

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I TIRANËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I SHËNDETIT PUBLIK

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Z. Besnik Jakaj

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: POLITIKAT E ADMINISTRIMIT, MENAXHIMIT DHE PLANIFIKIMI
STRATEGJIK I SISTEMIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR**

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Z. Besnik Jakaj

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: POLITIKAT E ADMINISTRIMIT, MENAXHIMIT DHE PLANIFIKIMI
STRATEGJIK I SISTEMIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR**

MBROHET MË DATË __ / __ / 2023 PARA JURISË

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR (Oponent)
3. _____ ANËTAR (Oponent)
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR

DISERTACION

I
PARAQITUR NGA

Z. Besnik Jakaj

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: R POLITIKAT E ADMINISTRIMIT, MENAXHIMIT DHE PLANIFIKIMI
STRATEGJIK I SISTEMIT SHËNDETËSOR SHQIPTAR**

MBROHET MË DATË __ / __ / 2023 PARA JURISË

1. _____ KRYETAR
2. _____ ANËTAR (Oponent)
3. _____ ANËTAR (Oponent)
4. _____ ANËTAR
5. _____ ANËTAR

Parathënie

Sistemet e kujdesit shëndetësor në nivel global po kalojnë ndryshime të vazhdueshme dhe procese të ridizajnit brenda kuadrit të rritjes së pritshmërive të pacientëve dhe objektivave gjithnjë e më sfiduese që lidhen me shëndetin e popullatës, uljen e kostove dhe përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor.

Qasjet e reja të rimbursimit dhe pagesës së kujdesit shëndetësor janë duke u zbatuar me qëllim që të përmbahen kostot. Paralelisht, po bëhen përpjekje të pandërprera për përmirësimin e cilësisë së kujdesit nëpërmjet riorganizimit të ekipit të kujdesit shëndetësor, duke u mbështetur gjithnjë e më shumë në evidenca shkencore, duke i vendosur pacientët në qendër të kujdesit dhe me pjesëmarrje më të madhe të pacientëve në procesin e kujdesit shëndetësor. Tejkalimi i fragmentimit të sistemeve shëndetësore është një sfidë e madhe për shumicën e vendeve të botës.

E lidhur ngushtësisht me çështjen e transformimit të sistemit të kujdesit shëndetësor është dhe dimensionin e transformimit të teknologjisë së informacionit dhe të të dhënave në sistemin shëndetësor.

Në këtë këndvështrim, inovacioni dhe transformimi i sistemit të kujdesit shëndetësor, në mënyrë që të përmbushen pritshmëritë e pacientëve, profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe aktorëve të tjerë të përfshirë është me rëndësi kritike.

Që sistemi shëndetësor të realizojë objektivat e tij janë të nevojshme edhe shumë sisteme të tjera apo marrëdhënie komplekse në nivele të shumfishta, të cilat duhet merren në konsideratë duke qënë se ato janë thelbësore për ofrimin e një kujdesi shëndetësor optimal për pacientët në mjedisin e kujdesit shëndetësor në ndryshim e sipër.

Në të gjithë këta elementë kritikë reformash dhe ndryshimesh, politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor luajnë një rol themelor pasi ato do të përcaktojnë drejtimit që do të marrë sistemi shëndetësor i një shteti të caktuar.

Pikërisht ky është dhe thelbi i këtij punimi shkencor, përmes të cilit do të përpiqem të përshkruaj jo thjesht marrëdhënien mjek-pacient por edhe politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemeve shëndetësore si elementë kritikë për të shpjeguar gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor si dhe për të ndricuar drejtimit e duhura të ndryshimeve apo reformave për të rritur cilësinë dhe efikasitetin e sistemit të kujdesit shëndetësor në vendin tonë.

Dr. Besnik Jakaj

DEDIKIM

Dëshiroj të falenderoj Familjen time për mbështetjen dhe forcën që më dhanë për përfundimin e këtij punimi shkencor.

Dëshiroj të falenderoj udhëheqësin time shkencor, Prof.As. Ervin Toçi, për mbështetjen dhe ndihmën e pakursyer gjatë këtij procesi plot sfida.

Falenderime të përzemërta për të gjitha miqtë dhe kolegët të cilët kanë kontribuar në mënyra të ndryshme që ky punim shkencor të përfundohej.

Ju falenderoj të gjithëve nga zemra!

Abstrakt

Sistemi i kujdesit shëndetësor po i nënshtrohet një numri të madh ndryshimesh dhe procesesh ridizajnimi në kuadër të rritjes së pritshmërive të pacientëve dhe objektivave gjithnjë e më sfiduese lidhur shëndetin e popullatave, uljes së kostove dhe përmirësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor. Të gjitha këto sfida dhe ndryshime janë përgjegjësi e politikë-bërjes dhe vendim-marrjes të bazuar në evidenca. Është e qartë pra, se politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor janë thelbësore nëse duam të ndërtojmë një sistem shëndetësor që ofron kujdes shëndetësor me cilësi të lartë, brenda burimeve ekzistuese, në kohën e duhur dhe që i përgjigjet në mënyrë optimale nevojave të pacientëve apo përdoruesve të tij. Në këtë kontekst në ndërmorëm këtë studim i cili synon të hedhë dritë lidhur me impaktin e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor në Shqipëri. Kjo u realizua duke krahasuar indikatorët aktualë kryesore shëndetësore të popullatës Shqiptare me objektivat dhe targetet e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020. Evidentimi i tendencave dhe përputhjeve apo mos-përputhjeve me objektivat dhe targetet e vendosur na lejuan që të analizojmë një numër të madh elementësh që janë pjesë e pandarë e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor në Shqipëri. U evidentuan sukseset por edhe fushat problematike. Pavarësisht progresit të madh të shënuar në sistemin shëndetësor shqiptar gjatë viteve të fundit, mbetet ende një punë shumë e madhe për t'u bërë në mënyrë që sistemit shëndetësor në vendin tonë të përmirësojë kosto-efektivitetin dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor. Është e nevojshme që politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor në vendin tonë të vazhdojnë reformën dhe ndryshimin, bazuar në evidencat shkencore më të mira në arenën ndërkombëtare dhe në përputhje me kontekstin lokal.

Fjalët kyçe: *Kujdesi shëndetësor, menaxhimi, planifikimi strategjik, politikat e administrimit, politikat shëndetësore, reforma shëndetësore, Shqipëria.*

Abstract

The health care system is undergoing a large number of changes and redesign processes within the framework of increasing patient expectations and increasingly challenging objectives related to the health of populations, cost reduction and improvement of health care quality. All these challenges and changes are the responsibility of evidence-based policy-making and decision-making. It is clear, therefore, that the policies of administration, management and strategic planning of the health system are essential if we want to build a health system that provides high quality health care, within existing resources, at the right time and that responds optimally to the needs of patients. In this context, we carried out this study which aims to shed light on the impact of administration, management and strategic planning policies of the health system in Albania. This was achieved by comparing the current main health indicators of the Albanian population with the objectives and targets of the National Health Strategy 2016-2020. Evidence of trends and compliance or non-compliance with the set objectives and targets allowed us to analyze a large number of elements that are an integral part of the policies of administration, management and strategic planning of the health system in Albania. The successes but also the problematic areas were highlighted. Despite the great progress made in the Albanian health system in recent years, there is still a lot of work to be done in order for the health system in our country to improve the cost-effectiveness and quality of health care. It is necessary that the administration, management and strategic planning policies of the health system in our country continue to reform and change, based on the best scientific evidence in the international arena and in accordance with the local context.

Keywords: *Albania, administration policies, health care, health policies, health reform, management, strategic planning.*

Tabela e përmbajtjes

Parathënie.....	iv
DEDIKIM.....	v
Abstrakt.....	vi
Abstract.....	vii
Lista e tabelave.....	xiii
Lista e grafikëve.....	xiv
Lista e figurave.....	xvi
Lista e shkurtimeve.....	xvii
KAPITULLI I. HYRJE.....	xviii
1.1 Hyrje.....	xviii
1.2 Parakushtet për ndryshimet dhe reformën e sistemit të kujdesit shëndetësor	xxi
1.2.1 Të menduarit në sistem	xxi
1.2.2 Sistemi i kujdesit shëndetësor është një mjedis kompleks në ndryshim të vazhdueshëm	xxiii
1.2.3 Elementët kyç të të menduarit në sistem	xxiii
1.3 Politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimi strategjik i sistemit shëndetësor – panoramë e elementëve të kujdesit shëndetësor	xxiv
1.3.1 Sistemi i ofrimit të kujdesit shëndetësor	xxiv
1.3.1.1 Rezultatet e synuara të sistemit të kujdesit shëndetësor	xxiv
1.3.1.2 Faktorët nxitës të ndryshimit të sistemit të kujdesit shëndetësor	xxv
1.3.1.2.1 Niveli i ulët i integritit, sistemi jo optimal i pagesave dhe variacioni i kujdesit shëndetësor	xxv
1.3.1.2.2 Kuadri ligjor që mbështet reformat e sistemit të kujdesit shëndetësor.....	xxvi
1.3.1.3 Tendencat e reja dhe inovative të modelve të ofrimit të kujdesit shëndetësor	xxvii
1.3.1.4 Sistemet aktuale të ofrimit të kujdesit shëndetësor duhet të bashkërendohen me kujdesin e përgjegjshëm dhe shëndetin e popullatës	xxx
1.3.1.5 Adresimi i hendeqeve në sistemet aktuale të ofrimit të kujdesit shëndetësor.....	xxx
1.3.2 Sistemi i kujdesit shëndetësor: strukturat dhe proceset	xxxii
1.3.2.1 Elementët e cilësisë së kujdesit shëndetësor: strukturat, proceset, rezultatet	xxxii
1.3.2.2 Elementët e strukturave të kujdesit shëndetësor	xxxii

