në sektorin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore. Dhe aty ku shfaqen, mbeten vetëm një pjesë e vogël e të gjithë ofruesve.

Ofrimi i shërbimeve

- Në të kundërt, ka një shumëllojshmëri shumë më të madhe në rastin e kujdesit spitalor. Krahas spitaleve shtetërore, të cilat sigurojnë mesatarisht shumicën dërrmuese të të gjithë shtretërve spitalorë në dispozicion në vendet e OECD-së, ekzistojnë edhe struktura private fitimprurëse dhe private jofitimprurëse.
- Në Gjermani, për shembull, roli i organizatave jofitimprurëse në kujdesin shëndetësor në spital është thellësisht i ndërthurur me organizatat dhe infrastrukturën e mirëqenies.

Ofrimi i shërbimeve

- Në disa aspekte gjithashtu, disa nga Organizatat e Ruajtjes së Shëndetit (HMOs) në SHBA ndjekin këtë traditë, pasi ofrimi i tyre furnizohet pjesërisht nga mjekët me pagë. Në dallim nga shembujt Europianë, megjithatë, HMO-të fitimprurëse mbeten të rrënjosura në sektorin privat.
- Edhe pse në shumicën e vendeve, ofruesit publikë janë dominues në kujdesin shëndetësor spitalor dhe ofruesit privatë fitimprurës janë dominues në kujdesin shëndetësor ambulator, për shkak të ekzistencës së spitaleve private jofitimprurëse në një numër vendesh, kategoritë "shteti", "bazuar në aspektet sociale" dhe “private” janë gjithashtu relevante për dimensionin e ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Rregullimi

- Koncepti i rregullimit mund të zbatohet jo vetëm për rregullimin shtetëror , por edhe për vetë-rregullimin nga aktorët joqeveritarë dhe rregullimin nga mekanizmat e tregut.
- Kjo është veçanërisht e rëndësishme në lidhje me sistemet e kujdesit shëndetësor të cilat mund të jenë kryesisht "të udhëhequr nga shteti", "të qeverisura nga korporatat" ose "të nxitura nga tregu".
- Ka raste të aktorëve shoqërorë dhe privatë që shfaqen krahas shtetit në marrjen e detyrave rregullatore.

Rregullimi

- Megjithatë, kufijtë e këtyre përgjegjësive përcaktohen nga shteti dhe rezultatet e tyre i nënshtrohen kontrollit shtetëror.
- Si i tillë, ndikimi i shtetit është dukshëm *më i lartë* në rastin e *sigurimeve sociale* sesa në *skemat e kujdesit shëndetësor privat*.
- Përsa i përket sistemeve private të kujdesit shëndetësor, tregu del si forca kryesore në marrjen e përgjegjësive të kujdesit shëndetësor. Megjithatë, në vendet e OECD-së nuk ekziston një sistem i pastër i tregut në kujdesin mjekësor.

Rregullimi

- Koncepti i propozuar këtu fokusohet më gjerësisht në marrëdhëniet ndërmjet agjencive të *financimit, ofruesve të shërbimeve* dhe *përfituesve*.

Rregullimi

- Siç është paraqitur në Tabelën 2, në lidhje me ndërveprimin midis përfituesve dhe agjencive të financimit, janë përfituesit e synuar (a) si dhe mënyra përkatëse e financimit (b) që janë me interes kryesor.
- Për sa i përket marrëdhënieve ndërmjet agjencive të financimit dhe ofruesve të shërbimeve, dalin në pah rregullimi i sistemeve të shpërblimit (c) dhe kontrolli i qasjes në treg për ofruesit e shërbimeve në sistemin e kujdesit shëndetësor (d).
- Përfundimisht, në lidhje me marrdhënien midis ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve, me rëndësi të veçantë janë pyetjet se si funksionon qasja në shërbimet shëndetësore (e) dhe kush përcakton katalogun e shërbimeve (f).

