

PASQYRA E LËNDËS

FAQE

Lista e tabelave	iv
Lista e figurave	v
Lista e grafikëve	vi
Shkurtime	vii
Parathënie	viii
Abstrakt	ix
Abstract	x
Kapitulli I	1
1. Hyrje	1
1.1 Menaxhimi Ekonomik në Shëndetësi	1
Kapitulli II	3
2. Pjesa teorike	3
2.1 Menaxhimi në Institucionet Shëndetësore në Republikën e Maqedonisë	3
2.2 Dizajnimi i strukturës organizative	8
2.2.1 Modeli i dizajnit sipas funksioneve	9
2.2.2 Grupimi i detyrave në vendet e punës – ndarja e punës	10
2.2.3 Adaptimi i vendeve të punës për optimizimin e procesit punues	10
2.2.4 Lidërshipi autoritativ	11
2.2.5 Delegimi i autoritetit	12
2.3 Menaxhimi i përgjithshëm i cilësisë (TQM)	13
2.3.1 Përkufizimi i cilësisë dhe rëndësia e saj	13
2.3.2 Elementet e menaxhimit të përgjithshëm të cilësisë	14
2.3.3 Faktorët e cilësisë	16
2.3.4 Modeli i udhëheqjes me cilësi	16

2.4 Menaxhimi i cilësisë në institucionet shëndetësore dhe rëndësia e standardeve të cilësisë	17
2.5 Sistemi shëndetësor ekzistues i Republikës së Maqedonisë	21
2.6 Modeli i organizimit të institucioneve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë	24
2.7 Modeli aktual i menaxhimit dhe baza juridike e organizimit të Qendrës Klinike Universitare “Nënë Tereza” Shkup	29
2.8 Koncepti aktual i udhëheqjes me institucionet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë	31
2.9 Kordinimi i klinikave universitare në Republikën e Maqedonisë	35
2.9.1 Burimet e nevojave për kordinim	36
2.9.2 Llojet e kordinimit	36
2.10 Modeli i menaxhimit dhe udhëheqjes në Institucionin publik shëndetësor (IPSH) – Klinika Universitare në Republikën e Maqedonisë	39
2.11 Roli i organit drejtues i Klinikës Universitare	43
Kapitulli III	49
Qëllimi dhe objektivat e punimit	49
Qëllimi	49
Objektivat	49
Kapitulli iv	50
4. Materiali dhe Metodat	50
4.1 Materiali	50
4.2 Metodat	51
4.3 Pyetjet e anketës	52
4.4 Aspekte etike të punimit	53
4.5 Kufizimet dhe vështirësitë	53

Kapitulli V	54
5. Rezultatet nga hulumtimi	54
Kapitulli VI	72
6. Diskutime	72
Konkluzione	88
Rekomandime	92
Referencat	95

LISTA E TABELAVE**FAQE**

Tabela 1.1 Institucionet Publike Shëndetësore të Qendrës Klinike Universitare “Nënë Tereza” Shkup	30
Tabela 5.1 Institucionet shtetërore dhe institucionet shëndetësore të nivelit primar, sekondar dhe terciar në Republikën e Maqedonisë të përfshira në intervistë	51
Tabela 5.2 Çështjet / dukuritë më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore	57
Tabela 5.3. Vlera relative e çështjeve më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore	61
Tabela 5.4 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sfidave financiare	65
Tabela 5.5 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sigurisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara	68
Tabela 5.6 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e normave qeveritare	70

LISTA E FIGURAVE**FAQE**

Figura 4.1 Skema e shpërndarjes të anketave sipas institucioneve shëndetësore

50

LISTA E GRAFIKËVE**FAQE**

Grafiku 5.1 Përqindja e përfshirjes në intervistim e institucioneve shëndetësore të niveleve të ndryshme të Republikës së Maqedonisë	56
Grafiku 5.2 Frekuenca e përfshirjes në intervistim e institucioneve shëndetësore sipas niveleve të ndryshme të Republikës së Maqedonisë	56
Grafiku 5.3 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për vitin 2013	58
Grafiku 5.4 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për vitin 2014	58
Grafiku 5.5 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për vitin 2015	59
Grafiku 5.6 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për periudhën Janar-Mars 2016	59
Grafiku 5.7 Çështjet / dukuritë më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore	60
Grafiku 5.8 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin 2013	62
Grafiku 5.9 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin 2014	62
Grafiku 5.10 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin 2015	63
Grafiku 5.11 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin Janar - Mars 2016	63
Grafiku 5.12 Vlera relative në % për çështjet me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për periudhën 2013-mars 2016	64
Grafiku 5.13 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sfidave financiare	66
Grafiku 5.14 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sigurisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara	69
Grafiku 5.15 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e normave qeveritare	71

SHKURTIMET

OBSH	Organizatës Botërore të Shëndetësisë
TQM	Menaxhimi i përgjithshëm i cilësisë
SC	Sigurimi i cilësisë
SMC	Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
VI B	Niveli i kualifikimit për tu zgjedhur drejtues

PARATHËNIA

Punimi i doktoraturës me temë *“Menaxhimi ekonomik në shëndetësi”* paraqet studim thelbësor të realizuar përmes punës hulumtuese, kërkimore-shkencore të mirë strukturuar dhe të realizuar përmes intervistës dhe anketimit të drejtuesve të institucioneve shëndetësore të nivelit primar, sekondar dhe terciar të Republikës së Maqedonisë. Duke shfrytëzuar burime bibliografike elitare të fushës përkatëse, në mënyrë koncize, pasqyrohen të dhëna bashkëkohore dhe të rëndësishme lidhur me menaxhimin ekonomik në institucionet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë.

Sistemi shëndetësor në përgjithësi, të udhëhequrit me këtë sistem dhe zhvillimi i tij gjithnjë e më tepër po tërheq vëmendjen e shoqërisë, andaj qëllimi i këtij punimi është hulumtimi, nxjerrja në pah dhe vlerësimi i çështjeve më të rëndësishme për drejtuesit e institucioneve shëndetësore në lidhje me gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor dhe pritjet e tyre bashkë me planet lidhur me parashikimet për të ardhmen.

Përmes këtij punimi pasqyrohen burimet e shqetësimeve të konsiderueshme të paraqitura tek lidhshipi institucional, andaj mund të themi që drejtuesit e institucioneve shëndetësore ndjejnë pasiguri të madhe në lidhje me mjedisin dinamik dhe kompleks në të cilin po veprojnë, gjendjen e përgjithshme ekonomike dhe mundësinë e rritjes së të ardhurave. Por në masë të madhe ata po shqetësohen dhe për ndikimin përçarës të ndryshimit të rregullave dhe trajtimit ndaj pacientëve. Prandaj nevojitet që lidhshipi institucional të përqëndrohet kryesisht në zbatimin e teknologjisë bashkëkohore për krijimin e vlerave të reja në forma të reja, në zhvillimin e partneriteteve të reja dhe dinamike dhe në reduktimin e shpenzimeve.

Orientimi kah pacientëve dhe nevoja për të qenë më miqësorë, të drejtpërdrejtë dhe më të afërt me pacientët janë pjesë të së ardhmes, stafi spitalor do të duhet të jetë më i arritshëm dhe transparent, gjithashtu po ky staf do të duhet të ofroj shërbime cilësore dhe ndërveprime të tilla në kohën dhe vendin e duhur dhe në favor të pacientëve. Duke marrë parasysh aktivitetet e përditshme nga drejtuesi institucional kërkohet që të instaloj parimin e barazisë dhe të drejtësisë tek personeli mjekësor gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore ndaj pacientëve poashtu të jetë sa më inovativ, më fleksibil, ta respektojë diturinë dhe përvojën e të punësuarve në të gjitha nivelet e institucionit, ta avansojnë punën ekipore, ta avansojnë komunikimin midis reparteve dhe njësive dhe t'i shpërblejnë të punësuarit për punën cilësore të realizuar

ABSTRAKT

Sistemi shëndetësor në përgjithësi dhe menaxhimi ekonomik në shëndetësi dhe zhvillimi i tij gjithnjë e më tepër po tërheqin vëmendjen e shoqërisë. Para drejtuesve institucional paraqitet një sfidë e madhe ngase kërkohet që ata në mënyrë sa më transparente t'i nxjerrin në pah çështjet më të rëndësishme dhe nivelin e presionit të tyre në lidhje me gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor dhe pritjet e tyre bashkë me planet lidhur me parashikimet për të ardhmen.

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore e zhvillojnë veprimtarinë e tyre menaxhuese dhe ekonomike në mjedisin dinamik dhe kompleks me ndryshime të shumta, të shpejta dhe të shpeshta i cili pritet të jetë shumë më sfidues në dekadën e ardhshme.

Nëse realizojnë planifikim të mirë të veprimtarisë shëndetësore, arrijnë të tërheqin dhe mbajnë resurse njerëzore cilësore dhe të talentuara, ndërtojnë strategji mirë të menduar e me kujdes dhe përqëndrohen në zbatimin e teknologjisë bashkëkohore për krijimin e vlerave të reja në forma të reja, në zhvillimin e partneriteteve të reja dhe dinamike dhe në reduktimin e shpenzimeve, atëherë udhëheqësit e institucioneve shëndetësore do t'i përballojnë goditjet e shumta të këtij mjedisi dhe do ta ballafaqojnë, menaxhojnë dhe realizojnë në mënyrë eficiente veprimtarinë e tyre shëndetësore në dekadën e ardhshme shumë sfiduese.

Fjalët kyçe: Menaxhimi ekonomik në shëndetësi, sistemi shëndetësor, menaxhimi dhe udhëheqja e institucioneve shëndetësore dhe personelit mjekësore, drejtuesit e institucioneve shëndetësore, cilësia e shërbimeve shëndetësore.

ABSTRACT

The healthcare system in general and economic management in health and its development is increasingly attracting the attention of the society. There is a big challenge for Chief Executive Officers

– CEOs of healthcare institutions, which connects their need and their requirement to show the top issues, concerns and their pressure regarding the current state of the healthcare system, expectations, plans and predictions for the future.

Chief Executive Officers of the healthcare institutions develop their economical and managerial activities in a dynamic and complex environment with multiple, fast and frequent changes which is expected to be more challenging in the next decade.

If they make a better planning of their healthcare activities, achieve to attract and keep qualitative and talented human resources, create a genuine strategy and if they focus and concentrate on the implementation of contemporary technology for creation of new values in new forms, focus on developing new, dynamic and loyal partnerships and on costs reduction then they will be able to face numerous issues, pressures and challenges of this environment and they will confront, manage and implement efficiently their healthcare activities in the next decade which is meant to be more difficult and more challenging.

Key words: Economical management in health, healthcare system, management and leadership of healthcare institutions and medical staff, Chief Executive Officers of healthcare institutions, quality of healthcare services.

KAPITULLI I

1. HYRJE

1.1 Menaxhimi Ekonomik në Shëndetësi

Sistemi shëndetësor konsiderohet si një ndër sistemet më të ndërlikuara në shoqëri prandaj funksionimi i suksesshëm i tij paraqet nevojë shumë të madhe dhe të domosdoshme. Shëndeti nuk është vetëm fenomen medicinal por edhe një fenomen bazik dhe shumë i rëndësishëm shoqëror (1). Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) shëndeti definohet si gjendje e përgjithshme fizike, mentale dhe baraspeshë sociale, e jo vetëm si mungesë e sëmundjes ose plogështisë (2). Termi shëndetësi përfshin sektorin shoqëror që ka të bëjë me mjekësinë humane, stomatologjinë dhe farmacinë. Shëndetësia është e kategorizuar si veprimtari shërbyese me interes publik dhe paraqet sistemin e organizuar shëndetësor që integron mbrojtjen preventive dhe kurimin e shëndetit të njerëzve ndërsa shërbimet shëndetësore janë veprime materiale të orientuara nga trupi i njeriut që përfshijnë edhe transportin e pacientit (3).

Sistemi shëndetësor në përgjithësi, të udhëhequrit me këtë sistem dhe zhvillimi i tij gjithnjë e më tepër po tërheq vëmendjen e shoqërisë. Para drejtuesve institucional paraqitet një sfidë e madhe, që në mënyrë sa më transparente ta kuptojnë botën në të cilën jetojmë sot dhe të jenë të aftë që njëkohësisht ta parashikojnë të ardhmen dhe ndryshimet e mundshme në të. Duke marrë parasysh aktivitetet e përditshme nga menaxherët kërkohet që të jenë sa më inovativ, më fleksibil, ta respektojnë diturinë dhe përvojën e të punësuarve në të gjitha nivelet e institucionit, ta avancojnë punën ekipore, ta avancojnë komunikimin në mes reparteve dhe njësisve dhe t'i shpërblejnë punonjësit për punën cilësore të realizuar. Udhëheqja është proces përmes të cilit udhëheqësi institucional ndikon në personelin e punësuar brenda institucionit dhe në njerëzit e tjerë, i inspiron, motivon ato dhe drejton aktivitetet e tyre në realizimin e qëllimeve institucionale. Është ai aktivitet që realizohet nga drejtori ose nga ndonjë person tjetër i autorizuar për udhëheqje dhe qeverisje me institucionin. Sistemi i udhëheqjes ka të bëjë me ndërtimin dhe zbatimin e një forme funksionale të qeverisjes dhe komunikimit brenda institucionit. Përmes komunikimit në sistemin e udhëheqjes vendosen marrëdhëniet dhe bashkëpunimi midis udhëheqësit kryesor dhe udhëheqësve të tjerë dhe midis udhëheqësit dhe gjithë të tjerëve brenda institucionit. Sistemi i udhëheqjes duhet të jetë i tillë që bazohet në kompromisin midis plotësisht të nevojave shoqërore dhe kënaqshmërisë së parimeve themelore në shëndetësi si: drejtësi, solidaritet dhe humanitet dhe të parimeve ekonomike si: efikasitet ekonomik ligjor, efektivitet dhe rentabilitet (4, 5).

Nga studimet dhe analizat e natyrave të ndryshme, vijmë në përfundimin që udhëheqësi i mirë detyrimisht duhet t'i posedoj vetitë profesionale si vetbesimin, qëndrueshmërinë, profesionalizmin, shkathtësitë komunikuese dhe besnikërinë ndaj punës dhe stafit të punësuar, me qëllim të realizimit të suksesshëm të veprimtarisë së tij udhëheqëse (6).

Përvojat paralele dëshmojnë qartë se modelet tradicionale të udhëheqjes që paraqiten si forma jofleksibile, tashmë e humbin rëndësinë e funksionimit dhe në masë më të madhe zëvendësohen me modele më bashkëkohore dhe më të sofistikuara të udhëheqjes, më fleksibile, humanistike dhe më praktike respektivisht me menaxhimin bashkëkohorë të institucioneve shëndetësore. Sot, me vendimet e reja ligjore në institucionet shëndetësore implementohet vendimi për udhëheqje me dy drejtorë, gjë që akoma më shumë e fortëson nevojën për zhvillimin e menaxhmentit ekonomik në shëndetësi, ky model i ri i udhëheqjes me institucionet shëndetësore, me drejtorinë e përbërë nga dy persona me përgjegjësi të barabartë për punët dhe obligimet që merren përsipër, realizohet përmes strukturës organizative adekuate të sistemit shëndetësor, e cila strukturë organizative ka një rëndësi të madhe në ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore ndaj pacientëve (7).

Periudha e kaluar relativisht e shkurtër nga implementimi i modelit të ri të udhëheqjes me institucionet shëndetësore ka dëshmuar se drejtorët janë të kyçur në të gjitha proceset e funksionimit të institucioneve shëndetësore edhe atë në: organizimin dhe udhëheqjen e institucioneve shëndetësore; përfaqësimin dhe prezantimin e institucioneve shëndetësore; planifikimin dhe kontrollimin e procesit të funksionimit të institucioneve shëndetësore; përgjegjësinë disiplinore të punonjësve shëndetësorë. Duke u nisur nga fryma e re e reformave shëndetësore gjithsesi duhet të kultivohet dhe zhvillohet ndjenja për partneritet, e cila nënkupton kreativitet, planifikim dhe programim të përbashkët të të gjithë pjesëmarrësve në veprimtarinë shëndetësore, veçanërisht në mes atyre që ofrojnë dhe atyre që pranojnë respektivisht, atyre që shfrytëzojnë shërbimet shëndetësore, gjë që do ta fortësoj dhe stimuloj efikasitetin, kualitetin dhe racionalizimin e veprimtarisë shëndetësore në tërësi.

Gjithashtu, është e nevojshme që gjithsesi të aplikohet dokumentacioni shëndetësor adekuat dhe unik, i cili do të bazohet në zhvillimet europiane dhe në aplikimin e shëndetësisë elektronike. Institucionet shëndetësore duhet të posedojnë autonomi më të madhe edhe gjatë planifikimit të resurseve njerëzore, meqë ato paraqesin aset mjaft të rëndësishëm shoqëror dhe faktorë relevant në udhëheqjen dhe realizimin e suksesshëm të veprimtarisë shëndetësore (8).

KAPITULLI II

2.PJESA TEORIKE

2.1 Menaxhimi në institucionet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë

Menaxhimi si proces, veprimtari ose aktivitet ka rëndësi të jashtëzakonshme në definimin dhe vendosjen e qëllimeve dhe rregullave të punës në një institucion shëndetësor, organizimin e veprimtarisë punuese në të, udhëheqjen e stafit punues me qëllim të realizimit të objektivave dhe synimeve institucionale, kontrollimin e veprimtarisë së realizuar dhe menjanimin e gabimeve eventuale të paraqitura gjatë ofrimit të shërbimeve mjekësore (9). Respektivisht menaxhimi në shëndetësi është i rëndësishëm në përcaktimin e politikës shëndetësore në tërësi. Këto qëllime janë të natyrave dhe karaktereve të ndryshme dhe përfshijnë:

- ✚ Përqëndrimin në realizimin e parimeve dhe vendimeve të Ligjit për mbrojtje shëndetësore;
- ✚ Përqëndrimin në ofrimin e shërbimeve shëndetësore të përcaktuara në programin për mbrojtje shëndetësore;
- ✚ Menaxhimin efikas dhe të suksesshëm në institucionet shëndetësore;
- ✚ Ballafaqimin me sfidat dhe situatat e reja në sferën e shëndetësisë;

Menaxhimi fillon me përcaktimin për ristrukturim dhe riorganizim të klinikave universitare në institucionet shëndetësore të cilat janë të autorizuar dhe të obliguar ta kryejnë veprimtarinë shëndetësore si shërbim publik përmes së cilës sigurohet mbrojtja shëndetësore nga ana e personelit mjekësor, ndërsa detyrat e tjera të caktuara mund të kryejnë edhe bashkëpunëtorët shëndetësorë.

Menaxhimi me institucionet shëndetësore përfshin gjithë aktivitetet e nevojshme për realizimin e veprimtarisë shëndetësore brenda dhe jashta rrjetit të institucioneve shëndetësore. Kjo do të thotë që mund të flasim për dy modele të menaxhimit me institucionet shëndetësore; për ato publike dhe private, udhëheqjen e tyre, specifikat të cilat rrjedhin nga natyra e veçantë e veprimtarisë së tyre shëndetësore, funksionimin e suksesshëm të rrjetit të institucionit shëndetësor dhe natyrën e veçantë të kërkesave dhe nevojave të shfrytëzuesve të shërbimeve të tyre shëndetësore (10).

Por përveç specifikave të këtyre modeleve të menaxhimit, vlejné edhe këto ligje që kanë karakter të përgjithshëm dhe që janë të njohura në teorinë ekonomike:

- ✚ Përmbledhja e informacioneve me interes publik që i dedikohen mbrojtjes shëndetësore;
- ✚ Analiza, vlerësimi, evaluimi dhe përpunimi i të gjitha informacioneve që janë të lidhura me realizimin e veprimtarisë shëndetësore;
- ✚ Definimi i planit dhe qëllimeve të veprimtarisë shëndetësore;
- ✚ Funksionimi i strukturës organizative të rrjeteve të institucioneve shëndetësore;
- ✚ Mbikqyrja dhe kontrolli i punës së realizuar respektivisht i cilësisë së udhëheqjes së shërbimeve shëndetësore.

Në këtë mënyrë sigurohet motivim gjithnjë e më i lartë i punonjësve, të cilët kanë qëllime qartë të definuara dhe të përcaktuara, janë të vetëdijshëm për natyrën e tyre dhe për përfshirjen në formulimin dhe realizimin e këtyre qëllimeve të përcaktuara të veprimtarisë shëndetësore. Gjithashtu, kjo mundëson aktivitetin konkret të personelit mjekësor dhe bashkëpunëtorëve shëndetësorë, drejtimin dhe përmirësimin e procesit udhëheqës, sjelljen e vendimeve racionale dhe vlerësimin e matjen më të mirë të shërbimeve shëndetësore të realizuara (6).

Në teorinë ekonomike përmenden këto faza të procesit menaxhues:

1. Hulumtimi
2. Planifikimi
3. Organizimi
4. Udhëheqja dhe realizimi
5. Rregullimi dhe kordinimi
6. Kontrollimi dhe shpërndarja e rezultateve të punës

Nga këto konstatime vërejmë se fazat klasike të menaxhimit janë plotësuar edhe me fazën e hulumtimit e cila është e patjetërsueshme sepse në kushtet bashkëkohore, për kyerjen e punëve, për çdo planifikim paraqitet nevoja dhe kërkesa për hulumtim paraprak, e cila për shkak të ndërlikueshmërisë dhe kompleksitetit të punës, detyrimisht duhet të ketë karakter të fazës së veçantë në procesin menaxhues. Në këtë fazë hulumtohen mundësitë e reja, qëllimet e reja dhe rrugët më praktike për realizimin e këtyre qëllimeve. Vetëm pas hulumtimeve adekuate dhe të përhershme mundet që në kushtet bashkëkohore të punës të fillojmë me planifikimin, organizimin, udhëheqjen dhe realizimin e qëllimeve institucionale (11).

Plotësimi i fazës së fundit – kontrollimi dhe shpërndarja e rezultateve të punës, rrjedh nga statusi ekonomik – shoqëror i institucionit.

Fazat menaxheriale të lartë përmendura kanë përmbajtjen vijuese:

✚ Në fazën e parë, bëhet hulumtimi i qëllimeve, mundësive dhe kushteve të nevojshme për realizimin e tyre.

✚ Në fazën e dytë, procesi menaxhues është i drejtuar kah përcaktimi i planeve (afatgjate, afatmesme dhe afatshkurtra-vjetore) që përmes realizimit të tyre të arrihen qëllimet e përcaktuara institucionale.

✚ Në fazën e tretë, menaxhimi orientohet tek organizimi i tërësishëm i detyrave dhe punëve institucionale. Ky organizim nënkupton përcaktimin e strukturave organizative dhe rregullave të punës, organizimin dhe realizimin e detyrave të përditshme të punonjësve. Për këtë arsye bëhet përpjekje e vazhdueshme që format organizative të jenë të përshtatshme respektivisht të shërbejnë si mjete për realizimin e qëllimeve të përcaktuara.

✚ Në fazën e katërt bëhet udhëheqja e proceseve punuese dhe bartësit kryesorë të kësaj faze janë resurset njerëzore – punonjësit institucional. Megjithatë, për udhëheqjen e tërësishëm të proceseve teknologjike dhe shërbyese nevojitet që të bashkangjiten edhe lëvizje të ndryshme material. Këtu bëhet fjalë për lëndë të para, mjete të punës, energjia dhe para. Gjithashtu, udhëheqja paraqet një proces permanent që ripërsëritet në mënyrë ciklike në disa periudha kohore.

✚ Faza e pestë e mundëson rregullimin dhe kordinimin e procesit punues institucional, kjo fazë nuk mund të realizohet pa kontroll ngase edhe kjo është pjesë përbërëse e këtyre proceseve. Kontrolli nuk paraqitet si fazë që funksionon vetvetiu ngase ky nuk është qëllimi kryesor i tij, por ky është një mjeti sipas të cilit kontrollohet suksesi i rregullimit dhe kordinimit të rezultateve të punës.

✚ Faza e fundit e procesit menaxhues i takon kontrollimit të rezultateve të arritura gjatë punës dhe bashkërenditja e këtyre rezultateve. Kjo fazë është e orientuar tek personeli, cilësitë e tyre, disciplina punuese, vështirësitë e punës dhe nevojat individuale dhe kolektive të tyre. Në këtë fazë, kontrollimi realizohet dhe kryhet me standardet kontrollues, përmes të cilave bëhet krahasimi i rezultateve të arritura me ato të planifikuarat dhe nëse ekziston devijim nga plani ndikohet po mbi ato aktivitete, mënjanohet gabimi eventual me qëllimin e vetëm që në të ardhmen rezultatet e arritura të jenë më të larta (12).

Kontrollimi është funksioni i fundit menaxherial, jo pse është më pak i rëndësishëm por sepse duke krahasuar atë që është realizuar me atë që është planifikuar, e lidh, përkatësisht e integron procesin e përgjithshëm menaxherial (13).

Në Republikën e Maqedonisë, në mënyrë normative, menaxhimi në institucionet shëndetësore është i vendosur në dy nivele:

1. Menaxhimi me institucionet shëndetësore private;
2. Menaxhimi me institucionet shëndetësore publike.

Menaxhimi me institucionet shëndetësore publike është i lidhur me realizimin e interesit publik në këtë fushë, i cili është i rregulluar me nenin 98 të Ligjit që ka të bëjë me mbrojtjen shëndetësore dhe përfshin:

✚ Pjesëmarrjen e përfaqësuesve të themeluesit në vendimmarrje për punët që kanë të bëjnë me interesin publik;

✚ Dhënien e pëlqimit për statutet;

✚ Emërimin dhe shkarkimin e drejtorit.

Si veprimtari me interes publik në vendimin e të cilave marrin pjesë përfaqësues të themeluesit në institucionet shëndetësore publike, ligjdhënësi i ka definuar këto obligime:

1. Sjellja e statutit;
2. Sjellja e vendimit për ndryshimin e veprimtarisë ose ndryshime të tjera statutore (bashkimi, bashkangjytja, ndarja, shpërndarja);
3. Sjellja e programit për punë dhe programi i planit financiar;
4. Përcaktimi i llogarisë përfundimtare;
5. Realizimi dhe pranimi i raportit të punës (13).

Si karakteristika të rëndësishme të modelit për udhëheqje me institucionet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë, i cili është vendosur me Ligjin e ri për mbrojtje shëndetësore, neni 100, mund të përmenden këto:

1. Me institucionin shëndetësor publik (të nivelit sekondar dhe terciar) udhëheq këshilli drejtues, i përbërë nga pesë anëtarë, prej të cilëve tre anëtarë janë të brendshëm – të punësuar në institucionin shëndetësor publik ndërsa dy tjerët janë përfaqësues nga njësitë e qeverisjes lokale, të emëruar nga kuvendi komunal.

Këshilli drejtues i sjell këto akte: statutin e institucionit, vendimin për ndrimin e veprimtarisë dhe ndryshimet tjera statutare (ndarje, shpërbërje, bashkim dhe bashkangjitje), miraton raportin e punës, miraton programin e punës dhe planin financiar, përcakton llogarinë përfundimtare, miraton edhe akte të tjera të përgjithshme dhe bën përcjelljen e realizimit të tyre dhe njëkohësisht kryen edhe shumë punë tjera të përcaktuara me ligj, sjell aktin e themelimit dhe statutin e institucionit shëndetësor publik (13).

Për anëtar të Këshillit drejtues mundet të emërohet vetëm personi që ka më së paku kualifikim të lartë arsimor dhe ka më së paku pesë vjet përvojë pune në fushën e shëndetësisë, ekonomisë ose drejtësisë. Anëtar i Këshillit drejtues nuk mundet të jetë ai person i cili përveç kushteve të caktuara me ligj posedon edhe veprimtari të tjera siç janë:

- ✚ Person i punësuar ose që posedon aksione dhe pjesë të personat juridik që merren me prodhimin e produkteve farmaceutike – barnave, mjeteve ndihmëse medicinale respektivisht me përgatitje medicinale.

- ✚ Person i afërt me anëtarin e këshillit drejtues.

- ✚ Rastet e tjera të vërtetuara me parimet nga sfera e parandalimit të konfliktit të interesave.

Përveç kësaj për modelin e udhëheqjes me institucionet shëndetësore me rëndësi të veçantë është edhe çështja e shkarkimit të anëtarëve të këshillit drejtues, e cila mundet të realizohet përpara skadimit të afatit të emërimit nëse:

- ✚ Ka ndodhur devijim nga parimet themelore sipas të cilëve është bërë emërimi i anëtarit të Këshillit drejtues;

- ✚ Mungesa dhe mospjesëmarrja e paarsyeshme në seancat e Këshillit drejtues më së paku dy herë në vit;

- ✚ Në mënyrë plotësuese vërtetohet se është i afërt me anëtarin e Këshillit drejtues si dhe në raste tjera të vërtetuara me parimet nga sfera e parandalimit të konfliktit të interesave;

- ✚ Në mënyrë plotësuese vërtetohet se personalisht, përmes personit të tretë ose përmes çfardo lloj baze ka interesa të cilat munden të kenë ndikim në pavarësinë dhe paanshmërinë e tij;

- ✚ Nëse obligimet e tij në Këshillin drejtues nuk i kryen në mënyrë të përgjegjshme dhe efikase;

- ✚ Punon në kundërshtim me parimet ligjore.

Nga ana tjetër, anëtarit të Këshillit drejtues mandati mund t'i ndërpritet përpara skadimit të afatit kohor për të cilin është i emëruar edhe me kërkesën personale të tij ose për shkaqe të tjera që pamundësojnë kryerjen e veprimtarisë si anëtar i Këshillit drejtues - si gjendja e keqe shëndetësore ose vdekja e tij (13).

2.2 Dizajnimi i strukturës organizative

Struktura organizative ka të bëjë me mënyrën se si është i organizuar institucioni, si është e ndarë puna dhe detyrat dhe si janë të kordinuara ato. Në përkufizimin e strukturës ekzistojnë dy koncepte të rëndësishme si diferencimi dhe integrimi. Diferencimi ka të bëjë me ndarjen e punës në më shumë detyra, ndërsa integrimi ka të bëjë me kordinimin e detyrave të ndara në mënyrën që ato të realizohen si një tërësi e vetme. Struktura e organizatës si zakonisht paraqitet në bazë të skemës organizative, e cila i tregon nivelet organizative, raportet e autoritetit, kanalet e komunikimit formal, departamentet ose sektorët etj (14).

Struktura organizative është një sistem formal i raporteve midis ekzekutuesve dhe informimit reciprok, gjë që përcakton se si i shfrytëzojnë punëtorët resurset për realizimin e qëllimeve organizative (4). Proçesi përmes të cilit menaxherët bëjnë zgjidhje të veçanta organizative që rezultojnë në ndërtimin e strukturës organizative të caktuar quhet dizajn organizativ.

Menaxhmenti i çdo institucioni bën përpjekje për dizajnimin e strukturës organizative, e cila do të mundësojë shfrytëzimin sa më efikas dhe efektiv të resurseve për realizimin e qëllimeve organizative. Gjithashtu, menaxhmenti duhet të marrë për bazë edhe faktorët që e përcaktojnë strukturën organizative si: natyra e rrethinës organizative, lloji i strategjisë që e ndjek organizata, teknologjia që e shfrytëzon dhe karakteristikat e resurseve njerëzore në organizatë (5).

Natyra e rrethinës organizative është një faktor i rëndësishëm që përcakton strukturën organizative. Nëse organizata vepron në kushte të pasigurisë, ku faktorët e rrethinës janë të ndryshueshëm, atëherë preferohet sistemi më fleksibil i strukturës organizative dhe kërkohet të reagohet shpejtë si në sjelljen e vendimeve, ashtu edhe në komunikim, me qëllim që sa më shpejtë të arrijë organizata në resurse dhe tu përgjigjet ndryshimeve të rrethinës. Në këtë situatë kemi një decentralizim të autoritetit në nivelet më të ulta që të sjellin vendime të rëndësishme.

Në rastet kur rrethina është më e qëndrueshme, resurset janë të disponueshme, atëherë menaxhmenti do të preferojë strukturë organizative me më shumë formalitete, vendosje në bazë të hierarkisë, shfrytëzim i shumë rregullave dhe procedurave.

Strategjia është faktor që determinon strukturën organizative. Strategjitë e ndryshme kërkojnë struktura të ndryshme organizative. Nëse organizata ka strategji të rritjes, të integritit vertikal ose atij horizontal, ata duhet të aplikojnë strategji fleksibile, e cila mundëson një kordinim më të mirë midis sektorëve të ndryshëm etj.

Teknologjia paraqet kombinim të aftësive, diturisë, instrumenteve, makinave, kompjuterëve dhe paisjeve që shfrytëzohen për dizajnim, prodhim të mallrave dhe ofrim të shërbimeve. Kur teknologjia që përdorin organizatat është e përsosur, atëherë menaxherët dhe punëtorët e kanë vështirë të vendosin kontroll mbi teknologjinë dhe ta rregullojnë atë në mënyrë efikase. Në këtë situatë nevojitet strukturë organizative më fleksibile që do t'i japë mundësi menaxherit të reagojë shpejtë dhe të përgjigjet në situatat e papritura, t'i japë liri në zgjidhjen e situatave të tilla. Në rastet kur teknologjia është rutinore dhe procedurat janë më të definuara, atëherë struktura formale është më e përshtatshme.

Të punësuarit dhe karakteristikat e tyre janë faktor i fundit shumë i rëndësishëm që ndikojnë në strukturën organizative. Nëse organizata ka një strukturë të kualifikuar të të punësuarve me performance të larta dhe nëse nga ata kërkohet që të punojnë në mënyrë ekipore, atëherë organizata duhet të ketë strukturë fleksibile dhe të decentralizuar. Kjo formë u jep atyre më shumë liri dhe iniciativë e kreativitet në punë. Ky faktor është shumë i rëndësishëm në dizajnimin e strukturës organizative, varësisht nga karakteristikat e të punësuarve duhet të dizajnohet struktura organizative (15).

2.2.1 Modeli i dizajnit sipas funksioneve

Modeli funksional i dizajnit të organizatës paraqet atë lloj të strukturës organizative në të cilën njerëzit grupohen në bazë të funksioneve të cilat ato i kryejnë ose mjetet të cilat i përdorin për kryerjen e këtyre obligimeve apo funksioneve. Në secilën nga këto njësi organizativo – funksionale të formuara kryhen punë dhe angazhime të ngjajshme ose detyra të ngjajshme simotra, si psh: punë hulumtuese – zhvillimore, punë kadrovike, punë me porosi; punë që kanë të bëjnë me prodhim, shitje, financa, kontabilitet dhe punë tjera të ngjajshme (16, 17).

Te sktruktura organizative funksionale, çdo njësi organizative i kryen obligimet dhe punët e funksionit të përcaktuar, por kuptohet në kuadër të organizatës si tërësi. Në shembullin e klinikave, klinika interne kryen veprime, detyrime dhe obligime ekskluzivisht brenda sferës së saj; klinika e syve mjekon vetëm sëmundjet që kanë të bëjnë me patologjinë e syve etj .