1.3.2.2.1 Stafi i kujdesit shëndetësor	xxxii
1.3.2.2.2 Godinat (infrastruktura fizike) ku ofrohet kujdesi shëndetësor	xxxiii
1.3.2.2.3 Financimi i kujdesit shëndetësor	xxxiv
1.3.2.2.4 Pajisjet	xliii
1.3.2.3 Elementët e proceseve të kujdesit shëndetësor	xliv
1.3.2.3.1 Tranzicioni dhe koordinimi i kujdesit shëndetësor	xliv
1.3.2.3.2 Vendim-marrja e përbashkët	xlv
1.3.3 Vlera në kujdesin shëndetësor	xlvi
1.3.3.1 Karakteristikat bazë të sistemit të kujdesit shëndetësor me vlerë të lartë dhe pengesat për të arritur atë	xlvi
1.3.4 Çështjet e lidhur me sigurinë e pacientëve	xlviii
1.3.4.1 Parimet bazë të sigurisë së pacientëve	xlix
1.3.4.2 Gabimet mjekësore	l
1.3.4.3 Sistemet e raportimit të gabimeve mjekësore	l
1.3.4.4 Adresimi i gabimeve mjekësore	li
1.4 Politikat e kujdesit shëndetësor	li
1.4.1 Parimet bazë të politikave shëndetësore	li
1.5 Çështjet financiare të kujdesit shëndetësor	lii
1.5.1 Çështjet bazë të ekonomiksit të politikave shëndetësore.....	liii
1.6 Politikat e reformës së kujdesit shëndetësor	liii
1.6.1 Parimet bazë të reformës së politikave shëndetësore	liv
1.7 Debatet dhe sfidat dhe e politikave shëndetësore.....	lvii
1.8 Planifikimi strategjik në kujdesin shëndetësor	lvii
1.8.1 Çështjet bazë të planifikimit strategjik në kujdesin shëndetësor	lviii
1.8.1.1 Lidshipi dhe planifikimi strategjik	lviii
1.8.1.2 Misioni, vizioni, vlerat dhe kultura – bazat e planifikimit strategjik	lix
1.8.1.3 Fushat e planifikimit strategjik.....	lx
1.8.1.3.1 Planifikimi strategjik financiar.....	lx
1.8.1.3.2 Efektiviteti në procesin e planifikimit strategjik	lx
1.8.1.3.3 Menaxhimi i burimeve njerëzore.....	lx
1.8.1.3.4 Strategjitë aktuale kundrejt atyre afat-gjata	lxiv
1.8.1.3.5 Raporti midis produkteve dhe shërbimeve	lxiv

1.8.1.3.6 Planifikimi operacional.....	lxiv
1.8.2 Vlerësimi i performancës	lxv
1.8.3 Faktorët që mund të lehtësojnë procesin e planifikimit strategjik në kujdesin shëndetësor	lxv
1.9 Politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimi strategjik i sistemit shëndetësor në Shqipëri.....	lxvi
KAPITULLI II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT	1
2.1 Qëllimi i studimit.....	1
2.2 Objektivat e studimit	1
2.2.1 Objektivi i përgjithshëm 1.....	1
2.2.1.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 1	1
2.2.2 Objektivi i përgjithshëm 2.....	1
2.2.2.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 2	1
2.2.3 Objektivi i përgjithshëm 3.....	2
2.2.3.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 3	2
2.2.4 Objektivi i përgjithshëm 4.....	2
2.2.3.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 3	2
KAPITULLI III. METODOLOGJIA	3
3.1 Tipi i studimit	3
3.2 Lloji i të dhënave	3
3.3 Burimi i të dhënave të dhënave	3
3.4 Mbledhja e të dhënave.....	4
3.4.1 Mënyra e mbledhjes së të dhënave	4
3.5 Aspektet etike	4
3.6 Analiza statistikore e të dhënave	4
KAPITULLI IV. REZULTATET	6
4.1 Gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare	6
4.2 Anëtarësimi në BE si pjesë e prioriteve të politikës kombëtare	8
4.3 Përshkrimi i procesit të hartimit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020	9
4.3.1 Misioni, vizioni dhe objektivat strategjike të SKSH 2016-2020	9

4.3.2 Partneritetet dhe angazhimet.....	12
4.3.3 Themelet dhe vlerat themelore të SKSH 2016-2020	13
4.3.4 Integrimi me strategjitë e tjera të sektori shëndetësor	13
4.3.5 Përafrimi me politikat dhe strategjitë shëndetësore ndërkombëtare	14
4.3.6 Korniza e monitorimit dhe vlerësimit të SKSH 2016-2020.....	14
4.4 Efektet e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020.....	14
4.4.1 Ndryshimet e kuadrit ligjor	14
4.4.2 Ndryshime e mënyrës së organizimit dhe shërbimeve të sistemit shëndetësor	15
4.4.3 Rezultatet e arritura të KSHP 2020 krahasuar me targetet e vendosur	16
4.4.3.1 Indikatorët e sëmundjeve jo të transmetueshme	16
4.4.3.2 Vdekshmëria e parakohshme nga sëmundjet kryesore jo të transmetueshme.....	20
4.4.3.3 Indikatorët e lidhur me faktorët e rrezikut dhe stilin jo të shëndetshëm të jetesës....	20
4.4.3.4 Vdekshmëria nga gjithë shkaqet e jashtme dhe lëndimet	26
4.4.3.5 Jetëgjatësia e pritshme në lindje	27
4.4.3.6 Shpenzimet shtëpiake nga xhepi si përqindje ndaj shpenzimit shëndetësor total	28
4.4.3.7 Shpenzimi shëndetësor total si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto dhe shpenzimi i shëndetit publik si përqindje e PBB	29
4.4.3.8 Situata lidhur me indikatorët cilësorë të SKSH 2016-2020.....	31
4.4.3.9 Situata lidhur me përmbushjen e aktiviteteve të planifikuara në katër prioritetet strtejike të SKSH 2016-2020.....	31
4.4.3.10 Analizë e shpenzimeve shëndetësore.....	32
4.4.3.10.1 Tendencat e shpenzimeve shëndetësore në Shqipëri	32
4.4.3.10.2 Shpenzimet shëndetësore në situata emergjencash.....	34
4.4.3.10.4 Politikat e mbulimit – bazat për të përfituar mbulimin e sigurimeve shëndetësore	35
4.4.3.10.5 Politikat e mbulimit – paketa e përfitimeve me financim publik.....	35
4.4.3.10.6 Politikat e mbulimit – bashkë-pagesat dhe pagesat nga xhepi (OOP).....	35
4.4.3.10.7 Politikat e mbulimit – blerja e shërbimeve	36
4.4.3.10.8 Politikat e mbulimit – shtrirja e blerjes strategjike.....	37
4.4.3.10.9 Politikat e mbulimit – aksesit dhe mbrojtja financiare	37
KAPITULLI V. DISKUTIMI.....	38
KAPITULLI VI. KONKLUSIONE.....	45

KAPITULLI VII. REKOMANDIME.....	47
REFERENCAT	49

Lista e tabelave

Tabela 1. Numri i vizitave në kuadër të programit Check-up përgjatë viteve.....	15
---	----

Lista e grafikëve

Grafiku 1. Vdekshmëria foshnjore (numri i vdekjeve foshnjore për 1000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	17
Grafiku 2. Vdekshmëria foshnjore nën 5 vjeç (numri i vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjeç për 1000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	17
Grafiku 3. Vdekshmëria amtare (numri i vdekjeve amtare për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	18
Grafiku 4. Mbulesa vaksinale e fëmijëve (përqindja e fëmijëve të moshës 0-6 vjeç të vaksinuar) gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	19
Grafiku 5. Pjesëmarrja në Programin Kombëtar të Kontrollit Shëndetësor Falas për banorët shqiptarë të moshës 35-70 vjeç (numri i popullatës së synuar që i është nënshtruar programit të depistimit) gjatë periudhës 2015-2020: synimet dhe rezultatet aktuale.....	19
Grafiku 6. Prevalenca e standardizuar e duhanpirjes tek meshkujt 18 vjeç e lart gjatë periudhës 2010-2020: synimet dhe rezultatet aktuale.....	21
Grafiku 7. Prevalenca e standardizuar e duhanpirjes tek femrat 18 vjeç e lart gjatë periudhës 2010-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	21
Grafiku 8. Konsumi total i alkoolit për frymë (litra alkool i pastër) midis individëve 15 vjeç e lart gjatë periudhës 2010-2020: synimet dhe rezultatet aktuale.....	22
Grafiku 9. Prevalenca e standardizuar e mbipeshës dhe obezitetit ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) në popullatën e rritur 18 vjeç e lart gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale .	23
Grafiku 10. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e mbipeshës ($BMI 25-29 \text{ kg/m}^2$) tek fëmijët 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale.....	23
Grafiku 11. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e obezitetit ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tek fëmijët 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale.....	24
Grafiku 12. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e mbipeshës ($BMI 25-29 \text{ kg/m}^2$) tek djemtë 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	24
Grafiku 13. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e mbipeshës ($BMI 25-29 \text{ kg/m}^2$) tek vajzat 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	25
Grafiku 14. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e obezitetit ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tek djemtë 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	25
Grafiku 15. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e obezitetit ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tek vajzat 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	26
Grafiku 16. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet dhe lëndimet e jashtme gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	27
Grafiku 17. Jetëgjatësia e pritshme në lindje gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	28

Grafiku 18. Shpenzimet shtëpiake nga xhepi si përqindje ndaj shpenzimit shëndetësor total gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	29
Grafiku 19. Shpenzimi shëndetësor total (THE) si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	30
Grafiku 20. Shpenzimi i shëndetit publik (PubHE) si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale	30
Grafiku 21. Shpenzimet publike për shëndetësinë si përqindje e PBB-së, 2016–2019	32
Grafiku 22. Shpenzimet publike për person në terma realë (në Lekë), 2016–2019	33
Grafiku 23. Shpenzimet publike për shëndetësinë si përqindje ndaj totalit të shpenzimeve publike, 2016–2019.....	33
Grafiku 24. Buxheti i shtetit për shëndetësinë, sipas programeve, 2016–2019	34

Lista e figurave

Figura 1. 10 shkaqet kryesore të vdekshmërisë së parakohshme në Shqipëri	7
Figura 2. Vlerat mesatare të BMI-së në Shqipëri përgjatë kohës	8
Figura 3. Fushat prioritare të SKSH 2020	11

Lista e shkurtimeve

BB	Banka Botërore
BE	Bashkimi Evropian
BMI	Body Mass Index (Indeksi i Masës Trupore)
DALY	Disability Adjusted Life Years (Vitet e Jetës të Axhustuara për Paaftësinë)
GBD	Global Burden of Disease (Barra Globale e Sëmundjeve)
FSDKSH	Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
NCD	Non-communicable diseases (Sëmundjet jo të transmetueshme)
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
SKSH	Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë
SKZHI	Strategjia Kombëtare e Zhvillimit dhe Integritimit

KAPITULLI I. HYRJE

1.1 Hyrje

Sistemi i kujdesit shëndetësor po i nënshtrohet një numri të madh ndryshimesh dhe procesesh ridizajnimi në kuadër të rritjes së pritshmërive të pacientëve dhe objektivave gjithnjë e më sfiduese lidhur shëndetin e popullatave, uljes së kostove dhe përmirësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor. Mjedisi i kujdesit shëndetësor po dominohet nga një sërë ndryshimesh, ku më kryesoret kanë të bëjnë me politikat e kujdesit shëndetësor, reformat financiare dhe inovacioni në sistemin e kujdesit shëndetësor. Nëse elementët e mësipërm vendosen në kontekstin e përparimit të jashtëzakonshëm të teknologjisë së informacionit në fushën e kujdesit shëndetësor dhe rritjes po aq të jashtëzakonshme dhe të vrullshme të sasisë së informacionit shëndetësor që gjenerohet nga sistemet dhe nën-sistemet gjithnjë e më komplekse, si dhe nevojës për të përpunuar, analizuar dhe interpretuar sasinë gjigande të informacionit në dispozicion, është e kuptueshme që sfidat janë thelbësore dhe madhore. Këto sfida do të ndryshojnë mënyrën se si pacientët marrin kujdesin shëndetësor nga sistemi i kujdesit shëndetësor, dhe po kështu do të ndryshojnë mënyrat përmes të cilave profesionistët e kujdesit shëndetësor do të ofrojnë kujdesin e duhur shëndetësor.