Tabela 2. Marrdhëniet midis agjensive financuese, ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve (potencialë)

Midis përfituesve (potencialë) dhe agjencive financuese:
(a) mbulimi: përfshirja e (pjesëve) të popullsisë në sistemet publike dhe/ose private të kujdesit shëndetësor
(b) sistemi i financimit: financimi i kujdesit shëndetësor nga publiku (taksat, kontributet e sigurimeve shoqërore) dhe/ose private (kontributet e sigurimeve private, pagesat nga xhepi)

Ndërmjet agjencive të financimit dhe ofruesve të shërbimeve:
(c) shpërblimi i ofruesve të shërbimeve: sistemi specifik i kompensimit të ofruesve
(d) qasja e ofruesve (potencialë) në tregjet e kujdesit shëndetësor: qasja në agjencitë financiare

Ndërmjet ofruesve të shërbimeve dhe përfituesve (potencialë):
(e) aksesi i pacientëve tek ofruesit e shërbimeve
(f) paketa e përfitimeve: përmbajtja dhe gama e shërbimeve të ofruara për pacientët

Rregullimi

- Dimensioni i rregullimit është qartësisht më kompleksi i të tre dimensioneve në kuadrin tonë analitik, dhe nevojitet një gjykim i kujdesshëm cilësor për dallimin midis ndikimeve shtetërore, joqeveritare dhe private.
- Pyetja tjetër është kush është përgjegjës për rregullimin dhe kontrollin e këtyre marrëdhënieve.

Rregullimi

- Për t'u klasifikuar si rregullim *shtetëror*, me bazë *sociale* ose privat, shumica e marrëdhënieve të renditura në Tabelën 2 duhet të rregullohen kryesisht nga akterët shtetërorë, socialë ose privatë.
- Në vijim do të përqendrohemi në kuadrin analitik dhe në skemën e klasifikimit që rezulton nga kjo.

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

- Pasi përcaktuam 3 dimensione sipas të cilave mund të idenfitikohet përfshirja e aktorëve *shtetërorë*, *socialë* dhe *privatë* në kujdesin shëndetësor, tani është e mundur të përcaktohet klasifikimi i 27 llojeve të ndryshme të sistemeve të kujdesit shëndetësor bazuar në gamën e mundshme të variacioneve që rezulton nga kombinimi i financimit, ofrimit të shërbimeve dhe rregullimit.

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

- Nga këto 27 lloje, mund të identifikohen 3 lloje ideale në bazë të karakteristikave uniforme në të gjitha dimensionet e kujdesit shëndetësor. Këto lloje përbëhen nga:
- *sistemet shtetërore të kujdesit shëndetësor*, në të cilin financimi, ofrimi i shërbimeve dhe rregullimi kryhen nga aktorët dhe institucionet shtetërore (shih Tabelën 3, rrjeshti 1);
- *sistemet shoqërore (sociale) të kujdesit shëndetësor*, në të cilat aktorët e shoqërisë marrin përgjegjësinë për financimin, sigurimin dhe rregullimin e kujdesit shëndetësor (rjeshti 11); dhe
- *sistemet private të kujdesit shëndetësor*, në të cilat të tre dimensionet bien nën kujdesin e aktorëve të tregut (rrjeshti 21).

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

- Krahas secilës kategori të llojit ideal, shfaqen respektivisht gjashtë kombinime të *llojeve të përziera*, në të cilat karakteristikat e njëjta mund të shihen përgjatë dy nga tre dimensionet e kujdesit shëndetësor, duke u përafruar ngushtësisht me një lloj ideal sistemi me dominimin e një grupi të caktuar aktorësh ose institucionesh (Tabela 3, rrjeshtat 2-7, 8-10, 12-14 dhe 15-20).
- Përveç kësaj, në gjashtë kombinime të tjera të llojeve të përziera, nuk gjendet uniformitet në lidhje me financimin, ofrimin e shërbimeve dhe rregullimin, dhe, si të tilla, këto nuk ngjajnë me llojet ideale të sistemeve. Këto lloje njihen si *sisteme të përziera të pastra* (rrjeshtat 22-27).