Parimi themelor i grupimit funksional është se të gjithë të punësuarit në cilën do pjesë organizative, kryejnë detyra dhe obligime të njëjta ose përafërsisht të njëjta duke përdorur mjete të njëjta ose duke shfrytëzuar aftësi, shkathtësi dhe njohuri të njëjta. Institucionet që janë të organizuara sipas modelit funksional posedojnë përparësi dhe vlera të veçanta siç vijojnë: duke bërë grupimin e njerëzve sipas funksioneve, sipas detyrimeve dhe aktiviteteve të cilat i kryejnë, zhvillohet një shkallë shumë e lartë e profesionalizmit, me ndihmën e së cilës, individët si pjesë përbërëse e njësisive të ndara organizative, realizojnë aftësi dhe njohuri të larta profesionale; komunikimi në sektorin organizativo - funksional është lehtësuar falë posedimit të njohurive të përbashkëta, si dhe njohurive të larta gjuhësore (gjuhët profesionale). Në sferat e ndryshme funksionale, shpesh herë përdoret zhargoni profesional, i cili e ndihmon në masë të madhe komunikimin midis profesionistëve në fushat e caktuara, por njëherit paraqet edhe pengesë për të gjitha subjektet e jashtme (18-21).

2.2.2 Grupimi i detyrave në vendet e punës – ndarja e punës

Faza e parë e dizajnit të organizatës është procesi përmes të cilit menaxherët vendosin t'i ndajnë detyrat në vendet e punës. Menaxherët bëjnë ndarjen e detyrave të punës me qëllim që ti realizojnë me sukses ato dhe të prodhojnë prodhime e ofrojnë shërbime për plotësimin e nevojave të konsumatorëve. Procesi i ndarjes së punës është shumë i rëndësishëm në procesin e organizimit, ngase mundëson rritjen e efikasitetit dhe efektivitetit.

2.2.3 Adaptimi i vendeve të punës për optimizimin e procesit punues

Kufizimi i punës së të punësuarve vetëm në një opus të ngushtë të aktiviteteve në punë paraqet specializimin e punës si proces (22). Menaxhmenti, gjatë ndarjes së punës, duhet të ketë kujdes që të realizohen me sukses qëllimet organizative. Ato duhet të vendosin për nivelin e ndarjes së punës, specializimin, që mos të jenë të detyruar dhe të bëjnë ndarjen ekstreme të punëve. Kjo gjë mund të çonte deri në zvogëlimin e efikasitetit ose në të kundërtën puna të grupohet vetëm te një njeri dhe ai ta kryejë tërë punën (23-25).

Kjo gjë është demotivuese dhe monotone, si dhe shpesh herë është e pamundur, ngase punonjësit nuk janë të aftë për të gjitha veprimtaritë. Specializimi kontribuon në cilësinë e produkteve dhe shërbimeve të ofruara, psh. përpara 40 ose 50 vjetësh mjekët i kanë trajtuar të gjitha sëmundjet, kurse tash më specializohen me qëllim që të bëjnë diagnostifikimin dhe shërimin më të mirë të të sëmurëve. Shkallëzimi i specializimeve si psh. në: mjekësi primare, sekondare dhe terciare realizon qëllime komplekse për arritjen e trajtimit optimal të pacientëve, kualiteti i të cilëve, me rritjen e jetëgjatësisë ka arritur një kompleksitet maksimal. Sot realizimi i trajtimeve të ndryshme kërkon në një rënë anë një numër të caktuar të specialistëve, në anën tjetër një specifikim të procesit punës për realizimin kualitativ gjatë trajtimit të tyre, psh. një mjek i fushës terciare - specialist i kardiokirurgjisë shëron numër të madh pacientësh nga sëmundje të rënda kardiovaskulare, që kanë shkallë të lartë të rrezikshmërisë për vdekje (25)

2.2.4 Lidërshipi autoritativ

Lidërshipi autoritativ përfshin të drejtën e marrjes së vendimeve, të drejtën e përcaktimit të detyrave nga ana e menaxherit ndaj vartësve të tij, si dhe të drejtën që të kërkojë nga vartësit e tij t'i realizojnë mirë detyrat.⁷ Nga kjo rrjedh se autoriteti është i lidhur me pozitën e menaxherit në organizatë. Autoriteti pranohet nga vartësit si një drejtë e udhëheqësit për të dhënë urdhëra. Autoriteti realizohet në bazë të hierarkisë nga lartë- poshtë. Autoriteti përfshin dhënien e përparësisë punëtorëve përgjegjës për prodhim ose shërbim për të marrë vendime ose nisma pa miratim të menaxhmentit më të lartë. Sipas mënyrës së dhënies të së drejtës për të vendosur dhe për të përdorur resurset, ekzistojnë lloje të ndryshme autoritetesh, edhe atë: autoriteti i linjës, autoriteti i stafit, autoritet funksional, urdhërdhënës, sugjerues, autoritet i lejimit dhe autoritet i informimit (26).

✚ Autoriteti i linjës paraqet autoritet të drejtëpërdrejtë midis urdhërdhënësve dhe urdhërpranuesve.

✚ Autoriteti i stafit është autoritet ndihmës vetëm përkrahës e jo edhe komandues.

✚ Autoriteti funksional paraqet autoritet që buron nga funksioni në aktivitete të caktuara.

✚ Autoriteti urdhërdhënës është autoritet i vendosjes përfundimtare, pa të drejtë konsultimi dhe bartjeje.

✚ Autoriteti sugjerues paraqet të drejtën e propozimeve, ndihmave dhe sugjerimeve me qëllim që të ndihmohet në zgjedhjen e detyrave.

✚ Autoriteti i lejimit është e drejtë e lejimit të vendimit para se ajo të marrë forcë ndikimi apo të jetë përfundimtare.

✚ Autoriteti i informimit është e drejtë vetëm e informimit për aktivitetet pa ndonjë të drejtë tjetër.

2.2.5 Delegimi i autoritetit

Delegimi i autoritetit paraqet procesin përmes të cilit menaxherët u japin vartësve të tyre autoritet që të kryejnë detyra të caktuara në organizatë. Delegimi nuk është proces i lehtë, ai përcillet me shumë probleme. Menaxheri delegon detyra, obligime, përcakton përgjegjësi (jo edhe përgjegjësinë finale) dhe delegon pushtet. Nëse e zbërthejmë këtë do të shohim se obligimet i definojnë detyrat që duhet t'i kryej punonjësi. Përgjegjësia është obligim për realizimin e detyrave. Kompetenca ose autoriteti i jep punonjësit fuqi veprimi në suaza të delegimit. Delegimi paraqet procesin e “lëshimit” të disa punëve menaxheriale dhe autoritetit, si dhe të drejtën për shfrytëzim të resurseve të niveleve më të ulëta të menaxhmentit (27). Që të realizohet delegimi në mënyrë efikase duhet që menaxheri që delegon detyrat të ketë disa qëndrime personale edhe atë (28, 29):

1. Të jetë i disponuar që tu japë mundësi ideve të njerëzve të tjerë;
2. Gadishmëri për të lëshuar, që do të thotë të mos frikësohet që autoritetin ta delegojnë të tjerët, vartësit e tij;
3. Gadishmëria për të pranuar gabimin e mundshëm të të tjerëve;
4. Gadishmëria për të pasur besim te vartësit e tij, që do të thotë të ketë besim te vartësit ose të këmbëhet ajo;
5. Gadishmëri për të shfrytëzuar kontrollin e përgjithshëm, që do të thotë të jetë në rrjedha me detyrat e dhëna, por jo edhe ta kthejë detyrën prapë.

Që të kemi proces të suksesshëm të delegimit duhet: 1) të krijohet raport i shëndoshë midis autoritetit dhe përgjegjësisë, vendosja e komandimit të unifikuar dhe respektimi i parimit të përjashtimit, varësisht nga detyrat dhe vendimet që duhet të sillen; 2) përcaktimi i qëllimeve dhe përshkrimi i punëve, përkufizimi i politikave që do të shërbejnë si udhëheqje për marrjen e vendimeve dhe zgjedhja e kujdesshme e njerëzve, trajnimi, kontrolli i punëve dhe rezultateve të tyre;

3) e treta ka të bëjë me karakterin e atij që e delegon autoritetin lidhur me atë se si ai e përshkruan punën, sa është ai kontradiktorë dhe konfliktuoz (30).

2.2.6 Pariteti midis autoritetit dhe përgjegjësisë

Që të kryhet puna me sukses është shumë e rëndësishme të ketë një përputhje midis autoritetit formal dhe përgjegjësisë që e ka një menaxher. Naylor-i thekson se nëse menaxherit i jepet më shumë përgjegjësi se sa autoritet, atëherë puna e tij do të vështirësohet dhe duke mos qenë në gjendje të japë urdhra, ai do të ndodhet në situatë që të mundohet t'i bind punëtorët që ta kryejnë punën. Nga ana tjetër, nëse menaxheri ka më shumë autoritet se përgjegjësi ai mundet ta shfrytëzojë të njejtën për qëllime personale (31). Andaj, mund të përfundojmë se delegimi i drejtë kërkon që autoriteti për përdorimin e resurseve të jetë i barazuar me përgjegjësinë që u jepet të deleguarve.

2.3 Menaxhimi i përgjithshëm i cilësisë (TQM)

Menaxhimi i përgjithshëm i cilësisë paraqet filozofi të menaxhmentit dhe përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë së prodhimeve dhe shërbimeve, me qëllim që ato t'i plotësojnë nevojat e caktuara, të shprehura përmes veçorive, kontratës apo ndonjë dokumenti tjetër (32).

Menaxhimi i cilësisë së përgjithshme paraqet përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë, i udhëhequr nga menaxhmenti, me qëllim që të kënaqen kërkesat e shfrytëzuesve – klientëve apo pacientëve. Reagimet e shfrytëzuesve – klientëve apo pacientëve janë pasqyra më e mirë për cilësinë e produktit apo shërbimit, nëse ajo përmirësohet do të kënaqen edhe kërkesat e tyre.

2.3.1 Përkufizimi i cilësisë dhe rëndësia e saj

Cilësia nuk mund të shprehet vetëm me një përkufizim të vetëm, pasi që ajo është një kategori shumëdisciplinare dhe përkufizimi i saj duhet t'i kënaq në mënyrë të barabartë aspektet teknike- teknologjike, aspektet ekonomike dhe aspektet psiko – sociologjike (33).

Fawzi (34) për cilësinë thotë: “cilësia është si gjaku në trupin e njeriut, është i pranishëm gjithkund dhe nuk mund të mbyllet në një venë”.

Përkufizimi i cilësisë së një produkti apo shërbimi nënkupton karakteristikat e përgjithshme të tij që i plotëson nevojat e caktuara, të cilat janë të shprehura përmes specifikacioneve, kontratës ose ndonjë dokumenti tjetër. Mirëpo sot cilësia nuk mund të shihet vetëm nga aspekti teknik, gjegjësisht nga harmonizimi i produktit apo shërbimit me standardin. Por, ai duhet të shihet edhe nga aspekti i kërkesave të shfrytëzuesit - pacientit, i cili krahas dizajnit, funksionalitetit, sigurisë, kërkon edhe çmim të volitshëm dhe afat kohor të definuar qartë.

Dilemë tjetër që rregullisht paraqitet te njerëzit është se: përse i jepet kjo rëndësi cilësisë? Qasja ndaj dilemës është tejet pragmatike, thjesht ndikimi i cilësisë në kualitetin e mirëqenies (35) si dhe në avansimin e vlerave për të dyja anët e ekuacionit, prodhuesit – ofruesit dhe shfrytëzuesit-pacientit, e që në fakt është kërkesë kryesore në standardet e kualitetit ISO 9000:2000. Përgjigjja del nga tendencat dhe karakteristikat e zhvillimit të cilësisë që u paraqiten nga fundi i shekullit të kaluar.

Përmirësimi i cilësisë është strategji e jo objektiv që mund të matet. Qëllimi i vetëm dhe i vërtetë është kënaqja e kërkesave, nevojave dhe dëshirave të shfrytëzuesve - pacientëve. Konkurenca e nxiti menaxhimin e cilësisë, viteve të fundit me globalizimin e tregjeve u futën teknologji të reja në përdorim, ndërsa lufta për cilësi sa më të lartë është e kthyer kah strategjitë drejt shfrytëzuesve. Të gjitha aktivitetet menaxhuese janë të kthyera kah zbulimi i elementeve që do ta bënin të përkryer institucionin. Që të mund ta arrijnë këtë qëllim, institucionet e zhvillojnë kulturën e kyre organizative duke iu qasur të punësuarve si resurs kryesor në sigurimin e vazhdueshëm dhe të qëndrueshëm të nivelit të lartë të cilësisë së produkteve dhe shërbimeve. Të gjitha konceptet bashkëkohore të menaxhimit dhe përparimit të cilësisë, në parim mund të vështrohen nga aspekti i kujdesit për shfrytëzuesit, kujdesit për mjedisin jetësor dhe kujdesit për shoqërinë në përgjithësi (36-41).

2.3.2 Elementet e menaxhimit të përgjithshëm të cilësisë

Menaxhimi i përgjithshëm i cilësisë, sipas John Naylorit, është një proces i angazhimit të të gjithëve në organizatë, në drejtim të përmirësimit të vazhdueshëm të të gjitha proceseve dhe prodhimeve, me qëllim që çdo herë të arrihet një nivel i cilësisë, i cili do t'i plotësojë nevojat e konsumatorëve. Menaxhimi i përgjithshëm i cilësisë, si filozofi e menaxhmentit, ka elementet e veta dhe parimet si një udhërrëfyes i aksioneve për menaxhim me cilësinë dhe kontrollin. Po të analizohen elementet kryesore të menaxhimit të përgjithshëm të cilësisë në kuptim më të ngushtë të fjalës, ato do të përfshinin (42):

- ✚ Përmbledhjen, përkushtueshmëria e plotë e të gjithë punonjësve të organizatës dhe mbulimi i të gjitha aspekteve në përgjithësi;
- ✚ Kualitetin, plotësimi i vazhdueshëm i kërkesave të blerësve;
- ✚ Menaxhmentin - procesi aktiv i udhëhequr nga menaxhmenti i lartë.
- ✚ Me elementet e menaxhimit të përgjithshëm të cilësisë, analizuar në kuptimin më të gjërë do të përfshinin:¹⁷
- ✚ Obligimi i menaxhmentit të nivelit të lartë është që cilësia të ketë përparësi kryesore.
- ✚ Cilësia më e mirë nënkupton plotësimin e nevojave dhe kërkesave të konsumatorëve, kosto të ulët, cilësi të lartë.
- ✚ Lidershipi është i orientuar kah vlera e menaxhmentit të cilësisë së përgjithshme.
- ✚ Zhvillimi i kulturës së cilësisë.
- ✚ Të gjithë anëtarët e organizatës janë të detyruar të arrijnë cilësi më të mirë.
- ✚ Drejtimi kah qeverisja me fakte, duke përdorur metoda shkencore dhe teknika të tjera.
- ✚ Përmirësimi i aftësisë së punëtorëve me parapërgatitje.
- ✚ Përpjekja për kyçje të furnizuesve të jashtëm dhe klientëve në menaxhimin e përgjithshëm të cilësisë.

Gjatë menaxhimit të përgjithshëm të cilësisë, çështjet kryesore që duhet të kyçen në këtë proces janë: cilësia, blerësi – shfrytëzuesi apo pacienti, kyçja e menaxhmentit, pjesëmarrja e të gjithë punonjësve, puna ekipore, edukimi i vazhdueshëm i punonjësve dhe kultura (vlerat dhe besimet). Cilësia duhet të jetë e pranishme në të gjitha nivelet e menaxhmentit dhe ajo duhet të jetë pjesë e qëllimeve globale të institucionit sepse suksesi i organizatës para së gjithash varet nga siguri i cilësisë. Blerësi- shfrytëzuesi duhet të jetë në qendër të menaxhimit të përgjithshëm të cilësisë, sepse çdo ndërmarrje duhet të gjykojë rëndësinë ndaj shfrytëzuesve - klientëve. Menaxherët vazhdimisht duhet të mendojnë për përmirësimin e cilësisë së produkteve apo shërbimeve në bazë të nevojave dhe preferencave të shfrytëzuesve - klientëve (43, 44). Për të siguruar cilësi, obligimi parësor i takon menaxherit të operacioneve, i cili duhet t'i projektojë dhe t'i kontrollojë produktet e dizajnuara – shërbimet e përgatitura, por ai duhet të kujdeset për përmirësimin e të gjitha operacioneve. Përveç menaxherit të operacioneve, në menaxhimin e përgjithshëm të cilësisë, duhet të kyçen edhe menaxherët e të gjitha niveleve.

Në menaxhimin e përgjithshëm të cilësisë duhet të marrin pjesë të gjithë punëtorët si pjesëmarrës dhe realizues të operacioneve, të cilët duhet të punojnë në mënyrë ekipore dhe të formojnë grupe të cilësisë, do të thotë të mblidhen punonjësit për të punuar me njëri - tjetrin si një njësi harmonike dhe me përgjegjësi të plotë për sigurim të cilësisë së produkteve dhe shërbimeve.

Përveç se për të siguruar cilësi, punonjësit duhet të përgatiten, vazhdimisht përmes teknikave të ndryshme përgatitore siç janë: punëtoritë, seminarët, kampet e ndryshme, debatet, diskutimet, demonstrimi i cilësisë etj. për sigurim të cilësisë së produkteve ose shërbimeve.

Kultura si një koleksion besimesh e vlerash ka një rëndësi të madhe në sigurimin e cilësisë, sepse ato janë një udhërrëfyes për sjelljet e punëtorëve në mënyrë konsistente për sigurim të cilësisë (45-51).

2.3.3 Faktorët e cilësisë

Cilësia është kategori e ndërlikuar dhe varet nga të ashtuquajturit 9 faktorë ose thënë ndryshe **9M**: njeriu-**man**, materiali-**material**, makinat-**machines**, metodat-**methods**, matja-**measurement**, menaxhimi-**management**, motivimi-**motivation**, tregu-**market** dhe paraja-**money**. Është vështirë të jepet përgjigje në pyetjen se cili nga faktorët më së shumti ndikon në cilësi. Mirëpo, gjykuar nga ajo se njeriu është personi që siguron materialin, i zgjedh dhe mirëmban makinat, i zgjedh metodat e punës, masat për matjen, menaxhon proceset, është faktor shumë i rëndësishëm për nxitjen, motivimin e njerëzve, hulumton tregun dhe krijon apo shpenzon paratë, qartë shihet roli i tij në këtë proces (52-58).

2.3.4 Modeli i udhëheqjes me cilësi

Për të siguruar cilësi në organizatën e biznesit, duhet të konceptohet një model i mirë, gjë që kërkon të njihet mirë veprimtaria dhe të përkufizohet fushata menaxhuese për menaxhim cilësorë. Cilësia ka shumë dimensione, mes të cilave më të rëndësishme janë: cilësia e menaxhimit, cilësia e organizimit, cilësia e punës dhe cilësia e produkteve dhe shërbimeve. Një model i mundshëm i menaxhimit me cilësinë është përfshirë me tri tërësi organizative, edhe atë (59, 60):

1. Menaxhimi me cilësinë e procesit të organizimit;

2. Menaxhimi me cilësinë e punës;
3. Menaxhimi me cilësinë e procesit të prodhimit.

Menaxhimi me cilësi të plotë, kulmin e zhvillimit të vet e ka arritur në kompanitë japoneze. Programet për përmirësim të cilësisë e kombinojnë përmirësimin e produktit apo shërbimit, plotësimin më të përpiktë të nevojave të shfrytëzuesve – pacientëve dhe përmirësimin e proceseve, duke siguruar në këtë mënyrë përshtatshmëri më të mirë. Cilësia e përmirësuar e produktit apo shërbimit rezulton me rritje të kërkesës dhe i mundëson organizatës së biznesit të caktojë çmime më të larta për vlerën shtesë që e ofron.

Menaxhimi i cilësisë së plotë paraqet njërin nga aspektet kryesore të funksionimit të organizatave bashkëkohore të biznesit. Ai përfshin një varg metodash e teknikash që kanë të bëjnë me përmirësimin permanent të cilësisë së produkteve apo shërbimeve dhe vetë funksionimit të institucionit duke filluar nga kontrolli statistikor përmes metodës së Taguchit e deri te qarqet e cilësisë (61). Esenca është të kuptohet se menaxhimi total i cilësisë nuk është ndonjë proces njëdimensional, një aktivitet që përmban detyra dhe obligime të përcaktuara për sektorin e veçantë që duhet të përkujdeset për ruajtjen dhe ngritjen e kualitetit. Përkundrazi paraqet një aspekt mjaft kompleks i cili kërkon kyçjen dhe vëmendjen e të gjitha njësive dhe pjesëve të institucionit, duke filluar nga menaxherët sipëror dhe ekspertët nga lëmitë e ndryshme e deri te punëtorët e rëndomtë dhe sektori i marketingut i cili duhet që gjithmonë t'i ndjek përshtypjet që blerësit - shfrytëzuesit i fitojnë për institucionin përmes blerjes së produkteve apo shërbimeve të saj.

2.4 Menaxhimi i cilësisë në institucionet shëndetësore dhe rëndësia e standardeve të cilësisë

Cilësia paraqet një filozofi të re të menaxhimit strategjik të institucionit që bazohet në përkushtimin e përgjithshëm të menaxhmentit dhe të punonjësve në drejtim të kënaqëshmërisë së pacientëve dhe përmirësimin të vazhdueshëm të shërbimeve shëndetësore. Cilësia është pjesë përbërëse e konkurrencës ndërkombëtare në tërë botën. Sigurimi i cilësisë (SC) është garancioni i institucionit se shërbimin që e ofron i përmbush standardet e pranuar të cilësisë. Procedurat kontrolluese të planifikuara ndodhin “para, gjatë dhe pas” dhe qëllimi i tyre është që të bëhen “mirë herën e parë dhe çdo herë” (62).

Sigurimi i cilësisë duhet të jetë përgjegjësi e çdo njerit të përfshirë në krijimin e produktit apo ofrimit të shërbimit dhe duhet të realizohet në çdo fazë të zhvillimit të produktit ose shërbimit (62).

Cilësia definohet nga pacientët dhe jo të gjithë pacientët kanë kërkesa të njëjta, prandaj dy shërbime të ndryshme mund të duken si dy shërbime cilësore sepse shfrytëzohen nga dy pacientë të ndryshëm. Për këtë arsye cilësia mund të definohet si përmbushje e nevojës dhe realizim i qëllimit të pacientëve apo shfrytëzuesit të po atij shërbimi (63).

Cilësia është njëra nga komponentet thelbësore në kujdesin shëndetësor dhe në çdo aktivitet tjetër që kryhet në shëndetësi. Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në sistemin shëndetësor është sfidë për shumë vende e posaçërisht për ato që kanë kaluar apo që janë duke kaluar një periudhë të vështirë tranzicioni. Kujdesi cilësor shëndetësor paraqet plotësimin e nevojave shëndetësore të pacientëve në mënyrë të drejtë dhe në kohën e duhur, me shpenzime minimale për institucionin dhe brenda kufijve të përcaktuar nga autoritetet shëndetësore dhe financuese.

Mënyra përmes të cilës institucioni planifikon ta menaxhojë veprimtarinë e tij është që të ofrojë shërbime cilësore siç specifikohet me Sistemin e Menaxhimit të Cilësisë (SMC), i cili është mjet për ofrimin e menaxhimit të cilësisë dhe definojnë strukturën organizative, përgjegjësitë, politikat, proceset, standardet dhe burimet e kërkuara për të ofruar shërbime sa më cilësore. Megjithatë, SMC-ja nuk duhet të konsiderohet si model statik, por si sistem veprues dinamik njerëzor i cili do të funksionojë vetëm siç synohet nëse menaxhmenti dhe stafi janë të përkushtuar në realizimin e objektivave. SMC-ja ka dy aspekte të ndërlidhura, nevojat e ofruesve dhe interesat e tyre, dhe nevojat e shfrytëzuesve dhe pritjet e tyre. Nevojat e ofruesve për të realizuar dhe pasur cilësinë e dëshiruar me një shpenzim të favorshëm. Nevojat e shfrytëzuesve/pacientëve për të pasur besim në aftësinë e ofruesit për të ofruar dhe mbajtur atë cilësi. Të dy aspektet kërkojnë që të mbahet evidencë objektive dhe ato të analizohen për të treguar se cilësia e kërkuar planifikohet dhe realizohet. Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë (SMC) ka për qëllim:

- ✚ Të përmbush pritjet dhe të plotësoj nevojat e pacientëve/përdoruesve të shërbimit shëndetësor dhe të të gjitha palëve të interesuara si: Qeveria/Ministria e shëndetësisë, pacientët, sindikatat, aksionerët-pronarët, shoqatat e ndryshme profesionale etj.

- ✚ Përsosmëri të instrumenteve dhe funksionalizimi i tyre në financim të mjaftueshëm të sistemit shëndetësor (64).

Prandaj, rëndësia e realizimit të dizajneve përkatëse, implemtimi dhe mbështetja e SMC-së janë të nevojshme për të dhënë kontribut të rëndësishëm në përmirësimin e efijencës së proceseve të biznesit. Andaj, krijimi i kushteve për përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore dhe evaluimi i shërbimeve është një sfidë e madhe e cila ndërlihet edhe me kërkesat gjithnjë në rritje të pacientëve dhe qytetarëve për të patur gjithnjë e më shumë shërbime shëndetësore më cilësore. Përparimet e mëdha në shkencën e mjekësisë, në teknologji dhe mundësia e qasjes së shpejtë në burimet e ndryshme të informacionit mundëson përzgjedhje më të madhe dhe më të shpejtë (65-69).

Në Republikën e Maqedonisë ekziston nevojë e madhe për përmirësimin e menaxhimit të institucioneve shëndetësore dhe të kordinimit në mes tyre. Sektori i shëndetësisë përbëhet nga shumë institucione të veçanta, të cilat që të sigurojnë ofrimin e shërbimeve shëndetësore efektive duhet të funksionojnë si një sistem i integruar. Një ndër kushtet themelore është dhe qartësia në përcaktimin e roleve dhe përgjegjësisive të institucioneve, gjë që do të ndihmonte në eliminimin e konfuzionit, rritjen e nivelit të llogaridhënies dhe përmirësimin e efijencës. Për përmirësimin e përgjithshëm të menaxhimit institucional detyrimisht duhet aplikuar standarde të qarta, të përbashkëta për praktika më të mira (70-73). Edhe pse këto standarde janë hartuar në formë të procedurave të cilësisë nga institucionet përkatëse, po të njejtat nuk janë implementuar tërësisht, standardet e tilla janë:

- ✚ Ngjtja e kapaciteteve profesionale për cilësi të shërbimeve shëndetësore;
- ✚ Zhvillimi i kornizës ligjore dhe nënakteve ligjore;
- ✚ Zhvillim i vazhdueshëm profesional;
- ✚ Përcaktimi i indikatorëve të performancës për institucionet shëndetësore;
- ✚ Mbështetja e institucioneve për rritjen e performancës dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore;
- ✚ Përkrahja nga shoqatat profesionale dhe organizatat tjera që merren me cilësinë dhe sigurinë e shërbimeve shëndetësore;
- ✚ Krijimi i strukturës dhe burimeve njerëzore të nevojshme për akreditim;
- ✚ Krijimi i mekanizmave ligjorë për akreditim;
- ✚ Mbështetja e institucioneve shëndetësore në fazën përgaditore për akreditim (2).

Standardizimi është një aktivitet krijues në lidhje me problemet aktuale dhe ato potenciale, dispozita për përdorim të përbashkët dhe të përsëritshëm, që synojnë arritjen e një shkalle optimale rregulli në një kontekst të dhënë. Aktiviteti i standardizimit përfshin proceset e zhvillimit, miratimit, publikimit dhe aplikimit të standardeve përmes përmbushjes së parimeve dhe rregullave të punës së standardizimit. Standardet janë zhvilluar dhe publikuar për të shërbyer interesat publike dhe ato janë mjet i fortë për shpërndarjen e informacionit dhe mirëkuptimit të ndërsjellë midis partnerëve (74).

Në kushtet e zhvillimit të ekonomisë në BE aktiviteti i standardizimit luan një rol edhe më të rëndësishëm për institucionet, ndërmarrjet, mjediset akademike dhe shkencore, të organizatave qeveritare dhe jo-qeveritare, laboratorëve, çertifikimit dhe organizmave inspektuese, duke njohur rëndësinë e standardeve në mbështetje të legjislacionit si një instrument efikas për zhvillimin e prodhimit, tregtimit dhe të shërbimeve, vlerësimit të konformitetit dhe aktivitete të çertifikimit për zbatimin e risive në shkencë dhe zhvillimin e teknologjisë (75, 76). Gjithashtu, edhe Republika e Maqedonisë duhet t'i rrit kapacitetet për zbatimin e standardeve ekzistuese ndërkombëtare në sektorin shëndetësor dhe të fillojë të krijojë procedura adekuate për përcaktimin e cilësisë së shërbimeve të institucioneve, siç vijon:

- ✚ Të definohet misioni dhe vizioni i institucioneve shëndetësore;
- ✚ Të përcaktohen qëllimet strategjike, taktike dhe operacionale që rezultojnë nga misioni dhe vizioni i politikës sektorale;
- ✚ Të definohen politikat në nivelin e funksioneve të caktuara, të përcaktohen objektivat strategjike, taktike dhe operacionale të funksioneve të caktuara;
- ✚ Të bëhet rishikimi i politikave dhe objektivave horizontalisht dhe vertikalisht;
- ✚ Të definohet masa e performancës në nivelin e institucionit;
- ✚ Të definohet masa e performancës në nivelin e proceseve/funksioneve të caktuara.

Cilësia në institucionet shëndetësore paraqet nivel të përsosmërisë së shërbimit shëndetësor të ofruar. Qëllimi i kontrollit të kualitetit është që shërbimet shëndetësore të jenë të sigurta dhe po të njëjtat t'i plotësojnë nevojat shëndetësore të pacientëve për të cilat ato dedikohen. Standardet e cilësive më së shpeshti nxirren varësisht nga qëllimet e institucioneve. Nëse institucioni dëshiron të fitoj reputacion për cilësi të shërbimeve shëndetësore të ofruara, duhet të ketë të vendosura standarde të nivelit të lartë. Institucioni duhet të ketë program të përsosur të kontrollit të cilësisë, ashtu që të krijojë standard të nivelit të lartë.

Aplikimi i kontrollit të cilësisë në mënyrë statistikore nuk zvogëlon rrezikun e cilësisë së shërbimeve por rezultatet e fituara arsyetojnë zbatimin e tyre.


Mund të konstatojmë se sistemi aktual shëndetësor me mangësi dhe parregullsi të theksuara në menaxhim lejon rreziqe dhe gabime të shumta që shpesh herë mbesin të paidentifikuara, si rezultat i mungesës së kulturës së cilësisë dhe sigurisë; më shumë se gjysma e shpenzimeve reale janë si rezultat i dështimit të brendshëm dhe nuk janë lehtësisht të kontrollueshme nga menaxhmenti i lartë. Kjo ndodh ngase top menaxhmenti nuk ka implementuar instrumente për parandalimin e tyre.

Përmes zbatimit të sistemit të menaxhimit të cilësisë do kishte rritje të kursimeve në të gjitha kategoritë e tjera të kostos dhe ngritje të cilësisë së shërbimeve të ofruara; Nevojiten sisteme monitorimi që do zhvilloheshin nga Ministria e Shëndetësisë, të cilat do të siguronin një matje sistematike dhe transparente të përparimit në drejtimin e aplikimit të kërkesave të standardit të sistemit të menaxhimit të cilësisë.

Gjithashtu, zbatimi i kërkesave të standardit të cilësisë, strategjisë së cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore paraqet një mundësi unike dhe shumë të rëndësishme që të gjithë pjesëmarrësit relevantë të angazhohen për përfitim të përbashkët, tani dhe në të ardhmen, me qëllim të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore në tërë territorin e Republikës së Maqedonisë, përmes së cilës do të ndikohet drejtëpërdrejtë në performancën e institucioneve shëndetësore në të gjitha nivelet dhe sektorët (77-83).

2.5 Sistemi shëndetësor ekzistues i Republikës së Maqedonisë

Sistemi shëndetësor i Republikës së Maqedonisë, si formë e veçantë organizative, që ka rëndësi shumë të madhe për funksionimin e sistemit të përgjithshëm shoqëror, është i organizuar në disa nivele të ndryshme edhe atë:

 **Mbrojtja shëndetësore primare (Mjekësia primare)** – paraqet pjesën më të rëndësishme të sistemit, duke i përfshirë mjekët amë, të cilët realizojnë shërbime primare shëndetësore, e cila është e shpërndarë në nivelin e bashkësive lokale dhe të komunave, me qëllim të sigurimit të shërbimeve shëndetësore fizikisht të arritshme dhe të barabarta për të gjithë banorët, në përgjithësi nëpër qytete dhe fshatra;

✚ **Mbrojtja shëndetësore sekondare (Mjekësia sekondare)** – realizohet nga shërbimet specialistike dhe spitalet (shërbimet ofrohen vetëm me udhëzimin e mjekut amë) dhe i përfshin regjionet e caktuara, në mënyrë që në këtë nivel zgjidhen problemet më komplekse;

✚ **Niveli terciar** – në këtë nivel zhvillohet shërbim i lartë shëndetësor specialistik dhe subspecialistik dhe realizohet nga një kuadër shumë i lartë i specializuar duke përdorur mjete dhe aparaturë mjaft të sofistikuar dhe bashkëkohore gjatë dhënies së shërbimeve shëndetësore. Këtë nivel të mbrojtjes shëndetësore dhe shërbimeve shëndetësore e ofrojnë vetëm spitalet klinike respektivisht spitalet klinike universitare.

Për funksionimin e këtij sistemi mjaft kompleks, i një rëndësi të veçantë është roli dhe përgatitja profesionale e menaxherëve shëndetësor që me sukses të organizojnë funksionimin normal të të gjitha niveleve të sistemit shëndetësor, t'i kryejnë me sukses funksionet e tyre menaxheriale si: planifikimin, organizimin, ekipimin, udhëheqjen dhe kontrollin; dhe t'i realizojnë me sukses aktivitetet e parapara dhe të planifikuara nëpër organizatat e tyre, gjë që do të mundësoj ngritjen e cilësisë së shërbimeve shëndetësore të ofruara në secilin nivel të sistemit shëndetësor.

Duhet theksuar se mjekësia sekondar dhe terciar janë nivelet e sistemit shëndetësor që ofrohen në mbi 60 institucione publike shëndetësore në Republikën e Maqedonisë, ndërsa në klinikat e nivelit terciar janë institucionet të cilat nga një sistem centralist i udhëheqjes, u transferuan dhe kaluan në sistemin e decentralizuar të udhëheqjes, ku çdo klinik funksionon e pavarur nga klinikat tjera. Në këto klinika udhëheqja bëhet nga dy drejtorë, edhe atë një drejtor ekonomik dhe një drejtor medicinal, ku paraqitet diferencimi horizontal dhe vertikal. Pavarësisht nga struktura e instaluar, institucionet publike shëndetësore - klinikat vazhdojnë me funksionin e tyre të ofrimit të shërbimeve shëndetësore me qëllim të përmirësimit të shëndetit të pacientëve.