Në një nivel më të lartë, të gjitha këto sfida dhe ndryshime janë përgjegjësi e politikë-bërjes dhe vendim-marrjes të bazuar në evidenca. Është e qartë pra, se politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor janë thelbësore nëse duam të ndërtojmë një sistem shëndetësor që ofron kujdes shëndetësor me cilësi të lartë, brenda burimeve ekzistuese, në kohën e duhur dhe që i përgjigjet në mënyrë optimale nevojave të pacientëve apo përdoruesve të tij.

Kështu, politikat që kanë të bëjnë me reduktimin e kostove të kujdesit shëndetësor vazhdimisht shtyjnë përpara ndryshime dhe transformime, disa herë radikale, në pothuajse të gjitha vendet e botës, për t'a bërë kujdesin shëndetësor më të përballueshëm nga ana financiare. Iniciativa të tilla mund të përfshijnë përmirësimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, rritjen e mbulesës së sigurimeve shëndetësore dhe uljen e numrit të të pasiguarve, iniciativat për reduktimin e kostove të kujdesit shëndetësor, etj. (Sonymol dhe Shankar, 2022; Sturmberg dhe Bircher, 2019; Isola dhe Reddivari, 2022).

Reformat që kanë të bëjnë me pagesat e stafit të kujdesit shëndetësor janë gjithashtu të shumëllojshme, në përputhje me modalitetin e rimbursimit të kujdesit shëndetësor në cdo shtet (sistemi Bismarck ose siguracionet sociale, sistemi Semashko, sistemi i bazuar në taksimin e përgjithshëm apo sistemi me pagesa direkte nga xhepi – katër modelet klasike të rimbursimit në sistemin shëndetësor, apo cdo lloj sistemi rimbursimi i tipit “hibrid”) në përpjekje për të rritur kënaqësinë dhe motivimin e ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe për të rritur cilësinë e kujdesit shëndetësor. Tendencat e sotme janë që, në sistemet ku rimbursimi i ofrimit të kujdesit shëndetësor bëhet mbi bazën e sasisë së shërbimeve të ofruara, rimbursimi të bazohet jo më në sasinë e këtyre shërbimeve por bazuar në kujdesin shëndetësor me cilësi të lartë, pra duke

kaluar në rimbursimin e bazuar në performancë (që nënkupton pagesën e ofruesve të kujdesit shëndetësor bazuar në plotësimin e disa standardeve apo kërkesave të cilësisë në kujdesin shëndetësor) [Porter, Pabo dhe Lee, 2013; Gay, 2013]. Natyrisht, për t'ja arritur kësaj është e nevojshme që të kemi qasje në përdorimin e duhur të regjistrave elektronike të pacientëve, mjekët dhe personeli tjetër shëndetësor si dhe sistemi në tërësi duhet të jenë përgjegjës për hartimin dhe zbatimin e mënyrave më të mira për të rritur cilësinë e kujdesit shëndetësor, duke, për shembull, reduktuar përdorimin e papërshtatshëm të burimeve, zbatimin e modaliteteve më të mira për të përmirësuar apo arritur rezultatet më të mira të mundshme, të nxisin ndryshime për arritjen e objektivave, etj. (Porter, Pabo dhe Lee, 2013; Gay, 2013). Po kështu, format e tjera të panumërta të rimbursimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor për shërbimet që ata ofrojnë (rimbursimi në grup, planet e përbashkëta të kursimit, etj.) me shumë gjasa mund të kërkojnë metoda të reja dhe inovative qasjeje ndaj procesit të ofrimit të kujdesit shëndetësor, në përpjekje për të reduktuar kostot dhe përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor. Padyshim, këto reforma dhe ndryshime nënkuptojnë se profesionistët e kujdesit shëndetësor të cdo niveli do të duhet të kuptojnë, pranojnë dhe të fitojnë aftësitë e duhura për të punuar në mënyrë individuale apo në ekip, me qëllim arritjen e rezultateve më të mira të mundshme (Doherty dhe Crowley, 2013; Ghorob dhe Bodenheimer, 2012; Babiker dhe bp., 2014).

Një ceshtje e rëndësishme në lidhje me ceshtjet e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sistemin shëndetësor është dhe inovacioni dhe transformimi në sistemin e ofrimit të kujdesit shëndetësor, për të arritur përmirësimin e shëndetit të popullatës përmes një eksperience të kënaqshme të pacientëve apo përdoruesve me procesin e ofrimit të kujdesit shëndetësor por duke mbajtur në minimumin e mundshëm të nevojshëm kostot e shërbimit shëndetësor (Wang dhe bp., 2006; Moore dhe DeBuono, 2013; Verma dhe Bhatia, 2016). Pothuajse në të gjitha shtetet haset problemi i fragmentarizimit të sistemeve shëndetësore, të cilit i mbivendosen procese të papërshtatshme të komunikimit dhe bashkëpunimit midis të gjitha palëve të përfshira në procesin e ofrimit të kujdesit shëndetësor (Stange, 2009). Rezultatet e këtyre anomalive zakonisht përfshijnë rritjen e kostove, uljen e efektivitetit të kujdesit shëndetësor, rritjen e nivelit të gabimeve mjekësore të cilat ulin sigurinë për pacientët, modifikime të papërshtatshme të aspekteve të ndryshme të marrëdhënies mjek-pacient gjatë procesit të vendim-marrjes klinike, mos-përputhjen e asaj që ofron kujdesi shëndetësor me nevojat shëndetësore të popullatës dhe sidomos të grupeve më vulnerabël, etj. (Hirmas dhe bp., 2013; Brusnahan dhe bp., 2022; Bedmar dhe bp., 2022). Tendencat e sotme të inovacionit dhe transformimit të kujdesit shëndetësor synojnë që të arrijnë harmonizimin e sistemit të kujdesit shëndetësor me synimet e kujdesit shëndetësor për pacientët dhe popullatat duke shpërndarë në mënyrë të përshtatshme burimet tek ata që kanë më shumë nevojë për to. Për të arritur këtë, është e nevojshme që sistemet shëndetësore të bazohen gjithnjë e më shumë në modelet e punës në ekip ku optimizohet bashkëpunimi midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor, duke nënkuptuar një ri-dimensionim të mënyrës se si këta profesionistë i konsiderojnë profesionistët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor, si koordinohen mes tyre dhe në kontekstet më të gjera të sistemit shëndetësor, por edhe një ri-dimensionim të mënyrave të angazhimit të pacientëve, familjeve dhe rrjeteve sociale në procesin e kujdesit shëndetësor (Babiker dhe bp., 2014; Rosen dhe bp., 2018; Dinh dhe bp., 2020; Zajac dhe bp., 2021). Në këtë proces mund të luajnë një rol të madh faktorët socialë të shëndetit të cilët nxisin profesionistët e kujdesit shëndetësor që të

marrin në konsideratë elementë të ndryshëm të komuniteteve ku pacientët jetojnë gjatë hartimit të programeve dhe ndërhyrjeve të promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve. Në këtë perspektivë, është e qartë se sistemet shëndetësore po e rrisin vëmendjen ndaj popullatës dhe pacientëve, duke shënuar një tranzicion drejt kujdesit të bazuar në popullatë (Taylor dhe bp., 2020; Caramanica dhe bp., 2019).

E lidhur ngushtësisht me çështjen e transformimit të sistemit të kujdesit shëndetësor është dhe dimensionin e transformimit të teknologjisë së informacionit dhe të të dhënave në sistemin shëndetësor. Sic e përmendëm, të dhënat që gjenerohen dhe që grumbullohen tashmë nga sistemet e kujdesit shëndetësor kudo në botë janë në rritje eksponenciale, duke cuar në domosdoshmërinë e teknologjisë së informacionit shëndetësor për t'i përpunuar dhe analizuar ato në dobi të rritjes së cilësisë së kujdesit shëndetësor, politikë-bërjes dhe vendim-marrjes në fushën e shëndetësisë (Casciotti, 2017). Këto të dhëna po hapin horizonte të reja në çdo nivel të praktikës së kujdesit shëndetësor dhe sistemit shëndetësor në përgjithësi, duke sjellë dhe sfida të reja njëkohësisht të cilat duhet të kuptohen dhe të njihen nga profesionistët e kujdesit shëndetësor duke cuar në adaptimin apo ridizajnimin e sistemit dhe burimeve teknologjike në pikën ku jepet kujdesi shëndetësor në funksion të përmirësimit të shëndetit të pacientëve dhe popullatës në tërësi.

Konceptet dhe faktorët e lidhur me çështjen e transformimit të kujdesit shëndetësor mund të paraqiten vizualisht përmes një aizbergu, sic paraqitet në Figurën 1 në vijim (Health Systems Science Education, 2017). Shkurtimisht, paraqitja vizuale në formën e aizbergut ka kuptimin që sot sistemi i ofrimit të kujdesit shëndetësor është përqëndruar kryesisht në vizitën mjekësore mjek-pacient në mjedise të ndryshme të ofrimit të kujdesit shëndetësor; megjithatë, që sistemi shëndetësor, që finalizohet në takimin mjekësor mjek-pacient, të jetë në gjendje të ofrojë këtë të fundit, janë të nevojshme edhe shumë sisteme të tjera apo marrëdhënie komplekse në nivele të shumfishta, sic tregohet në skemën e aizbergut ku këto sisteme dhe rrjete ndihmëse paraqiten “nën ujë”; në këtë mënyrë, këto procese, sisteme dhe marrëdhënie nuk mund të mos merren në konsideratë duke qënë se ato janë thelbësore për ofrimin e një kujdesi shëndetësor optimal për pacientët në mjedisin e kujdesit shëndetësor në ndryshim e sipër (Health Systems Science Education, 2017).