Tabela 3. Klasifikimi i Sistemeve të Kujdesit Shëndetësor

	Lloji i sistemit të kujdesit shëndetësor	Rregullimi	Financimi	Ofrimi
1	*Lloji ideal: Sistemi Shtetëror i Kujdesit shëndetësor*	Shteti	Shteti	Shteti
2	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Shteti	Social
3	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Shteti	Privat
4	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Social	Shteti
5	Lloji miks me bazë shtetërore	Shteti	Privat	Shteti
6	Lloji miks me bazë shtetërore	Social	Shteti	Shteti
7	Lloji miks me bazë shtetërore	Privat	Shteti	Shteti
8	Lloji miks me bazë sociale	Shteti	Social	Social
9	Lloji miks me bazë sociale	Social	Shteti	Social
10	Lloji miks me bazë sociale	Social	Social	Shteti
11	*Lloji ideal: Sistemi Social i Kujdesit Shëndetësor*	Social	Social	Social
12	Lloji miks me bazë sociale	Social	Social	Privat
13	Lloji miks me bazë sociale	Social	Privat	Social
14	Lloji miks me bazë sociale	Privat	Social	Social
15	Lloji miks me bazë private	Shteti	Privat	Privat
16	Lloji miks me bazë private	Privat	Shteti	Privat
17	Lloji miks me bazë private	Privat	Privat	Shteti
18	Lloji miks me bazë private	Social	Privat	Privat
19	Lloji miks me bazë private	Privat	Social	Privat
20	Lloji miks me bazë private	Privat	Privat	Social
21	*Lloji ideal: Sistemi Privat i Kujdesit Shëndetësor*	Privat	Privat	Privat
22	Lloji miks i pastër (puro)	Shteti	Privat	Social
23	Lloji miks i pastër (puro)	Shteti	Social	Privat
24	Lloji miks i pastër (puro)	Privat	Shteti	Social
25	Lloji miks i pastër (puro)	Privat	Social	Shteti
26	Lloji miks i pastër (puro)	Social	Shteti	Privat
27	Lloji miks i pastër (puro)	Social	Privat	Shteti

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

- Duke hedhur një sy në gjashtë llojet mikse (të përziera) që bien nën çdo lloj ideal të sistemeve të kujdesit shëndetësor (p.sh. rrjeshtat 2-7), këtu një shumëllojshmëri e gjerë kombinimesh ofrojnë një bazë të pasur kundrejt të cilës mund të vlerësohen rastet reale dhe gjithashtu të tregojnë dallimet që ekzistojnë në botën e vërtetë.

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

Megjithatë, jo të gjitha modalitetet janë njësoj të mundshme në praktikë.

Për shembull, ndërsa kombinimi i rregullimit shtetëror, financimit shetëror dhe sigurimit privat është relativisht i *zakonshëm*, shfaqja e rregullimit privat në lidhje me financimin dhe sigurimin shtetëror ka *pak gjasa* që të ndodhë.

Përsa i përket llojeve të mbetura të sistemeve, ato sigurojnë një kompas ideal për vlerësimin e fuqisë dhe drejtimit të ndryshimit të sistemit me kalimin e kohës.

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

- Nëse përqëndrohemi në sistemet aktuale të kujdesit shëndetësor në vendet e OECD-së, atëherë mund të përjashtohen të gjitha llojet ku ofrimi i shërbimeve ka bazë sociale.
- Edhe një sistem i sigurimeve shëndetësore sociale, i cili në përgjithësi konsiderohet si një "tip ideal", sistemi Gjerman, sipas skemës së klasifikimit në Tabelën 3 karakterizohet si një "lloj miks me bazë sociale" me ofrimin kryesisht privat të kujdesit shëndetësor.

Klasifikimi i tipeve të sistemit të kujdesit shëndetësor

- Për shkak të rolit kyç të shtetit në rregullimin e sistemit, sisteme të tjera të sigurimeve sociale, si për shembull Austria, mund të përfshihen në kategorinë 'lloji miks i pastër (puro)" me rregullim kryesisht shtetëror, financim social të sigurimeve shëndetësore dhe me shërbimet shëndetësore të ofruara kryesisht nga ofruesit privat.
- Vendet e OECD-së nuk japin asnjë shembull për ofrimin kryesisht me bazë sociale.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

- Duke mbërritur më në fund në një diskutim mbi *transformimin* e sistemit të kujdesit shëndetësor, edhe këtu taksonomia e paraqitur më lart siguron një mjet të dobishëm për të identifikuar një gamë të mundshme ndryshimesh të sistemit.
- Më konkretisht, në përputhje me klasifikimin e 27 llojeve të sistemeve të kujdesit shëndetësor sipas llojeve ideale, të përziera (mikse) dhe të përziera të pastra (puro), mund të nxirren këto **3 forma të transformimit**:

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Së pari, ndryshimi më ekstrem ndodh kur një sistem lëviz nga një e katërta e Tabelës 3 në një tjetër, si për shembull, kur një *lloj i bazuar në shtet* zhvillohet drejt një lloji privat.