Sistemi shëndetësor i Republikës së Maqedonisë mundet të merret si shembull i një sistemi të decentralizuar gjatë komunizmit, i cili në tranzicionin kah demokracia kaloi në udhëheqje të centralizuar, gjatë së cilës i ka mbajtur edhe strukturat e decentralizuara dhe si rezultat i Marrëveshjes Kornizë të Ohrit, të nënshkruar në gusht të vitit 2001, sot Maqedonia sërish decentralizohet. Ky proces realizohet në nivelin kombëtar dhe me idenë që shërbimet publike si: shërbimet shëndetësore, arsimore dhe ato sociale të jenë lehtësisht të arritshme për popullatën dhe po të nejtat të kalojnë në përgjegjësi të pushtetit lokal (70-73).

Shërbimet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë zhvillohen dhe ofrohen përmes sistemit të institucioneve shëndetësore. Institucionet shëndetësore janë të organizuara në tre nivele: primar, sekondar dhe terciar.

Gjatë viteve të fundit në Republikën e Maqedonisë ka pasur disa reforma në shëndetësi, sistemi shëndetësor në ish sistemin e Republikës Socialiste të Maqedonisë, para demokracisë së vitit 1991, ishte i organizuar nëpër njësi vetqeverisëse lokale, ky sistem ishte autonom dhe i decentralizuar, shërbimet dhe finansimi ishin të organizuara dhe të kontrolluara në nivelin komunal, vetëm projektet e mëdha ishin të planifikuara dhe të realizuara në nivel qendror. Ky sistem i decentralizuar solli deri te fragmentimi i dhënies së shërbimeve shëndetësore dhe te dyfishimi si i qendrave shëndetësore ashtu edhe i shërbimeve shëndetësore ngase secila komunë në mënyrë të veçantë i zhvillonte strukturat e veta për ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Në këtë mënyrë u krijuan njësi të ndryshme, të cilat në të shumtën e rasteve përmbanin elemente të mbrojtjes shëndetësore primare, sekondare dhe të asaj terciare. Ndikimi i pushtetit qendror (centralist) ndaj zhvillimit të tërësishëm të shëndetësisë në nivelin lokal ishte minimal për shkak të pavarësisë që e kishin komunat në sferën e sjelljes së vendimeve dhe të finansimit.

Me tranzicionin që ndodhi për kalimin në demokraci dhe arritjen e pavarësisë, u paraqit nevoja e patjetërsueshme për planifikim më të centralizuar të shëndetësisë dhe në vitin 1991 Ministria e shëndetësisë ishte formuar pikërisht për këtë qëllim. Ligji për shëndetësi u pranua dhe u aprovua po në këtë vit dhe me këtë filloi procesi centralizimit të udhëheqjes dhe finansimit me qëllimin e vetëm që të mbrohet autonomia e strukturave shëndetësore në nivel lokal.

Pas pavarësisë së vitit 1991, Republika e Maqedonisë ndërtoi sistemin shëndetësor të bazuar në sigurime. Ministria e shëndetësisë dhe Qeveria e përcaktuan dhe e verifikuan kornizën juridike për veprimtari punuese dhe udhëheqje, përderisa Fondi për sigurim shëndetësor nga ana tjetër është i obliguar dhe i ngarkuar në mbledhjen e donacioneve, alokimin e fondeve dhe monitorimin e marrëveshjeve me furnizuesit. Ligji për shëndetësi e vendosi strukturën organizative të sistemit shëndetësor, Ministria e shëndetësisë dhe Qeveria janë përgjegjëse, të detyruara dhe të ngarkuara për formulimin dhe implementimin e politikës shëndetësore ndërsa Fondi për sigurim shëndetësor ka përgjegjësi në grumbullimin, organizimin, udhëheqjen dhe kontrollimin e fondeve. Institucionet shëndetësore janë të obliguara dhe kanë përgjegjësi për ofrimin e shërbimeve cilësore shëndetësore (72, 73).

Këto institucione shëndetësore janë të përbëra nga: ambulatat dhe qendrat për ndihmë të parë të nivelit primar, repartet konsultativo – specialistike dhe repartet spitalore të nivelit sekondar dhe klinikat universitare dhe institutet e nivelit terciar, të cilat poashtu bëjnë hulumtime dhe janë njësi arsimore nën jurisdiksionin e Ministrisë së arsimit. Në spitalet që kishin marrëveshje me Fondin për sigurim shëndetësor filluan të vendosen indikatorë të suksesshmërisë, me qëllim të përmirësimit të monitorimit gjatë realizimit të veprimtarisë shëndetësore. Rritja e autonomisë së sistemit shëndetësor në Maqedoni do të kërkojë edhe struktura adekuate. Sistemi shëndetësor ballafaqohet me shumë sfida si tejkalimin e mangësive dhe mungesave të mbetura nga sistemi i mëhershëm socialist shëndetësor, duke i bërë strukturat më të pakapshme, zvogëlimin e personelit të tepërt në shëndetësi dhe qëndrueshmëri financiare të sistemit shëndetësor, e cila do të inkuadrojë përkrahje adekuate të programeve preventive dhe të investimeve kapitale. Sipas të dhënave, strukturat e reja, të themeluara deri më tani, karakterizohen me joefikasitet të madh në punën e tyre, pasi që janë të detyruara të punojnë në mjedis i cili një periudhë më të gjatë kohore ka qenë pa resurse adekuate (84, 85). Po ashtu ekziston pabarazi edhe në ofrimin e shërbimeve shëndetësore që është rezultat i “trashëgimisë” nga sistemi i strukturave të kontrolluara në nivel lokal si dhe nga mungesa e standardeve të unifikuara për vlerësimin e rezultateve dhe të arriturave. Përveç kësaj dhe në kundërshtim me parimet juridike, momentalisht, ekziston ndihma financiare joadekuate dhe shumë e vogël nga buxheti qendror për programet shëndetësore për preventivë dhe kurim.

2.6 Modeli i organizimit të institucioneve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë

Organizimi i institucioneve shëndetësore në mënyrë të pashmangshme është i lidhur me problematikën e përqëndrimit dhe funksionimit të institucioneve shëndetësore. Modeli i organizimit të institucioneve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë deri më tani po tërheq vëmendjen e politikanëve, ekonomistëve, ekspertëve të shumtë eminent, menaxhmentit shëndetësor dhe qytetarëve të cilët janë shfrytëzuesit e shërbimeve shëndetësore. Gjatë gjithë periudhës kohore deri në ditët e sotshme të pavarësisht të Republikës së Maqedonisë, modeli i organizimit të institucioneve shëndetësore, ka pësuar shumë ndryshime radikale të cilat në masë të konsiderueshme kanë ndikuar në cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe sjelljen e qytetarëve ndaj këtij segmenti mjaft të rëndësishëm të jetës shoqërore dhe funksionimit të tij në përgjithësi.

Kështuqë, deri në ndryshimet e para disa viteve, në varësi nga natyra e veprimtarisë shëndetësore që kryejnë dhe llojin e shërbimit shëndetësor që ofrojnë, organizatat shëndetësore janë të organizuara si:

- ✚ Ordinanca;
- ✚ Stacione shëndetësore;
- ✚ Shtëpi shëndeti;
- ✚ Spital (i përgjithshëm ose specialistik);
- ✚ Qendër medicinale (mjekësore);
- ✚ Ent;
- ✚ Klinikë;
- ✚ Institute;
- ✚ Qendra klinike;
- ✚ Enti për mbrojtje shëndetësore;
- ✚ Barnatore (Farmaci);
- ✚ Mjekim natyral
- ✚ Organizata tjera që kryejnë veprimtari shëndetësore me punë vetanake.

Ligji i ri për mbrojtje shëndetësore i vitit 2012, i distancohet përdorimit të termit organizatë shëndetësore dhe operon me termin institucion shëndetësor në rrjet, me të cilën nënkuptohet institucione shëndetësore publike dhe institucione shëndetësore private të cilat kryejnë veprimtari në bazë të konçesionit dhe që kryejnë veprimtari shëndetësore në rrjetin e institucioneve shëndetësore (86). Me rrjet të institucioneve shëndetësore në nenin 15 pika 19 i po të njejtit ligj, nënkuptojmë përcaktimin e numrit të nevojshëm të institucioneve shëndetësore dhe të llojeve të veprimtarive shëndetësore gjegjësisht të specializimeve të cilat sigurohen në rajone të caktuara gjeografike sipas vendbanimit të shfrytëzuesve të mbrojtjes shëndetësore.

Ato duhet të sigurohen në përputhshmëri me kërkesat dhe nevojat për mbrojtje shëndetësore të popullatës në territorin e Republikës së Maqedonisë. Në pjesën IV të Ligjit, kujdes i veçantë i është kushtuar natyrës, organizimit dhe veprimtarive të institucioneve shëndetësore në pajtueshmëri me konceptin e ri të Ministrisë së shëndetësisë duke filluar që nga viti 2012.

Aspekti normativ i qëndrueshmërisë së modelit për institucionet shëndetësore e ka strukturën vijuese:


1. Themelimi i institucioneve shëndetësore si publike ashtu dhe ato private: vetëm Qeveria ka mundësi të themelojë institucione publike shëndetësore. Ndërsa institucione private shëndetësore mundet të themelojë personi fizik dhe juridik, qoftë vendor ose i huaj;

2. Themelimi dhe ndryshimet statusore të institucioneve publike shëndetësore: kushte për themelim, nisja me punë, realizimi i veprimtarisë shëndetësore dhe përhapja e veprimtarisë së institucionit shëndetësor, përmbajtja e elaboratit për formimin e institucionit shëndetësor, përmbajtja e lejes për punë e institucionit shëndetësor, regjistrimi i institucionit shëndetësor në regjistrin qendror të institucioneve shëndetësore, ndërprerja në punë dhe marrja e lejes së institucionit shëndetësor në regjistër të institucionit shëndetësor;

3. Funksionimi i institucioneve shëndetësore: kushtet për themelim, nisja me punë, realizimi i veprimtarisë shëndetësore dhe zgjerimi i saj, përmbajtja e elaboratit për themelimin e institucionit shëndetësor, regjistrimi i institucionit shëndetësor në regjistrin e institucioneve shëndetësore, ndërprerja e veprimtarisë së punës dhe marrja e lejes për punë e institucionit shëndetësor, regjistër i institucioneve shëndetësore.

4. Kategorizimi i institucionit shëndetësor: bëhet për arsye të sigurimit të standardit minimal për zhvillim profesional, udhëheqje racionale dhe administrative, udhëheqje racionale me hapsirën, paisjet dhe kuadrit. E gjithë kjo bëhet për të siguruar standarde minimale të cilësisë së veprimtarisë shëndetësore dhe zhvillim të barabartë në gjithë teritorin e Republikës së Maqedonisë.

5. Njëkohësisht, ligji e vendos dhe kornizën normative për përcaktimin e llojeve të institucioneve shëndetësore:

 **Ordinanca:** në nivel primar zbaton veprimtari shëndetësore nëse janë plotësuar kushtet për kryerjen e veprimtarisë në bazë familjare, gjegjësisht mjekësia e përgjithshme, mjekësia shkollore, pediatria, mjekësia e punës, gjinekologjia dhe akusheria dhe stomatologjia e përgjithshme ndërsa në nivel sekondar zbaton veprimtari specialistike konsultative shëndetësore nga fusha e mjekësisë, gjegjësisht e stomatologjisë.

✚ **Poliklinika:** në nivel primar realizon veprimtari shëndetësore në dy ose më shumë ordinanca të nivelit primar dhe veprimtari shëndetësore adekuate nga sfera e shërbimeve diagnostiko – laboratorike, gjegjësisht të veprimtarisë teknik dhëmbësh – laboratorit, duke u bazuar nga varshmëria e veprimtarisë shëndetësore që realizohet nëpër ordinanca, kurse në nivelin sekondar aplikon dhe realizon veprimtari shëndetësore në dy ose më shumë ordinanca nga veprimtari specifik – konsultative si dhe veprimtari adekuate të diagnostifikimit – laboratorit, gjegjësisht veprimtari teknik dhëmbësh – laboratorik dhe veprimtari nga sfera e radiodiagnostikës, duke qenë i varur nga veprimtaria shëndetësore e cila aplikohet në ordinanca;

✚ **Spitali:** mundet të jetë i përgjithshëm, i specializuar dhe klinik.

✚ **Spitali për kujdes:** realizon dhe praktikon kujdes shëndetësor për pacientët, të cilët shërbimi akut i sëmundjes ose i lëndimit, për të cilën ata janë pranuar në spital, ka mbaruar, por të cilëve për shkak të gjendjes së përgjithshme shëndetësore u nevojitet kujdes shëndetësor, i cili kujdes nuk mundet të sigurohet në kushte shtëpiake ose në ndonjë lloj tjetër institucioni.

✚ **Instituti:** zbaton dhe realizon veprimtari shëndetësore vetëm atëherë nëse janë plotësuar kushtet e përcaktuara me ligj për spitalet e specializuara dhe nëse janë plotësuar kushtet për kryerjen e hulumtimeve shëndetësore.

✚ **Instituti për transfuzion mjekësor:** përveç kryerjes së punëve të përcaktuara me rregullat nga fusha e sigurimit gjatë furnizimit me gjak kryen dhe realizon edhe punë të tjera.

✚ **Instituti për mjekësinë e punës:** kryen dhe zbaton veprimtari të shërbimeve shëndetësore nga sfera e larë specialistike në fushën e medicinës së punës, shërbime specialistike – konsultative si dhe shërbime të llojeve të tjera shëndetësore.

✚ **Instituti për shëndet publik:** realizon të gjitha punët e përcaktuara me rregullat nga fusha e shëndetit publik.

✚ **Klinika universitare:** realizon veprimtari shëndetësore nëse janë plotësuar kushtet për kryerjen e veprimtarisë specialistike – konsultative dhe shërbimeve dhe veprimtarisë spitalore ose nëse janë plotësuar kushtet për kryerjen vetëm të veprimtarisë specialistike- konsultative nga ndonjë drejtim i caktuar i mjekësisë, gjegjësisht i stomatologjisë ose të grupeve të ndara të banorëve, në të cilat aplikohet dhe mbahet ndonjë veprimtari arsimore, bëhet përsosmëria e personelit mjekësor dhe realizohet veprimtari hulumtuese – shkencore.

✚ **Instituti universitar:** ushtron veprimtari shëndetësore specialistiko – konsultative, veprimtari arsimore dhe veprimtari hulumtuese – shkencore, bën përsosmërinë e punonjësve si dhe veprime tjera të përcaktuara;

✚ **Qendra Klinike Universitare** është institucion shëndetësor i cili sipas rregullës, realizon dhe kryen shërbime shëndetësore të cilat kërkojnë trajtim profesional, trajtim i cili në aspektin organizativ dhe aspektin teknologjik është i ndërlikuar, si dhe trajtim shëndetësor multidisciplinar duke përfshirë më shumë degë të mjekësisë, gjegjësisht të stomatologjisë, kryen veprimtari arsimore, veprimtari hulumtuese – shkencore, siguron lidhshmëri funksionale të veprimtarive, organizon veprimtari të veçantë të laboratorisë dhe veprimtarisë diagnostifike, rentgen diagnostika, veprimtari anesteziologjike dhe reumatike, pranim dhe triazh të të sëmurëve, furnizimin me barna dhe materiale sanitare si dhe mjeteve sanitare. Po ashtu, qendra kryen edhe mbrojtje shëndetësore spitalore në aspektin e konstruktiveve – specialitike.

✚ **Klinika universitare, instituti universitar gjegjësisht Qendra Klinike Universitare dhe Spitali Klinik** veprimet e tyre arsimore dhe hulumtuese – shkencore i kryejnë në atë mënyrë që sigurojnë një tërësi funksionale të veprimtarisë shëndetësore, arsimore dhe asaj që ka të bëjë me hulumtimet shkencore, në pajtueshmëri me nevojat e Fakultetit të Mjekësisë, gjegjësisht atij të Stomatologjisë që kanë të bëjnë me realizimin e programeve studimore.

✚ **Barnatorja:** kryen veprimtari farmaceutike, veçanërisht bën porosinë, vendosjen, rruajtjen, dorëzimin, hulumtimin dhe kontrollimin e barnave, të materialeve dhe mjeteve sanitare, të substancave mjekësore, përpunon barna magjistrale, jep udhëzime për përdorimin e barnave, bën furnizimin dhe destinimin e lëndëve që shërbejnë për prodhimin e ushqimeve për fëmijë, ushqimeve dietale, mjeteve ndihmëse ortopedike dhe mjeteve, veglave dhe instrumenteve medicinale.

2.7 Modeli aktual i menaxhimit dhe baza juridike e organizimit të Qendrës Klinike Universitare “Nënë Tereza” Shkup

Institucioni publik shëndetësor (IPSH) – Qendra Klinike Universitare Shkup është themeluar nga Kuvendi i Republikës së Maqedonisë në vitin 1996. Themeluesi, Kuvendi i Republikës së Maqedonisë, e ka dhënë pëlqimin për statutin e Institucionit publik shëndetësor (IPSH) - Qendrës Klinike.

Nga kjo kuptohet se themeluesi i Qendrës Klinike është Kuvendi, me këtë akt ligjor. Iniciativa e parë për ndarjen e Qendrës Klinike Universitare daton që nga viti 2007, kur Qeveria solli vendim, por ajo hasi në kritika të ashpra dhe me përmasa të mëdha nga qarqet e ndryshme juridike, akademike dhe politike (86).

Gjeneza e modelit aktual të organizimit dhe menaxhimit të Qendrës Klinike Universitare, mundet të kërkohet dhe gjindet në Vendimin për ndarjen e institucionit publik shëndetësor Qendrës Klinike Universitare, i cili vendim u soll nga Qeveria e Republikës së Maqedonisë në vitin 2008.

Sipas këtij vendimi Institucioni publik shëndetësor - Qendra Klinike Universitare – Shkup, ndahet në më shumë Klinika Universitare dhe modeli aktual i Qendrës Klinike Universitare “Nënë Tereza” Shkup përfshinë institucionet publike shëndetësore të paraqitura në Tabelën 1.1.

Tabela 1.1 Institucionet Publike Shëndetësore të Qendrës Klinike Universitare “Nënë Tereza” Shkup

Nr	Institucioni	Klinika	Qyteti
1.	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare e Sëmundjeve Kirurgjike	Shkup
2	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare e Kirurgjisë maksilofaciale (për fytyrë, nofull dhe qafë)	Shkup
3	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Kirurgji torakale dhe Kirurgji vaskulare –	Shkup.
4	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Kirurgji Digjестive –	Shkup
5	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Kirurgji për fëmijë –	Shkup
6	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Kirurgji plastike dhe Kirurgji rekonstruktive	Shkup
7	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Kardiologji	Shkup
8	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Kardiokirurgji	Shkup
9	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Neurologji	Shkup
10	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Neurokirurgji	Shkup.
11	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Nefrologji	Shkup
12	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Urologji	Shkup
13	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare Otorinolaringologjike (ORL)	Shkup
14	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për sëmundjet e syrit (oftalmologji)	Shkup
15	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Gastroenterohepatologji	Shkup
16	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Gjinekologji dhe Akushi	Shkup
17	Institucioni publik shëndetësor.	Klinika Universitare për Dermatologji	Shkup
18	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Endokrinologji, Diabetit dhe Çrregullime me metabolizmit	Shkup
19	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për sëmundje infektive dhe gjendjet febrile	Shkup
20	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Biokimi klinike	Shkup
21	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Psikiatri	Shkup
22	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Pulmologji dhe Alergologji	Shkup
23	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Radiologji	Shkup
24	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Radioterapi dhe Onkologji	Shkup
25	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Reumatologji	Shkup
26	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Toksikologji	Shkup
27	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Hematologji	Shkup
28	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për sëmundjet e fëmijëve	Shkup
29	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Traumatologji	Shkup
30	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për sëmundjet ortopedike	Shkup
31	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për Anestezion, Reanimim dhe Mjekim Intenziv	Shkup
32	Institucioni publik shëndetësor	Klinika Universitare për dëgjim, të folur dhe zë	Shkup
33	Institucioni publik shëndetësor	Qendra Klinike Universitare Stomatologjike	Shkup

Këto Klinika Universitare, si institucione shëndetësore terciare, janë pasardhësit juridik të Institucionit publik shëndetësor - Qendrës Klinike Universitare “Nënë Tereza” Shkup.

Gjithashtu në Republikën e Maqedonisë ekzistojnë rreth 35 institucione shëndetësore të nivelit sekondar nga të cilat 3 janë spitale klinike, 13 janë spitale të përgjithshme, 7 janë spitale speciale, 7 janë ente për mbrojtje shëndetësore dhe 5 institute shëndetësore.

Ndërsa në kuadër të Mjekësisë primare përfshihen 51 institucione shëndetësore, nga të cilat 34 janë shtëpi shëndeti dhe 17 janë organizata shëndetësore respektivisht poliklinika.

2.8 Koncepti aktual i udhëheqjes me institucionet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë

Rolin kryesor në realizimin e procesit të udhëheqjes me institucionin shëndetësor e ka organi udhëheqës - drejtori, i cili në pajtueshmëri dhe përputhshmëri me ligjin është i detyruar të bëjë organizimin dhe udhëheqjen e procesit të punës, ai udhëheq veprimtarinë e institucionit shëndetësor publik, në kuadër të autorizimeve që posedon sjell vendime individuale, e përfaqëson dhe prezenton institucionin që drejton ndaj personave të tretë dhe është përgjegjës për ligjshmërinë e drejtë të veprimtarisë së institucionit shëndetësor publik dhe për obligimet ligjore që merren dhe që përcillen. Si kushte të veçanta për emërim të një personi në organin udhëheqës dhe menaxhues në institucionin shëndetësor më së shumti përmenden:

1. Të ketë kualifikim të lartë nga lëmia e shkencave të mjekësisë ose stomatologjisë, arsimim të lartë – logoped i diplomuar, arsimim të lartë – specialist i biokimisë medicinale, arsimim të lartë nga fusha e shkencave të ekonomisë ose juridike ose menaxhment shëndetësor publik ose studime të kryera akademike me më së paku 240 ECTS, gjegjësisht niveli VIB në pajtueshmëri me kornizën kombëtare (nacionale) që ka të bëjë me kualifikimet e larta arsimore;

✚ Së paku 5 vjet përvojë pune;

✚ Të ketë dhënë provimin për drejtor në pajtueshmëri me ligjin;

✚ Ta plotësoj kushtin që ka të bëjë me propozim programin për punë në institucionet shëndetësore publike.

Në praktik implementohet edhe lidhja e një marrëveshjeje të shkruar menaxheriale, e cila respektohet nga subjekti i përfshirë në të, ngase në të kundërtën janë të parapara edhe dënime të kontraktuara nëse nuk ju përmbahen të lartëpërmendurave. Inovacion shumë të rëndësishëm paraqet emërimi dhe përcaktimi në praktikë i dy drejtorëve edhe atë: Drejtorit organizativ dhe Drejtorit medicinal të institucionit publik shëndetësor; Shtëpisë së shëndetit me mbi 1000 të punësuar; Qendra klinike universitare, Klinika universitare, Spitali klinik, Institucioni Universitar dhe Instituti si tërësi. Këto mbajnë përgjegjësi për mbarëvajtjen e punës së institucionit publik shëndetësor dhe për obligimet që i kanë marrë në aspektin juridik - ligjor në përputhshmëri dhe pajtueshmëri me autorizimet dhe obligimet kompetente të përcaktuara me ligj ose me ndonjë aktvendim tjerët të përcaktuar, me ndonjë akt nënligjor ose edhe me kontratë menaxheriale.

Në përputhshmëri me nenin 105 (2 dhe 3) Drejtori medicinal duhet të ketë mbaruar arsimimin e lartë nga fusha e mjekësisë ose të stomatologjisë ose të ketë mbaruar arsimim të lartë – logoped i diplomuar, arsimim të lartë – specialist i biokimisë medicinale, studime të kryera akademike me më së paku 240 ECTS, gjegjësisht niveli VI B në pajtueshmëri me kornizën kombëtare (nacionale) që ka të bëjë me kualifikimet e larta arsimore së paku 5 vjet përvojë pune në institucionin shëndetësor dhe të ketë dhënë provimin për drejtor. Drejtori medicinal është i pavarur dhe përgjegjës për këto veprimtari:

2. Organizimin e punës së personelit mjekësorë dhe organizimin e punës me bashkëpunëtorët shëndetësor;
3. Avansimin e qëndrimeve diagnostifike dhe terapeutike dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore;
4. Aplikimin e metodës për udhëzim dhe sqarim për shërbimet shëndetësore.

Në pajtueshmëri nenin 105 (4 dhe 5) drejtori organizativ duhet të ketë mbaruar arsimim të lartë në shkencat ekonomike ose juridike ose menaxhment shëndetësor publik, së paku tre vjet përvojë pune në fushën e ekonomisë, financave, drejtësi, menaxhmentit ose nga fusha e organizimit të sistemit shëndetësor dhe mbrojtjes shëndetësore ose të ketë mbaruar studimet akademike me së paku 240 ECTS, gjegjësisht së paku nivelin VIB, në pajtueshmëri dhe përputhshmëri me kornizën e kualifikimeve të larta arsimore, së paku 5 vjet përvojë pune në institucionin shëndetësor dhe ta ketë dhënë provimin për drejtor.

Drejtori organizativ është i pavarue dhe i autorizuar për kryerjen e këtyre veprimeve:

- ✚ Organizimin e punës në fushën e menaxhimit të stafit të punësuar në institucionin shëndetësor publik të cilët nuk janë personel mjekësorë ose bashkëpunëtorë shëndetësor;
- ✚ Kontrollin mbi respektimin e orarit të punës nga të gjithë të punësuarit e institucionit shëndetësor publik;
- ✚ Punën materialo- financiare të institucionit shëndetësor publik;
- ✚ Kontabilitetin material;
- ✚ Vendimin për të udhëhequr dhe obligimet të cilat janë të përcaktuara me Ligjin për marrëdhënie pune, të punëtorëve në institucionet shëndetësore publike;
- ✚ Furnizimin e institucionit shëndetësor publik me material harxhuese;
- ✚ Pagesën e të ardhurave vetanake të institucionit shëndetësor publik;
- ✚ Pagesën për pjesëmarrje të të siguruarve me mjete vetanake në çmimin e shërbimeve mjekësore në institucionin shëndetësor publik.

Duke i analizuar të lartëshënuarat vijmë në përfundimin se drejtori medicinal dhe drejtori organizativ janë bashkërisht të obliguar, ngarkuar dhe të autorizuar për çdo gjë tjetër përveç obligimeve dhe detyrimeve të tilla që janë të dedikuara dhe të përcaktuara me ligj kryesisht për njerin apo tjetrin drejtor, veçanërisht për:

- ✚ Përgatitjen e propozim planit për furnizime publike dhe përcjellja e tij deri te këshilli drejtues i institucionit shëndetësor publik i cili do të sjell vendim, do të planifikoj dhe vendos, do të nënshkruaj kontrata për furnizime publike, do të përcjell dhe realizoj këto furnizime publike për nevojat e institucionit shëndetësor publik;
- ✚ Për punësimin në institucionin shëndetësor publik;
- ✚ Orarin e punës për personelin mjekësor dhe për bashkëpunëtorët mjekësor në ndrime dhe përcaktimin e ekipeve punuese;
- ✚ Të drejtën për të marrë vendime për shpërblimin e të gjithë të punësuarve në institucionin shëndetësor.

Drejtori i institucionit shëndetësor privat emërohet në bazë të kushteve dhe mënyrës së përcaktuar me akt të përgjithshëm të institucionit shëndetësor privat.

Drejtori i institucionit shëndetësor publik zgjidhet në bazë të konkursit publik të shpallur nga këshilli drejtues i institucionit shëndetësor publik, ndërsa atë e emëron dhe shkarkon Ministri i shëndetësisë, i cili për këtë vendim ka të drejtë të kërkoj mendim nga këshilli shëndetësor. Ligji parashikon obligimin e drejtorit që në çdo gjashtë muaj të dorëzoj raport për punën e tij te Ministri i shëndetësisë, në të cilin raport veçanërisht janë të përmbledhura të dhënat për numrin, llojin dhe vëllimin e shërbimeve dhe për punën financiare të institucionit shëndetësor publik. Nëqoftë se në raportin e dorëzuar për punën e kryer konstatohen mangësi ose humbje financiare drejtori është i obliguar që këto mangësi dhe këto rezultate financiare të dobta t'i mënjanojë në gjashtë muajt e ardhshëm. Nëqoftë se edhe pas këtij afati të caktuar të gjitha këto mangësi nuk menjanohen dhe nuk tejkalohen ose ka humbje në aspektin financiar, Ministri i shëndetësisë obligohet ta shkarkoj drejtorin dhe të emëroj ushtrues detyre drejtor deri në emërimin e tij pas konkursit të shpallur por jo më gjatë se gjashtë muaj. Drejtori i institucionit shëndetësor publik mundet të shkarkohet edhe para afatit kohorë për të cilin është emëruar, në këto raste:

- ✚ Me kërkesën e tij;
- ✚ Nëse krijohet ndonjë situatë e tillë e pavolitshme që sipas rregullave të përcaktuara për marrëdhënie pune dhe me ligj detyron ndërprerjen e marrëdhënies së punës;
- ✚ Nëse punon dhe sillet në kundërshtim me ligjin, statutin dhe aktet e institucionit, në mënyrë të paarsyeshme nuk i zbaton vendimet e këshillit drejtues ose vepron në kundërshtim me këto vendime;
- ✚ Nëse me punën e tij të paarsyeshme dhe të ç'rregullt i shkakton dëm institucionit të cilin e përfaqëson dhe nëse për shkak të neglizhencës dhe mos kryerjes së detyrave dhe obligimeve paraqiten ç'rregullime në funksionimin e veprimtarisë së institucionit;
- ✚ Nëse gjatë dy gjashtëmujorëve të afatizuar institucioni e përmbyll me humbje veprimtarinë financiare;
- ✚ Nëse nuk ka përgatitur, sjellur dhe realizuar programi i përcaktuar dhe definuar sipas nenit 148, paragrafi 2 i ligjit, gjegjësisht nuk ka siguruar mjete financiare të nevojshme për finansimin e specializimeve, respektivisht subspecializimeve nga mjetet e përgjithshme të buxhetit të institucionit shëndetësor;
- ✚ Nëse nuk i realizon rekomandimet e këshillit mbikqyrës profesional;
- ✚ Për shkak të realizimit të numrit më të madh të punësimeve nga ajo që është planifikuar me programin për punë të institucionit shëndetësor publik.

✚ Për shkak të pagesave më të larta për punën e kryer jashtë orarit të punës dhe për të gjitha obligimet e planifikuara me kontratë;

✚ Nëse pengon në shfrytëzimin e të drejtave dhe kryerjen e obligimeve të shfrytëzuesve të mbrojtjes shëndetësore;

✚ Nëse nuk dorëzon raport të rregullt gjashtëmujorë për punën e realizuar.

Me qëllim të udhëheqjes eficiente dhe të suksesshme të institucioneve shëndetësore, ekziston dhe funksionon një trup i vaçantë, i ashtuquajtur, kolegium profesional i cili paraqet një organ profesional të institucionit. Ky trup i propozon drejtorit nevojën për furnizim me barna dhe me materiale tjera harxhuese të nevojshëm për kryerjen e veprimtarisë shëndetësore të institucionit shëndetësor publik dhe në përputhje me programin për punë kryen edhe punë të tjera të përcaktuara me statutin e institucionit.

Kolegiumin profesional e përbëjnë drejtori, udhëheqësit e reparteve dhe kryeinfermierja e institucionit shëndetësor.

2.9 Kordinimi i klinikave universitare në Republikën e Maqedonisë

Procesi i sinkronizimit të punëve, detyrave dhe aktiviteteve që kryhen në njësitë e ndryshme organizative me qëllim të realizimit të objektivave dhe qëllimeve institucionale definohet si kordinim. Kordinimi si njëri ndër qëllimet kryesore të secilit menaxher duhet të realizohet me sukses në organizatë. Gjatë menaxhimit të aktiviteteve institucionale, menaxherët duhet t'i kenë parasysh tre aspektet e kordinimit:

1. Kordinimin midis individëve në grup - anëtarët duhet të punojnë në ekip dhe në mënyrë harmonike, duke i sinkronizuar aktivitetet që ato të kryhen në mënyrë efikase.

2. Kordinimin midis njërive organizative në ndërmarrje - zakonisht ndërmarrja është e përbërë nga pjesë të ndryshme organizative, të cilat duhet të punojnë së bashku dhe në pajtueshmëri me realizimin e qëllimeve. Çdo njësi duhet të dijë se çka punojnë njësitë tjera, kështu që aktivitetet e një njësie duhet të kordinohen me aktivitetet e njësisë tjetër.

3. Kordinimin midis ndërmarrjeve të ndryshme - puna e ndërmarrjes si një sistem i hapur është e lidhur me punën e ndërmarrjeve të tjera dhe varet apo është nën ndikimin e faktorëve të ndryshëm të rrethinës.

Menaxheri duhet t'i sinkronizojë aktivitetet e ndërmarrjes me aktivitetet e tjera të subjekteve, gjë që rezulton në efikasitetin dhe efektivitetin e realizimit të qëllimeve organizative (87). Që të realizohet në mënyrë më efikase, kordinimi kërkon që menaxherët gjatë procesit të planifikimit, sidomos gjatë vendosjes së qëllimeve, të përkufizimit të strategjive, politikave dhe planeve, të arrijnë në shkallë të lartë të harmonizimit; të thjeshtësojnë procesin e organizimit, me qëllim që më lehtë të realizohet kordinimi; si dhe të caktojnë metoda më të mira për komunikim, që të eliminohen të gjitha pengesat e mundshme gjatë komunikimit. E tërë kjo duhet bërë që kordinimi të funksionoj mirë dhe të krijohen kushte që secila njësi të punojë në harmoni me të tjerat dhe secila prej tyre të jetë e informuar në mënyrë të përpiktë për kontributin e tyre në qëllimet e përgjithshme dhe ndihmën reciproke që ata janë në gjendje t'ia japin njëra-tjetrës (87).

2.9.1 Burimet e nevojave për kordinim

Nevoja për kordinim paraqitet nga dallimeve që ekzistojnë midis njësive organizative. Të pashmangshme janë dallimet në aspektin e orientimit kah qëllimet dhe varësisht nga niveli ku është i punësuar individi, në atë drejtim e trason rrugën e arritjes së qëllimeve. Kordinimi nuk ndihmon që të eliminohen dallimet, por ai duhet të mundësojë realizimin e qëllimeve të përbashkëta duke u kujdesur për dallimet dhe interesat e ndryshme të njësive organizative.

✚ Në aspektin e shpejtësisë së zgjidhjes së problemit ekzistojnë dallime të dukshme si psh. nëpër repartet e një institucioni shëndetësor problemet kërkojnë zgjidhje të shpejta, kurse në sektorin e planit dhe të analizës nuk kërkojnë zgjidhje edhe aq të shpejtë.

✚ Mospërputhshmëria e interesave personale me interesat e përgjithshme organizative është dallimi kryesorë midis njësive organizative dhe shpesh herë këto interesa personale nuk përputhen me interesat e përgjithshme.