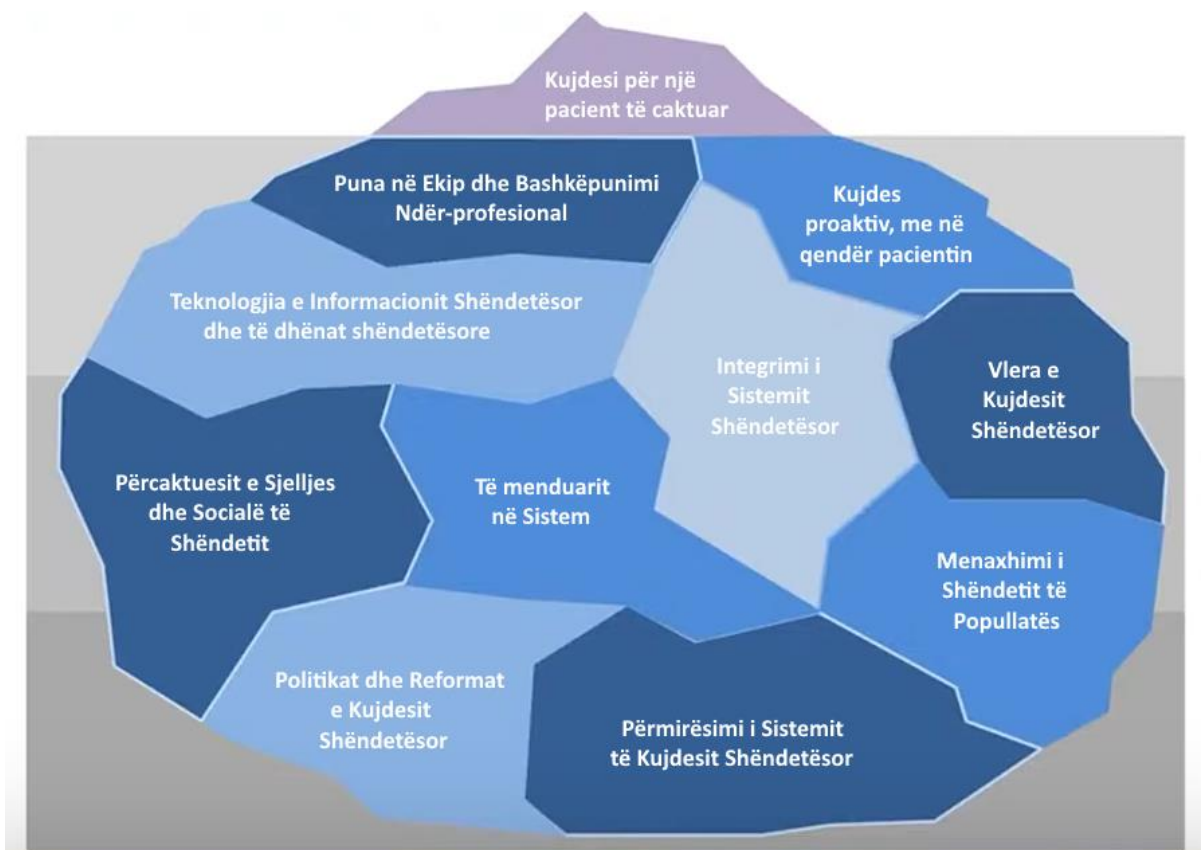


Figura i. Aizbergu i transformimit të kujdesit shëndetësor

Pikërisht ky është dhe thelbi i këtij punimi shkencor, përmes të cilit do të përpiqem të përshkruaj jo thjesht marrëdhënien mjek-pacient por edhe politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemeve shëndetësore (pjesa nën ujë e aizbergut) si elementë kritikë për të shpjeguar gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor në një vend të caktuar si dhe për të ndricuar drejtimit e duhura të ndryshimeve apo reformave për të rritur cilësinë dhe efikasitetin e sistemit të kujdesit shëndetësor.

1.2 Parakushtet për ndryshimet dhe reformën e sistemit të kujdesit shëndetësor

1.2.1 Të menduarit në sistem

Në mënyrë që reformat dhe ndryshimet e sistemit shëndetësor të jenë të suksesshme, rekomandohet që ato të bëhen bazuar jo në qasjen tradicionale, e cila bazohet në identifikimin e problemeve dhe zgjidhjen e tyre hap-pas-hapi, por në qasjen e “të menduarit në sistem”. Të menduarit në sistem nënkupton një qasje holistike për të kuptuar jo thjesht problemet aktuale, aty dhe atëherë kur ata shfaqen, por për të kuptuar të gjitha pjesat dhe kontekstet e sistemit

shëndetësor si dhe marrëdhëniet, ndër-varësitë apo ndër-lidhjet midis këtyre pjesëve të sistemit shëndetësor, si një përpjekje për të kuptuar në detaje mënyrën se si sistemi shëndetësor funksionon dhe ndryshon me kalimin e kohës (McNab dhe bp., 2020; Khalil dhe Lakhani, 2021; Duboz dhe bp., 2018; Peters, 2014). Në ndryshim nga të menduarit sipas problematikave, ku problemet evidentohen dhe zgjidhen në mënyrë logjike duke propozuar zgjidhjen përkatëse, të menduarit në sistem kërkon që jo vetëm të evidentohen por gjithashtu të shqyrtohen dhe të merren në konsideratë edhe faktorët bazë të dukshëm dhe të padukshëm, lidhjet dhe pasojat e ndërveprimeve të ndryshme dhe komplekse në cdo situatë të dhënë; të menduarit në sistem, pra, nënkupton që sistemi shëndetësor duhet të shqyrtohet si një i tërë duke vlerësuar njëkohësisht komponentët e vecantë të tij në mënyrë që të kuptojmë sistemin dhe mënyrat e reagimit të tij (McNab dhe bp., 2020; Khalil dhe Lakhani, 2021; Duboz dhe bp., 2018; Peters, 2014). Për shembull në mënyrë që të ofrohet një kujdes shëndetësor me në qendër pacientin (një objekt ky i pothuajse të gjitha sistemeve shëndetësore kudo në botë në ditët e sotme, por edhe në të ardhmen), nuk mjafton që thjesht të ekzaminojmë pacientin dhe më pas të japim recetën përkatëse, bazuar në diagnozën e përshtatshme, por është e nevojshme që të merret në konsideratë gjendja më e gjerë e pacientit, situata e tij, përcaktuesit socialë të shëndetit për këtë pacient individual por edhe mjedisi ku ky pacient jeton, ku ka lindur, rrethanat e edukimit formal të tij, rrethanat dhe mjedisi i punës si dhe një sërë faktorësh të tjerë të lidhur me shëndetin, cilësinë e jetës, veprimtarinë e përditshme dhe faktorë shtesë të rrezikut, si dhe ndërveprimet e këtij pacienti me personelin shëndetësor dhe me sistemin shëndetësor në tërësi; më pas, bazuar në këtë filozofi të të menduarit në sistem, personeli shëndetësor duhet të ofrojë zgjidhjen e duhur edhe në kushtet kur sistemi shëndetësor nuk është ende i gatshëm të ofrojë kujdesin maksimal (McNab dhe bp., 2020; Khalil dhe Lakhani, 2021; Duboz dhe bp., 2018; Peters, 2014).

Është e qartë se qasja e të menduarit në sistem bazohet në filozofinë se njohja e pjesëve të vecanta të sistemit nuk është e mjaftueshme për të kuptuar sistemin në tërësinë e tij, për shkak se shqyrtimi i komponentëve të sistemi vec e vec dhe si të pa-lidhura me sistemin në tërësi bën që të mos kuptohen dot proceset e kohezionit dhe aspektet funksionale të të gjithë sistemit duke qënë se këto lidhje humbasin apo bëhen të padukshme gjatë analizës; gjithashtu, sistemi i cili krijohet nga pjesët apo komponentë të vecantë, i jep jetë një sërë karakteristikash apo sjelljesh të caktuara të cilat nuk manifestohen nga asnjë prej komponentëve të vecantë; në një farë mënyrë, kjo nënkupton që një sistem që krijohet nga një numër i caktuar komponentësh të caktuar fillon dhe përbrendëson sjellje dhe karakteristika të pamenduara më parë dhe që nuk parashikoheshin bazuar në sjelljen dhe tiparet e komponentëve të vecantë që e përbëjnë atë; pra, sistemi në tërësi është një entitet i ndryshëm dhe jo thjesht një shumatore mekanike e komponentëve të vecantë që e kanë krijuar atë duke qënë se në funksionimin e sistemit përfshihet kohezioni, ndërveprimi midis komponentëve në nivele të shumfishta dhe komplekse; për këto arsye një sistem nuk mund të analizohet dhe vlerësohet vetëm duke studiuar komponentët e vecantë që e përbëjnë atë; në këtë perspektive, të menduarit në sistem ofron mundësinë e vetme optimale për adresimin e çështjeve që kanë të bëjnë me kujdesin ndaj pacientëve individuale apo me të gjithë sistemin shëndetësor në tërësi në funksion të përmirësimit të kujdesit shëndetësor dhe arritjes së rezultateve më të mira të kujdesit

shëndetësor (McNab dhe bp., 2020; Khalil dhe Lakhani, 2021; Duboz dhe bp., 2018; Peters, 2014).

1.2.2 Sistemi i kujdesit shëndetësor është një mjedis kompleks në ndryshim të vazhdueshëm

Është e qartë se sistemet e ofrimit të kujdesit shëndetësor bazohen në një numër të madh strukturash dhe procesesh, të cilat formojnë një sistem shumë kompleks, në funksion të ofrimit të kujdesit shëndetësor optimal për pacientët. Për këtë arsye, ekspertët apo studiuesit duhet t'a kenë të qartë se sistemi i kujdesit shëndetësor përbëhet nga një numër jashtëzakonisht i madh komponentësh dhe sistemesh që ndërverprojnë dhe influencojnë njëri-tjetrin në mënyrë të vazhdueshme, duke kontribuar në formëzimin dhe ndryshimin dinamik të vetë sistemit; pra, sistemi i kujdesit shëndetësor është një sistem kompleks në ndryshim të vazhdueshëm dhe për këtë arsye profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe ekspertët e tjerë duhet të kenë njohuritë, zotësitë dhe aftësinë për të menduar në sistem në mënyrë që të fillojnë, cojnë përpara dhe të lehtësojnë ndryshimin në cdo nivel të sistemit shëndetësor (McNab dhe bp., 2020; Khalil dhe Lakhani, 2021; Duboz dhe bp., 2018; Peters, 2014).