Duke parë që një ndryshimi i tillë rezulton në zhvillimin e një sistemi krejtësisht të ri, ky transformim quhet këtu si *ndryshim i sistemit*, i cili pritet të lindë/ndodhë vetëm në raste të jashtëzakonshme në të cilat ndryshimet drastike në qëllimet e politikave përmbushin pritshmërinë e lartë të publikut.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Më e pritshme zakonisht është një **formë e dytë** e transformimit që shpaloset përgjatë tri dimensioneve të sistemit, por që nuk kulmon në një ndryshim të madh të sistemit.

Një zhvillimi të tillë i referohemi si *ndryshim i brendshëm i sistemit* dhe kjo mund të ndodhë, për shembull, kur ofrimi i kujdesit shëndetësor zhvendoset nga aktorët shetërorë tek aktorët privatë, ndërsa financimi dhe rregullimi mbeten në duart e shtetit.

Në rrethana të tilla, sistemi *përjeton një ndryshim të rëndësishëm, por gjithsesi mbetet kryesisht shtetëror*.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Së fundi, një **formë e tretë**, më e butë e transformimit që mund të ndodhë është ajo e një *ndryshimi të brendshëm të niveleve*, në të cilin ndodh një zhvendosje *brenda* një ose më shumë dimensioneve pa çuar në ndonjë shkëmbim të karakteristikave përkatëse të sistemit.

Për shembull, në rastin e një sistemi të pastër privat, nëse prezantohet një numër i iniciativave të kujdesit shëndetësor publik për të përmbushur nevojat e mbulimit të atyre që jetojnë nën vijën e varfërisë, dimensioni i financimit mund të pësojë një zhvendosje të brendshme në nivele të tilla sa që ndjehet prania e shtuar e shtetit.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Sidoqoftë, përveçse nëse programimi publik është i rëndësishëm dhe mjaft i gjerë për të gjeneruar një ndryshim në formën kryesore të financimit të sistemit, dimensioni do të mbetet kryesisht privat.

Prandaj, ky lloj i transformimit të sistemit nuk e tejkalon nivelin nën-dimensional dhe prandaj *nuk arrin të rezultojë në ndonjë ndryshim* në dimensionin përkatës, ose vetë sistemin.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Ndërkohë që një *ndryshim i brendshëm i niveleve* nuk përfshin të njëjtën shkallë transformimi si format e tjera të diskutuara këtu, ai megjithatë pasqyron një zhvillim shumë të rëndësishëm brenda sistemeve të kujdesit shëndetësor. Kjo është e vërtetë *për të paktën dy arsye*:

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Së pari, në sajë të natyrës modeste të tij, një ndryshim i brendshëm i niveleve është transformimi më i mundshëm që mund të vëzhgojmë - veçanërisht për periudha të shkurtra kohore, të cilat janë horizonte tipike të kërkuesve dhe politikanëve.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Së dyti, pavarësisht nga natyra e tij modeste, një *ndryshim i brendshëm i niveleve* mund të jetë në të vërtetë paraardhësi i formave më të theksuara të transformimit tipike për *ndryshimin e sistemit* ose një *ndryshimin e brendshëm të sistemit*, veçanërisht nëse tiparet "shtetërore", "sociale" ose "private" janë pranë humbjes së pozicionit dominues të tyre brenda një dimensioni të caktuar.

Si e tillë, aftësia për të identifikuar dhe më pas për të gjurmuar madje edhe zhvendosjen fine (të fshehta) në *nivel* brenda një dimensioni mund të shërbejë si një hap i parë në shpjegimin e zhvillimeve më të shtrira të sistemit për t'u ndjekur.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor

Do të paraqesim një numër rastesh të shteteve specifike në të cilat kanë ndodhur nivele të ndryshme ndryshimesh të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor - DANIMARKA

Danimarka lëvizi nga një shtet (kryesisht) sigurimeve sociale në një sistem kombëtar të shërbimeve shëndetësore në fillim të viteve 1970.