✚ Ndryshime paraqiten edhe në aspektin e normimit në punë. Në disa sektorë insistohet në gjithëpërfshirjen e normimit në punë, kurse në sektorë të tjerë puna normohet shumë rëndë.

2.9.2 Llojet e kordinimit

Llojet e kordinimit që duhet të zbatohen në një institucion janë në varësi të drejtëpërdrejtë nga mënyra e dizajnit të strukturës organizative, nga elementet integrative si: shkalla e normalizimit, centralizimi, decentralizimi, vëllimi i menaxhmentit, shkalla e standardizimit etj.

✚ **Kordinimi vertikat** - ekziston midis njerëzve të niveleve të ndryshme në organizatë dhe realizohet përmes delegimit të autoritetit. Është mjet me të cilin menaxheri i integron aktivitetet e njësisë së vet në planet e tyre. Ky lloj kordinimi realizohet përmes mjeteve të ndryshme që mundësojnë që informacionet të barten nga lartë-poshtë nëpër nivelet e organizatës. Për këtë qëllim organizatat në kuadër të njësive, funksioneve apo sektorëve ndërtojnë sisteme informative të cilat luajnë rol të veçantë në kordinimin e aktiviteteve të ndryshme të sektorëve të ndryshëm.

✚ **Kordinimi horizontal** – paraqet kordinimin midis njerëzve dhe njësive të nivelit të njejtë organizativ, psh. në dizajnimin e një prototipi të një shërbimi angazhohet zëvendës drejtori i shërbimit, i sektorit të menaxhimit të cilësisë, i furnizimit, i marketingut, i shitjes dhe i financave.

✚ **Kordinimi diagonal** – paraqet kordinimin midis funksioneve të ndryshme dhe menaxherëve të njësive të ndryshme, të cilët ndihmohen për shkak të afërsisë në punë, kontakteve të afërta dhe kanaleve më të shkurta të komunikimit (88).

Kordinimi është në lidhje të ngushtë me organizimin e veprimtarisë shëndetësore nëpër klinikat universitare, për arsye se modeli i përzgjedhur dhe i përcaktuar për udhëheqje, në të cilën rolin e veçantë dhe dominues e ka Drejtori menaxhues dhe Drejtori organizativ, mundet që me sukses të impementohet në kushte kur kemi harmonizim dhe baraspeshë të aktiviteteve që i kryejnë po të njejtët subjekte.

Në kushtet kur ekziston hierarki e qartë gjatë udhëheqjes me klinikat universitare, kordinimi mundet të stimulojë dhe të ndihmojë në realizimin e punës ekipore, realizimin e bashkëpunimit më të madh, klasifikimin e veprimtarive të nevojshme si dhe realizimin me sukses të këtyre veprimtarive. Prandaj, sot me një siguri dhe vendosmëri shumë të lartë bëhet fjalë për kordinimin si faktor kryesor në menaxhimin me institucionet shëndetësore, i cili mundëson krijimin e marrëdhënieve të mira dhe efektive midis menaxherëve dhe personelit mjekësorë dhe bashkëpunëtorëve.

Për derisa organizimi i proceseve nëpër klinika realizohet përmes mjeteve të kordinimit, ai do të mundësojë reduktimin në masë të madhe të mosmarrëveshjeve gjatë aplikimit dhe realizimit të disa proceseve, me sukses do të realizohen qëllimet e sistemit shëndetësor, i cili sistem nga vet natyra e tij është shumë ngushtë i lidhur, si një tërësi funksionale në të cilën pjesët e ndara janë të lidhura mes veti dhe munden të jenë në funksion vetëm e vetëm me një kordinim solid.

Më saktësisht “organizimi si proces në të cilën puna është e përcaktuar, njësitë organizative janë formuar dhe marrëdhëniet e sjelljet e autoritetit janë të caktuara” (90) është e pamundur pa një aktivitet të kordinuar. Kordinimi e mundëson dhe e ndihmon procesin e organizimit në “vendosjen e marrëdhënieve efektive të sjelljes midis individëve, ashtu që ato do të mundën të punojnë bashkërisht, me efikasitet dhe të arrijnë vetkënaqësi në zbatimin dhe realizimin e detyrave të zgjedhura në kushtet e përcaktuara në rrethanat që paraqiten në momentin e dhënë, me synimin e vetëm për arritjen e ndonjë qëllimi të caktuar” (91).

Në realizimin e veprimtarisë punuese në klinikat universitare, kordinimi është i rëndësishëm edhe për analizën e riskut, respektivisht për veprimin e ekipit menaxherial në situata të paparashikueshme, veçanërisht në aspektin e sjelljes së vendimeve. Por dhe për zhvillimin e procesit kreativ si shkak dhe pasojë e vendimmarrjes produktive dhe të suksesshme. Kështu që, Heinz Wehrich dhe Harold Koontz potencojnë se menaxherët kreativ janë persona shumë kureshtarë, ashtu që gjithmonë kanë ide dhe mendime të pazakonshme dhe rallë herë ato i kënaq sitata status quo. Megjithatë janë shumë inteligjent, ato nuk mbështeten vetëm në procesin racional, por për zgjidhjen e problemit ato i inkadrojnë edhe aspektet emocionale në karakteristikat dhe vlerat e tyre. Në të shumtën e rasteve këta menaxherë kreativ shkaktojnë edhe vështirësi në organizatë (92). Parakusht themelor për kordinimin paraqet bashkëpunimi midis menaxherëve të klinikave të caktuara universitare për të gjitha çështjet që janë të lidhura dhe kanë të bëjnë me organizimin dhe funksionimin e tyre më efikas. Për këtë arsye edhe ligjdhënësi e ka paraparë rëndësinë e degëzimit gjatë realizimit të veprimtarisë shëndetësore në rrjetin ndërmjet nivelit primar, sekondar dhe atij terciar të mbrojtjes shëndetësore si parakusht i parë për kordinim të suksesshëm. Në këtë proces, rol të veçantë kanë edhe shoqëritë profesionale si dhe odat nga fusha e shëndetësisë të cilat japin mendimet e tyre në lidhje me propozimin e ministrit për degëzimin e veprimtarisë. Gjegjësisht, bashkëpunimi i institucioneve të shëndetësisë realizohet në disa nivele:

1. **Bashkëpunimi i institucioneve të nivelit primar me subjekte tjera (neni 41 i Ligjit për mbrojtje shëndetësore):** me qëllim të një trajtimi shëndetësor sa më efikas dhe cilësor për pacientët, institucionet e nivelit primar shëndetësor janë të obliguar që të bashkëpunojnë me institucionet shëndetësore të niveli sekondar dhe terciar (86). Për realizimin e veprimtarisë në fushën e shëndetit publik, institucionet shëndetësore bashkëpunojnë me institucionet e shëndetit publik, komunat, gjegjësisht me qytetin e Shkupit, me institucionet edukativo – përmirësuese, institucionet për mbrojtje shëndetësore, shoqëritë dhe fondacionet dhe me punëdhënësit.

2. Bashkëpunimi midis institucioneve shëndetësore të nivelit sekondar në rrjet, rregullohet me marrëveshje midis institucioneve shëndetësore në lidhje me sigurimin e ndihmës së parë urgjente, kryerja e shërbimeve në përputhje me degëzimin për kryerjen e shërbimeve shëndetësore si dhe shfrytëzimi i kapaciteteve diagnostike të përbashkëta dhe kapacitete të tjera si dhe duke i shfrytëzuar format tjera të bashkëpunimit. Nëse ndonjë institucion shëndetësor i nivelit sekondar, i cili është i ndarë me veprimtarinë e tij, përkohësisht nuk është në gjendje të sigurojë numër të caktuar të personelit mjekësorë në përputhshmëri me kriteriumet për përcaktimin e rrjetit, gjegjësisht nuk mundet t'i plotësoj kriteret e caktuara të kontratës së nënshkruar me fondin ose për arsye tjera nuk është në gjendje të përmbush obligimet e marra nga fondi, atëherë do të mundet të lidh marrëveshje në kohë të caktuar me ndonjë institucion shëndetësor të nivelit sekondar për kryerjen e punës së caktuar nga programi i saj, gjegjësisht ato pjesë të programit t'i kryejnë bashkërisht. Gjithashtu, institucionet e nivelit sekondar gjatë lëshimit të pacientit nga spitali, sipas nevojës, bashkëpunojnë me institucione tjera. Përveç këtyre formave të bashkëpunimit midis institucioneve shëndetësore, Ministria e shëndetësisë realizon marrëveshje të veçantë, sipas nenit 234 të ligjit, me përfaqësuesit e Qendrës për menaxhim me krizat dhe me Drejtorinë për mbrojtje dhe shpëtim, Kryqin e Kuq dhe me institucionet tjera shtetërore dhe shoqata të ndryshme si dhe me qytetarë.

2.10 Modeli i menaxhimit dhe udhëheqjes në Institucionin publik shëndetësor (IPSH) – Klinika Universitare në Republikën e Maqedonisë

Përcaktimi dhe vendosja e modelit për menaxhim dhe udhëheqje me IPSH - Klinikën Universitare në Republikën e Maqedonisë paraqet një nevojë shumë të madhe dhe që ka rëndësi të madhe për funksionimin e suksesshëm të kësaj klinike. Motivimet për studimin e tij (IPSH) dhe hulumtimin e veprimtarisë së tij, rrjedhin nga mendimi se kjo klinikë në mënyrë transparente e ka vendosur modelin e saj për menaxhim dhe udhëheqje. Modeli normativ aktual është i përmbledhur dhe i vendosur edhe në aktin nënligjor të klinikës – Statut (93) por i njejtë akt është sjellur në bazë të aktit mjaft serioz edhe atë: neni 133 dhe 134 të Ligjit për mbrojtje shëndetësore, neni 32 paragrafi 4 i Ligjit për institucionet dhe neni 33 nga Vendimi i Qeverisë së Republikës së Maqedonisë për ndarjen e Institucionit publik shëndetësor (IPSH) - Qendra Klinike Universitare - Shkup. Organi i autorizuar për sjelljen e këtij akti është Këshilli drejtues i Institucionit publik shëndetësor – Klinika Universitare – Shkup.

Me këtë Statut rregullohen: Emri dhe selia e institucionit, organizimi dhe mënyra e realizimit të veprimtarisë, përfaqësimi dhe paraqitja, menaxhimi, udhëheqja e punës, mbikqyrja, të drejtat dhe obligimet e shfrytëzuesve të mbrojtjes shëndetësore, mbrojtja shëndetësore në kushte të jashtëzakonshme të krizës dhe në kushtet e grevës, paraqitja publike dhe informimi dhe procedura për sjelljen e statutit dhe akteve të tjera të natyrës së përgjithshme (93).

Institucioni publik shëndetësor (IPSH) Klinika Universitare në Shkup është institucion shëndetësor publik me të drejta dhe obligime si dhe përgjegjësi dhe obligime të përcaktuara me ligj, me marrëveshje kolektive, këtë statut dhe akte të tjera të përgjithshme. Themeluesi i Klinikës Universitare është Qeveria e Republikës së Maqedonisë.

Klinikën Universitare e përfaqëson dhe e prezanton Drejtori, i cili përbëhet nga dy persona të cilët kanë të drejta të barabarta për përfaqësimin e Klinikës Universitare dhe kanë përgjegjësi të njëjtë për realizimin e punës së Klinikës Universitare si dhe për obligimet të cilat i kanë rimarë në aspekti juridik. Me autorizimin e Drejtorit, Klinika Universitare përfaqësohet nga ana e punonjësit të cilin do ta autorizojë drejtori.

Organizimi i punës në Klinikën Universitare bazohet në parimin e racionalizimit, efikasitetit dhe kontinuitetit të mbrojtjes shëndetësore. Me Klinikën Universitare qeveris Këshilli drejtues të cilin e përbëjnë shtatë anëtarë, nga të cilët tre anëtarë janë nga rradhët e personave profesional kompetentë, të cilët janë të punësuar në Klinikën Universitare të cilët i për zgjedh një organ profesional, ndërsa katër anëtarët tjerë të Këshillit drejtues i emëron themeluesi i Klinikës Universitare. Si anëtar i këshillit drejtues nuk mundet të zgjidhet Drejtori.

Anëtari i Këshillit drejtues dhe Drejtori nuk ka mundësi që përmes një anëtari tjetër ose ndonjë personi të tretë, të ketë çfardo lloji tjetër interesash në Klinikën Universitare për përfitime të ndryshme dhe në asnjë mënyrë nuk mundet të kenë ndikim të çfardo lloji, në pavarësinë dhe paanshmërinë gjatë të udhëhequrit, gjegjësisht të qeverisjes me institucionin. Secili anëtar i këshillit drejtues ose secili anëtar i organit qeverisës, gjegjësisht Drejtori i Klinikës Universitare, është i obliguar t'ia tërheq vërejtjen themeluesit për ekzistimin ose paraqitjen e dukurive të tilla të interesit të anëtarët e organit për qeverisje, gjegjësisht t'i paraqesin te Drejtori.

Për anëtar të këshillit drejtues nuk ka mundësi të emërohet dhe të zgjidhet person i cili përveç te rastet e përcaktuara me ligj për institucionet, është i punësuar ose posedon aksione të subjektet juridike të cilat kryejnë veprimtari prodhuese ose qarkullim me barna, mjete ndihmëse medicinale, gjegjësisht paisje medicinale.

Këshilli drejtues i Klinikës Universitare i kryen këto punë:

- ✚ Sjell statutin dhe akte tjera të përgjithshme për Klinikën Universitare dhe njëkohësisht e ndjek procesin e realizimit të tyre;
- ✚ E përcakton, shqyrton dhe analizon buxhetin e Klinikës Universitare;
- ✚ E shqyrton dhe aprovon llogarinë përfundimtare;
- ✚ Sjell dhe miraton programin për deponime dhe investime në bazë të prioritetëve të përcaktuara shëndetësore;
- ✚ I kontrollon marrëveshjet - kontratat e Fondit për sigurimin shëndetësor të Republikës së Maqedonisë, për formën, vëllimin cilësinë dhe afatet për realizimin e mbrojtjes shëndetësore;
- ✚ Sjell vendim për porositë publike në përputhshmëri me Ligjin për të hyra publike;
- ✚ E pranon dhe e sublimon raportin vjetor për punën e Klinikës Universitare;
- ✚ E miraton dhe e përcakton planin financiar të Klinikës Universitare;
- ✚ Shpall konkurs për Drejtor të Klinikës Universitare;
- ✚ Propozon ndrimin e veprimtarisë dhe ndryshime tjera statutore;
- ✚ Bën zgjedhjen e komisioneve, siç janë: komisionet e përhershme dhe ato të përkohshme;
- ✚ Sjell vendim për lartësinë e mjeteve financiare (harxhimeve) të nevojshme për dhënien e provimeve profesionale të punonjësve shëndetësorë të cilët kanë të kryer shkollën e mesme, të lartë dhe arsim të lartë profesional në kohëzgjatje prej tre vjetësh;
- ✚ Vendos dhe lejon udhëtime zyrtare jashta vendit dhe e cakton afatin dhe kohëzgjatjen e udhëtimit;
- ✚ Vendos për lejimin e specializimeve dhe subspecializimeve dhe për llojet tjera të edukimit të punonjësve;
- ✚ Sjell vendime për lartësinë e mjeteve për dhënien e provimeve profesionale të personelit mjekësorë me shkollë të mesme të mbaruar, arsim të lartë dhe profesional me kohëzgjatje prej tre vjetësh;
- ✚ Vendos në shkallën e dytë për ankesat e të punësuarve;
- ✚ Sjell planin për furnizimet publike për vitin e ardhshëm;

✚ Sjell vendim për formimin e njësive organizative të reja si dhe vendim për riorganizimin e tyre në kuadër të Klinikës Universitare, por duke marrë parasysh mendimin e marrë më herët prej kolegiumit profesional;

✚ Kryen edhe punë të tjera të përcaktuara me ligj, marrëveshje kolektive, me këtë statut si dhe akte të tjera të përgjithshme.

✚ Anëtarët e Këshillit drejtues në seancën e parë zgjedhin kryetarin dhe zëvendës kryetarin e Këshillit drejtues, me shumicë votash të numrit të përgjithshëm të anëtarëve të Këshillit drejtues. Mandati i anëtarëve të Këshillit drejtues zgjat katër vjet. Personi i njejtë ka mundësi që të zgjidhet më së shumti dy herë radhazi anëtar i Këshillit drejtues.

✚ Anëtari i Këshillit drejtues i Klinikës Universitare mundet të shkarkohet para skadimit të afatit kohorë për të cilin është zgjedhur dhe emëruar, në këto raste:

✚ Me kërkesën e tij;

✚ Nëse është ndërprerë baza mbi të cilën është emëruar;

✚ Nëse paarsye mungon në seancat e Këshillit drejtues më së paku dy herë në vit;

✚ Nëse në mënyrë plotësuese konstatohet se ka, në bazë të çfardo lloji, interesa përmes personit të tretë, të cilat mundet të kenë çfardo lloj ndikimi në pavarësinë dhe paanshmërinë e tij gjatë kryerjes së detyrës si anëtar i Këshillit drejtues;

✚ Nëse punon në kundërshtim me ligjin.

Këshilli drejtues i Klinikës Universitare punon dhe vendos në seancat, në të cilat mbahet procesverbal. Puna e Këshillit drejtues është publike. Seancën e konvokon, e thir, kryetari i Këshillit drejtues sipas nevojës, kurse kur bën kërkesë Drejtori ose kolegiumi profesional, që të mbahet seancë, kryetari është i obliguar dhe i detyruar ta thërasë mbledhjen nëse këtë e kërkojnë 10% të të punësuarve (93).

Këshilli drejtues vendimet i sjell me shumicë votash nga numri i përgjithshëm i anëtarëve, kurse vendimet për punët me interes publik i vendos me shumicë votash edhe të përfaqësuesve të themeluesit.

2.11 Roli i organit drejtues i Klinikës Universitare

Drejtori i Klinikës Universitare sipas autorizimeve ligjore dhe statutore që i posedon ka të drejtë dhe obligim që të marrë pjesë në punën e Këshillit drejtues, në përgatitjen e seancave (mbledhjeve) të Këshillit drejtues, të sqarojë për ligjshmërinë dhe vendimet e Këshillit drejtues por pa të drejtë për të vendosur.

Organi drejtues i Klinikës Universitare përbëhet nga dy persona të cilët janë njëloj të ngarkuar, me të drejta të barabarta për vendimmarrje në punën e Klinikës Universitare dhe kanë përgjegjësi të njejtë në realizimin e obligimeve.

Për Drejtor të Klinikës Universitare emërohen persona të cilët përveç kushteve të përgjithshme të përcaktuara me Ligjin për marrëdhënie pune, duhet të plotësojnë edhe kushte tjera të përcaktuara me ligjin për mbrojtje shëndetësore.

Njëri nga personat që emërohet për drejtor duhet të ketë mbaruar arsimim të lartë nga fusha e mjekësisë - shkencat mjekësore ose stomatologjike, me së paku pesë (5) vjet përvojë pune në institucionin shëndetësor si dhe të ketë të dhënë provimin për drejtor në pajtueshmëri me Ligjin për mbrojtje shëndetësore.

Personi i dytë që emërohet për drejtor, duhet të ketë mbaruar arsimim të lartë nga fusha e shkencave ekonomike ose menaxhment shëndetësor publik, së paku tre (3) vjet përvojë pune nga ekonomia, financat, menaxhmenti ose drejtimit të organizimit të mbrojtjes shëndetësore dhe me provimin e dhënë për drejtor në pajtueshmëri me ligjin për mbrojtje shëndetësore.

Kandidatët për drejtor përveç kushteve të paraqitura në këtë nen të Ligjit për mbrojtje dhe sigurim shëndetësor, alineja 3 dhe 4 e këtij neni, duhet ta plotësojnë edhe kushtin shumë të rëndësishëm- të ofrojnë një program cilësor për punë të Klinikës Universitare.

Drejtori i Klinikës Universitare emërohet në bazë të konkursit publik të shpallur nga Këshilli drejtues. Me propozim të Këshillit shëndetësor, Ministri i shëndetësisë e bën emërimin gjegjësisht shkarkimin e Drejtorit.

Mandati i Drejtorit zgjat katër (4) vjet. Konkursin për emërimin e Drejtorit e shpall Këshilli drejtues i Klinikës Universitare. Konkursi shpallet në shtypin ditorë, edhe atë së paku në dy gazeta ditore. Afati për paraqitje është 15 ditë nga dita e shpalljes. Në konkurs, detalisht përshkruhen kushtet që duhet t'i plotësojë kandidati dhe dokumentet që duhet t'i dorëzojë. Konkursin për emërimin e Drejtorit e realizon komisioni i konkursit, i cili përbëhet nga tre anëtarë, të cilin e zgjedh Këshilli drejtues nga rradha e të punësuar në Klinikën Universitare.

Komisioni konkurues është i obliguar që në afat prej tetë (8) ditësh, nga dita e skadimit të dorëzimit të dokumenteve, po të njejtat dokumente t'i destinoj dhe t'i dorëzoj në Ministrinë e shëndetësisë.

Drejtori i Klinikës Universitare i kryen këto punë:

- ✚ Bën organizimin dhe udhëheq me punën e klinikës universitare;
- ✚ Sjell vendime në mënyrë të pavarur;
- ✚ Bën përfaqësimin dhe prezantimin e klinikës universitare para personave të tretë;
- ✚ Mban përgjegjësi për ligjshmërinë në procesin e punës;
- ✚ Propozon programin për punë dhe planin për zhvillim dhe merr masa për realizimin e tyre;
- ✚ Propozon organizimin e punës të institucionit shëndetësor dhe sistematizimin e vendeve të punës;
- ✚ Realizon vendimet e Këshillit drejtues;
- ✚ Bën emërimin dhe shkarkimin e punëtorëve me autorizime dhe të ngarkuar me përgjegjësi, emëron dhe shkarkon anëtarë të komisioneve për furnizime publike;
- ✚ Vendos për pranimin në punë të punëtorëve dhe vendosjen e tyre nëpër vendet e caktuara të punës;
- ✚ Paraqet raporte për rezultatet e arritura të punëve të realizuara të institucionit shëndetësor, duke u bazuar në llogarinë periodike dhe llogarinë vjetore;
- ✚ Bën shqyrtimin e ankesave të dërguara nga ana e shfrytëzuesve të mbrojtjes shëndetësore për shërbimet shëndetësore të ofruar;
- ✚ Merr pjesë në punën e Këshillit drejtues por pa të drejtë vote dhe të vendosjes;
- ✚ Lejon udhëtime zyrtare dhe përcakton afatin e udhëtimit;
- ✚ Urdhëron respektimin e rendit shtëpiak;
- ✚ Organizon dhe kontrollon shfrytëzimin dhe mirëmbajtjen e mjeteve themelore, veçanërisht të paisjeve medicinale;
- ✚ Organizon dhe udhëheq punën në kushte të jashtëzakonshme, gjendje krize dhe në kushte të grevës;

✚ Lidh kontrata për realizimin e shërbimeve shëndetësore me Fondin për sigurim shëndetësor, me të cilin rregullohet forma, vëllimi, cilësia dhe afatet për realizimin e mbrojtjes shëndetësore, mënyra e përlogaritjes dhe pagesës së shërbimeve shëndetësore, arsyet dhe kushtet në lidhje me atë se kur mundet të priset kontrata;

✚ Propozon anëtarë për formimin e komisioneve, para të cilave personeli mjekësor me shkollë të mesme, të lartë dhe të lartë profesionale në kohëzgjatje prej tre (3) vjetësh, duhet ta kalojnë provimin profesional;

✚ Sipas mendimit të Kolegiumit profesional sjell leje për kryerjen e veprimtarisë plotësuese të personelit mjekësorë;

✚ Kryen edhe shumë punë tjera të përcaktuara me ligj, me marrëveshje kolektive, me këtë statut dhe akte tjera të përgjithshme të Klinikës Universitare.

Gjatë kryerjes së punëve në bazë të kompetencave që i posedon, Drejtori sjell vendime, urdhëresa, udhëzime etj. Aktet dhe dokumentet financiare në kompetencë të Drejtorit i nënshkruajnë njëkohësisht të dy personat që janë emëruar si drejtor. Nëqoftëse akti ose dokumenti është nënshkruar vetëm nga njëri person, llogaritet se i njehti nuk është nënshkruar dhe nuk është valid – i plotfuqishëm. Nëse akti ose dokumenti financiar nuk është nënshkruar nga të dy personat, në afat prej pesë (5) ditësh, Këshilli drejtues i Klinikës Universitare sjell vendim përfundimtar për të njehtin akt në tre ditët e ardhshme në vijim.

Drejtori i Klinikës Universitare është i obliguar që çdo gjashtë (6) muaj të dorëzoj raport pune te Ministri i shëndetësisë, në të cilin raport është i obliguar dhe i detyruar të dorëzoj të dhëna për llojin dhe vëllimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe të realizuara dhe për punën financiare të Klinikës Universitare. Nëqoftëse nga raporti i dorëzuar konstatohen mangësi dhe keqpërdorime si dhe humbje financiare nga ana e Drejtorit, atëherë Drejtori obligohet që detyrimisht t'i eliminojë këto mangësi në gjashtë mujorin e ardhshëm. Nëse edhe në gjashtë mujorin e ardhshëm Drejtori nuk i eliminon këto mangësi dhe gabime dhe gjatë kësaj periudhe sërish hasen parregullsi – mangësi dhe humbje financiare, atëherë Ministri i shëndetësisë do ta shkarkojë (revokojë) Drejtorin dhe do të emërojë ushtrues detyre Drejtor, edhe atë deri në zgjedhjen e Drejtorit në bazë të konkursit të shpallur, por jo më shumë se gjashtë (6) muaj.

Drejtori i Klinikës Universitare mundet të shkarkohet nga ana e Ministrit të shëndetësisë para afatit që është i emëruar për Drejtor në këto rrethana:

- ✚ Me kërkesë personale të Drejtorit;
- ✚ Nëse paraqitet ndonjëra nga arsyet për shkakun e të cilave sipas rregullave të përcaktuara për marrëdhënie pune, i ndërpritet dhe i mbaron marrëdhënia e punës në përputhshmëri me ligjin;
- ✚ Nëse punon dhe vepron në kundërshtim me Ligjin për mbrojtje shëndetësore dhe ligj tjetër, në kundërshtim me këtë statut dhe aktet tjera të Klinikës Universitare, nuk i respekton dhe nuk i realizon vendimet e Këshillit drejtues ose vepron në kundërshtim me këto;
- ✚ Nëqoftëse me punën e tij të papërgjegjshme dhe të pandërgjegjshme ka krijuar dëme të Klinikës Universitare, nëse nuk i merr parasysht dhe i anashkalon vendimet dhe obligimet, nuk i realizon detyrimet që i ka, respektivisht nga kjo sjellje, do të vijë deri te ç'rregullimet në kryerjen e veprimtarisë së Klinikës Universitare;
- ✚ Nëse Klinika Universitare i përmbyll dy gjashtëmujorë radhazi dhe në kontinuitet me humbje në aspektin financiar;
- ✚ Nëse pengon në realizimin e të drejtave dhe obligimeve të shfrytëzuesve të mbrojtjes shëndetësore;
- ✚ Nëqoftëse nuk dërgon rregullisht në çdo gjashtë mujor raport për punën e kryer.

Në qoftëse **Drejtori i Klinikës Universitare**, vërteton parregullsi në ofrimin e shërbimeve për mbrojtjen shëndetësore, është i obliguar të marrë masa për menjanimin e parregullsive të paraqitura, gjithashtu sipas nevojës mundet të formojë dhe komisione profesionale për shqyrtimin e rasteve të paraqitura. Klinika Universitare posedon Kolegiumin profesional, i cili paraqet një organ profesional të Klinikës Universitare dhe përbëhet nga:

- ✚ Drejtori (të dy drejtorët e emëruar)
- ✚ Udhëheqësit e reparteve dhe të zyrave e shërbimeve
- ✚ Kryeinfermierja e Klinikës Universitare.

Kur në Kolegiumin profesional diskutohet për çështjet që kanë të bëjnë me punët që i kryen personeli jomedicinal (jomjekësor) dhe punët që nuk kanë të bëjnë me aspektin medicinal, atëherë në mbledhjet e këtylla mund të merr pjesë edhe udhëheqësi i sektorit të shërbimeve të përbashkëta gjegjësisht udhëheqësi i shërbimeve administrative juridike, kadrovike dhe punëve të përgjithshme teknike dhe udhëheqësi i shërbimit ekonomik dhe kontabilistik.

Kolegiumi profesional i kryen këto punë:

- ✚ Kujdeset për punën profesionale të Klinikës Universitare;
- ✚ Vendos për kontekstet dhe pyetjet profesionale në kuadër të kompetencave që janë të përcaktuara me ligj, marrëveshjeve kolektive, këtë statut dhe akteve tjera të përgjithshme të Klinikës Universitare;
- ✚ Përcakton baza profesionale të programeve për punë dhe zhvillime;
- ✚ I jep Drejtorit mendime, sugjerime dhe propozime në aspektin e organizimit të punës dhe kushteve për zhvillim dhe punë të aktivitetit;
- ✚ Përcakton dhe parashikon nëse ka nevojë të dërgoj në specializim, subspecializim dhe përsosmëri profesionale dhe edukative punonjësit me kualifikim të lartë;
- ✚ Propozon, përzgjedh dhe revokon anëtorë të Këshillit drejtues nga radha e punëtorëve të profesionalizuar dhe kompetent të Klinikës Universitare;
- ✚ I propozon Drejtorit për porosinë që duhet bërë në lidhje me barnat që nevojiten, mjetet ndihmëse medicinale dhe materialet harxhuese të cilat janë të nevojshme për kryerjen e aktiviteteve shëndetësore në institucionin shëndetësor publik - në pajtueshmëri me programin për punë dhe kryejnë edhe punë tjera të përcaktuara me statutin e institucionit;
- ✚ E rishikon propozim – statutin dhe propozimet e akteve të tjera të përgjithshme;
- ✚ Sjell rregullore për punë;
- ✚ I propozon Drejtorit anëtarë për komisione të cilat do të shërbejnë për dhënien e provimeve profesionale të personelit mjekësor me shkollë të mesme, të lartë dhe arsim të lartë profesional në kohëzgjatje prej tre vjetësh;
- ✚ Në lidhje me mundësinë e dhënies ose të të drejtës për të kryer punë plotësuese i propozon dhe jep mendime Drejtorit të Klinikës Universitare për plotësimin e kushteve për vendin e punës të personelit mjekësor;
- ✚ Kryen edhe punë tjera të përcaktuara me ligj, me këtë statut dhe me akte të përgjithshme.

Kolegiumi profesional punën e tij e realizon nëpër seanca të cilat i cakton dhe i thir Drejtori ose me kërkesë të ndonjë anëtari të Kolegiumit profesional të Klinikës Universitare. Puna e Kolegiumit profesional drejtohet nga një rregullore e veçantë për punë.

Mbikqyrjen për aspektin ligjor të kryerjes së punës dhe mbikqyrjen për punën profesionale në Klinikën Universitare e kryen institucioni i drejtësisë. Klinika Universitare organizon mbikqyrjen e brendshme mbi punën profesionale të personelit të tij mjekësor dhe të bashkëpunëtorëve shëndetësorë sipas mënyrës së përcaktuar me akte të përgjithshme, në pajtueshmëri me Ligjin për mbrojtje shëndetësore.

KAPITULLI III

3. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E PUNIMIT

3.1 Qëllimi

Qëllimi primar i këtij hulumtimi është që të nxjerr në pah çështjet më të rëndësishme për drejtuesit e institucioneve shëndetësore në lidhje me gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor dhe pritjet e tyre bashkë me planet lidhur me parashikimet për të ardhmen, si edhe pasqyrimi i pikëpamjeve të liderëve të institucioneve shëndetësore më të mëdha për periudhën kohore afatshkurte (tre deri pesë vitet e ardhshme) dhe periudhën kohore afatgjate (për dhjetë vitet e ardhshme).

3.2 Objektivat

Objektivat e këtij punimi pasqyrohen nga një pikë e objektivit të përgjithshëm dhe tre pika të objektivave specifike.

3.2.1 Objektivi i përgjithshëm

Të bëhet identifikimi i çështjeve më të rëndësishme me të cilat po ballafaqohet brenda një viti institucioni shëndetësore që ata e drejtojnë.

3.2.2 Objektivat specifike

- ✚ Të bëhet radhitja e 10 çështjeve më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë në institucionet shëndetësore që ata drejtojnë.
- ✚ Të plotësohet kushti që kjo radhitje të bëhet sipas nivelit të presionit që krijojnë këto çështje /dukuri tek të anketuarit e institucioneve shëndetësore.
- ✚ Të identifikohen edhe fushat specifike të shqetësimeve të përfshira brenda secilës nga këto çështjet.

KAPITULLI IV

4.MATERIALI DHE METODA

4.1 Materiali

Për realizimin e temës është analizuar e tërë infrastruktura ligjore dhe nënligjore mbi të cilën bazohet menaxhimi ekonomik në shëndetësi. Ky hulumtim është realizuar përmes anketimit anonim vjetor dhe intervistës ball për ball (sy më sy), telefonike dhe elektronike të personave përgjegjës të hierarkisë vendimmarrëse në nivel të institucioneve shtetërore siç janë:

- ✚ Ministria e shëndetësisë
- ✚ Fondi për sigurim shëndetësor
- ✚ Institucioneve publike shëndetësore siç janë: institucionet shëndetësore terciare respektivisht klinikat universitare dhe institucionet shëndetësore sekondare respektivisht spitalet klinike, spitalet e përgjithshme, spitalet special, entet dhe institutet e Republikës së Maqedonisë.