1.2.3 Elementët kyç të të menduarit në sistem

Disa karakteristika të të menduarit në sistem janë si vijon (McNab dhe bp., 2020; Khalil dhe Lakhani, 2021; Duboz dhe bp., 2018; Peters, 2014):

- Përpyekja për të parë panoramën e përgjithshme në vend të përqendrimit tek probleme të vecanta, specifike dhe zgjidhejt përkatëse të izoluara.
- Vlerësimi i tendencave dhe modeleve të ndryshimit në kohë të elementëve të vecantë brenda sistemit shëndetësor.
- Ndërgjegjësimi që struktura e sistemit të kujdesit shëndetësor luan një rol të madh në sjelljen e vetë këtij sistemi.
- Aftësia për të identifikuar ciklin vicioz dhe kompleks të lidhjeve shkak-pasojë.
- Aftësia për të lidhur në mënyrë logjike konceptet, faktet dhe idetë brenda dhe midis sistemeve, duke cuar në zbulime të reja dhe inovacion.
- Aftësia për të ndryshuar perspektivën e shqyrtimit të fenomeneve dhe procesve në mënyrë që t'i kuptojë më mirë ato.
- Aftësia për të testuar teoritë dhe për të formuluar hipoteza, në funksion të përmirësimit të performancës.
- Aftësia për t'a shqyrtuar në mënyrë të plotë një çështje dhe për të mos rënë pre e tundimit për të arritur në një përfundim të shpejtë.
- Aftësia për të shqyrtuar me kujdes mënyrat se si besimet dhe qëndrimet individuale ndikojnë në perceptimin e realitetit dhe veprimet pasuese.

- Aftësia për të kuptuar strukturën e sistemit shëndetësor në funksion të identifikimit të instrumentave apo veprimeve/ndërhyrjeve për zgjidhjen e situatës; kjo nënkupton aftësinë për të identifikuar cilat veprime/ndërhyrje të vogla kanë më shumë të ngjarë që të prodhojnë rezultatin e dëshiruar.
- Aftësia për të vlerësuar pasojat afat-shkurtra, afat-mesme dhe afat-gjata të ndërhyrjeve të caktuara.
- Aftësia për të vlerësuar dhe analizuar elementët që ndryshojnë në sistemin shëndetësor dhe pasojat e këtyre ndryshimeve.
- Aftësia për të kuptuar se midis ndërhyrjes dhe rezultatit shpesh herë është e nevojshme të kalojë një kohë e caktuar, duke bërë ndryshimet e duhura sipas rastit.
- Aftësia për të kontrolluar rezultatet dhe për të bërë ndryshimet e duhura sipas rastit (monitorimi i vazhdueshëm i ndërhyrjes së propozuar).

1.3 Politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimi strategjik i sistemit shëndetësor – panoramë e elementëve të kujdesit shëndetësor

Në vijim paraqitet një përmbledhje e njohurive ekzistuese lidhur me shtyllat kryesore të politikave dhe elementëve të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemeve shëndetësore.

1.3.1 Sistemi i ofrimit të kujdesit shëndetësor

1.3.1.1 Rezultatet e synuara të sistemit të kujdesit shëndetësor

Mund të pohojmë se sistemet shëndetësore, tashmë shumë komplekse, në pjesën më të madhe të shteteve të botës nuk kanë arritur efikasitetin e synuar pavarësisht se janë ndërtuar duke patur në mend synimet dhe rezultatet më të mira të mundshme (OECD, 2010; Wang dhe bp., 2021; Kruk dhe bp., 2018). Në këtë kontekst, është e qartë se rëndësia nuk qëndron në llojin e sistemit shëndetësor që përdor një vend i caktuar, por në mënyrën se si menaxhohet ai sistem në funksion të reduktimit të kostove dhe marrjes së një vlere më të lartë për paratë e investuara; sidoqoftë nuk ka një recetë të artë dhe masat dhe reformat e marra duhet të jenë në përputhje me kontekstin lokal, me politikë-bërësit që duhet të synojnë koherencën e politikave përmes aplikimit të praktikave më të mira nga sisteme të ndryshme shëndetësore (OECD, 2010). Elementë të tjerë për sukses janë ekipe mjekësore efektive, me aftësitë e duhura profesionale, që punojnë në terren të sistemeve dhe nën-sistemeve të bashkërenduara të cilat shkëmbejnë informacionin në mënyrë optimale (OECD, 2010; Wang dhe bp., 2021; Kruk dhe bp., 2018).

Në përgjithësi, politikat e administrimit të sistemit të kujdesit shëndetësor i janë përshtatur ndryshimeve sociale dhe rrjedhimisht edhe prioriteteve shëndetësore që shoqërojnë ato; kështu me tranzicionin demografik dhe tranzicionin shoqëruar të pashmangshëm epidemiologjik fokusi i sistemit shëndetësor është zhvendosur nga kontrolli i sëmundjeve infektive tek kontrolli i sëmundjeve kronike dhe jo të transmetueshme në terrenin e moshimit të popullatës;

sidoqoftë, shumë shtete me të ardhura të ulëta dhe të mesme kanë një barrë të dyfishtë të sëmundjeve kronike dhe atyre infektive, të cilat i vendosin sistemet e tyre shëndetësore përballë sfidave të ndryshme krahasuar me vendet me të ardhura të larta (Remais dhe bp., 2013). Këto ndryshime, sidoqoftë, nuk kanë mundur të zbatojnë sisteme shëndetësore me në qendër pacientin; kështu vlerësohet se vetëm rreth 20% e rezultateve shëndetësore i detyrohen kujdesit shëndetësor kurse rreth gjysma e tyre varen nga përcaktuesit socialë të shëndetit (Braveman dhe Gottlieb, 2014; Whitman dhe bp., 2022; Commission on Social Determinants of Health, 2008) dhe rreth 30% i detyrohen sjelljeve shëndetësore (Hood dhe bp., 2016).

Një numër faktorësh ndikojnë në kompleksitetin dhe eficientësinë jo optimale të sistemeve shëndetësore në ditët e sotme në pothuajse të gjitha shtetet e botës; midis këtyre faktorëve mund të përmendim hendeqet e cilësisë së kujdesit shëndetësor, aksesin ndaj kujdesit shëndetësor, rritja e kostove e nxitur fort nga industria farmaceutike, ofruesit e kujdesit shëndetësor, siguruesit shëndetësore dhe grupet e tjera të interesit (Ridgely dhe bp., 2020; Institute of Medicine, 2011; Institute of Medicine, 2001a), duke cuar në ofrimin e një kujdesi shëndetësor nën cilësinë e pritur për pacientët dhe përdoruesit e tjerë të sistemit shëndetësor. Duke qënë se këto “anomali” hasen virtualisht në çdo sistem shëndetësor, atëherë është e nevojshme që të identifikohen elementët jo optimalë të cilët duhet të korrigjohen; por kjo nuk është një detyrë e lehtë; sidoqoftë një gjë është e sigurtë: sistemet komplekse shëndetësore kanë nevojë për ndryshime transformuese dhe kjo do të jetë një përpjekje e përrjetshme me synimin për të përmirësuar sistemet shëndetësore jo të përsosura (Lukas dhe bp., 2007; World Health Organization, 2018a; World Health Organization, 2014a).

Të gjithë aktorët e sistemit shëndetësor, por edhe politikë-bërësit dhe vendim-marrësit, duhet të kontribuojnë për të ndërtuar një sistem shëndetësor që arrin objektivat shëndetësorë, që shpërblen dhe vlerëson kujdesin shëndetësor cilësor dhe të barabartë dhe që siguron rekrutimin, zhvillimin dhe mbajtjen e profesionistëve shëndetësorë të trajnuar dhe të kualifikuar (OECD, 2008; Suter dhe bp., 2009; World Health Organization, 2007a).

1.3.1.2 Faktorët nxitës të ndryshimit të sistemit të kujdesit shëndetësor

1.3.1.2.1 Niveli i ulët i integritit, sistemi jo optimal i pagesave dhe variacioni i kujdesit shëndetësor

Në pothuajse të gjitha sistemet shëndetësore të botës operojnë një numër jashtëzakonisht i madh organizatash apo institucionesh që ofrojnë kujdes shëndetësor; këto mund të jenë të natyrave të ndryshme, duke përfshirë entitetet publike, private, akademike, të bazuara në komunitet, organizata jo-fitim prurëse, organizata apo institucione qeveritare, fondacione bamirësie, organizata fetare, etj. (Institute of Medicine, 2002a; Burazeri dhe Kragelj, 2013). Këto entitete janë të organizuara në formën e spitaleve, qendrave ambulatorë, klinikave të specialiteteve, qendrave shëndetësore, qendrat e kujdesit shëndetësor të urgjencës, etj., duke shoqëruar pacientët sipas nevojave të tyre shëndetësore; pikërisht këto entitete janë në qendër të sistemit të kujdesit shëndetësor.

Në mënyrë që kujdesi të jetë optimal dhe me cilësi të lartë, të gjitha hallkat, sistemet, nën-sistemet dhe komponentët e tjerë të vecantë duhet të jenë të koordinuar dhe të integruar me njëri-tjetrin në funksion të efikasitetit optimale dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor. Megjithatë, kjo rrallë ndodh dhe pothuajse të gjitha sistemet shëndetësore shpesh nuk janë të koordinuara në mënyrë të përshtatshme dhe aktorët që operojnë në këto sisteme nuk komunikojnë në mënyrë efektive dhe as i përdorin burimet e kufizuara në dispozicion në mënyrë optimale (Institute of Medicine, 2003a; Schneider dhe bp., 2022). Fragmentarizimi i kujdesit shëndetësor është një fenomen që haset në pjesën dërrmuese të sistemeve shëndetësore në ditët e sotme, veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme por edhe në vendet me të ardhura të larta (Siqueira dhe bp., 2021; Stange, 2009; Nolte dhe bp., 2012; Vendramini dhe Lega, 2022; Kailasam dhe bp., 2019; Kaneko dhe bp., 2022; Liu dhe Yeung, 2013; Kaltenborn dhe bp., 2021).

Nga ana tjetër, mekanizmat e pagesës dhe rimbursimit në kujdesin shëndetësor që mund të favorizojnë disa ekzaminime apo shërbime në “kurviz” të përpjekjeve parandaluese apo të ruajtjes së shëndetit dhe në përgjithësi pagesat e bazuara në shërbime pavarësisht cilësisë së ofrimit të tyre hasen shpesh në lloje të ndryshme të sistemeve shëndetësore në kontekste të ndryshme (Institute of Medicine, 2001b), kurse shqetësimet lidhur me shpërndarjen jo të përshtatshme (ose keq-shpërndarjen) e burimeve të kufizuara në dispozicion janë tashmë “dicka normale” në sistemet shëndetësore (Rosner, 2004; Alhalaseh dhe bp., 2021; Diego dhe Rogerson, 2017; Kluge, 2007; Scheffler, Shortell dhe Eilensky, 2012). Përveç keq-shpërndarjes, sistemet shëndetësore shpesh preken edhe nga përdorimi jo i përshtatshëm i burimeve të kufizuara, duke përfshirë këtu si nën-përdorimin ashtu dhe përdorimin e tepruar të burimeve të kufizuara (Hoel, 2002), fenomene që mund të lehtësohen me përdorimin e protokolleve të caktuara të kujdesit shëndetësor (Heymann, 1994; Woolf dhe bp., 1999).