Sidoqoftë, për shkak se sistemi i mëparshëm i sigurimeve sociale tashmë ishte shumë i rregulluar nga shteti dhe ofrimi i kujdesit shëndetësor ishte (dhe ende është) i dominuar nga spitalet publike, ky nuk është një ndryshim nga një lloj ideal në një tjetër lloj ideal, por në fakt kemi kalim nga lloji i përzier me bazë shtetërore në *një sistem të kujdesit shëndetësor shtetëror të tipit ideal*.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor - BRITANIA

Shërbimi Shëndetësor Kombëtar (NHS) Britanik tradicionalisht është konsideruar si një sistem me bazë shtetin, ku financimi, ofrimi dhe rregullimi qëndron kryesisht në duart e institucioneve publike.

Megjithatë, në një vështrim më të afërt mund të vërehet se megjithëse sistemi mban pjesën më të madhe të këtyre karakteristikave, kanë ndodhur ndryshime të rëndësishme brenda dimensionale të tilla saqë mund të flitet për një zhvendosje e brendshme të niveleve: futja e një tregu të brendshëm në Britani nuk çoi në zëvendësimin e shtetit si rregullator kryesor; megjithatë, ajo ka krijuar një hapësirë për vetë-rregullim nga trustet e NHS.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor - BRITANIA

Në mënyrë interesante, ajo çfarë shihet në këtë rast *është kundërbalancimi i futjes së mekanizmave të brendshëm të tregut me një përforcim paralel të funksioneve rregullatore shtetërore*.

Në kujdesin shëndetësor ne hasim paradoksin më të madh të politikave publike që përpiqen të fuqizojnë forcat e tregut: **tregjet kanë nevojë për shtetin dhe tregjet e forta kanë nevojë për shtete të forta**.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor – EUROPA QENDRORE DHE LINDORE

Vendet e Europës Qëndrore dhe Lindore (CEE) që kanë ndryshuar nga sistemet socialiste të kujdesit shëndetësor në sistemet e sigurimeve shëndetësore sociale, aktualisht karakterizohen nga aktorë krahasimisht të dobët të sistemeve të sigurimeve sociale dhe një përqindje të lartë të kujdesit shëndetësor të ofruar në spitalet publike.

Pavarësisht nivelit të ulët të financimit të taksave, disa vende të CEE-së ende mund të klasifikohen si lloje të përziera me bazë shtetërore dhe vetëm një forcim i aktorëve të korporatave të sigurimeve shoqërore do të çonte në një *ndryshim* të vërtetë *të sistemit*.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor – EUROPA JUGORE

Vendet e Evropës Jugore, në mënyrë të ndryshme, ndryshuan nga *lloji i sigurimeve sociale* në një *lloj shërbimi shëndetësor kombëtar* në fund të viteve 1970 dhe në fillim të viteve 1980.

Veçanërisht Greqia dhe Portugalia, sidoqoftë, ruajtën elemente të skemës së mëparshme të sigurimeve shëndetësore sociale dhe karakterizohen nga autoritete publike të dobëta.

Pavarësisht nga dobësia e autoriteteve shtetërore, ndryshimet e viteve 1970 dhe 1980 duket se përfaqësojnë një *ndryshim të sistemit* nga një lloj miks me bazë sociale drejt një tipi të përzier me bazë shtetërore.

Për shkak të reduktimit të pagesave private nga xhepi ky proces u pasua nga një *ndryshim i brendshëm i niveleve* nga vitet 1990 e tutje.

Transformimi i Sistemit të Kujdesit Shëndetësor – SHBA

Sistemi i kujdesit shëndetësor në Shtetet e Bashkuara, është konsideruar shpesh si model privat i tipit ideal.

Sidoqoftë, sot ky sistem financohet kryesisht nga *fondet publike*, pasi është shumë i subvencionuar nga taksat.

Sipas kuadrit tonë analitik, ai ka përjetuar një *ndryshim të brendshëm të sistemit* dhe sot mund të përshkruhet si një *lloj i përzier me bazë private*.