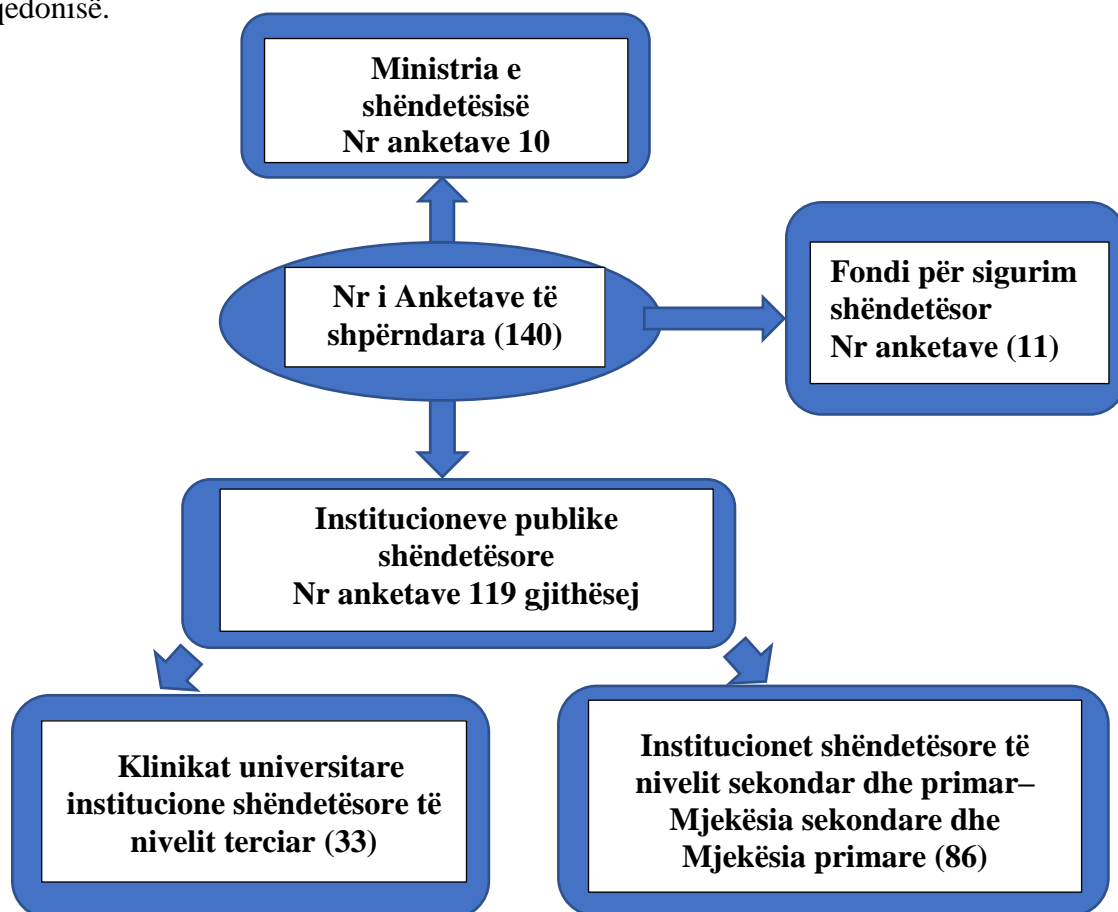


Figura 4.1 Skema e shpërndarjes të anketave sipas institucioneve shëndetësore

Hulumtimi është realizuar në një periudhë kohore më tepër se tre vjeçare, respektivisht në vitin 2013, 2014 dhe 2015 dhe në kuartalin e parë të vitit 2016, respektivisht në periudhën kohore nga fillimi i janarit deri në fund të marsit të vitit 2016, në lidhje me çështjet më të rëndësishme, nivelin e presionit që e krijojnë këto çështje tek udhëheqësia dhe impaktin e tyre në sistemin aktual shëndetësor si dhe pritjet e tyre bashkë me planet lidhur me parashikimet për të ardhmen. Zbulimet dhe rezultatet e këtij hulumtimi i reflektojnë përgjigjet e 115 anketave të realizuara me sukses, me personat kompetent të stafit drejtues institucional, nga gjithsej 140 pyetësorë anketues të dërguar në institucionet shëndetësore të niveleve të ndryshme të Republikës së Maqedonisë.

Instrumentet e vlerësimit në këtë studim doktorature janë:

✚ Anketë me pyetësorë anonim të standardizuar

✚ Intervista ball për ball

Intervistat ishin të fokusuar në atë se si e vlerësojnë udhëheqësit apo drejtuesit e institucioneve shëndetësore gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor dhe të ardhmen e tij dhe se si po përgatiten për të ardhmen e këtij sistemi duke pasur parasysh tendencat e tregut dhe nismat reformuese shëndetësore.

Për këtë hulumtim janë shfrytëzuar pyetje të standardizuara, të fokusuar kryesisht në atë se si drejtuesit e vlerësojnë dhe përgatiten për të ardhmen e sistemit shëndetësor dinamik dhe kompleks.

4.2 Metodatat

Metodat në këtë studim doktorature janë

- Përpunim statistikor i të dhënave nga anketat
- Analiza e materialeve dhe intervistave të marra

Ky studim është i bazuar në përpunimin e plotë dhe të kujdesshëm statistikor të të dhënave nga anketa që mbështet të gjitha qëllimet dhe objektivat e caktuara në këtë studim të rëndësishëm të menaxhimit ekonomik në shëndetësi dhe në analizën përmbajtësore të përgjigjeve gojore të dhëna dhe atyre tekstuale apo me shkrim, duke përdorur qasje të standardizuara për grupimin e komenteve të dhëna të të anketuarve, gjetjeve apo zbulimeve dhe përfundimeve.

Për përpunimin e gjetjeve të përfituara nga anketat është përdorur softëare statistikor SPSS version 20.0.

U krye analiza deskriptive: Frekuenca dhe përqindja është dhënë për çdo të dhënë të përfituar nga të anketuarit dhe të intervistuarit pjesëmarrës të studimit.

Të dhënat janë paraqitur me anë të tabelave dhe figurave të shoqëruara me shpjegimin përkatës.

Më poshtë është paraqitur pyetësi i përdorur gjatë anketës dhe intervistës në këtë studim për mbledhjen e të dhënave të sipërpërmendura.

4.3 Pyetjet e Anketës

1. Cilat janë tre ose katër trendet më të rëndësishme e më madhore që do ta ndryshojnë më së shumti strukturën e përgjithshme organizative të institucionit shëndetësor në dekadën e ardhshme?
2. Çfar prisni që të përfshihet në fushëveprimin tuaj institucional në vizionin tuaj të vitit 2026? Sa mendoni se do të jetë i ndryshëm ai nga fushëveprimi juaj aktual?
3. Cilat janë asetet, aftësitë dhe talenti kryesor që ju mendoni se institucioni juaj do të duhet t'i ofrojë për t'i ballafaquar këto ndryshime të shfaqura?
4. Cilat janë tre deri më pesë prioritetet tuaja më të mëdha gjatë pesë viteve të ardhshme për përgatitjen e institucionit tuaj për funksionim të suksesshëm të tij në dhjetë vitet e ardhshme?
5. Në aspektin personal, cila është sfida juaj më e madhe?
6. Si po ballafaqoheni me këto ndryshime dhe sfida?
7. Sikur të kishit “fuqi magjike”, cilat janë tre gjërat që do t'i zhvillonit hovshëm për ta përgatitur institucionin tuaj që të veprojnë me sukses në të ardhmen?
8. Si mendoni, cilat janë burimet e shqetësimeve të mëdha të paraqitura tek lidërsihipi i institucioneve shëndetësore?
9. Si po e maksimizojnë udhëheqësit e institucioneve shëndetësore vlerën e investimeve teknologjike që ata janë duke e bërë?
10. Si duhet ta gjykojnë udhëheqësit e institucioneve shëndetësore zhvillimin institucional?

4.4 Aspekte Etike të punimit

Të gjithë drejtuesit në nivelin më të lartë shëndetësor janë informuar për qëllimin e studimit dhe arsyen për të cilin po zhvillohej ky studim duke respektuar çdo lloj aspekti etik.

Anonimiteti dhe konfidencialiteti si parime bazë të etikës në një kërkim shkencor ju është siguruar çdo të anketuari.

Të dhënat e përfituara pas mbledhje së anketave dhe intervistave janë përdorur vetëm për efekt studimi dhe asnjë e dhënë e identifikimit personal nuk është publikuar për arsye tjetër jashtë temës studimore.

Përgjigjet e të intervistuarve ishin anonime dhe të gjitha të dhënat ruhen me përgjegjshmëri të plotë.

4.5 Kufizimet dhe vështirësitë

Pavarësisht përparësisë si një hulumtim i cili është bazuar në nxjerrjen në pah të çështjeve më të rëndësishme për drejtuesit e institucioneve shëndetësore në lidhje me gjendjen aktuale dhe me të ardhmen e sistemit shëndetësor në Maqedoni, përsëri ky punim paraqet disa kufizime:

- ✚ Mungesa e bashkëveprimit të një pjese të konsiderueshme të drejtuesve gjatë marrjes në intervistë apo kryejers së anketimit.
- ✚ Mungesa e dëshirës për t'ju përgjigjur disa prej pyetjeve bazë të cilat lidheshin me problematikat e sistemit shëndetësor. Në shumë raste u pa një hezitim i theksuar në përgjigjen e disa prej këtyre pyetjeve.

KAPITULLI V

5. REZULTATET NGA HULUMTIMI

Modeli i menaxhimit të institucioneve shëndetësore ka pësuar shumë ndryshime radikale të cilat në masë të konsiderueshme kanë ndikuar në cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe sjelljen e qytetarëve ndaj këtij segmenti mjaft të rëndësishëm të jetës shoqërore dhe funksionimit të tij në përgjithësi.

Aktualisht, menaxhimi i institucioneve shëndetësore nga organi drejtues – *Drejtoria* e përbërë nga dy persona - *Drejtori medicinal* dhe *Drejtori organizativ* paraqet një risi që ka për qëllim rritjen e efikasitetit menaxherial dhe shtimin e transparencës në administrimin e resurseve njerëzore, materiale dhe financiare respektivisht në menaxhimin cilësor të institucioneve shëndetësore.

Për të hedhur një vështrim kah e ardhmja është realizuar ky hulumtim përmes intervistimit vjetor të drejtorëve të institucioneve shëndetësore të nivelit primar, sekondar dhe terciar, që në vitin 2013, 2014, 2015 e deri në kuartalin e parë të vitit 2016 respektivisht në periudhën kohore nga fillimi i janarit e deri në fund të marsit të vitit 2016.

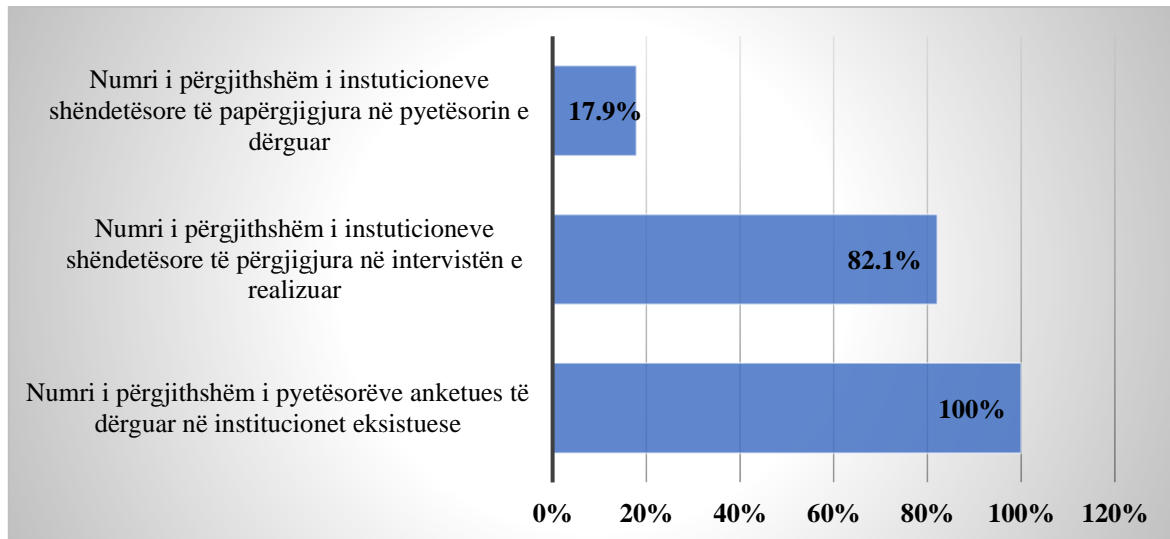
Në tabelën vijuese paraqiten të dhënat në lidhje me intervistimin e realizuar në institucionet shëndetësore të Republikës së Maqedonisë, respektivisht numrin e përgjithshëm të pyetësorëve anketues të dërguar nëpër këto institucione, numrin e përgjithshëm të institucioneve shëndetësore të përgjigjura në intervistën e realizuar dhe numrin e përgjithshëm të institucioneve të papërgjigjura në pyetësorin e dërguar.

Sipas tabelës në vijim, nga 140 pyetësorët anketues të shpërndarë nëpër institucionet shtetërore si Ministria e shëndetësisë, Fondi për sigurim shëndetësor dhe institucionet shëndetësore: të nivelit primar - shtëpi shëndeti dhe organizata shëndetësore respektivisht poliklinika, në ato të nivelit sekondar - spitale klinike, spitale të përgjithshme, spitale speciale, ente për mbrojtje shëndetësore dhe institute shëndetësore dhe nëpër ato të nivelit terciar siç janë klinikat universitare të Republikës së Maqedonisë, të dhënat për këtë punim janë mbledhur nga gjithsej 115 intervista anonime të realizuara me persona përgjegjës në hierarkinë vendimmarrëse të institucioneve shëndetësore të shënuara në tabelën 5.1 ndërsa intervistimit respektivisht pyetësorit anketues nuk i janë përgjigjur vetëm 25 drejtues të institucioneve të ndryshme shëndetësore nga numri i tyre i përgjithshëm i 140 institucioneve shëndetësore.

Tabela 5.1 Institucionet shtetërore dhe institucionet shëndetësore të nivelit primar, sekondar dhe terciar në Republikën e Maqedonisë të përfshira në intervistë

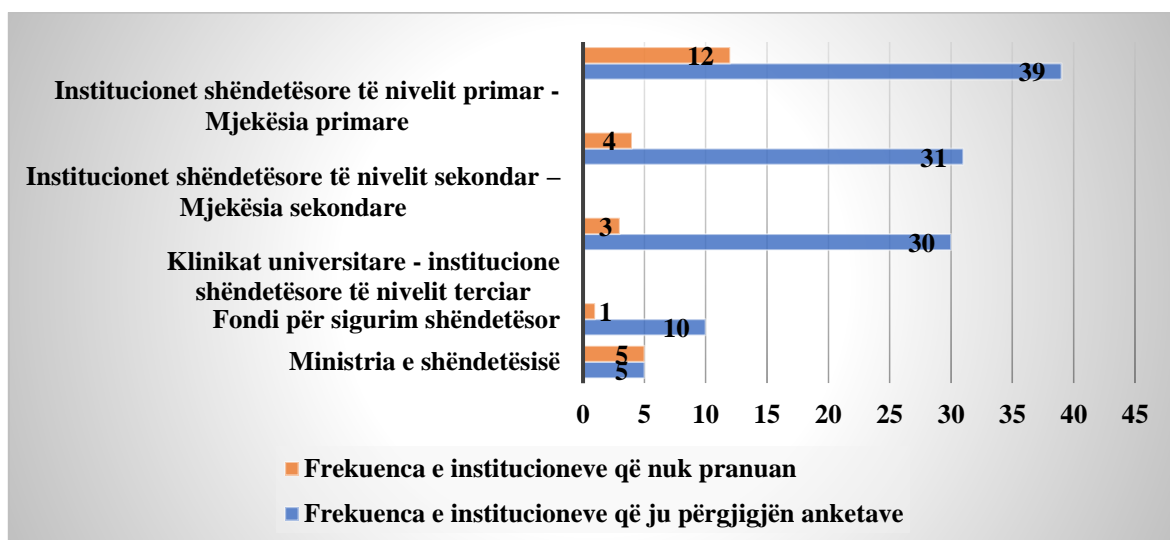
Nr	Institucionet shtetërore dhe institucionet shëndetësore në Republikën e Maqedonisë	Numri i përgjithshëm i pyetësorëve anketues të dërguar në institucionet eksistuese	Numri i përgjithshëm i institucioneve shëndetësore të përgjigjura në intervistën e realizuar	Numri i përgjithshëm i institucioneve shëndetësore të papërgjigjura në pyetësorin e dërguar
1.	Ministria e shëndetësisë	10	5	5
2.	Fondi për sigurim shëndetësor	11	10	1
3.	Klinikat universitare - institucione shëndetësore të nivelit terciar	33	30	3
4.	Institucionet shëndetësore të nivelit sekondar – Mjekësia sekondare	35	31	4
4.1.	Spitale klinike	3	3	0
4.2.	Spitale të përgjithshme	13	12	1
4.3.	Spitale special	7	7	0
4.4.	Ente shëndetësore	7	5	2
4.5.	Institute shëndetësore	5	4	1
5.	Institucionet shëndetësore të nivelit primar - Mjekësia primare	51	39	12
5.1.	Shtëpitë e shëndetit	34	25	9
5.2.	Organizatrat shëndetësore	17	14	3
6.	Totali	140	115	25

Përfshirja e lartë e institucioneve shëndetësore të sipërmendura në procesin intervistues e është shprehur në përqindje në grafikun vijues. Nga 140 anketimet e përdorura në këtë hulumtim vetëm 82.1% e institucioneve ju janë përgjigjur pozitivisht këtyre anketave dhe 17.9% e tyre nuk kanë pranuar të ishin pjesë e studimit tonë.



Grafiku 5.1 Përqindja e përfshirjes në intervistim e institucioneve shëndetësore të niveleve të ndryshme të Republikës së Maqedonisë

Grafiku i mëposhtëm paraqet frekuencat e numrit të anketave të përdorura në intervistë sipas nivele të ndryshme të institucioneve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë.



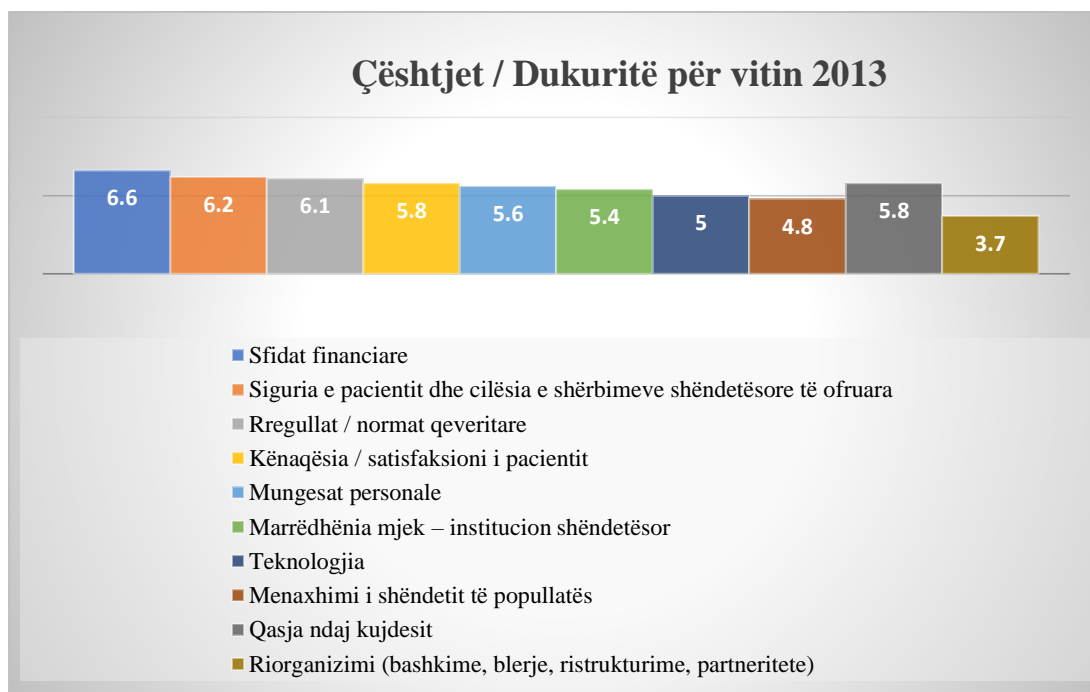
Grafiku 5.2 Frekuenca e përfshirjes në intervistim e institucioneve shëndetësore sipas niveleve të ndryshme të Republikës së Maqedonisë

Gjatë anketimit të realizuar nga drejtorët e intervistuar është kërkuar që t'i radhitin 10 çështjet më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë në institucionet shëndetësore që ata i drejtojnë, me kusht që radhitja të bëhet sipas nivelit të presionit që krijojnë këto dukuri tek udhëheqësit e anketuar të institucioneve shëndetësore. Ju është kërkuar që radhitja të ishte nga vlera më e lartë e presionit që presupozon numrin 10 tek vlera më e vogël që është numri 1. Gjithashtu nga të intervistuarit është kërkuar që ata t'i identifikojnë edhe fushat specifike të shqetësimeve të përfshira brenda secilës nga këto çështje shumë të rëndësishme për ato. Në tabelën vijuese paraqiten çështjet më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për udhëheqësit e institucioneve shëndetësore.

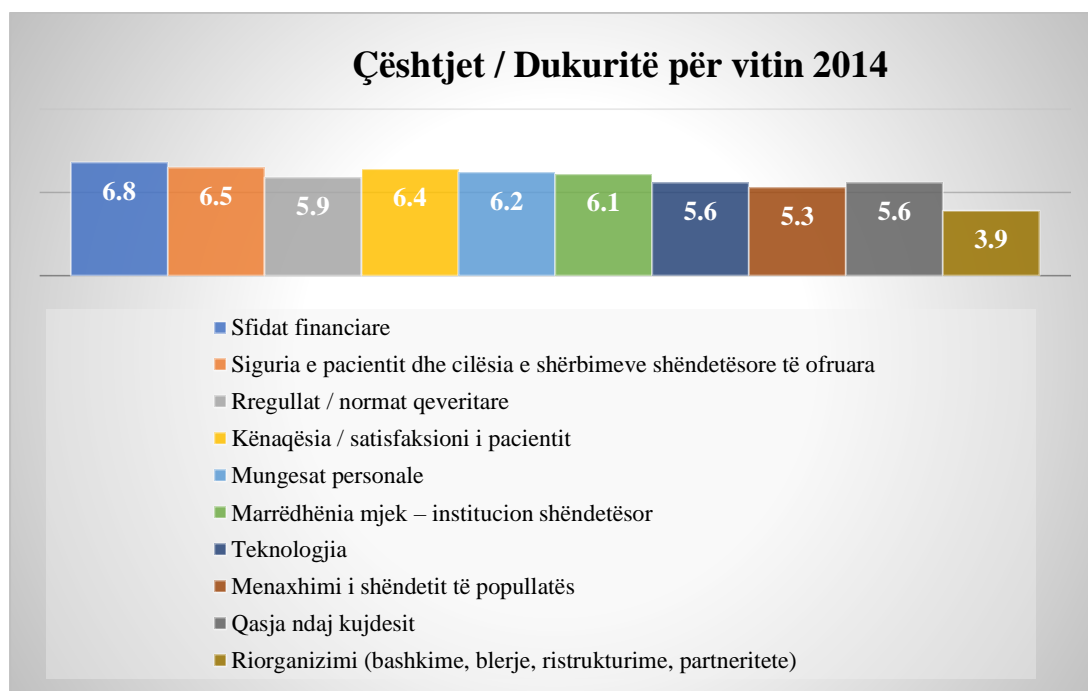
Tabela 5.2 Çështjet / dukuritë më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore

Nr	Çështjet / Dukuritë	2013	2014	2015	Q1:1/1/2016-31/3/2016
1	Sfidat financiare	6.6	6.8	7.5	7.6
2	Siguria e pacientit dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore të ofruara	6.2	6.5	7.1	7.3
3	Rregullat / normat qeveritare	6.1	5.9	7.0	7.2
4	Kënaqësia / satisfaksioni i pacientit	5.8	6.4	6.7	7.0
5	Mungesat personale	5.6	6.2	6.6	6.9
6	Marrëdhënia mjek – institucion shëndetësor	5.4	6.1	6.4	6.8
7	Teknologjia	5.0	5.6	6.1	6.5
8	Menaxhimi i shëndetit të popullatës	4.8	5.3	5.9	6.3
9	Qasja ndaj kujdesit	5.8	5.6	5.2	5.9
10	Riorganizimi (bashkime, blerje, partneritete) / ristrukturime,	3.7	3.9	4.8	5.0

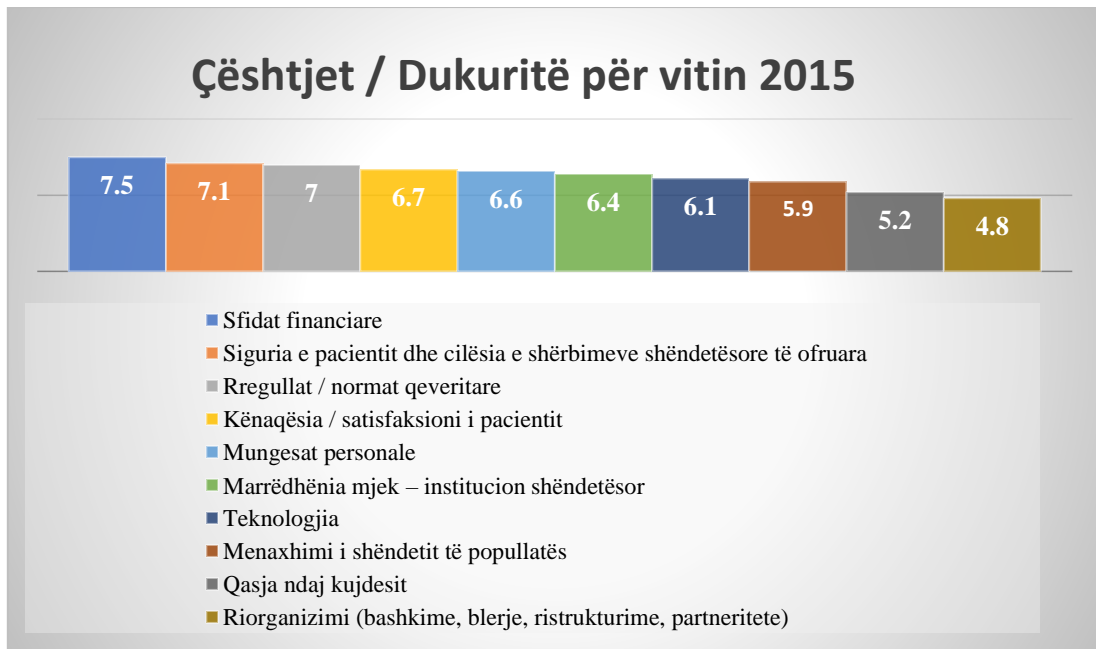
Në grafikët e mëposhtëm kemi paraqitur çështjet apo dukuritë më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitet 2013 deri në mars 2016. Ajo që të bie në sy është që përceptimet për 10 pikat më të rëndësishme në këto vite ka pothuajse të njëjtin trend vlerësues nga ana e të intervistuarëve.



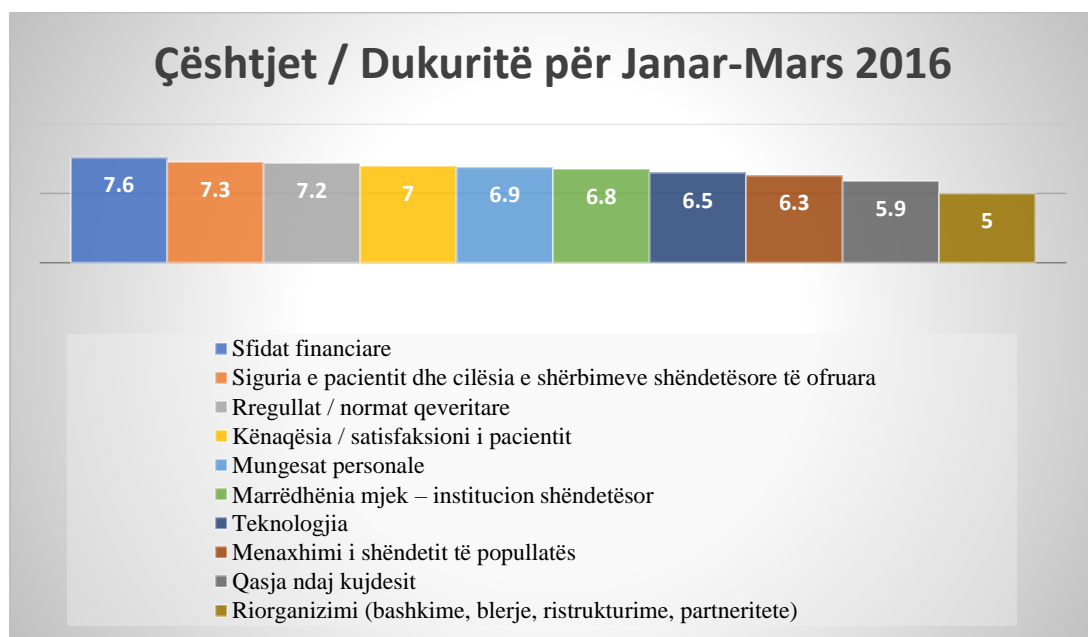
Grafiku 5.3 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për vitin 2013



Grafiku 5.4 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për vitin 2014



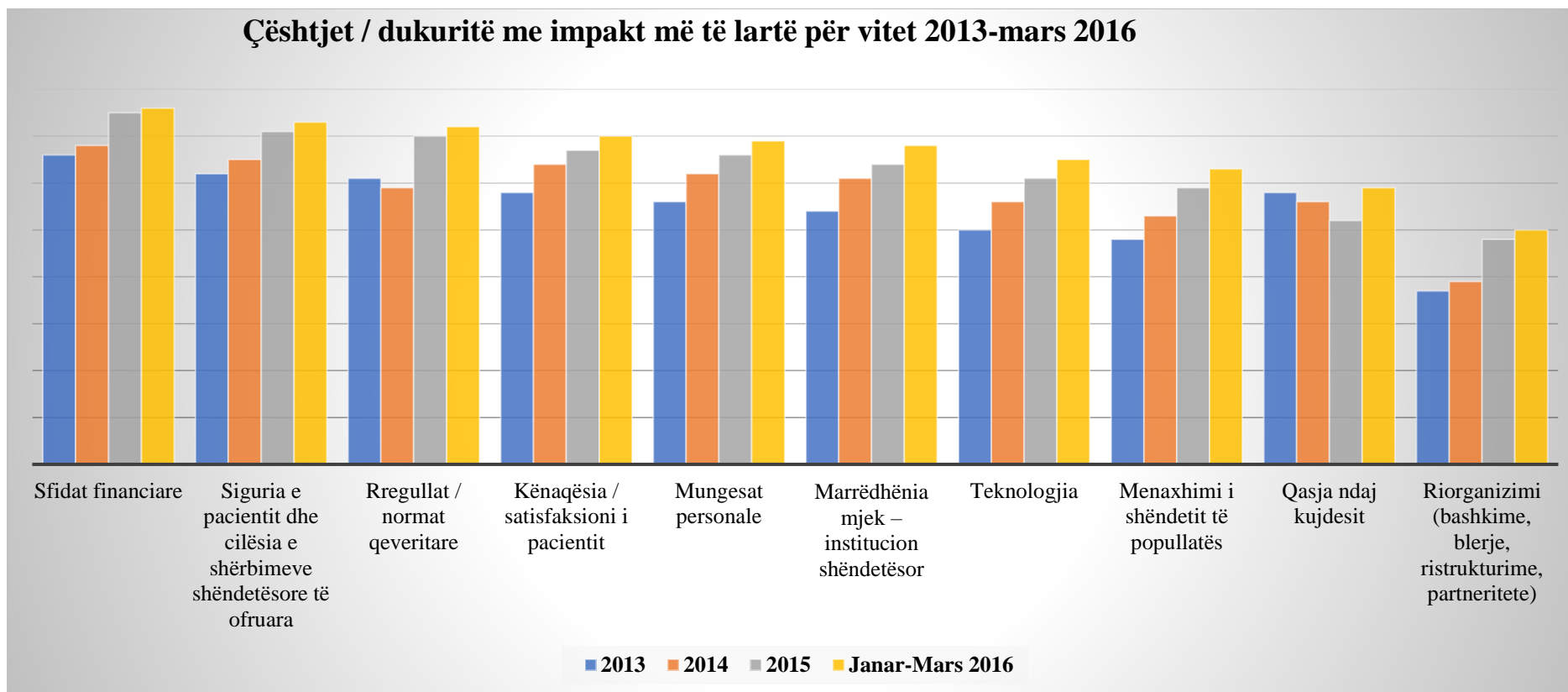
Grafiku 5.5 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për vitin 2015



Grafiku 5.6 Çështjet / Dukuritë me impakt më të lartë për periudhën Janar-Mars 2016

Në grafikun 5.7 kemi paraqitur përmbledhjen e perceptimeve të të intervistuarve për 10 çështjet apo dukuritë me impakt më të lartë nga 2013 deri në mars 2016.

Çështjet / dukuritë me impakt më të lartë për vitet 2013-mars 2016



Grafiku 5.7 Çështjet / dukuritë më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore

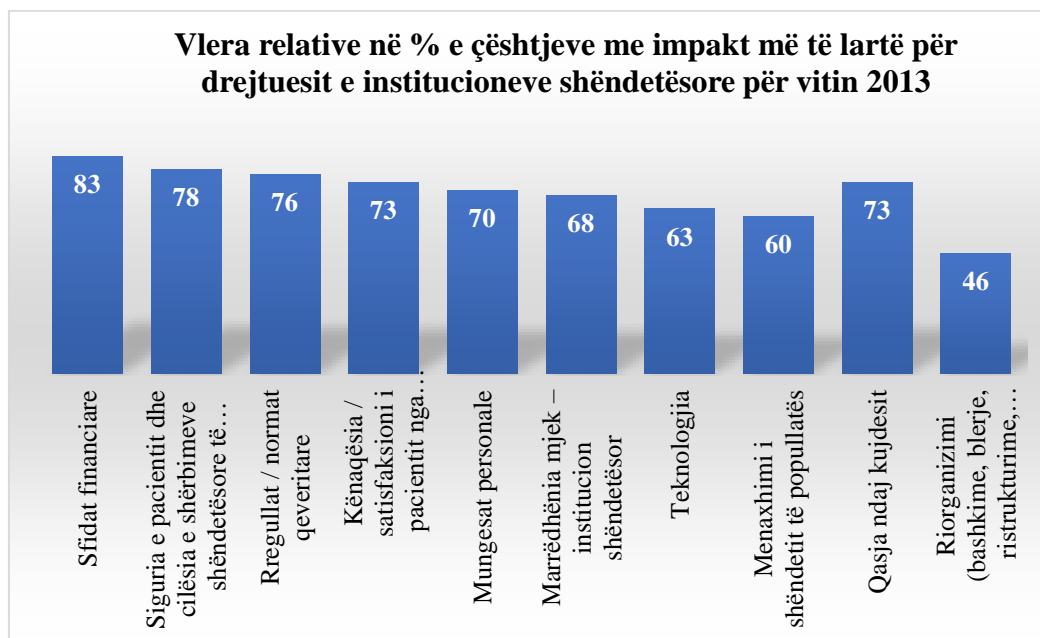
Në tabelën 5.3 kemi paraqitur ndikimin e dukurive të vlerësuara si më të rëndësishme dhe relevante nga ana e drejtuesve të institucioneve të ndryshme shëndetësore në vlera relative.