Praktikat më të mira mjekësore dhe shëndetësore, në fund, nënkuptojnë një ekuilibër midis kujdesit shëndetësor efektiv dhe përdorimit të përshtatshëm të burimeve duke i kushtuar vëmendjen e duhur problemeve dhe rrethanave të pacientëve. E thënë ndryshe, një sistem shëndetësor efektiv duhet të kombinojë përdorimin optimal të burimeve në dispozicion (përmes protokolleve të standardizuara) me standardet e formimit dhe praktikës profesionale që mundësojnë diagnozën e saktë dhe trajtimin njerëzor të pacientëve bazuar në marrëdhënie besimit midis palëve (Kruk dhe bp., 2018; Young dhe Smith, 2022).

1.3.1.2.2 Kuadri ligjor që mbështet reformat e sistemit të kujdesit shëndetësor

Kuadri ligjor që rregullon procesin dhe ndërveprimet në sistemin shëndetësor natyrisht që shoqëron tendencat dhe prirjet e përgjithshme të këtij sistemi, duke u bazuar në informacionin dhe evidencat e disponueshme të ofruara nga grupet e interesit apo aktorët e përfshirë. Duke qënë se të dhënat shkencore lidhur me modelet më efektive të ofrimit të kujdesit shëndetësor apo modalitetet e reja të pagesave dhe rimbursimit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor përditësohen vazhdimisht, atëherë dhe legjislativi përkatës ndryshon vazhdimisht. Po kështu, për shkak se objektivi kryesor është modeli i kujdesit shëndetësor të bazuar në vlerë, atëherë masat ligjore përfshijnë elementë që i bëjnë profesionistët e kujdesit shëndetësor përgjegjës për

performancën e tyre si dhe parashikojnë një sistem të masave dhe shpërblimeve bazuar në indikatorët e kostos, cilësisë së kujdesit dhe shërbimit të ofruar (Teisberg, Wallace dhe O'Hara, 2020 S; Mjåset dhe bp., 2020).

Ndryshimet legjislative që bëjnë të mundur rritjen e efikasitetit të sistemeve shëndetësore janë të shumëllojshme dhe të ndryshme në vende të ndryshme të botës, në varësi të llojit të sistemit shëndetësor në funksionim aty dhe rrethanave lokale. Megjithatë, po sjellim në vëmendje disa prej këtyre ndryshimeve, për të ilustruar procesin. Për shembull, në Shtetet e Bashkuara të Amerikës mund të vecojmë Aktin e Kujdesit të Përbalueshëm në vitin 2010 që siguroi akses për shumë individë të tjerë në shërbimet e kujdesit shëndetësor (Isola dhe Reddivari, 2022) apo Akti i Aksesit të Medicare dhe Riautorizimit të CHIP i vitit 2015 (MACRA) [Casalino, 2017] i cili sanksionoi indikatorë të rinj për matjen e performancës së profesionistëve të kujdesit shëndetësor, lehtësoi modalitetet e punësimit të mjekëve nga spitalet dhe siguruesit shëndetësorë dhe përditësoi modalitete të pagesës për kujdesin shëndetësor (si për shembull, pagesa bazuar në meritë, pagesa për kujdesin e ofruar, etj.) [Gettel dhe bp., 2022].

Disa zhvillime të reja në modalitetet e pagesës dhe rimbursimit të kujdesit shëndetësor përfshijnë dhe organizatat e përgjegjshme të kujdesit (ACOs), të cilat nënkuptojnë që ofruesit e kujdesit shëndetësor mund të marrin bonuse të natyrave të ndryshme (financiare ose të lidhura me profesionin e tyre) nëse ofrojnë kujdes efektiv dhe cilësor; kjo nënkupton reduktimin e shërbimeve të shtrenjta dhe të panevojshme (Moy, Giardino dhe Varacallo, 2022; Lewis dhe bp., 2019). Modalitete të tjera, subjekt i reformës dhe ndryshimeve legjislative, përfshijnë dhe pagesat e bazuara në vlerë në përpjekje për të përmirësuar rezultatet e kujdesit shëndetësor në lidhje me burimet e përdorura për ofrimin e këtij kujdesi; kjo mund të arrihet përmes shumë modaliteteve si për shembull duke reduktuar përdorimin e ndërhyrjeve me vlerë të vogël, përmirësimi i integritetit midis ofruesve, përdorimi më i mirë i informacionit të raportuar nga pacientët për të nxitur përmirësimin e rezultateve të kujdesit shëndetësor, duke patur gjithnjë parasysh që rreziku financiar të shpërndahet në mënyrë të përshtatshme dhe krijimi i strukturave organizateve të përshtatshme dhe kjo është sfida e vërtetë (Wise dhe bp., 2022; Milad dhe bp., 2022). Është e qartë se zhvendosja nga modalitetet aktuale të pagesës tek pagesa e bazuar në vlerë është një proces kompleks me shumë pengesa përpara, një proces që kërkon kohën e vet, pjekurinë e sistemit dhe të të gjithë aktorëve të përfshirë në të (Ray dhe Kusumoto, 2016).

1.3.1.3 Tendencat e reja dhe inovative të modelve të ofrimit të kujdesit shëndetësor

Sic e kemi përmendur edhe më herët në këtë punim shkencor, modelet e reja të ofrimit të kujdesit shëndetësor synojnë të përmirësojnë cilësinë dhe performancën e kujdesit shëndetësor duke ulur kostot e kujdesit në të njëjtën kohë. Që të ndërtohet një sistem i cili ka në qendër pacientin është e nevojshme të dihet se si, sa dhe kur pacientët e përdorin sistemin e kujdesit shëndetësor (Reynolds, 2009; Kuipers, Cramm dhe Nieboer, 2019).

Një paraqitje e sistemit të kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin paraqitet në Figurë II në vijim (Nelson dhe bp., 2008). Në këtë sistem, pacientët, familjet e tyre dhe komuniteti të cilit

sistemi i kujdesit shëndetësor janë të vendosur në qëndër të sistemit; pacientët rrethohen nga mikro-sistemet, mezo-sistemet dhe makro-sistemet, që janë paraqitur në formën e rrethëve koncentrikë ku njëri rreth përfshin tjetrin (Figura ii) [Nelson dhe bp., 2008]. Mikro-sistemi më i afërt me pacientët përbëhet nga stafi i kujdesit shëndetësor që ofron kujdes dhe mbështetje për pacientin sipas nevojave të tij/saj; mezo-sistemet kanë të bëjnë me grupet e integruara të specialiteteve dhe personelin mbështetës (ekipet e mikrosistemit të integruara si për shembull ekipet e kujdesit ambulator dhe spitalor, kujdesit të specializuar, laboratorit, radiologjisë, financës, etj.) [Nelson dhe bp., 2008]. Makro-sistemi i referohet integritit të mezo-sistemeve dhe sistemeve të tjera me qëllime më të gjera, si për shembull shëndeti publik, qendrat mjekësore të profilit të caktuar, grupet mbështetëse në nivel kombëtar, etj. (Nelson dhe bp., 2008).

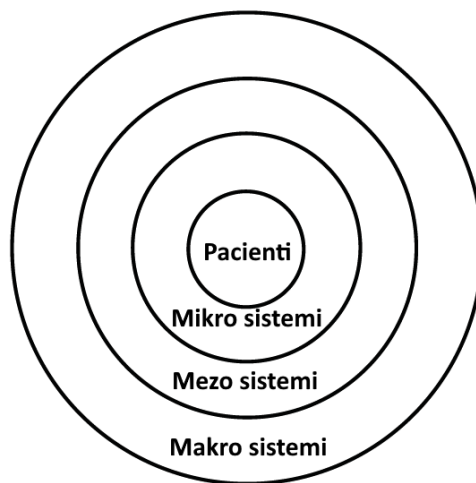


Figura ii. Sistemi i kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin

Në kontekstin e zhvillimit të vrullshëm të teknologjisë së informacionit në shëndetësi, por edhe i nxitur nga rrethana të jashtëzakonshme, si për shembull pandemia COVID-19, po fillojnë që të përdoren gjithnjë e më shumë praktikatat e konsultave mjekësore që nuk kërkojnë vizitë mjekësore fizike, përmes teknologjive online; me shumë gjasa këto tendenca do të vazhdojnë të zënë një vend në rritje në praktikën e kujdesit shëndetësor në të ardhmen (Kichloo dhe bp., 2020; Jin dhe bp., 2020; Shaver, 2022). Zhvillime të tjera përfshijnë qendrat mjekësore të përqëndruara tek pacienti, një model ky që synon të ofrojë kujdes parësor kosto-efektiv me cilësi të lartë përmes një qasjeje me në qendër pacientin ku ekipi mjekësor koordinon kujdesin në hallkat e sistemit shëndetësor (O'Dell, 2022; Centers for Disease Control and Prevention, 2022a). Ky model mund të përdoret për menaxhimin efektiv të sëmundjeve kronike, rritjen e kënaqësisë së pacientëve dhe të profesionistëve të kujdesit shëndetësor, uljen e kostove, përmirësimin e cilësisë së kujdesit dhe rritjen e përdorimit të kujdesit parandalues (Centers for Disease Control and Prevention, 2022a). Qendrat e këtij modeli të ofrimit të kujdesit mjekësor mund të përfshijnë qendrat e kujdesit shëndetësor parësor, ose ekipe profesionistësh që ofrojnë kujdes specifik për pacientë me nevoja të vecanta, por edhe konfigurime të tjera sipas rrethanave dhe kontekstit lokal (Centers for Disease Control and Prevention, 2022a).

Një tjetër model i ri i ofrimit të kujdesit mjekësor përfaqësohet nga klinika të kujdesit shëndetësor të vendosura në qendra tregëtare apo farmaci, dmth në vende që aksesohen lehtë dhe shpesh nga pacientët, duke ofruar disa shërbime mjekësore bazë, orare më të përshtatshme dhe një akses shtesë në sistemin shëndetësor për pacientët (Wilson dhe bp., 2010; Hoff dhe Prout, 2019). Zakonisht këto pika të kujdesit shëndetësor zgjidhen nga pacientët për çështje të lehta të cilat, sipas gjykimit të pacientëve, mund të gjejnë zgjidhje në këto klinika pa patur nevojë të paraqiten tek qendrat shëndetësore tradicionale (Wilson dhe bp., 2010). Përveç këtyre klinikave të lokalizuara në vende që frekuentohen shpesh nga njerëzit, po përhapen shumë edhe klinikat online (Robeznieks, 2019; Salvo-Wendt, 2022).