Konkluzione

Ne paraqitëm një taksonomi të 27 sistemeve të kujdesit shëndetësor dhe 3 kategorive të transformimit të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Mbështetja e kësaj skeme të klasifikimit ka interes për rolin në ndryshim të aktorëve shtetërorë, shoqërorë dhe privatë në financimin, ofrimin e shërbimeve dhe rregullimin e kujdesit shëndetësor.

Konkluzione

Përgjatë këtyre dimensioneve të politikave përcaktohet se gama e mundshme e llojeve të sistemeve përfshin dallimin e 3 sistemeve ideale në veçanti – dhe konkretisht:

- *sistemet shtetërore* të kujdesit shëndetësor,
- *sistemet sociale* të kujdesit shëndetësor, dhe
- *sistemet private* të kujdesit shëndetësor

si dhe kombinimet e ndryshme të sistemeve *të përziera*.

Konkluzione

Të marra së bashku, ky katalogim i detajuar i llojeve të sistemeve shëndetësore ofron një busull konceptuale me të cilin përkufizimi dhe krahasimi i sistemeve të kujdesit shëndetësor mund të ndiqen më mirë në punën empirike.

Konkluzione

Zbatimet praktike të këtij sistemi klasifikimi qëndrojnë kryesisht në aftësinë e tij për të dhënë koncepte dhe dimensione të qarta kundrejt të cilave mund të maten rastet reale historike në mënyrë sistematike.

Duke vepruar kështu, jo vetëm që lehtësohet procesi i identifikimit të rasteve individuale, por edhe mënyra e ndjekjes së krahasimeve ndërkombëtare, si dhe ndër-kohore.

Konkluzione

Ndryshimet e sistemeve të kujdesit shëndetësor mund të klasifikohen më tej në aspektin e drejtimit dhe shkallës së tyre – aspekte të cilat pasqyrohen në *3 kategori të transformimit të sistemit*:

- *ndryshimi i sistemit*
- *ndryshimi i brendshëm i sistemit,* dhe
- ndry*shimi i brendshëm i niveleve*.

Konkluzione

Shembujt e përzgjedhur të dhënë në bazë të kornizës konceptuale tregojnë se sot nuk ekziston një sistem ideal i kujdesit shëndetësor i bazuar në shoqëri (me bazë sociale).

Për shembull, rasti i Gjermanisë mund të karakterizohet kryesisht nga rregullimi dhe financimi i bazuar në sigurimet sociale të kombinuara me një pjesë të lartë dhe në rritje të ofrimit privat të kujdesit shëndetësor.

Rritja aktuale e ndërhyrjes së shtetit në Gjermani madje e zgjeron distancën nga lloji ideal me bazë sociale.

Konkluzione

Korniza e tanishme mund të ndihmojë gjithashtu në identifikimin e dobësive të caktuara të aktorëve të korporatave në sistemet e kujdesit shëndetësor të vendeve të Europës Qendrore dhe Lindore pas vitit 1990, të cilat vazhdojnë të shfaqin një largim të fortë nga modeli ideal me bazë sociale.

Duke e njohur dhe pranuar këtë largim, gjithashtu mund të *pranohet rritja e vulnerabilitetit së këtyre sistemeve ndaj forcave të tregut* (krahasuar me sistemet e sigurimeve shëndetësore të Europës Perëndimore).

Konkluzione

Përsa i përket tipit privat ideal, sistemi i kujdesit shëndetësor në SHBA mund të konsiderohet të jetë ende *përafrimi më i afërt*.

Megjithatë, për shkak të rëndësisë së madhe të përjashtimeve nga taksat dhe rritjes së financimit nga taksat (sidomos për Medicaid), sot ky sistem mund të karakterizohet si një tip i përzier me bazë private.

Konkluzione

Sistemi Kombëtar i Shërbimit Shëndetësor në Britaninë e Madhe dhe vendet Skandinave, më në fund, ende përfaqësojnë sisteme shtetërore të kujdesit shëndetësor të tipit ideal. Megjithatë, një *ndryshim i brendshëm i niveleve* ka ndodhur në të tre dimensionet.

Konkluzione

Pavarësisht kufizimeve të këtij klasifikimi, puna aktuale është një hap i parë thelbësor në dallimin e tipareve kyçe të sistemeve të kujdesit shëndetësor, duke lehtësuar në një masë të madhe identifikimin, krahasimin dhe transformimin e tyre.

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