Tabela 5.3. Vlera relative e çështjeve më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore

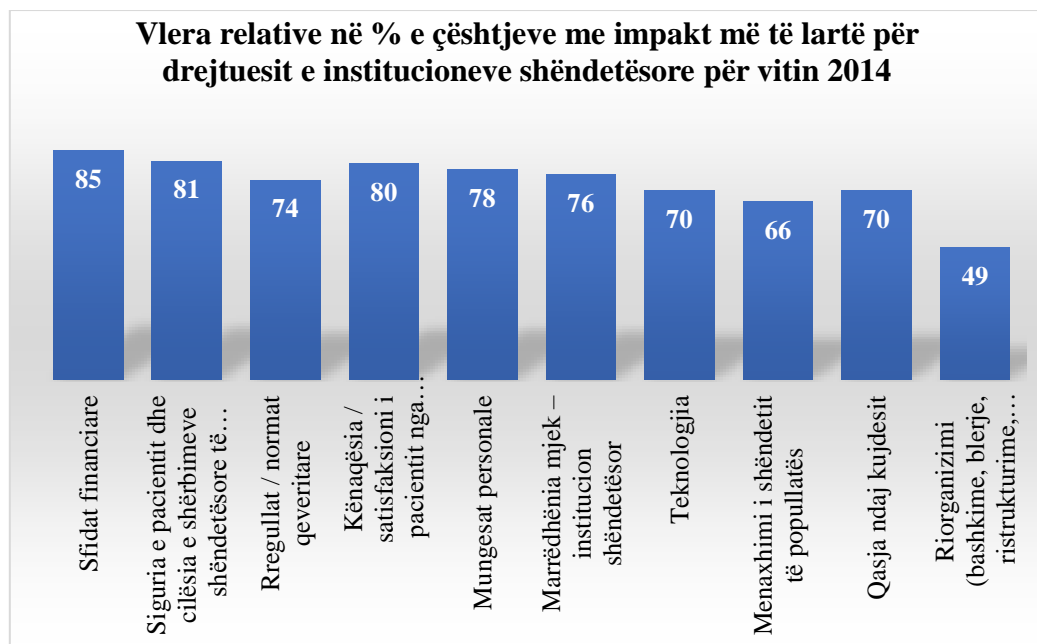
Nr	Çështjet / Dukuritë e shprehura në %	2013	2014	2015	Q1: Janar-Mars 2016
1	Sfidat financiare	83	85	94	93
2	Siguria e pacientit dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore të ofruara	78	81	89	90
3	Rregullat / normat qeveritare	76	74	88	88
4	Kënaqësia / satisfaksioni i pacientit nga shërbimi i pranuar shëndetësor	73	80	84	86
5	Mungesat personale	70	78	83	88
6	Marrëdhënia mjek – institucion shëndetësor	68	76	80	85
7	Teknologjia	63	70	76	80
8	Menaxhimi i shëndetit të popullatës	60	66	74	76
9	Qasja ndaj kujdesit	73	70	65	69
10	Riorganizimi (bashkime, blerje, ristrukturime, partneritete)	46	49	60	65

Ajo që vihet re është që këto perceptime kanë ardhur në një nivel rritës nga viti 2013 deri në mars të vitit 2016. Pra kemi një ndryshim të dukshëm të 10 çështjeve me më impakt në perceptimin e drejtuesve të institucioneve të ndryshme shëndetësore.

Në grafikët e mëposhtëm kemi paraqitur vlera relative në % të çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitet 2013 deri në mars 2016.

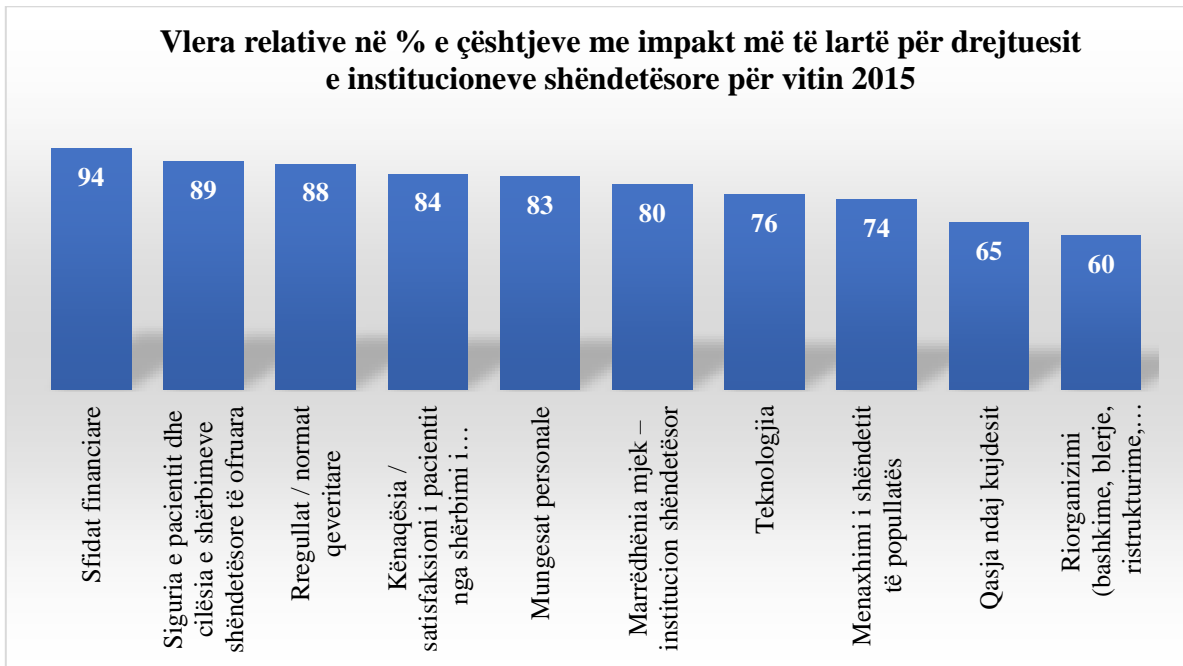


Grafiku 5.8 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin 2013

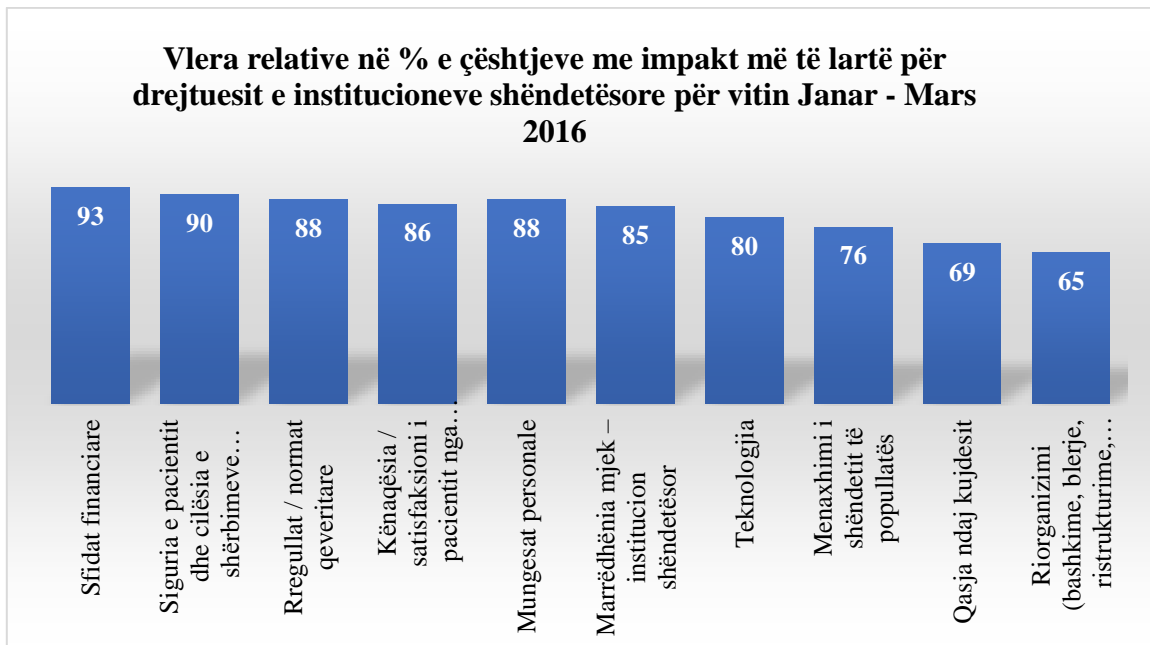


Grafiku 5.9 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e

institucioneve shëndetësore për vitin 2014

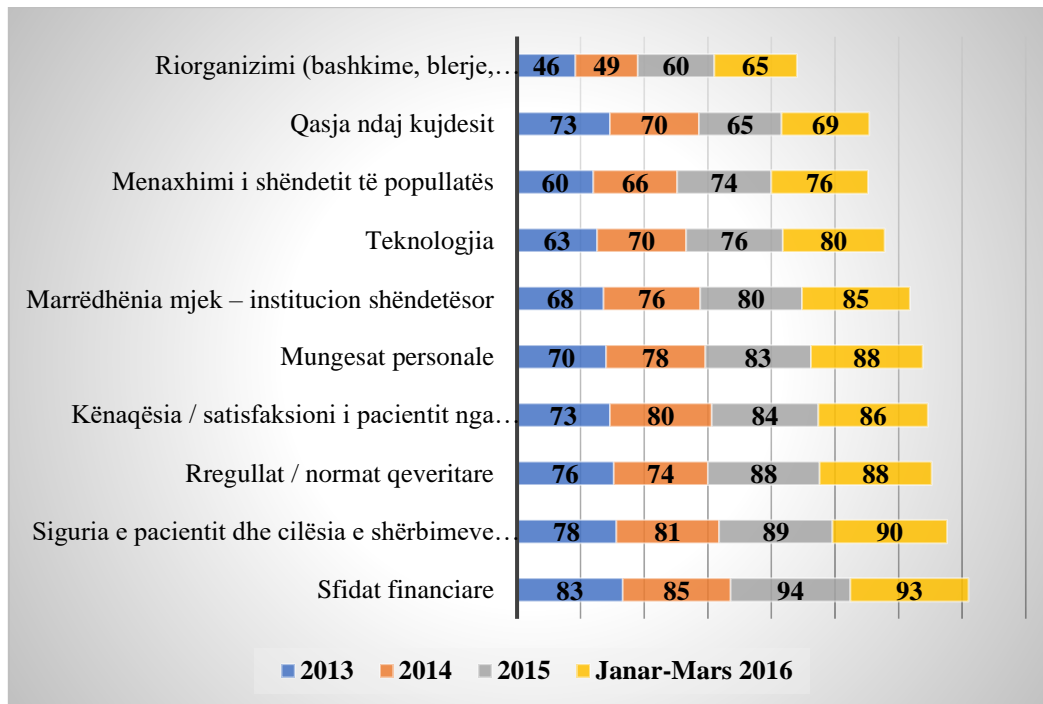


Grafiku 5.10 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin 2015



Grafiku 5.11 Vlera relative në % e çështjeve me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për vitin Janar - Mars 2016

Në grafikun 5.12 kemi bërë një përmbledhje të vlerave relative në % për çështjet me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për periudhën 2013-mars 2016. Pra pothuajse për secilin nga 10 pikat me impakt më të lartë, vlera absolute e tyre është në rritje nga viti në vit.



Grafiku 5.12 Vlera relative në % për çështjet me impakt më të lartë për drejtuesit e institucioneve shëndetësore për periudhën 2013-mars 2016

Nga të anketuarit është kërkuar që gjithashtu t'i identifikojnë dhe rankojnë edhe shqetësimet specifike të tre top kategorive kryesore, të rankuara në tabelën paraprahe, të cilat i llogarisim si më të rëndësishme dhe me të cilat ballafaqohet stafi drejtues i institucioneve shëndetësore.

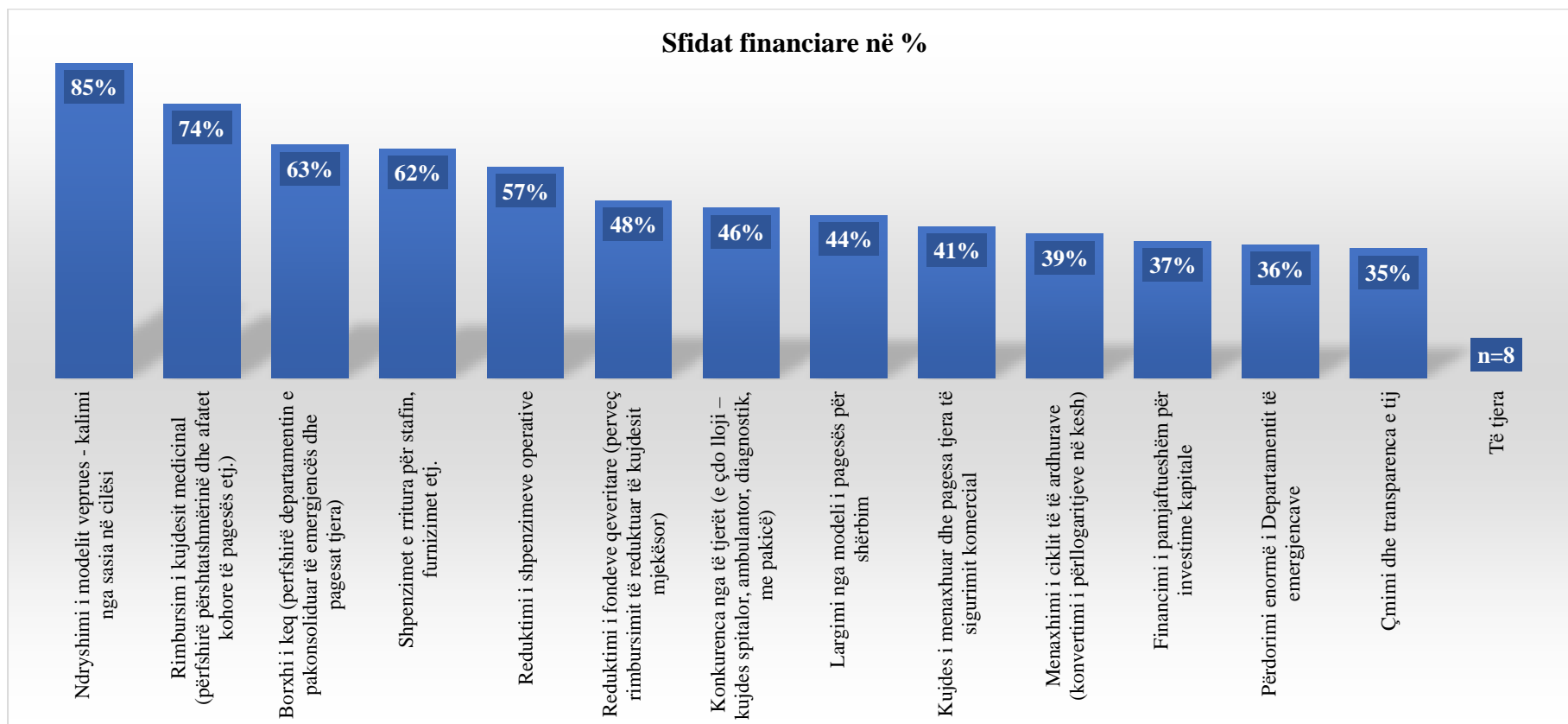
Nga ata është kërkuar që të zgjedhin dhe rankojnë maksimumi deri në dhjetë aspekte shqetësuese të këtyre kategorive kryesore. Nëse për ndonjërin nga treguesit janë përgjigjur më pak se 10 nga të anketuarit, respektivisht më pak se 15% nga të anketuarit, atëherë në tabelë paraqiten vetëm vlerat e tyre absolute.

Në tabelat dhe grafikun vijues paraqiten këto shqetësime specifike të tre kategorive më të rëndësishme të rankuara sipas rezultateve të këtij hulumtimi.

Tabela 5.4 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sfidave financiare

Nr	Sfidat financiare	% nga numri i të anketuarve anonim, n=115 ¹
1	Ndryshimi i modelit veprues - kalimi nga sasia në cilësi	85%
2	Rimbursim i kujdesit medicinal (përfshirë përshtatshmërinë dhe afatet kohore të pagesës etj.)	74%
3	Borxhi i keq (përfshirë departamentin e pakonsoliduar të emergjencës dhe pagesat tjera)	63%
4	Shpenzimet e rritura për stafin, furnizimet etj.	62%
5	Reduktimi i shpenzimeve operative	57%
6	Reduktimi i fondeve qeveritare (përveç rimbursimit të reduktuar të kujdesit mjekësor)	48%
7	Konkurenca nga të tjerët (e çdo lloji – kujdes spitalor, ambulator, diagnostik, me pakicë)	46%
8	Largimi nga modeli i pagesës për shërbim	44%
9	Kujdes i menaxhuar dhe pagesa tjera të sigurimit komercial	41%
10	Menaxhimi i ciklit të të ardhurave (konvertimi i përlogaritjeve në kesh)	39%
11	Financimi i pamjaftueshëm për investime kapitale	37%
12	Përdorimi enormë i Departamentit të emergjencave	36%
13	Çmimi dhe transparenca e tij	35%
14	Të tjera	n=8

¹ Nëse janë përgjigjur më pak se 10 të anketuar atëherë në tabelë paraqiten vetëm vlerat e tyre absolute.



Grafiku 5.13 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sfidave financiare

Nga grafikut 5.13, shihet qartë se për drejtorët e intervistuar, në kuadër të sfidës financiare e rankuar si kategori kryesore dhe më e rëndësishme, ndryshimi i modelit veprues respektivisht kalimi nga sasia në cilësi paraqitet si çështje kruciale me përfshirje relative prej 85%.

Rimbursimi i kujdesit medicinal, përfshirë përshtatshmërinë dhe afatet kohore të pagesës, paraqitet si çështje tjetër po ashtu mjaft e rëndësishme për të intervistuarit, vlera relative e përfshirjes së saj është 74% respektivisht më e ulët se ajo e dukurisë së ndryshimit të modelit veprues.

Çmimi i shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe transparencja e stafit mjekësorë gjatë ofrimit të tyre paraqitet si kategori më relaksuese sesa të tjerat dhe ajo paraqitet me përfshirje relative prej 35%.

Të dhënat e paraqitura në tabelën 5.5 dhe grafikun 5.14 lidhen me shqetësimet specifike të përfshira në kuadër të dukurisë së sigurisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara. Gabimet eventuale gjatë mjekimit përfshijnë 26% dhe paraqiten si një kategori që krijon presion më të ulët tek drejtuesit e institucioneve shëndetësore.

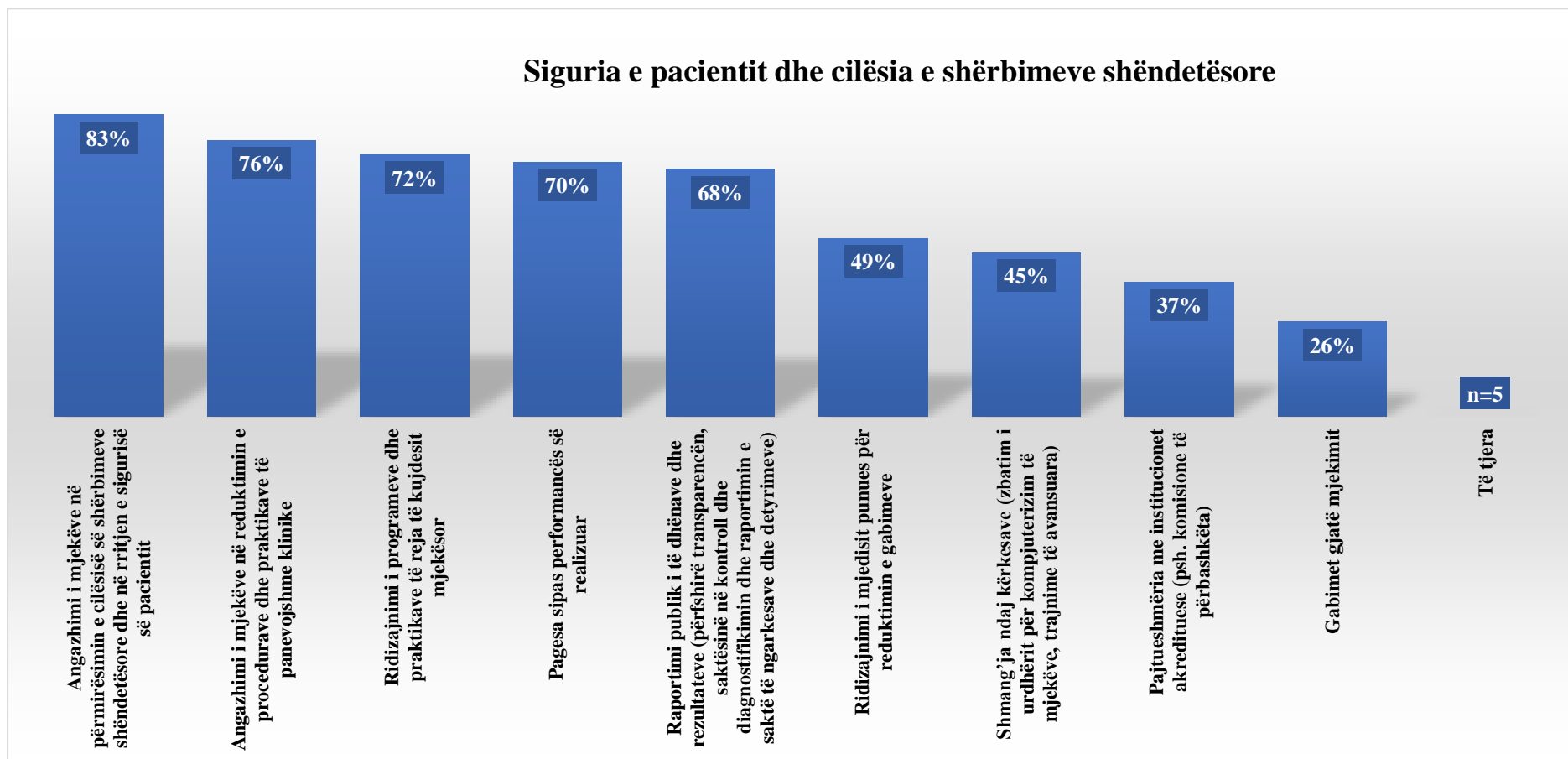
Çështja shumë shqetësuese dhe që krijon presion të lartë tek udhëheqësit e institucioneve shëndetësore kryesisht ka të bëjë me angazhimin e mjekëve në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe në rritjen e sigurisë së pacientit, e cila paraqitet me vlerën relative prej 83%.

Pagesa sipas performances së realizuar respektivisht zbatimi i modelit të kujdesit shëndetësor të bazuar në vlerë është çështje shumë e rëndësishme e cila paraqitet në vlerë relative prej 70% dhe përfaqëson kategorinë e tillë të cilën lidhshipi i institucioneve shëndetësore e trajton me mjaft prioritet prandaj dhe niveli i presionit dhe shqetësimit për përmirësimin kësaj kategorie është mjaft i lartë.

Tabela 5.5 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sigurisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara

Nr	Siguria e pacientit dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore	% nga numri i të anketuarve anonim n=115 ¹
1	Angazhimi i mjekëve në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe në rritjen e sigurisë së pacientit	83%
2	Angazhimi i mjekëve në reduktimin e procedurave dhe praktikave të panevojshme klinike	76%
3	Ridizajnimi i programeve dhe praktikave të reja të kujdesit mjekësor	72%
4	Pagesa sipas performancës së realizuar	70%
5	Raportimi publik i të dhënave dhe rezultateve (përfshirë transparencën, saktësinë në kontroll dhe diagnostifikimin dhe raportimin e saktë të ngarkesave dhe detyrimeve)	68%
6	Ridizajnimi i mjedisit punues për reduktimin e gabimeve	49%
7	Shmang'ja ndaj kërkesave (zbatim i urdhërit për kompjuterizim të mjekëve, trajnime të avansuara)	45%
8	Pajtueshmëria me institucionet akredituese (psh. komisione të përbashkëta)	37%
9	Gabimet gjatë mjekimit	26%
10	Të tjera	n=5

1. Nëse janë përgjigjur më pak se 10 të anketuar atëherë në tabelë paraqiten vetëm vlerat e tyre absolute



Grafiku 5.14 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e sigurisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara

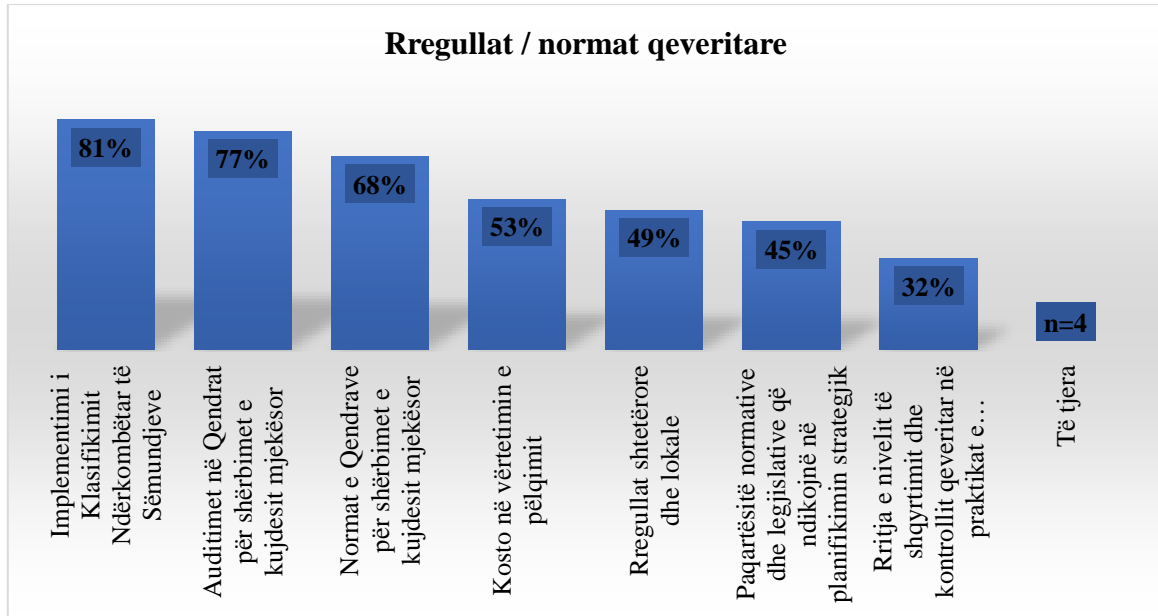
Të dhënat e paraqitura në tabelën 5.6 paraqet qartë që Implementimi i Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve është çështja më e rëndësishme, shumë serioze dhe paraqet nivel më të lartë të shqetësimit dhe presionit. Nëse krahasojmë me relevance çështjet e implementimit të klasifikimit ndërkombëtar të sëmundjeve dhe rritjes së nivelit të shqyrtimit dhe kontrollit qeveritar në praktikën e kontabilitetit të përfshirë, vëmë re që kjo e fundit paraqitet në një presion shumë më të ulët 32% krahasuar me vlerën më të lartë të presionit 81% të implementimit.

Po ashtu e një rëndësie të veçantë është edhe çështja e auditimit në qendrat për shërbimet e kujdesit mjekësor e cila përfshin 77% dhe është mjaft më shqetësuese dhe zhvillimi i saj krijon presion më të lartë tek stafi drejtues i institucioneve shëndetësore sesa normat e qendrave për shërbimet e kujdesit mjekësor të paraqitura në tabelë me vlerë prej 68%.

Tabela 5.6 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e normave qeveritare

Nr	Rregullat / normat qeveritare	Përqindjet e numrit të të anketuarve anonim n=115 ¹
1	Implementimi i Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve	81%
2	Auditimet në Qendrat për shërbimet e kujdesit mjekësor	77%
3	Normat e Qendrave për shërbimet e kujdesit mjekësor	68%
4	Kosto në vërtetimin e pëlqimit	53%
5	Rregullat shtetërore dhe lokale	49%
6	Paqartësitë normative dhe legjislative që ndikojnë në planifikimin strategjik	45%
7	Rritja e nivelit të shqyrtimit dhe kontrollit qeveritar në praktikën e kontabilitetit (shërbimi i të ardhurave interne)	32%
8	Të tjera	n=4

1. Për përgjigjet më pak se 10 të anketuar në tabelë paraqiten vetëm vlerat absolute



Grafiku 5.15 Shqetësimet specifike të përfshira në dukurinë e normave qeveritare

KAPITULLI VI

6. DISKUTIME

Institucionet shëndetësore si pjesë përbërëse e sistemit shëndetësor veprojnë në mjedisin dinamik dhe kompleks në të cilin vazhdimisht po ballafaqohen me goditje të shumta nga ndryshimet që pësojnë faktorët ekonomik, tekniko – teknologjik, politik, socio - kulturor e demografik të mjedisit të jashtëm të pakontrolluar (94-98).

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore e zhvillojnë veprimtarinë e tyre menaxhuese dhe ekonomike në këtë mjedis kompleks me ndryshime të shumta, të shpejta dhe të shpeshta i cili pritet të jetë shumë më sfidues në dekadën e ardhshme (99, 100).

Në qoftë se realizojnë planifikim të mirë të veprimtarisë shëndetësore, arrijnë të tërheqin dhe mbajnë resurse njerëzore cilësore dhe të talentuara dhe ndërtojnë strategji mirë të menduar e me kujdes, udhëheqësit e institucioneve shëndetësore do t'i përballojnë goditjet e shumta të mjedisit dinamik dhe kompleks dhe do ta ballafaqojnë, menaxhojnë dhe realizojnë në mënyrë eficiente veprimtarinë e tyre shëndetësore në dekadën e ardhshme shumë sfiduese.

Qëllimi i këtij hulumtimi ka qenë nxjerrja në pah e çështjeve më të rëndësishme për drejtuesit e institucioneve shëndetësore në lidhje me gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor dhe pritjet e tyre bashkë me planet lidhur me parashikimet për të ardhmen, si edhe pasqyrimi i pikëpamjeve të liderëve të institucioneve shëndetësore më të mëdha për periudhën kohore afatshkurte (tre deri pesë vitet e ardhshme) dhe periudhën kohore afatgjate (për dhjetë vitet e ardhshme).

Për të plotësuar qëllimin e venë dhe për të përmbushur objektivat tona, ky hulumtim është realizuar përmes intervistimit vjetor të drejtorëve të institucioneve shëndetësore të nivelit primar, sekondar dhe terciar, që në vitin 2013, 2014, 2015 e deri në kuartalin e parë të vitit 2016 respektivisht në periudhën kohore nga fillimi i janarit e deri në fund të marsit të vitit 2016. Ne u munduam të kryenim 140 anketa me drejtuesit më të lartë të institucioneve shëndetësore, por vetëm 82.1% (115 anketa) e tyre ju përgjigjën pozitivisht anketimit tonë.

Kjo përfshirje e institucioneve shtetërore dhe shëndetësore të niveleve të ndryshme në intervistën e realizuar është e rëndësishme ngase ajo paraqet mostrën e rastësishme të zgjedhur nga e cila nxirren konkludime relevante për dukuritë që analizohen në këtë punim dhe ajo është përfaqësuese e mirëfilltë e popullacionit e cila paraqet tërësinë e përgjithshme të elementeve që duhet studiuar dhe nga e cila bëhet zgjedhja e mostrës.

Nga të dhënat e përftuara në këtë intervistë duket qartë se kjo intervistë ishte e suksesshme në lidhje me identifikimin e çështjeve më të rëndësishme me të cilat po ballafaqohen drejtuesit e institucioneve shëndetësore dhe është realizuar me bashkëpunimin dhe aprovimin e: 15 personave përgjegjës të hierarkisë vendimmarrëse në nivel të institucioneve shtetërore, ku 5 intervista i përkisnin drejtuesve në Ministrinë e shëndetësisë dhe 10 në Fondin për sigurim shëndetësor. Gjithashtu 30 intervista u bënë me drejtorët e institucioneve shëndetësore të nivelit terciar respektivisht të klinikave universitare; 31 me drejtorët e institucioneve shëndetësore të nivelit sekondar respektivisht 3 të spitaleve klinike, 12 të spitaleve të përgjithshme, 7 të spitaleve speciale, 5 të enteve dhe 4 të instituteve dhe 39 me drejtorët e institucioneve shëndetësore të mjekësisë primare, respektivisht 25 drejtorët e shtëpive të shëndetit dhe 14 drejtues të organizatave shëndetësore – poliklinikave.

Të gjithë të anketuarit kanë bërë një radhitje për 10 çështjet më të rëndësishme dhe me impakt më të lartë në institucionet shëndetësore që ata i drejtojnë, dhe radhitja (nga 1 deri në 10) është bërë sipas nivelit të presionit që këto dukuri krijojnë tek ata. Gjithashtu nga e tyre është bërë identifikimi i fushave më specifike të shqetësimeve të përfshira brenda secilës nga këto çështje.

Vlerësimi mesatar i dhënë për çdo njërën nga çështjet / dukuritë e rankuara është përdorur për sistemimin dhe radhitjen e tyre sipas nivelit të presionit që krijojnë ato tek drejtorët e institucioneve shëndetësore, vlerat më të larta të evidentuara pasqyrojnë nivel më të lartë të shqetësimeve të paraqitura tek ato.

Lidhur me çështjen që drejtorët e anketuar e konsiderojnë si më sfiduese, drejtorët e institucioneve shëndetësore i rradhitin sfidat financiare si çështje më të rëndësishme me të cilat po ballafaqohen institucionet e tyre edhe pse niveli i shqetësimit të tyre varion brenda viteve dhe në artikujt e veçantë. Për shembull, drejtorët shfaqin më pak shqetësim për menaxhimin e shëndetit të popullatës në krahasim me kënaqësinë e arritur të pacientëve nga shërbimet shëndetësore të ofruara nga stafi mjekësor dukuri kjo për të cilën ata shqetësohen më shumë.

Nga ana tjetër drejtorët shfaqin shqetësime shumë më të larta për nivelin e sigurisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimeve të ofruara shëndetësore respektivisht zbatimin e suksesshëm të reformave të kujdesit shëndetësor sesa për riorganizimin. Sipas të dhënave të përftuara në këtë hulumtim përmes intervistimit të drejtuesve të institucioneve publike shëndetësore kemi arritur të nxjerrim rezultatet vijuese. Rreth vitit 2026 udhëheqësit e institucioneve shëndetësore parashikojnë:

Sipas perceptimit të drejtuesve të institucioneve publike shëndetësore, **modeli i ri i kujdesit shëndetësor i bazuar në vlerë** do të riformatoj dhe do të ndryshoj të ardhmen e kujdesit shëndetësor. Shërbimet shëndetësore në spitale do të paguhet në mënyra të ndryshme, duke bërë që përfitueshmëria të arrihet më vështirë. Shumica e shërbimeve do të jenë ambulatore ose të bazuara në shtëpi.

Udhëheqësit apo drejtuesit presin që ky model i kujdesit të bazuar në vlerë të vë në lëvizje konsolidimin e mëtejshëm, si psh. blerje, përvetësime, bashkime, midis spitaleve dhe mjekëve sepse ajo ka potencialin që të përmirësoj qasjen në kapital, të zhvilloj tregun monetar dhe të rrit aftësitë dhe mundësitë, për të cilat besohet që nevoiten për të qenë të suksesshëm në kontraktimin e kujdesit të bazuar në vlerë. Sipas udhëheqësve të intervistuar Modeli i Kujdesit Shëndetësor të Bazuar në Vlerë është prirja apo trendi dhe tendenca më e rëndësishme e ballafaqimit të spitaleve gjatë dhjetë viteve të ardhshme.