Tendenca të tjera të sistemeve shëndetësore përfshijnë: reduktimin e numrit të pacientëve të shtruar në spital por është rritur përdorimi i shërbimeve spitalore ambulatorë për pacientët me gjendje shëndetësore akute (Hamad dhe Connolly, 2018; Masone dhe McGraë, 2021), duke qënë se kujdesi shëndetësor mund të ofrohet me cilësi të mirë dhe me kosto më të ulët në këtë mënyrë për shkak të një sërë faktorësh ku përfshihen mundësia për një diagnozë më të saktë para shtrimit në spital përmes ekzaminimeve imazherike, mundësisë për të realizuar më shumë procedura kirurgjikale apo injeksione në kushte ambulatorë, dëshirës së pacientëve për të marrë kujdesin në këtë formë (kujdes ambulator), reformat e sistemit të pagesave dhe rimbursimit të shërbimeve mjekësore, etj. (Masone dhe McGraë, 2021). Sidoqoftë, qendrat e kujdesit ambulator, pavarësisht formës së organizimit të tyre dhe të ofrimit të kujdesit shëndetësor, vazhdojnë të mbeten jo të integruara me strukturat e tjera sistemit të kujdesit shëndetësor (Heeringa dhe bp., 2020).

Një tjetër aspekt, i lidhur ngushtë me modelin ekzistues të ofrimit të kujdesit shëndetësor, ka të bëjë më personelin e kujdesit shëndetësor; stafi që punon në qendrat e kujdesit shëndetësor ka një edukim formal shumë të larmishëm por, nëse sysnimi është që të ndërtohet një sistem shëndetësor i integruar, me në qendër pacientin, atëherë është e domosdoshme që stafi i kujdesit shëndetësor të punojë si një ekip i mirë koordinuar dhe bashkë-renduar (Rosen dhe bp., 2018; Vogt dhe Vogt, 2017).

Pavarësisht luhatjeve dhe ndryshimeve nga njëri sistem shëndetësor në tjetrin, një tendencë e përgjithshme është e evidente: modelet e kujdesit shëndetësor të përgjegjshëm po fitojnë rëndësi gjithnjë e më të madhe dhe gradualisht po zëvendësojnë modelet e vjetra tradicionale; këto janë shoqëruar me ndryshimin dhe rritjen e larmisë së roleve dhe profesioneve në kujdesin shëndetësor parësor duke përfshirë asistentët e mjekëve, punonjësit sociale, psikologët, infermieret me profile të vecanta, si dhe profesionistë të tjerë në varësi të ekipit mjekësor dhe synimeve të kujdesit shëndetësor që ofron ai ekip (Marcoux, Larrat dhe Vogenberg, 2012; Nyweide, Lee dhe Colla, 2020; Epstein dhe bp., 2014).

Është e qartë se modelet e reja të kujdesit shëndetësor dhe të gjithë elementët e përmendur më sipër kanë nevojë që të rregullohen përmes politikave të administrimit, menaxhimit dhe aspekteve të planifikimit strategjik në shëndetësi.

1.3.1.4 Sistemet aktuale të ofrimit të kujdesit shëndetësor duhet të bashkërendohen me kujdesin e përgjegjshëm dhe shëndetin e popullatës

Është e natyrshme që për të arritur një sistem shëndetësor në transformim e sipër i cili është efekti dhe i suksesshëm për të arritur objektivat e tij, është e domosdoshme që sistemet aktuale të ofrimit të kujdesit shëndetësor duhet të bashkërendohen me kujdesin e përgjegjshëm dhe shëndetin e popullatës; me fjalë të tjera, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të krijojnë një rrjet profesionistësh me qëllime dhe objektiva shëndetësore të bashkërenduar dhe që ofrojnë kujdes të koordinuar me në qendër pacientin (Hacker dhe Ealker, 2013; Lewis dhe bp., 2019). Sic e kemi përmedur, kjo është një sfidë e madhe sepse modelet aktuale të praktikës së kujdesit mjekësor janë mësuar të shohin vetëm një pjesë të vogël të linjës së kujdesit shëndetësor ose përqëndrohen vetëm tek strukturat, proceset dhe rezultatet në sisteme të vogla, për shembull tek kirurgjia gastrointestinale, për të vlerësuar kostot dhe vlerën e shërbimeve, dhe ka nevojë për transformime thelbësore për të kthyer këtë qasje tradicionale në një sistem të koordinuar që synon të bashkërendojë stimujt për ndërtimin e modeleve që ofrojnë kujdes shëndetësor kosto-efektiv me cilës të lartë (Leonard, 2015; Shaw dhe bp., 2022; Lateef, 2018).

Koordinimi i kujdesit shëndetësor, jo vetëm në nivelin parësor, por edhe në nivelet më të larta të sistemit të kujdesit shëndetësor, është një element me rëndësi thelbësore për reformën e kujdesit shëndetësor, sepse koordinimi mundëson përmirësimin e cilësisë së kujdesit me një kosto më të ulët, i kushton rëndësi të koordinuar dhe integruar problemeve të pacientëve, duke lënë të hapur mundësinë për aplikimin e inovacionit në kujdesin shëndetësor, teknologjisë dhe evidencave të reja shkencore (Robinson, 2010; La Rocca dhe Hoholm, 2017). Për këtë ka nevojë që politikat shëndetësore të ri-orientohen dhe të përshtaten në mënyrë që të stimulojnë shkëmbimin më të mirë të informacionit dhe përdorimin më të madh të teknologjisë së informacionit në shëndetësi, rregullimin e procesve të rimbursimit dhe pagesës së stafit infermieror për shërbimet e ofruara, krijimin e stimujve dhe mjediseve për përmirësimin e koordinimit të kujdesit, shpërblimin për ofrimin e kujdesit shëndetësor të bazuar në evidenca dhe të rritet avokacia për përmirësimin e modeleve të koordinimit të kujdesit që përfshijnë ekipet ndër-disiplinare dhe një integrim më të mirë të sistemit shëndetësor (Robinson, 2010).

Ndryshimet e mësipërme në përgjithësi nuk janë të lehta për t'u aplikuar pasi sistemet aktuale tradicionale nuk janë të gatshme për t'i lejuar ato; për shembull, shumë sisteme shëndetësor ende nuk kanë një penetrim të mjaftueshëm të teknologjisë së informacionit dhe, për rrjedhojë, shkëmbimi i informacionit shëndetësor në kohë reale është jo i mundur, dhe ky është një element shumë i rëndësishëm për koordinimin e sistemit shëndetësor; po kështu, sistemet aktuale të pagesës dhe rimbursimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor ende bazohen në volumin e punës dhe jo në vlerën apo performancën, etj. Në këtë mënyrë, reforma e sistemit shëndetësor natyrisht që kërkon kohë dhe përpjekje të vazhdueshme në shumë drejtime.

1.3.1.5 Adresimi i hendeqeve në sistemet aktuale të ofrimit të kujdesit shëndetësor

Reforma në sistemin shëndetësor nënkupton ndryshimin e disa praktikave aktuale. Për shembull, në mënyrë që burimet financiare të përdoren mënyrë racionale është e nevojshme që

popullata të shtresëzohet sipas nivelit të rrezikut të tyre për gjendje shëndetësore të papavorshme; pasi identifikohen individët me rrezik të lartë atëherë kosto dhe shërbimet mund të orientohen me përparësi ndaj tyre (Girwar dhe bp., 2021). Për të stratifikuar rrezikun mund të përdoren vëzhgimet, analizimi i të dhënave shëndetësore aktuale (qoftë atyre të shënuar me dorë nëpër regjistra apo kartela klinike, qoftë të dhënat elektronike, nëse janë të disponueshme), modele të ndryshme parashikimi, klasifikimi apo pikëzimi të rrezikut, etj. (Hodgman, 2008; Yan dhe bp., 2018; Hendryx, Dyck dhe Srebnik, 1999).

Përveç analizimit të të dhënave të disponueshme, me rëndësi kritike është edhe mënyra e paraqitjes së rezultateve dhe interpretimi i tyre, në mënyrë që ato të kuptohen me lehtësi nga stafi i kujdesit shëndetësor, por edhe nga politikë-bërësit, vendim-marrësit dhe grupet e tjera të interesit.

Duke qënë se kujdesi aktual i ofruar nga sistemi shëndetësor është sub-optimal, atëherë është e nevojshme që ky hendek (midis pritshmërive dhe realitetit) duhet të zvogëlohet përmes strategjive që synojnë të përmirësojnë kujdesin shëndetësor. Për këtë është e nevojshme të mbështetemi tek evidencat, konteksti, matja e performancës, ndryshimet e planifikuara dhe vënia në jetë e këtyre ndryshimeve. Strategjia për përmirësimin e kujdesit shëndetësor nuk është një përpjekje e izoluar; përkundrazi, është një proces i cili duhet të fillojë që në fazën e edukimit të profesionistëve të ardhshëm të kujdesit shëndetësor kohë kur studentët duhet të ngulisin në mendje se është përgjegjësia e tyre për të ofruar kujdes cilësor për pacientët dhe për të përmirësuar procesin e kujdesit dhe rezultatet e kujdesit shëndetësor për pacientët (Worsley, Webb dhe Vaux, 2016).

1.3.2 Sistemi i kujdesit shëndetësor: strukturat dhe proceset

1.3.2.1 Elementët e cilësisë së kujdesit shëndetësor: strukturat, proceset, rezultatet

Edhe pse ka shumë modele për të vlerësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor, unë i jam referuar një prej modelve më të njohura: modeli Donabedian (Donabedian, 2005). Sipas këtij modeli, cilësia në kujdesin shëndetësor mund të vlerësohet bazuar në:

1. Strukturat;
2. Proceset; dhe
3. Rezultatet.

Tek strukturat bëjnë pjesë godinat, pajisjet, stafi, kualifikimet e stafit, proceset e licensimit, proceset dhe procedurat e akreditimit, etj.; tek proceset bëjnë pjesë aspektet teknike të kujdesit të tilla si: depistimi, parandalimi, diagnoza, trajtimit dhe ndjekja si dhe kujdesi ndërpersonal duke përfshirë dimensionet e respektit, komunikimit, njohurive dhe informacionit, etj.; kurse tek rezultatet bëjnë pjesë shërimi nga gjendjet shëndetësore akute, rikthimi i funksioneve të dëmtuara/humbura, mbijetesat, eficienta, etj. (Donabedian, 2005).