Të intervistuarit theksuan se Kujdesi Shëndetësor i Bazuar në Vlerë do ta përmbys modelin tradicional të kujdesit shëndetësor ngase ata janë të vetëdijshëm se pacientët gjithnjë e më tepër kërkojnë shërbime shëndetësore dhe kujdes shëndetësor të shpejtë, cilësor dhe efikas. Si rezultat i së cilës institucionet shëndetësore do të duhet të përgjigjen duke reduktuar përdorimin stacionar dhe duke arritur performancë dhe rezultate më të mira.

Orientimi kah pacientët dhe nevoja për të qenë më miqësorë, të drejtpërdrejtë dhe më të afërt me pacientët janë pjesë të së ardhmes. Stafi spitalor do të duhet të jetë më i arritshëm dhe transparent, gjithashtu po ky staf do të duhet të ofroj shërbime cilësore dhe ndërveprime të tilla në kohën dhe vendin që dëshirojnë pacientët. Më shumë se gjysma e udhëheqësve të intervistuar pajtohen se sistemi shëndetësor po transformohet në modelin e përqëndruar tek pacienti. Pacientët po bëhen gjithnjë e më selektiv, të mprehtë dhe mendjehollë lidhur me trajtimin e tyre mjekësor, ata kanë përgjegjësi më të madhe financiare dhe kërkojnë që kujdesi mjekësor të jetë më i përshtatshëm dhe i arritshëm.

Disa nga udhëheqësit theksojnë se me modelin e ri të përqëndruar kah pacienti, kujdesi mjekësor i ofruar në klinika nga ekipet punuese do të jetë më i sigurt, më pak i kushtueshëm dhe më i përshtatshëm për pacientët. Për arritjen e këtyre qëllimeve, nevoitet që spitalet t'i rishikojnë dhe rishqyrtojnë modelet e tyre ekzistuese të kujdesit mjekësor, të ndryshojnë kulturën e tyre organizative dhe të investojnë në teknologjitë e reja të nevojshme për implementimin e modelit të ri të kujdesit mjekësor (104-107).

Avancimi teknologjik që sipas shumicës së udhëheqësve është pikërisht ai që do ta përmirësoj dukshëm kujdesin shëndetësor në të ardhmen, duke i bërë shërbimet më të arritshme, informacionet më transparente si dhe mjekët e personelin tjetër mjekësor në gjendje që të ofrojnë shërbim dhe kujdes më të mirë shëndetësor.

Veçanërisht në dekadën e ardhshme, respektivisht rreth vitit 2026, mendohet që teknologjia e avasuar do të mbështes fuqishëm vizitat elektronike dhe do të lejojë që ofruesit dhe pacientët të shkëmbejnë të dhëna dhe informacione relevante dhe të shpejta.

Përveç kësaj, ka shumë gjasa që institucionet shëndetësore dhe stafi mjekësor të përdorin procese të shumta analitike për realizimin e tretmaneve më të mira shëndetësore ndaj pacientëve, menaxhimin më të mirë të shëndetit të pacientëve dhe arritjen e rezultateve më të mira (108). Udhëheqësit e intervistuar gjithashtu parashikojnë se volumi i madh i të dhënave për kujdesin shëndetësor do të mbështes zbulimet në cilësi, efikasitetin e shpenzimeve dhe hulumtimet mjekësore përmes njohurive që dalin nga modelimet parashikuese me të dhëna të zgjeruara mjekësore dhe të tjera.

Ky modelim mund të përfshij identifikimin e popullatës me risk të lartë dhe parashikimin e shpenzimeve ose rezultateve për pjesën specifike të popullatës – pacientët. Investimet teknologjike gjithashtu do të mbështesin aftësinë e sistemit shëndetësor për të marrë përsipër riskun financiar për popullatën.

Shqyrtimi i të dhënave të ndara përmban premtimin e reduktimit të shpenzimeve përmes identifikimit të strukturave dhe modeleve efikase të kujdesit shëndetësor dhe popullatën me rrezik të lartë. Shumica e udhëheqësve të intervistuar theksuan se investimi në aftësi teknologjike për parashikim të rrezikut lidhur me menaxhimin e pacientëve është i nevojshëm nga perspektiva e shpenzimeve.

Sfidat në realizimin e këtij vizioni janë: të dhëna të shumta dhe të ndryshme nga të cilat duhet të sillen vendime të duhura; të dhëna jo të plota të ndërlidhura midis sistemeve shëndetësore dhe mjekëve; mungesa e aftësive për modele parashikuese dhe e përvojës (109).

Talenti - udhëheqësit e intervistuar pajtohen se zbulimi dhe zhvillimi i talentit janë elemente thelbësore për arritjen e suksesit në tregun e punës. Të gjithë të intervistuarit i theksuan prioritetet vijuese afatgjate të talentit:

a. Mjekët/ Liderët klinik të cilët i trajtojnë dhe i respektojnë mjekët tjerë dhe stafin e përgjithshëm mjekësor të institucionit të tyre si kolegë të vërtetë dhe si aset më i çmuar i mundshëm.

Liderë të cilët përmes sjelljes dhe veprimeve korekte arrijnë t'i motivojnë të punësuarit dhe të ndikojnë tek ata për realizimin e suksesshëm të qëllimeve organizative.

b. Liderë që mundën të zbatojnë dituri, njohuri dhe përvoja nga sferat tjera për të sjell inovacione në kujdesin shëndetësor. Ndër më të kërkuarit janë liderët që dëshirojnë të ndërmarrin rrezik të moderuar dhe ta ndryshojnë gjendjen e krijuar të status - quo.

c. Specialistë të informatikës me shkathtësi analitike të cilët kanë aftësi të shëndrimit të të dhënave të burimeve dhe teknologjive të ndryshme në informacione, njohuri dhe dituri të shfrytëzueshme. Veçanërisht, nevojiten edhe individët me njohuri të mëdha nga shkencat teknike dhe shoqërore për të ndihmuar në menaxhimin e shëndetit të popullatës përmes modeleve parashikuese. Udhëheqësit e intervistuar e theksuan vazhdimisht nevojën që liderët të jenë:

- i. Inovativ
- ii. Vizionar
- iii. Ndërmarrës të rrezikut dhe sipërmarrës
- iv. Pranues të modeleve të reja për kujdes shëndetësor
- v. Të përqëndruar kah pacienti.

Gjithashtu këta udhëheqës e theksuan nevojën që të punësuarit të jenë:

- vi. Në gjendje t'i ndjekin ndryshimet
- vii. Të gatshëm për të punuar në grup
- viii. Të angazhuar dhe pjesëmarrës në proceset e punës, të motivuar dhe entuziast. Shumica e drejtuesve të intervistuar pajtohen se sfidat e tyre më të mëdha në mënyrë të përmbledhur janë:

🔗 Kërkimi dhe gjetja e burimeve për investim në kujdesin e bazuar në vlerë – është veçanërisht e vështirë ngase kufijtë janë të kufizuar dhe të reduktuar. Investimet mund të përfshijnë zhillimin e një rrjeti të integruar klinikisht, partneritetin me të tjerët, ndryshimin e modeleve dhe strukturave të praktikuar dhe shqyrtimin, analizën dhe zhvillimin e të dhënave.

✚ **Orientimi kah pacienti** - përqëndrueshmëria kah pacienti mund të përfshij investime në ridizajnime, në fasilitete dhe trajnime të ndryshme profesionale me qëllim të ofrimit të kujdesit shëndetësor më cilësor ndaj pacientëve, vizita elektronike, punë jashtë orarit dhe trajnime të ndryshme për stafin mjekësor për trajtim të kujdesshëm dhe cilësor të pacientëve dhe mirësjellje e lartë ndaj tyre.

✚ **Talenti i resurseve njerëzore** është faktor vendimtar që ndikon në suksesin e një institucioni. Andaj institucioneve shëndetësore u nevojiten liderë, mjekë dhe infermierë më inovativ, gjithashtu ata duhet që të rekrutojnë më shumë staf të kualifikuar dhe të talentuar nga sfera e teknologjisë së informacionit dhe analitikës.

Udhëheqësit e intervistuar tregojnë se nevojat e tyre më të mëdha të drejtuara kah viti 2026 për realizimin e suksesshëm të veprimtarisë shëndetësore janë:

Përgatitja për zhvillimin dhe zbatimin e Modelit të Kujdesit të Bazuar në Vlerë - udhëheqësit nuk janë të sigurtë në lidhje me atë se kur duhet ndryshuar modeli i biznesit dhe me cilën duhet bashkëpunuar për të qenë të suksesshëm në Kujdesin e Bazuar në Vlerë.

Identifikimi, përcaktimi dhe sjellja e vendimit për realizimin e investimeve të duhura, veçanërisht për gjetjen dhe zhvillimin e teknologjisë për Kujdesin e Bazuar në Vlerë - udhëheqësit kanë njohuri dhe janë të bindur se ata duhet të analizojnë dhe të veprojnë mbi të dhënat për të përmirësuar cilësinë, për të ndryshuar strukturat dhe modelet praktike, për ta vlerësuar dhe matur shëndetin e popullsisë dhe për ofrimin e vizitave elektronike. Megjithatë, ata ende nuk janë plotësisht të sigurtë në lidhje me atë se cilat nga strategjitë do të ofrojnë rezultate më të mira.

Edhe pse institucionet shëndetësore në përgjithësi janë të ngarkuara me reforma të shumta legjislative siç janë edhe rregullat e reja dhe pagesat në rënie, udhëheqësit aktual të institucioneve shëndetësore po përballen me shumë sfida të papara siç vijojnë:

Reduktimi i limiteve: shumë spitale po përballen me reduktimin e limiteve. Përqindja e spitaleve me limite operuese negativ është rritur gjatë këtyre viteve dhe limitet operuese mesatare kanë rënë gjatë kësaj periudhe. Pritet që ky trend të përkeqësohet duke pasur parasysh presionet buxhetore qeveritare dhe dëshirën e paguesve (punëdhënësve, qeverisë, planifikuesve shëndetësor) për të reduktuar shpenzimet.

Zhvendosja apo spostimi në drejtim të Kujdesit të Bazuar në Vlerë: modelet e pagesës së Kujdesit të Bazuar në Vlerë i spostojnë spitalet dhe mjekët larg nga sistemi tradicional i pagesës, respektivisht nga ai i pagesës për shërbim në një tjetër të bazuar në cilësi dhe në reduktim të shpenzimeve. Kjo përfshin presionin ndaj spitaleve dhe mjekëve për të marrë përsipër riskun financiar për kujdesin e pacientit. Miratimi i Modelit të Kujdesit të bazuar në Vlerë do të kërkojë që disa spitalet të ndryshojnë mënyrën e tyre të realizimit të veprimtarisë shëndetësore.

Rritja e nivelit të zbatimit të dukurisë së përqëndrimit tek pacienti: pacientët e sotshëm të kujdesit shëndetësor kanë pritje të ndryshme nga ato të së kaluarës. Këta nuk janë më ata pacientë të së kaluarës që ishin të gatshëm të pranojnë dhe t'i pëlqejnë modele e tilla afariste të orientuara kah spitali dhe mjeku (110-119). Tani pacientët kërkojnë qasje të ndryshme, më të mirë dhe më cilësore të kujdesit shëndetësor, nivel më të lartë të përfshirjes së tyre në procesin vendimmarrës për kujdesin shëndetësor dhe shërbime të avansuara dhe cilësore ndaj të gjithë pacientëve. Të anketuarit theksojnë se nga përvoja e deritanishme spitalore pakënaqësitë e tyre më të mëdha kanë të bëjnë me çështjet që lidhen me procesin e diagnostifikimit, mjekimit, komunikimit, shërbimet ndaj pacientit dhe çështjet tjera të ndërveprimit me pacientët.

Nëpër të gjitha intervistat udhëheqësit pajtohen se aktualisht ata po ballafaqohen me më shumë sfida të ndryshme se në çdo periudhë tjetër të karrierës së tyre profesionale shëndetësore. Ajo se për çfar janë duke menduar udhëheqësit e institucioneve shëndetësore – spitaleve ka të bëjë me çështjet më të rëndësishme që po përgatiten për: Modelin e Kujdesit Shëndetësor të Bazuar në Vlerë, ruajtjen e limiteve midis presioneve të papara financiare për reduktimin e tyre dhe përcaktimit të strategjisë së tyre afariste dhe shëndetësore. Gjithashtu është e lidhur edhe nevoja për identifikimin e teknologjisë së drejtë dhe strategjitë e duhura për të mbijetuar dhe përfituar nga ndryshimet e pritura të tregut.

Këta udhëheqës apo drejtues të intervistuar supozojnë se deri në vitin 2026:

Spitalet do të marrin përsipër rrezik të konsiderueshëm financiar për kujdesin ndaj pacientit – edhe atë përmes kontratave me pagesit (plane shëndetësore, punëdhënës, kujdes shëndetësor) ose duke u bërë pages (si një organizatë shëndetësore financiare ose plan shëndetësor) dhe si një ofrues cilësor dhe konkurent në treg.

Me sistemet më të mëdha shëndetësore do të ekzistojnë konsolidimet vijuese - bashkimet dhe blerjet tradicionale dhe llojet tjera të partneritetit, përkatësitë dhe bashkëpunimet midis spitaleve, mjekëve dhe ofruesve post- akute.

Përkujdesja ambulatore do të jetë fokusi kryesor për shërbimet shëndetësore të ofruara – ndërsa shërbimet stacionare do të konsiderohen si qendër shpenzimesh e jo instrument ekonomik afarist.

Qasjet alternative të kujdesit shëndetësor do të jenë mirë të theksuara dhe të një rëndësie kryciale - që përfshijnë në vete praktikatat e angazhimit të praktikantëve, infermierëve, asistent mjekëve, kujdesin e bazuar në shtëpi dhe kujdesin virtual në veprimtarinë e përgjithshme shëndetësore.

Sfida më e madhe e theksuar nga udhëheqësit e intervistuar gjatë përgatitjeve të tyre për dhjetë vjeçarën e ardhshme, respektivisht për vitin 2026 është investimi i patjetërsueshëm në aftësitë specifike për zhvillimin dhe implementimin e suksesshëm të Modelit të Kujdesit Shëndetësor të Bazuar në Vlerë.

Këto aftësi të nevojshme përfshijnë:

- ✚ Shkathësitë analitike për të menaxhuar shëndetin e popullsisë.
- ✚ Zbatimin e teknologjisë së re dhe të avansuar me qëllim të ofrimit të shërbimeve të shpejta dhe cilësore mjekësore, mundësimin të vizitave elektronike, rruajtja e të dhënave relevante dhe shpërndarja në kohë e informacioneve të duhura.
- ✚ Kërkesat për informacione në lidhje me raportimin e cilësisë së arritur dhe komunikimin adekuat midis personelit të shumtë mjekësor.

Nga perspektiva e udhëheqësve të intervistuar të institucioneve shëndetësore gjithashtu sfida më e madhe sot dhe përqëndrimi vendimtar për dhjetë vitet e ardhshme do të jetë në hartimin dhe zbatimin e strategjive për rritjen e fondeve financiare. Udhëheqësit e intervistuar e kanë kuptuar se për ofrimin e performancës së lartë në dekadën e ardhshme në institucionet që drejtojnë duhet:

- ✚ Të ofrojnë kujdes mjekësor eficient.
- ✚ Të jenë financiarisht të qëndrueshëm për të bërë investime në cilësinë e kujdesit dhe menaxhimit.
- ✚ Të menaxhojnë mirë me pagesat në rënie për shkak të ndryshimit të modelit nga ai i kujdesit stacionar në atë ambulator dhe ndryshimeve në çrregullimin e pagesit.
- ✚ Të zbatojnë teknologji të avansuar të tillë si metoda të ndryshme analitike dhe teknika bashkëkohore për shkëmbimin e të dhënave për të menaxhuar dhe trajtuar popullsi të veçantë.

Këto udhëheqës të intervistuar theksuan se për institucionet që ata drejtojnë është sfida e madhe që të zhvillosh strategji rreth investimeve, inovacioneve dhe rreth zhvillimit të modeleve të reja afariste përderisa kufijtë po reduktohen respektivisht po tkurren vazhdimisht. Këto udhëheqës të intervistuar theksojnë se tre prioritetet e nevojshme për arritjen e performancës së lartë në dekadën e ardhshme respektivisht deri nga viti 2026 janë:

✚ **Zvogëlimi i vazhdueshëm dhe stabil i shpenzimet** – gjithnjë duke vazhduar t’i përgjigjen dukurisë së reduktimit të kufijve veprues.

✚ **Përcaktimi i metodës adekuate për atë se si t’i qasen konsolidimit dhe ndryshimit në fushën e shërbimeve të ofruara** – për të fituar efikasitet në shpenzime dhe ofrim të kujdesit cilësorë mjekësor. Institucionet e mëdha mund të ekzistojnë, secili i rradhitur në rrjete ose konsolidime, nëse udhëheqësit do të zhvillojnë strategjitë e tyre në përputhje me rrethanat.

✚ **Sjellja e vendimeve që shërbimet e duhura t’i ofrojnë në vendin e duhur** – qëllimi i saj është që të minimizohet dukuria e ofrimit të shërbimeve të dyfishta në vendet e ndryshme dhe ato të koncentrohen dhe ofrohen në vendet ku kostoja për ofrimin e tyre është më e ulët.

Udhëheqësit e intervistuar e kanë kuptuar se spitalet dhe sistemi shëndetësor në përgjithësi do të duhet të gjejnë burime të reja të ardhurash, të zgjerojnë gamën e shërbimeve të ofruara dhe ta mbështesin e ta zhvillojnë misionin e tyre. Në afat të shkurtër kohor ata mendojnë të fokusohen në:

✚ Analizën e strukturës së shpenzimeve, për t’i shtrirë kostot fikse mbi një bazë më të gjërë.

✚ Monitorimin e njëkohësishëm të shpenzimeve, menaxhimit të riskut dhe optimizimit të performancës duke u përqëndruar në pjesën specifike dhe të veçantë të popullsisë - të pacientët.

✚ Identifikimin dhe menaxhimin e matësve të rinj të suksesit, duke përfshirë jetët e shpëtuara të pacientëve, rezultatet dhe çmimet.

✚ Zhvillimin dhe përsosjen e aftësive specifike, të dhënave relevante, përshtatjen e teknologjisë dhe shëndetit të popullsisë.

Sipas udhëheqësve të intervistuar, gjatë disa viteve të ardhshme, po aq sfidues do të jetë:

✚ Menaxhimi me ndryshimet që rezulton nga konsolidimi.

✚ Proçesi i integritit dhe përafrimit të departamenteve dhe funksioneve brenda institucioneve shëndetësore të reja dhe të mëdha mund të jetë i vështirë për tu zbatuar duke pasur parasysh sistemet e ndryshme të teknologjisë së informimit të kujdesit shëndetësor dhe

kulturat e ndryshme.

✚ Madhësia absolute e institucioneve të reja gjithashtu ka mundësi ta bëjë komplikimin gjatë implementimit të ndryshimeve.

Prioritetet afatshkurtra të udhëheqësve të intervistuar për të lëvizur kah bota e Kujdesit Shëndetësor të bazuar në vlerë përfshijnë:

1. Krijimin e partneriteteve, bashkëpunimeve dhe bashkimeve për rritjen e rrjeteve të tyre vepruese.
2. Preferencën afatgjate të udhëheqësve të intervistuar të disa institucioneve shëndetësore për të mbetur të pavarur sa më gjatë që është e mundur, por njëherit edhe dëshirën e tyre të madhe për të qenë pjesë e një rrjeti të integruar.
3. Përgjegjësinë e udhëheqësve për llojin e marrëdhënieve që krijojnë dhe për strategjinë që e zbatojnë për zhvillimin dhe përhapjen e Modelit të Kujdesit Shëndetësor të Bazuar në Vlerë. Sipas udhëheqësve të intervistuar, qasja e re e trajtimit të kujdesshëm të pacientëve tashmë ka filluar ta ndryshoj medicinën, ata shpresojnë që ky zhvillim do të vazhdoj edhe gjatë 10 viteve të ardhshme.

Ndryshimet e veçanta dhe specifike përfshijnë:

✚ **Pacienti në rend të parë** – mund të ndodh që brenda 24 orëve pacientët të duan dhe të kërkojnë vizitë dhe kontroll, mjekët do të duhet të sigurojnë kujdes edhe gjatë vikendeve dhe veprimet e ndërmarra për kujdesin e tillë do të jenë më të përshtatshme edhe nëse ofrohen në shtëpi.

✚ **Teknologjitë digjitale do ta përmirësojnë qasjen dhe do të krijojnë mundësi të reja për pacientët për t'i takuar dhe konsultuar mjekët** - përdorimi i videove dhe vizitave elektronike do të rritet, duke reduktuar vizitat tradicionale personale në zyrat e mjekëve apo nëpër spitale.

✚ **Praktikat për kujdes shëndetësor cilësor do të rriten, në mënyrën që për këtë do të angazhohet dhe kujdeset personeli tjetër mjekësor** - infermierët praktikantë dhe të tjerët do të ofrojnë gamën më të gjërë shërbimesh. Kjo kategori e të punësuarve mund t'i zvogëlojë shpenzimet për pacientët dhe të jenë në vende më të përshtatshme.

Udhëheqësit e intervistuar tregojnë se sfida më e madhe për modelin e suksesshëm të orientuar kah kujdesi për pacientin është që të ndryshosh kulturën e një organizate dhe qëndrimet e stafit.

Ata mendojnë se strategjitë e reja mund të jenë të nevojshme për kapërcimin e rezistencës për realizimin e këtyre ndryshimeve edhe pse po këto udhëheqës të intervistuar tregojnë se shumica e stafit me eksperiencë dhe mjekët mendojnë se gjërat po funksionojnë dhe zhvillohen shumë mirë. Për t'i motivuar punonjësit dhe stafin mjekësor për të ndryshuar nevojitet lidhshëria e fuqishme autoritativ. Industritë e tilla si gastronomia, hotelieria dhe tregjet e ofrimit të shërbimeve të ndryshme kozmetike, kanë qenë burimet e praktikave udhëheqëse në atë se si të krijohet lidhshmëria midis tregut dhe klientëve në kujdesin shëndetësor (120-124).

Sipas udhëheqësve të intervistuar, çështja tjetër e rëndësishme e një strategjie të orientuar kah pacienti është përmirësimi i qasjes ndaj tyre. Prioritetet afatshkurtra përfshijnë:

1. Ofrimin e më shumë termineve dhe vizitave ambulatore sa më të shpejta, duke përfshirë kërkesat për termine dhe vizita mjekësore brenda 24 orëve.
2. Përdorimin e teknologjive të reja të telemedicinës për të krijuar lidhjen nga distanca midis pacientëve dhe mjekëve dhe për të ofruar shërbime shëndetësore cilësore nga distanca.
3. Lejimin që pacientët të pranojnë kujdes shëndetësor në vende të përshtatshme dhe të rehatshme jashta spitaleve, siç është kujdesi shtëpiak dhe qendrat e ndryshme shëndetësore të përsosura për ofrim të shërbimit cilësor shëndetësor.
4. Riorganizimin e tillë të stafit mjekësor për të siguruar qasje grupore midis mjekëve, infermierëve, ndihmës mjekëve, ndihmës infermierëve dhe stafit tjetër klinik.
5. Përmirësimi i shërbimit ndaj pacientëve përmes programeve trajnuese dhe bashkëpunimit me ekipe nga industritë tjera, siç janë ata të gastronomisë, restoranteve, kozmetikës etj.

Udhëheqësit e intervistuar theksojnë se në të ardhmen institucionet shëndetësore do të kërkojnë përdorimin e teknologjisë së avansuar të informacionit, të dhëna analitike dhe aftësi specifike të kësaj fushe. Veçanërisht, kjo teknologji e avansuar do ta mbështes zhvendosjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor nga ai stacionar në atë ambulator. Qëllimi afatshkurt i udhëheqësve do të jetë investimin në:

- Të dhëna shëndetësore elektronike të integruara dhe ndërvepruese.
- Aftësi informatike.
- Teknologji për të mundësuar ofrimin e shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor me shpenzime efektive (si psh. mjeksia virtual, vizitat elektronike, email).

✚ Natyrisht se për ofrimin e plotë të aftësive që rezultojnë nga këto investime teknologjike, institucionet shëndetësore do të kenë nevojë për punonjës të talentuar dhe me shkathtësi të veçanta.

Sipas udhëheqësve të intervistuar në sistemin e sotshëm shëndetësor ekziston mungesë e inovatorëve dhe atyre me gadishmëri të lartë për të ndërmarr rrezik të moderuar të cilët do të nevojiten shumë në të ardhmen. Andaj mund të themi se:

✚ Liderët mjek dhe vizionar edhe pse janë defiçitar sot po kërkohen shumë.

✚ Disa nga udhëheqësit e intervistuar theksojnë që nëpër spitale kanë vërejtur mungesë të specialistëve të teknologjisë së informacionit dhe atyre me shkathtësi analitike.

✚ Ca të tjerë përmendën se edhe planifikimi i suksesshëm është çështje shumë e rëndësishme. Ata kërkojnë që ekipi udhëheqës të identifikoj objektiva dhe qëllime të qarta organizative, t'i hartoj drejtë planet dhe strategjitë dhe të përcaktoj programe dhe politika adekuate për realizimin e tyre me qëllim të mbijetesës, zhvillimit dhe përshtatjes së institucionit ndaj ndryshimeve të vazhdueshme të mjedisit dinamik dhe kompleks.

Duke u bazuar në përgjigjet e të intervistuarve, njëra nga objektivat e rëndësishme të udhëheqësisë së institucioneve shëndetësore është përqëndrimi në zhvillimin dhe përkrahjen e stafit të talentuar me qëllim të krijimit të personelit të nevojshëm për arritje të suksesit në të ardhmen që mendohet të jetë shumë sfiduese.

✚ Proçeset qeveritare dhe strukturat e bordeve mund të ndryshojnë dhe përshtaten për të mbështetur leadershipin e ri dhe dituritë e kërkuara për të sjell vendime të drejta strategjike.

✚ Rekrutimi i talentëve jashta sferës së shëndetësisë mund të jetë njëra nga zgjidhjet.

Gjithashtu, institucionet shëndetësore po investojnë në strategji të reja për motivimin, nxitjen e sjelljes pozitive të të punësuarve dhe vetëdijësimin e tyre për të vepruar në mjedisin e ndryshueshëm dinamik dhe kompleks. Lidhur me burimet e shqetësimeve të konsiderueshme të paraqitura tek leadershipi institucional mund të theksojmë se:

Drejtuësit e institucioneve shëndetësore ndjejnë pasiguri të madhe në lidhje me mjedisin dinamik dhe kompleks në të cilin po veprojnë, gjendjen e përgjithshme ekonomike dhe mundësinë e rritjes së të ardhurave. Por në masë të madhe ata po shqetësohen dhe për ndikimin përçarës të ndryshimit të rregullave dhe trajtimit ndaj pacientëve.

Kryesisht ata janë përqëndruar në zbatimin e teknologjisë bashkëkohore për krijimin e vlerave të reja në forma të reja, zhvillimin e partneriteteve të reja dhe dinamike dhe në reduktimin e shpenzimeve.

Më shumë siguri dhe besim sesa optimizëm

Drejtuesit e institucioneve shëndetësore janë pak optimist në lidhje me perspektivën ekonomike globale: vetëm 40% besojnë që ekonomia do të përmirësohet këtë vit. Megjithatë, shumica janë të sigurtë në gjenerimin e të ardhurave më të larta si në afat të shkurtë dhe të gjatë kohor. 60% presin që të rriten shitjet në 12 muajt e ardhshëm ndërsa 79% këtë pritshmëri e kanë për tre vitet e ardhshme. Për ta ruajtur profitabilitetin, 72 % nga drejtuesit e institucioneve shëndetësore planifikojnë që t'i reduktojnë shpenzimet. Sipas parashikimeve, mbase shumica nga ato mendojnë që në të ardhmen zhvillimin më të madh do ta sjellin tregjet që në ciklin e jetëgjatësisë kanë arritur në fazën e pjekurisë, megjithëse 25% janë në kërkimin e tregjeve të reja.

Megatrendet—shkakëtarë kryesor për shqetësimet e lidërsipit në institucionet shëndetësore. Trendet e reja të mëdha paraqiten si sfida që e preokupojnë jashtëzakonisht lidërsipin e institucioneve shëndetësore, ata shqetësohen shumë në lidhje me çështjet e ndryshme juridike dhe finaciare. Siç janë: shqetësimi rreth riskut të mbi normave, rregullave dhe procedurave juridike; gjendjen e vështirë fiskale respektivisht si do ta përballojnë dhe menaxhojnë defiçitin fiskal qeveritë e zhytura në borxh; vlefshmërinë dhe nivelin e disponueshmërisë së aftësive dhe shkathtësive thelbësore të nevojshme për menaxhim transparent, të drejtë dhe të suksesshëm (125-129).

Mirëpo, burim i shqetësimit të lartë për udhëheqësit e institucioneve shëndetësore është dhe ndikimi përçarës i megatrendeve të reja: 68% e drejtuesve shëndetësor janë mjaft të shqetësuar dhe të nervozuar rreth ndryshimeve normative dhe të rregullave e procedurave juridike.

Ndërsa 59% janë të shqetësuar rreth ndryshueshmërisë së sjelljes së pacientëve. Edhe pse shqetësohen më pak se udhëheqësit e industrive të tjera, shumë nga drejtuesit e institucioneve shëndetësore, gjithashtu shqetësohen me konkurrencën në rritje, sa herë që në tregun e shëndetësisë kyçet një ofruer i ri.

Konkurentët e ri të paraqitur nga industritë e përfaqësuara

Ndoshta ata duhet të jenë më të shqetësuar. Sektori i mbrojtjes dhe kujdesit shëndetësor, përfshirë këtu edhe farmacinë dhe shkencat mbi jetën, qëndron në majen e listës të sektorëve të targetuar nga ndërmarrjet e industrive tjera të lidhura me zbatimet tekniko -teknologjike.

Më shumë se gjysma e udhëheqësve të institucioneve shëndetësore parashikojnë se, në tre vitet e ardhshme, ndërmarrjet gjithnjë e më shumë do të konkurojnë në sektorë të rinj.

Pritshmëria e tyre është që konkurenca potenciale, me të cilën duhet të ballafaqohen, të jetë kryesisht nga ndërmarrjet teknologjike, farmaceutike dhe të shkencave jetësore dhe sektorit publik.

Disa nga udhëheqësit e institucioneve shëndetësore tashmë pothuajse janë në fazën e tranzicionit: 26% nga udhëheqësit e institucioneve shëndetësore tashmë kanë hyrë vet në një industri të re, ndërsa 22% e kanë menduar një gjë të tillë.

Këta iniciatorë dhe nismëtarë janë të fokusuar në farmaci dhe shkencat e jetës, shërbime profesionale dhe biznesore dhe në teknologji.

Fuqia e lartë e transformimit digjital

Teknologjitë mobile për lidhshmërinë dhe tërheqjen e pacientëve, veglat për rruajtjen, sigurimin dhe analizën e të dhënave kryesojnë në listën e teknologjive digjitale të cilën lidhshmëria e institucioneve shëndetësore e konsideron të një rëndësie strategjike. Gjithashtu ata e vërejnë potencialin më të lartë në robotik dhe pajisje të avansuara teknike sesa lidhshmëria e shumë sektorëve të tjerë. Por 70% janë të shqetësuar me shpejtësinë që teknologjia po evoluon. Rreth 81% janë të shqetësuar për nivelin e sigurisë së arkivës së dokumentacionit mjekësor, që domosdoshmërisht duhet të ekzistoj brenda institucionit shëndetësor, në të cilin janë të përfshira të dhënat konfidenciale të shëndetësisë.

Lidhur me atë se si po e maksimizojnë udhëheqësit e institucioneve shëndetësore vlerën e investimeve teknologjike që ata janë duke e bërë, mund të themi se:

+ Pothuajse që të gjithë nga ato besojnë se është mjaft e rëndësishme të niset me një vizion qartë të përcaktuar dhe të definuar. Gjithashtu ata theksojnë se për një udhëheqës të institucionit shëndetësor e një rëndësi të veçantë është edhe njohja thelbësore dhe zbatimi i teknologjisë digjitale.

🚦 **Megjithate shpërblimi që merret e arsyeton përpjekjen dhe investimin që bëhet** - lidheshi i institucioneve shëndetësore raporton se fushat ku ata kanë parë kthim më të madh nga investimi deri më tani përfshijnë besimin teknologjik dhe përvojën me pacientët - dy fusha ku ata paraprijnë nga mostra e përgjithshme - si dhe përmirësimin e efikasitetit operacional dhe analizën e të dhënave.

🚦 **Aleanca të reja, suksese më të mëdha** - gjatë këtij viti është rritur dukshëm numri i udhëheqësve shëndetësor që po planifikojnë të formojnë një aleancë të re. Shumica dëshirojnë të bashkëpunojnë me akademi, klientë apo qeveri.

Qëllimi kryesor i këtij bashkëpunimi është të arrijnë klientë – pacientë të rinjë dhe tregje të reja, që të bëhen më inovativ dhe të rrisin reputacionin e institucionit të tyre.

Gjithashtu është rritur numri i udhëheqësve të institucioneve shëndetësore që planifikojnë të punësojnë më shumë njerëz. Megjithatë, shqetësim mjaft të madh paraqet dukuria e mungesës së lartë të aftësive specifike të nevojshme për realizimin e suksesshëm të veprimtarisë shëndetësore. Ka më pak gjasa që lidheshi i institucioneve shëndetësore t'i kërkojë talentët e nevojshëm në shtetet tjera, industritë ose segmentet tjera demografike sesa lidheshi i sektorëve tjerë. Ende më të vogla janë shanset që të ndërtohet strategji për promovimin e diversitetit, duke iu sugjeruar që të rishqyrtojnë praktikatat e tyre të rekrutimit. Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore gjykojnë se zhvillimi institucional kërkon:

🚦 Parashikim dhe planifikim të drejtë të veprimeve për të ardhmen e cila është dhe gjysma e suksesit në këtë të ardhme. Edhe pse udhëheqësit e intervistuar kanë vizion dhe kuptim të qartë për të ardhmen, ata pajtohen se mund të paraqiten dhe pengesa të ndryshme prandaj vazhdimisht vendosin objektiva dhe qëllime të shumta operative, taktike dhe strategjike.

🚦 Në aspektin strategjik, çështja kryesore është e lidhur me llojin e investimit që duhet bërë aktualisht për të fituar përparësi konkurruese më të lartë në të ardhmen dhe vendimin që duhet sjellur për pozicionimin sa më të mirë të institucionit për arritjen e suksesit të lartë gjatë dekadës së ardhshme por gjithmonë duke u përqëndruar në plotësimin maksimal të nevojave dhe kërkesave të pacientëve respektivisht të qenurit racional gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore cilësore.

🚦 Talenti dhe teknologjia e avancuar janë prioritetet kryesore dhe zhvillimi i çdo njëres prej tyre padyshim që mund të kërkojë investime, përpjekje dhe shpenzime të mëdha.

Është mjaft sfiduese dhe komplekse dukuria që udhëheqësit duhet t'i ndjekin dhe t'i zhvillojnë vazhdimisht këto investime për ta pozicionuar më së miri institucionin e tyre kah modeli cilësor shëndetësor - Kujdesi i Bazuar në Vlerë dhe në mjedisin veprues në të cilin plotësimi i nevojave dhe kërkesave të pacientëve është çështje thelbësore.

✚ Rruga drejt suksesit është e ndryshme për çdo treg dhe institucion shëndetësor, andaj nevojitet që drejtuesit bashkë me ekipet e tyre udhëheqëse t'i vazhdojnë provat me modelet e Kujdesit të Bazuar në Vlerë nëpër institucionet shëndetësore që i drejtojnë; ta përmirësojnë cilësinë e shërbimeve të ofruara ndaj pacientëve; të përpiqen dhe kërkojnë blerje ose partneritete të përshtatshme atëherë kur ato nevojiten; të zhvillojnë aftësi të reja teknologjike dhe analitike; dhe të mësojnë nga sukseset e të tjerëve si brenda ashtu dhe jashtë sferës së shëndetësisë.

KONKLUSIONE

1. Të dhënat e përpunuara, të mbledhura paraprakisht nga intervistat e realizuara me drejtuesit e institucioneve shëndetësore, ofrojnë njohuri dhe dituri në lidhje me prioritetet e udhëheqësve lidhur me gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor dhe pritjet e planet e tyre për të ardhmen, në fakt, ky studim i realizuar ofron njohuri dhe të dhëna relevante mbi vizionin e drejtuesve – udhëheqësve të institucioneve shëndetësore respektivisht si e parashikojnë të ardhmen, çfarë planesh dhe procedurash po ndërmarrin dhe cilat strategji e metoda vepruese i përdorin për kahëzimin e institucionit të tyre drejt suksesit.
2. Rezultatet e këtij studimi tregojnë se ekzistojnë shumë rrugë për funksionim të suksesshëm të institucioneve shëndetësore në të ardhmen sfiduese të sistemit shëndetësor dhe se shumica e udhëheqësve të intervistuar po shqyrtojnë strategji të reja për të vendosur se si ta pozicionojnë më mirë dhe më drejtë institucionin e tyre për rruajtjen e pozicionit konkurrues, rritjen e aftësisë konkurruese në treg dhe arritjen e suksesit maksimal të mundshëm në të ardhmen.
3. Gjetjet dhe rezultatet e këtij hulumtimi kanë për qëllim t'i ndihmojnë drejtuesit e institucioneve shëndetësore në fitimin e njohurive të reja dhe të përshtatshme për investimet e nevojshme, dhënien e sugjerimeve për ballafaqimin dhe tejkalimin e sfidave dhe parashikimin e rolit dhe pozicionit të ardhshëm të institucioneve shëndetësore në ekosistemin e kujdesit shëndetësor.
4. Disa udhëheqës skeptik të institucioneve shëndetësore po qëndrojnë indiferent dhe mënjanë teksa të tjerët po përpiqen dhe provojnë të zbatojnë modele të reja të Kujdesit të Bazuar në Vlerë, orientimit kah pacientët dhe krijimit të mundësive për zhvillimin e aftësive të reja teknologjike dhe analitike, zbulimin, kultivimin dhe shfrytëzimin maksimal të resurseve njerëzore të talentuar dhe realizimin e arritjen e performancës gjithnjë e më të lartë në veprimtarinë mjekësore. Asnjëri prej tyre ende nuk e ka arritur suksesin e dëshiruar, madje disa nga ato ende janë duke e përcaktuar fushëveprimin më të mirë të vlerësuar. Ende nuk ka përgjigje adekuate dhe të përgjithësuara, ngase tregjet e ndryshme janë në kërkim të vazhdueshëm të zgjidhjeve të ndryshme.
5. Drejtuesit e institucioneve shëndetësore e kanë kuptuar se për të qenë lider të suksesshëm nevojitet që ata të ndryshojnë, zhvillohen, përsosen, të sjellin inovacione dhe t'ju përshtaten ndryshimeve të shumta të mjedisit veprues dinamik dhe kompleks.

6. Ata duhet të ndërtojnë dhe të zbatojnë një kulturë të tillë organizative që kërkon që mjekët, infermierët dhe stafi tjetër i punësuar të jenë transparent, ta duan punën dhe institucionin e tyre, të veprojnë si ekip e mirë dhe efikase, të jenë të përqëndruar plotësisht kah pacienti dhe të pretendojnë që vazhdimisht të ofrojnë shërbime sa më cilësore shëndetësore.

7. Ekziston një kohë e gjatë që institucionet shëndetësore po e mbështesin strategjinë e përbashkët të rrjetit klinik të grumbullimit të sa më shumë mjekëve që të jetë e mundur dhe orientimit të tyre kah pacientët duke u përpjekur të ofrojnë shërbime mjekësore cilësore dhe t'i plotësojnë maksimalisht nevojat dhe kërkesat e tyre.

8. Bazuar në të dhënave e analizuara, sipas opinioneve të drejtuesve spitalet që të jenë konkures në treg detyrimisht duhet të ndërtojnë strategji eficiente të një rrjet klinik eficient që përfshin numër të konsiderueshëm të ofruesve, të cilët duhet t'i përgjigjen kërkesës gjithnjë në rritje të pacientëve, rrjet ky në të cilin pjesëmarrësit janë më participativ, bashkëpunues dhe më i arritshëm dhe që seriozisht jep rezultate të larta dhe ofron kujdes shëndetësor me kosto më të ulta.

9. Po sipas tyre strategjia e rrjetit të deri tanishëm klinik është e vjetëruar - e udhëhequr nga frika që kanoset nga mungesa eventuale e mjekëve dhe sistemi i pagesave i bazuar në shërbime bën që spitalet të përqëndrohen në bashkëpunimin me mjekët për të nxitur gjithnjë e më shumë rritjen. Strategjia është e bazuar në tre supozime të vjetëruara të cilat kanë qenë:

✚ Më shumë mjekë të kyçur në rrjet nënkupton më shumë pacientë – edhe pse pacientët ende vazhdojnë të drejtohen tek mjekët e tyre për udhëzime të ndryshme shëndetësore, këto mjekë nuk shërbejnë më si agjentë të vetëm të kujdesit shëndetësor të pacientëve ngase falë zhvillimeve të ndryshme tekniko – teknologjike pacientët kanë qasje në më shumë informacione dhe vegla – përfshirë mijëra aplikacione celulare që ofrojnë transparencë të paparë për shpenzimet dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore të ofruara si dhe njohuri dhe të dhëna për kushtet dhe opsionet e trajtimit.

✚ Ndërtimi i një modeli të qëndrueshëm për punësimin e mjekëve mirëpo ekziston mungesë e talentit për mjekë - parashikimet afatshkurtra janë të bazuara në vlerësimet e vjetëruara të kërkesës dhe ofertës për mjek. Modelet dhe teknologjitë e reja shëndetësore po përmirësojnë efikasitetin e mjekëve dhe rrisin ofertën efektive, ndërsa përpjekjet shëndetësore të popullatës dhe sigurimi i mjedisit po e reduktojnë kërkesën.

🚦 Ballafaqimi me një grup të kufizuar të konkurrentëve - ndërmarrjet teknologjike janë duke ndërtuar platforma të reja të tilla që të krijojnë lidhshmëri efikase midis pacientëve dhe ofruesve, duke u kërcënuar vazhdimisht që të anashkalojnë marrëdhënien ekzistuese pacientë – ofrues. Prandaj ofruesit inovativ bëjnë ridizajnimin e modeleve të kujdesit primar, duke vendosur standard të ri për qasje të pacientit dhe komoditet të lartë.

10. Përderisa supozimet e rrjetit të trashëguar janë të paqëndrueshme dhe po lëkunden, aspiratat e rrjetit klinik të spitaleve janë duke u zhvilluar. Qëllimi i saj nuk është vetëm mbledhja e sa më shumë mjekëve, por dhe ndërtimi i një rrjeti klinik sa më efikas dhe me më pak shpenzime, që ka fuqi punëtore të tillë që i përgjigjet kërkesave gjithnjë në rritje të pacientëve, bashkëpunim më të lartë dhe aftësi për të përmbushur standardin e ri të qasjes më të madhe të pacientëve në proces.

11. Çelsi i suksesshërisë së institucioneve shëndetësore është transformimi i shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor - menaxherët e suksesshëm të shëndetësisë fillojnë me menaxhim të fuqishëm dhe stabil të sistemit shëndetësor, angazhim të ofruesve të shërbimeve shëndetësore në procesin e krijimit të vlerës dhe me menaxhimin e planit.

12. Institucionet e reja të kyçura në sistemin shëndetësor zakonisht përpilojnë listë të gjatë të prioriteteve të nevojshme për funksionim të suksesshëm në mjedisin fleksibil, dinamik dhe kompleks, respektivisht për transformimin dhe përshtatjen e shërbimeve shëndetësore dhe kujdesit shëndetësor ndaj këtyre ndryshimeve të shumta.

13. Për transformim të drejtë, adekuat dhe të nevojshëm në mjedisin e ndryshimeve dinamike dhe komplekse, pothuajse shumica e tyre janë shprehur se menaxherët e institucioneve shëndetësore duhet që së pari t'i zhvillojnë tre kompetencat kryesore:

🚦 **Menaxhim të fuqishëm dhe stabil të sistemit shëndetësor** – e cila nënkupton fuqizimin e rolit të pacientit, duke e vendosur atë në rol të parë dhe duke u kujdesur vazhdimisht për nevojat dhe kërkesat e pacientëve me qëllim të plotësisimit maksimal të tyre; krijimi i modeleve të tilla të bazuara në punën grupore respektivisht në menaxhmentin participativ; fitimi i avantazheve konkurruese nga përdorimi i teknologjisë së avansuar në procesin e punës.

🚦 **Angazhimi i ofruesve**-të gjithë anëtarët e ekipit punues duhet të jenë të aftë, të përgjegjshëm dhe t'i kuptojnë qartë dhe drejtë detyrat dhe standardet e përcaktuara, gjithashtu ata duhet të kontribuojnë maksimalisht në punën grupore me qëllim të hartimit të strategjive specifike për ndërtimin e programeve të veçanta gjithë përfshirëse për trajtimin e secilës

sëmundje dhe intervenim shëndetësor, si psh. sëmundjet kardiare dhe kardiovaskulare, rastet e dializës, insuficiencën e veshkëve, trajtimin e diabetit etj.

✚ **Menaxhim racional** - fakti që resurset natyrore dhe financiare të nevojshme dhe të disponueshme për krijimin e vlerës janë të limituara, bën që menaxherët e suksesshëm dhe vizionarë t'i kushtojnë rëndësi të madhe parimit të racionalitetit që është thelbësor për sukses në çdo veprimtari. Menaxhimi racional dhe njëherit efektiv arrihet përmes zbatimit të tërësishëm të parimit të racionalitetit, respektivisht krijimin e vlerës më të lartë me sa më pak resurse të shfrytëzuara dhe shpenzime të realizuara. Mjekësia e bazuar në vlera është modeli i ri i ndërtuar mbi këtë parim që ofron cilësi të lartë të shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor dhe efikasitet të shpenzimeve që nënkupton reduktimin apo minimizimin e tyre.

REKOMANDIME

Drejtimesit e institucioneve shëndetësore duhet të vazhdojnë me përpjekjet aktuale të:

- ✚ Eksperimentimit me modelet bashkëkohore të Kujdesit të Bazuar në Vlerë, kontratat dhe shpenzimet e lidhura për përmirësimin e cilësisë.
- ✚ Kërkimit të partnerëve për shtimin e aftësive, rritjen e efikasitetit dhe zhvillimin e rrjeteve të gjëra dhe gjithëpërfshirës.
- ✚ Investimit në aftësi të reja teknologjike dhe analitike, burime të reja të ardhurash dhe përmirësimin e performancës.
- ✚ Të mësuarit nga udhëheqësit tjerë në shëndetësi të cilët po arrijnë sukses në Kujdesin e Bazuar në Vlerë dhe nga ata të sferave tjera që po paraqesin shembuj të transformimeve të suksesshme, inovacioneve, lidhshimit dhe shërbimeve cilësore shëndetësore.
- ✚ Përshtatjes me ndryshimet e paparashikuara në sistemin shëndetësor – ndryshimin në prirjen e pacientëve respektivisht gadishmërinë e tyre për të paguar më shumë për cilësinë e jo për vëllimin e shërbimit shëndetësor, teknologjitë e reja po bëjnë transformime mbi mënyrën dhe vendin e ofrimit të shërbimeve dhe vëzhguesit si dhe inspektuesit e sistemit shëndetësor po bëjnë apel dhe thirje të vazhdueshme që udhëheqësit e institucioneve shëndetësore të jenë më të përgjegjshëm dhe të kujdesshëm ndaj pacientëve.
- ✚ Për lidhshimin në shëndetësi, sukcesi gjithnjë e më shumë është i lidhur me rezultatet cilësore dhe reduktimin e shpenzimeve që lidhen me përmirësimin e vazhdueshëm të menaxhimit të këtyre kushteve.
- ✚ Për të arritur qëllimin afatgjat të menaxhimit të suksesshëm, ofruesit detyrimisht duhet të hartojnë strategji të reja të përfshirjes së pacientëve në procesin e punës, më pas dhe t'i implementojnë e t'i shfrytëzojnë këto strategji për depërtim dhe në tregjet e vendeve më të mëdha respektivisht për tërheqjen e numrit më të madh të pacientëve.
- ✚ Secili anëtar i përfshirë në grupin e punës, të krijuar për ofrimin e shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor cilësor, duhet të ketë rol diskret me objektiva konkrete dhe grupet udhëheqëse duhet t'i japin prioritet edukimit real dhe cilësor të përqëndruar në ndërtimin e shkathtësive të reja dhe zhvillimin e programeve specifike për arritjen e objektivave të caktuara përmes të cilave do të përmbushet misioni institucional.
- ✚ E gjitha kjo do të ndikojë në realizimin e suksesshëm të vizionit të tyre dhe ky sukses

padryshim që do rezultoj me avantazh konkurrues dhe pozicionim më të mirë dhe stabil në tregun e shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor.

✚ Ministria e shëndetësisë duhet t'i përfortësojë kapacitetet e saj për definimin dhe formulimin e politikave dhe aftësitë për implementimin, udhëheqjen dhe mbikqyrjen, ndërsa Fondi për sigurim shëndetësor detyrohet që ta përmirësojë planifikimin për buxhetin dhe instrumentet në shëndetësi.

✚ Organet kompetente në kuadër të Ministrisë së shëndetësisë ose drejtorive të spitaleve duhet të monitorojnë në mënyrë aktive cilësinë e shërbimeve të ofruara nga ana e stafit mjekësor si dhe të nxisin dhe investojnë në distribuimin efektiv të këtij stafi. Gjithashtu, ata duhet të ndërtojnë strukturë organizative fleksibile dhe të përshtatshme ndaj ndryshimeve të mjedisit dinamik dhe kompleks.

✚ Harmonizimi i shërbimeve mjekësore në të gjithë vendin është i një rëndësie të posaçme dhe i domosdoshëm për suksesshmërinë e institucionit shëndetësor.

✚ Faktori njeri duhet llogaritur si njëri nga hallkat më të rëndësishme të mbrojtjes shëndetësore andaj institucionet shëndetësore të të gjitha niveleve duhet ta trajtojnë sa më mirë personelin mjekësor duke ju ofruar jo vetëm paga të arsyeshme por njëkohësisht edhe duke i motivuar ata me bonuse, shpërblime ose mirënjohje për çdo rezultat të mirë në punën e tyre e që dallon nga ajo e kolegëve të tjerë.

✚ Krijimi i strategjisë afatgjate kombëtare për menaxhimin me resurset njerëzore në institucionet shëndetësore dhe sigurimi i mjeteve finaciare të nevojshme për avansimin permanent të personelit mjekësor në drejtime të caktuara mbetet faktor i një rëndësie të veçantë për rritjen e kualitetit dhe suksesit të shërbimeve mjekësore.

✚ Duke marrë parasysh aktivitetet e përditshme nga drejtuesi institucional kërkohet që të jetë sa më inovativ, më fleksibil, ta respektojë diturinë dhe përvojën e të punësuarve në të gjitha nivelet e institucionit, ta avansojnë punën ekipore, ta avansojnë komunikimin midis reparteve dhe njërive dhe t'i shpërblejnë të punësuarit për punën cilësore të realizuar.

✚ Me ndryshimin e sistemit të shkollimit deridiplomik të personelit mjekësor dhe harmonizimin të tij me sistemin që dominon në vendet e Unionit Europian (UE), veçanërisht me postulatit që profesionisti shëndetësor e ka për obligim që në mënyrë permanente të fitojë njohuri, aftësi dhe dituri të reja; t'i lejohet që të furnizohet me mjete më të reja pune (teknologji më bashkëkohore mjekësore); adaptim dhe sipërfaqe shëndetësore funksionale dhe një politik

kadrovike e arsyeshme dhe efektive që mundëson efikasitet më të madh; gjithsesi do të arrihet gjendje më e mirë shëndetësore e qytetarëve në përgjithësi.

✚ Në të ardhmen do të duhet që gradualisht të harmonizohet mënyra e realizimit dhe verifikimi i specializimit, ashtu që të jetë identike me ato që propozojnë shoqatat europiane të shëndetësisë, gjegjësisht duhet harmonizohet me ato që aktualisht zbatohen në shtetet e Unionit European.

✚ Duhet të kemi kujdes që në të gjitha zonat ku aplikohet shërbimi dhe veprimtaria mjekësore, të gjitha aktivitetet shëndetësore të bëhen në mënyrë dhe atmosferë sa më cilësore, duke filluar nga mënyra e sjelljes me pacientët (duke i zbatuar të gjitha rregullat kombëtare dhe ndërkombëtare për të drejtat e pacientëve që janë në fuqi) deri në aplikimin e rregullave interne gjatë kryerjes së detyrave në vendin e punës në qendrat dhe në institucionet shëndetësore.

✚ Komunikimi i mirë dhe i vazhdueshëm midis pjesëve të sistemit shëndetësor dhe veçanërisht ndarja e punës në mes tyre, e qeverisur dhe udhëhequr drejtë, do të mundësojë funksionimin e suksesshëm e të gjitha pjesëve të këtij sistemi.

REFERNCAT

1. Adizhes I., Menaxhimi me ndryshimet. Detra qendra, Shkup, 1998. Adizhes I., Ovladuvanje so promenite. Detra centar, Skopje, 1998.
2. Guidance on developing Quality and Safety Strategies with a Health System approach-2008 by WHO/Europe.
3. Zeqiri I., Menaxhmenti, Tetovë, 2006.
4. P. Lorange, M. Morton, and S.Ghoshal, Strategic Control (St. Paul, MN: West, 1986). Cituar në Sipas Gareth R. Jones & Jennifer M. George: Contemporary Management, Third Edition, McGraw - Hill Irwin, 2003; fq.289.
5. C. W. L. Hill and G. R. Jones, Strategic Management: An integrated Approach, 4th ed. (Boston: Houghton Mifflin, 1997). Cituar në Gareth R. Jones & Jennifer M. George: Contemporary Management, Third Edition, McGraw – Hill Irwin, 2003; fq. 289.
6. Allan J., Motivating people. Kogan Page, 1996.
7. C. W. L. Hill and G. R. Jones, Strategic Management: An integrated Approach: Fourth Edition, Boston: Houghton Mifflin, 1997.
8. Banfield Paul and Kay Rebecca, Introduction to human resource management. Oxford University Press, Oxford, 2012, UK. ISBN 9780199581085.
9. Adizhes I., Menaxhimi me ndryshimet. Detra qendra, Shkup, 1998. Adizhes I., Ovladuvanje so promenite. Detra centar, Skopje, 1998.
10. Buble M., Cingula M., Marcelo D., Dulciq Z., Bozhac M.,G., Galetiq L., Franjo L., Pfeifer S., Darko T., Menaxhmenti strategjik.Prishtinë, 2008.
11. Cuciq V., Mjekësia sociale,administrata bashkëkohore. Beograd, 2000. Cuciq V., Socijalna medicina, Savremena administracija. Beograd, 2000.
12. Bush T., West-Burnham J., The Principles of Educational Management. Longman, Educational Management Development Unit University of Leicester, 1994.
13. Zeqiri I., Menaxhmenti, Tetovë, 2006, fq. 11.
14. Zeqiri I., Menaxhmenti, Tetovë, 2006, fq. 224.
15. Zeqiri I., Menaxhmenti, Tetovë, 2006, fq. 225 -226.

16. Allan J., *Motivating people*. Kogan Page, 1996.
17. Banfield Paul and Kay Rebecca, *Introduction to human resource management*. Oxford University Press, Oxford, 2012, UK. ISBN 9780199581085
18. Bennis W.B. & Townsend R., *Reinventing Leadership*. Collins Business Essentials, 2005.
19. Bexheti A., *Financat publike*. Tetovë, 2007.
20. Bredberi T. & Grevs Xh., *Emocionalna inteligjencija – brz vodiç*. Kultura, Skopje, 2007.
Bredberi T. & Grevs Xh., *Inteligjenca emocionale – udhëzues i shpejtë*. Kultura, Shkup, 2007.
21. Ceku B., Kola F., *Metoda e Kërkimit Shkencor*. Tiranë, 2008.
22. Zeqiri I., *Menaxhmenti*, Tetovë, 2006, fq. 226.
23. Çepani A., Panariti S., *Menaxhimi i operacioneve*. Tiranë, 2006.
24. Çepujnoska V. & Çepujnoski D., *Bazat e udhëheqjes me kualitetin, filozofia, metodologjia dhe pëvojat*. Fakulteti Ekonomik, Shkup, 1993. Çepujnoska V. & Çepujnoski D., *Osnovi na uprapuvanje so kualitetot, filozofia, metodologjia i iskustva*. Ekonomski Fakultet Skopje, 1993.
25. Çepujnoski D., & Çepujnoska V., *Udhëheqja me kualitetin në praktik*. Fakulteti Ekonomik, Shkup, 1993. Çepujnoski D., & Çepujnoska V., *Upravuvanje so kualitetot vo praktika*. Ekonomski Fakultet, Skopje, 1993.
26. Hughes R., Ginnett R. and Curphy G., *Leadership*. Irwin Book Team, 1996.
27. Bobek Shuklev, *Menaxhment*, Shkup, 2005, fq.200.
28. Jenks, J. M. Kelly, *Don't Do. Delegate; The secret Power of Successful Managers: Second Edition*, London, 1995, fq.123.
29. Harold Koontz and Cyril O'Donell, *Principles of Management*, New York, Harper & Row, 1954, fq. 295-296.
30. Zeqiri I., *Menaxhmenti*, Tetovë, 2006, fq. 240.
31. Për këtë më gjerësisht konsulto John Naylor; *Management*; Financial Times; Pitman Publishing; 1999; fq. 379.
32. Izet Zeqiri, *Menaxhmenti*, Tetovë, 2006, fq. 103.
33. Violeta Çepujnoska & Djordzi Çepujnoski, *Osnovi na uprapuvanje so kualitetot, filozofia, metodologjia i iskustva*, Ekonomski Fakultet Skopje 1993, fq. 7.

34. Farauk Fawzi, profesor në Institutin për kërkime shkencore Delft dhe Drejtor i Qendrës Ndërkombëtare për Kualitet dhe Qeveisje në Rotterdam, Holandë.
35. Samuelson & Nordhaus – Economics 12th edition McGraw and Hill, pg 756. Bëhet fjalë përkoncetin e njohur të profesorit Nordhaus që ai e quan NEW- net economic wealthfare, apo mirëqenia ekonomike.
36. International Journal for Quality in Health Care. Guidelines of quality management healthcare, Picker Institute Europe.
37. Jaffin, Bob (September 17, 2008), Emergency Management Training:How to Find the Right Program. Emergency Management Magazine. Retrieved 2008- 11-15.
38. Jankulov J. & Zabunov Gj., Menaxhment. Tilia, Sofia, 1997.
39. Jenks, J. M. Kelly, Don't Do. Delegate, The secret Power of Successful Managers: Second Edition, London, 1995.
40. John Naylor, Management. Financial Times, Pitman Publishing, 1999.
41. Joshi M. M., Human Resource Management. First Edition: ISBN: 978-87-403- 0393-3.
42. John Naylor Management, Financial Times, Pitman Publishing, 1999, fq. 206.
43. Luther Gulick: Management is a science, Academy of management journal, vol. 8, no. 1, March 1965, fq.11, cituar në librin Bobek Shuklev Menaxhment fq. 32.
44. Menaxhimi i operacioneve, fq. 486.
45. National Civil Defense Emergency Management Strategy, 2007, page 5. Department of Internal Affairs, Wellington, New Zealand 2008. Digital edition. Retrieved 3 August 2008.
46. Nwabueze, U., 1997, Editorial: Total Quality Management in Health Care, Total Quality Management. Vol. 8, No. 5.
47. Dornbusch R., Fischer S., Macroeconomics.. McGraw – Hill, inc., 1994.
48. DuBrin A. J., Leadership-Research Findings, Practice and Skills. Houghton Mifflin Company, Boston, USA, 1995.
49. European society for healthcare quality.
50. Federal Emergency Management Agency. FEMA.gov. Retrieved 2013-08-11.
51. Feldman D. A., Emotionally Intelligent Leadership-Inspiring Others to Achieve Results.

Leadership Performance Solutions, 1999.

52. Certification-General CEM certification Info. Iaem.com. Retrieved 2012-03- 07.

53. Cherniss C. & Goleman D., The emotionally intelligence work place. Jossey- Bass, San Francisco, 2001.

54. Everard K. B. & Morris G., Effective School Management. P.C.P. Ltd, London, 1996

55. Civil Protection - The Community mechanism for civil protection. Ec.europa.eu. Retrieved 2010-07-29.

56. Flunn W, Mathis R, Jackson J, Langan P. Healthcare Human Resource Management. Mason, OH: Thomas South – Western; 2004.

57. Griffith J. White K. Human Recourses system. The Well – Management Healthcare Organization: Fifth Edition, Chicago: AUPHA Press; 2002.

58. Harold Koontz and Cyril O’Donell, Principles of Management. New York, Harper & Row, 1954.

59. John Naylor Management, Financial Times, Pitman Publishing, 1999, fq. 216

60. Djordji Çepujnoski & Violeta Çepujnoska Upravuvanje so kvalitetot vo praktika, Ekonomski Fakultet, Skopje 1993, fq. 10.

61. Izet Zeqiri, Menaxhmenti, Tetovë, 2006, fq. 111.

62. International Journal for Quality in Health Care, Guidelines of quality management helthcare, Picker Institute Europe.

63. Ovretveit J., Health Service Quality, An introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford 1995:2.

64. Council of Europe (1977), Recommendation on development and implementation of quality improvement system (QIS) in health care and explanatory memorandum (41stmeeting, 24-26 June). Strasbourg, Council of Europe.

65. Feldman D. A., Emotionally Intelligent Leadership-Inspiring Others to Achieve Results. Leadership Performance Solutions, 1999.

66. Flunn W, Mathis R, Jackson J, Langan P. Healthcare Human Resource Management. Mason, OH: Thomas South – Western; 2004.

-
67. Gareth R. Jones & Jennifer M. George, *Contemporary Management: Third Edition*, McGraw - Hill Irwin, 2003.
 68. Gjorgjevski B., *Menaxhimi i sistemeve informative*. Fakulteti Ekonomik, Shkup, 1998.
 - Gjorgjevski B., *Menaxhment informacioni sistemi*. Ekonomski Fakultet, Skopje, 1998.
 69. Grant ES. *Quality Medical Care. A definition*. JAMA, 1988;
 70. Ligji i shëndetësisë publike i Republikës së Maqedonisë.
 71. Ligji për mbrojtjen e të drejtave të pacientëve në Republikës së Maqedonisë.
 72. Ligji për shëndetësi i Republikës së Maqedonisë.
 73. Loca S., *Sjellja konsumatore*. Tiranë, 2006.
 74. Nwabueze, U., 1997, Editorial: Total Quality Management in Health Care, *Total Quality Management*, Vol. 8, No. 5, pp. 203.
 75. Ludlow R. & Panton F., *Effective Communication*. Prantice Hall Europe, 1992.
 76. Ludlow R. & Panton F., *The essence of Effective Communication*. Prentice Hall Europe, 1992.
 77. Luther Gulick, *Management is a science*. *Academy of management journal*, vol.8, no.1, March 1965.
 78. Maine Emergency Management Agency, 2007, *What is Emergency management?*. Retrieved 2014-02-22.
 79. Manske F. A. Jr., *Secrets of Effective Leadership*. Columbia, USA, 1990.
 80. Mileham P. & Spacie K., *Transforming Corporate Leadership*. Pitman Publishing, London, 1996.
 81. Milisavljevi, M., *Menaxhmenti strategjik bashkëkohorë*. Instituti i shkencave ekonomike, Beograd, 2002. Milisavljevi, M., *Savremeni strategijski menadgment*. Institut ekonomskih nauka, Beograd, 2002.
 82. Nadler David, Shaw Robert, Walton A. Elise and associates. *Organizational architecture: Designing for high performance*. "Discontinuous change: Leading Organizational Transformation". San Francisco: Jossey – Bass Inc, 1995.

-
83. National Civil Defence Emergency Plan Order, 2005. Legislation.govt.nz (2008-10-01). Retrieved on 2011-07-28.
84. Grant ES., Quality Medical Care, A definition, JAMA 1988; 280:56-61.
85. G.D. Haddow & J.A. Bullock, Një Hyrje në Menaxhim të Emergjencave, 2003.
86. Neni 5 i Ligjit për mbrojtje shëndetësore, Gazeta e zyrtare e Republikës së Maqedonisë, nr.43/2012.
87. Bobek Shuklev: Menaxhment, 4 izdanie, Ekonomski fakultet, Skopje, 2004, fq.221.
88. Zeqiri I., Menaxhmenti, Tetovë, 2006. fq. 262 -263.
89. Bredberi T. & Grevs Xh., Emocionalna inteligjencija – brz vodiç. Kultura, Skopje, 2007. Bredberi T. & Grevs Xh., Inteligjenca emocionale – udhëzues i shpejtë. Kultura, Shkup, 2007.
90. Stephen Robbins, Managing organization, Prentice- Hall, Sydney, 1990, p. 162.
91. Howard M. Carlisle, Management, Concepts methods&applications, Chicago, 1982, p. 476.
92. Ibidem, p.189.
93. Statuti i Institucinit publik shëndetësor – Klinika universitare për radiologji – Shkup nga 15.10.2008.
94. Organizata Botërore e Shëndetësisë, Raport për shëndetësinë në tranzicion, 2000, Reformat në sistemin shëndetësor në Maqedoni, www.crpm.org.mk
95. Organizational Structure of a Hospital website: <http://www.texashste.com>
96. Ovretveit J. Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Oxford, 1995.
97. P. Lorange, M. Morton, and S.Ghoshal, Strategic Control. St. Paul, MN: West, 1986.
98. Peeke G., Mission and Change. Open University Press, Balmoor, UK, 1994.
99. Hersey, P. & Blanchard H. K., Management of Organizational Behavior. Utilizing Human Resources, Prentice-Hall, New Jersey, 1992.
100. Howard M. Carlisle, Management, Concepts methods&applications. Chicago, 1982.
-

-
101. Kemp R. & Nathan M., Middle Management in Schools. Simon&Schuster Education, Hemel Hempstead, 1992.
 102. Koev J., Pretpiemaçestvo. IK “Tedina”, Varna, 1996. Koev J., Sipërmarrësia. IK “Tedina”, Varna, 1996.
 103. Kotter P.J., What Leaders Really Do. 1990.
 104. Petkovski K. & Jankulovska P., Delovno komuniciranje. IRIS-R, Struga, 2006. Petkovski K. & Jankulovska P., Komunikimi formal. IRIS-R, Strugë, 2006.
 105. Petkovski K. & Simonovska V., Menaxhment vo zdravstvo. Herakli komerc, Manastir, 2008. Petkovski K. & Simonovska V., Menaxhmenti në shëndetësi. Herakli komerc, Manastir, 2008.
 106. Petkovski K., Udhëheqja dhe komunikimi efektiv. Kiro Dandaro, Manastir, 2000. Petkovski K., Vodstvoto i efektivnata komunikacija. Kiro Dandaro, Bitola, 2000.
 107. Ray M., Advertising and Communication Management. Prentice Hall, Inc. New Jersey, 1992.
 108. Recommendation on development and implementation of quality improvement system (QIS) in health care and explanatory memorandum. (41st meeting, 24- 26 June), Strasbourg, Council of Europe.
 109. Robey Daniel. Designing organizations: Third Edition, IRWIN. Burr Ridge, Illinois, 1991.
 110. Robinson D., Business etiquette. Kogan Page Limited, London, 1994.
 111. Rolheiser C. and Quinn J., Managing the Process of Change. Soros Conference, Budapest, May, 2003.
 112. Rufino L. Macagba. Hospitals and Primary Health Care: International studies from the international hospital federations. Health Development.
 113. Sekston D., Ndërmarrësia. Detra, Shkup, 1991. Sekston D., Pretpiemashtvo. Detra, Skopje, 1991.
 114. Sherman Folland, Allen Goodman, Miron Stano. Economics of Health and Health Care, 2008.
 115. Shuklev B. & Drakulevski L., Menaxhmenti strategjik. Fakulteti Ekonomik, Shkup, 2001. Shuklev B. & Drakulevski L., Strateshki menaxhment. Ekonomski Fakultet, Skopje, 2001.

-
116. Shuklev B., Menaxhment, Shkup, 2005.
 117. Smilevski C., Predizvikot i majstorstvoto na organizaciskite promeni. Detra centar, Skopje, 2000. Smilevski C., Sfida dhe mjeshtria e ndryshimeve organizative. Detra qendra, Shkup, 2000.
 118. Stephen Robbins, Managing organization. Prentice - Hall, Sydney, 1990.
 119. Strategjia e përmiresimit të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore, 2012-2016, Ministria e shëndetësisë - Republika e Maqedonisë.
 120. Leiyu Shi, Jones and Bartlett Publishers, Managing human resources in healthcare organizations, Inc., Ontario, Canada, 2007;157-185.
 121. Karnegi D., Psikologjia na uspehot – Liderstvo vo vas. Nasha kniga, Skopje, 2008. Karnegi D., Psikologjia e suksesit – Liderizmi tek ju. Nasha kniga, Shkup, 2008.
 122. Termino, E & Webster, E.G., Primary Health Concepts and challenges in a changing world: Altna – Ata revisited. Geneva, World Health Organization. 1997
 123. Tirney E., Business Ethics. A Guide for Managers, Kogan Page Limited, London, 1992.
 124. Ubben G. & Highes L., The Principal, Creative Leadership for Effective Schools. Allyn and Bacon, USA, 1991.
 125. University of North Texas: Health Science Technology Education.
 126. Welcome to the International Recovery Platform - International Recovery Platform. Recoveryplatform.org. Retrieved 2013-08-11.
 127. World Health Organization, Cost analysis of Primary Healthcare: A training Manual for Programme Managers. WHO – OMS. 1994.
 128. Youndt, M.A., Snell, S.A., Jr, Dean, J.W. and Lepak, D.P. (1996), Human Resource Management, Manufacturing Strategy and Firm Performance. Academy of Management Journal, 39(4): 836 – 66.
 129. Zeqiri I., Menaxhmenti. Tetovë, 2006.