Natyrisht, politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik luajnë një rol thelbësor në rregullimin e secilit komponent të modelit Donabedian për sigurimin e cilësisë së

kujdesit shëndetësor. Për këtë arsye, në vijim paraqitet një përmbledhje konçize e këtyre elementëve dhe nën-elementëve përkatës të tyre, për të ndricuar më mirë aspektet të cilat duhet të adresohen përmes politikave shëndetësore.

1.3.2.2 Elementët e strukturave të kujdesit shëndetësor

1.3.2.2.1 Stafit i kujdesit shëndetësor

Stafi që angazhohet për ofrimin e kujdesit shëndetësor përfaqëson një komponent të rëndësishëm të sistemit të kujdesit shëndetësor. Pa dashur të përsërisim teorinë e njohura të stafit të kujdesit shëndetësor që kanë dominuar tekstet e sistemeve shëndetësore gjatë dekadave të kaluara, le të ndalemi tek tendencat e reja që vërehen tek stafi shëndetësor, duke qënë se këto përbëjnë një prej elementëve që duhet të adresohen dhe rregullohen përmes politikave shëndetësore të përshtatshme.

Një nga tendencat që po vërhen kohët e fundit është dhe prirja që numri i personelit shëndetësor të rritet në të ardhmen (Card, 2022). Për shembull, në vitin 2021 mendohet që tregu i stafit të kujdesit shëndetësor ishte rreth 34 miliardë dollarë dhe parashikohet të arrijë në rreth 51 miliardë dollarë në vitin 2028 (Recent Healthcare Staffing Trends, 2022). Këto prirje për rritjen e stafit shëndetësor nxiten nga rritja e kërkesave që stafi duhet të përmbushë, sidomos për infermieret dhe mjekët, dhe pjesërisht nga boshllëku që krijoi pandemia COVID-19 ku një pjesë e mirë e stafit shëndetësor e braktisi punën në kujdesin shëndetësor duke lënë shumë vende bosh të cilat duhet të plotësohen (Recent Healthcare Staffing Trends, 2022).

Tendenca të tjera të pritshme kanë të bëjnë me faktin që mirë-qënia e pacientëve dhe stafit shëndetësor do të jetë një prioritet; përsa i përket stafit, pritjet që në sistemin shëndetësor do të integrohen mentorët e kujdesit shëndetësor që do udhëheqin pacientët në procesin e trajtimit, koordinatorët e kujdesit, specialistët e menaxhimit të sëmundjeve dhe mentorët apo trajnerët e stilit të jetesës; përveç kësaj, stresi që stafi shëndetësor përjetoj gjatë pandemisë COVID-19 e ndërëgjegjësoi industrinë e kujdesit shëndetësor për rëndësinë e mirëqënies së stafit dhe kjo mund të ndikojë në kushtet e tyre të punës (për shembull, të mos ketë më orar të zgjatur pune) [Recent Healthcare Staffing Trends, 2022; Card, 2022].

Një tjetër tendencë ka të bëjë me dixhitalizimin e kujdesit shëndetësor, një proces ky i pandalshëm; për stafin shëndetësor kjo nënkupton që një pjesë e mirë e tij mund të ofrojë kujdesin shëndetësor online, përmes këshillimit dhe orientimit të pacientëve lidhur me gjendje të caktuara shëndetësore, diagnozës online, këshilla dhe orientime për trajtimin, etj. (Recent Healthcare Staffing Trends, 2022; Card, 2022). Inovacioni do të jetë një element kyç në këto tendenca, duke automatizuar detyra të thjeshta që sot mund të kryhen nga infermieret, të tilla si menaxhimi i inventarit, përpunimi i aplikimeve, etj.; për më tepër, stafi i ri i kujdesit shëndetësor që do të punësohet duhet të ketë aftësitë për të përdorur teknologji të tilla (Recent Healthcare Staffing Trends, 2022).

Një tjetër prirje ka të bëjë me rritjen e volumit të kujdesit shëndetësor në mjediset e shtëpisë, një prirje kjo që do të tërheqë një pjesë të stafit të kujdesit shëndetësor sidomos për sëmundje

të të moshuarve si Alzheimer apo demenca; edhe stafi shëndetësor që shkon në shtëpitë e pacientëve do të rritet (infermieret shëtitëse); të gjitha këto kanë nevojë për teknologjinë përkatëse mbështetëse për të lidhur stafin me pacientët; impakti për stafin shëndetësor mund të përfshijë përfitime për udhëtimin e tyre, detyra me kohë të shkurtër, rritja e eksperiencës, orare fleksibile pune, etj. (Recent Healthcare Staffing Trends, 2022).

Një tjetër zhvillim që po haset vitet e fundit ka të bëjë me angazhimin gjithnjë e më të madh në praktikën klinike të ndihmës mjekëve apo infermiereve me kualifikim të avancuar (këto edhe mund të përshkruajnë ilace në recetë, njësor si mjekët), si një mënyrë për të plotësuar nevojat në fusha që nuk kanë nevojë për mjekë të mirëfilltë (Owens, 2019). Këta profesionistë të rinj trajnohen për të vlerësuar gjendjen e pacientve, për të diagnostikuar sëmundjet, mund të përshkruajnë ilace, mund të hartojnë plane trajtimi, etj., në bashkëpunim me mjekun ose në mënyrë të pavarur (Owens, 2019). Në përgjithësi, nxitja për këta profesionistë të rinj të kujdesit shëndetësor vjen si presion për të reduktuar kostot e kujdesit shëndetësor (Huang, 2015), por edhe bazuar në studime që nuk kanë treguar ndonjë diferencë në rezultatet dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor të ofruar nga mjekët dhe profesionistët e rinj (Lenz dhe bp., 2004).

Megjithatë, zëvendësimi i mjekëve të kualifikuar me praktikantë më pak të kualifikuar mund të nënkuptojë një rritje të rrezikut për pacientët, sipas disa ekspertëve (Al-Agba dhe Bernard, 2020).

Një tendencë tjetër është dhe prirja për të shtuar koordinatorëve të kujdesit, punonjësve sociale dhe personat që mund të ndihmojnë pacientët të orientohen dhe të lundrojnë në sistemin e kujdesit shëndetësor, për shkak të rritjes së kompleksitetit të sistemeve shëndetësore (Marcoux, Larrat dhe Vogenberg, 2012; Nyweide, Lee dhe Colla, 2020).

1.3.2.2 Godinat (infrastruktura fizike) ku ofrohet kujdesi shëndetësor

Konfigurimi fizik i mjediseve ku ofrohet kujdesi shëndetësor është shumë i larmishëm duke variuar nga ambulancat tek spitalet terciare. Një dallim i rëndësishëm mund të bëhet midis mjediseve spitalore dhe ambulatorë të kujdesit shëndetësor, më gjithë infrastrukturën e tyre përkatëse dhe shërbimet specifike që ofrojnë. Natyrisht, pajisja e këtyre mjediseve të kujdesit shëndetësor është përgjegjësi e qeverisë dhe politikave shëndetësor dhe bazuar në standardet e kujdesit shëndetësor, përta i përket sistemit shëndetësor publik; sidoqoftë, këto politika dhe standarde orientojnë dhe rregullojnë edhe tregun e kujdesit shëndetësor privat në cdo shtet.

Parimet e dizajnit të infrastrukturës fizike të objekteve shëndetësore duhet të orientohen nga këto aspekte në mënyrë që të garantojnë nivelin më të lartë të mundshëm të sigurisë për pacientët dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor (Reiling, Hughes dhe Murphy, 2008):

- *Përqendrimi te pacienti*, ku të përfshihet, midis të tjerave, dhe:
 - përdorimi i dhomave me pajisje të lëvizshme (si për shembull, pajisja mobile për ekzaminimin me rreze X në shtratin e pacientit) dhe dhoma me një shtrat;
 - sigurimi i hapësirës së mjaftueshme për të akomoduar anëtarët e familjes;
 - mundësimi i aksesit në informacionin rreth kujdesit shëndetësor të ofruar;

- pajisja me shenja të shënuara qartë për të lundruar në spital apo godinat e tjera ku ofrohet kujdesi shëndetësor.
- *Siguria*, ku të përfshihet, midis të tjerave, dhe:
 - aplikimi i dizajnit dhe përmirësimi i disponueshmërisë së pajisjeve ndihmëse për të shmangur rrëzimin e pacientit;
 - përdorimi i sistemeve të ventilimit dhe filtrimit për të kontrolluar dhe parandaluar përhapjen e infeksioneve;
 - përdorimi i sipërfaqeve që mund të dekontaminohen lehtësisht;
 - lehtësimi i larjes së duarve me disponueshmërinë e lavamanëve dhe solucioneve me bazë alkooli për duart;
 - parandalimi i lëndimit të pacientëve dhe ofruesve;
 - adresimi i ndjeshmërive që lidhen me ndërvarësinë e kujdesit, duke përfshirë hapësirat e punës dhe proceset e punës.
- *Efektiviteti*, ku të përfshihet, midis të tjerave, dhe:
 - përdorimi i ndriçimit për të mundësuar performancën vizuale optimale;
 - përdorimi i ndriçimit natyror;
 - kontrolli i efekteve të zhurmës.
- *Efikasiteti*, ku të përfshihet, midis të tjerave, dhe:
 - standardizimi i paraqitjes së dhomës, vendndodhjes së furnizimeve dhe pajisjeve mjekësore;
 - minimizimi i kërcënimeve të mundshme të sigurisë dhe përmirësimi i kënaqësisë së pacientit duke minimizuar transferimet e pacientëve përmes disponimit të dhomave ku mund të aplikohet pajisjet e lëvizshme (shih më lart).
- *Koha e duhur e ofrimit të shërbimit*, ku të përfshihet, midis të tjerave, dhe:
 - sigurimi i një përgjigje të shpejtë ndaj nevojave të pacientit;
 - eliminimi i joefikasitetit në proceset e ofrimit të kujdesit;
 - lehtësimi i punës klinike të infermierëve.
- *Barazia*, ku të përfshihet, midis të tjerave, dhe:
 - sigurimi që madhësia, shtrirja dhe funksionet e strukturës të plotësojnë nevojat e ndryshme të kujdesit ndaj pacientëve.

Natyrisht, konfigurimi i zonës së punës në cdo institucion apo godinë ku ofrohet kujdesi shëndetësor është detyrë e arkitektëve të specializuar për këtë qëllim, gjithnjë nën udhëheqjen e standardeve dhe rregulloreve të tjera që rregullojnë kërkesat dhe standardet për këto objekte.

1.3.2.2.3 Financimi i kujdesit shëndetësor

Nuk është qëllimi i këtij punimi shkencor që të paraqesë një panoramë të detajuar të modeleve të financimit të kujdesit shëndetësor. Megjithatë, duhet pranuar çështjet e financimit të sistemit të kujdesit shëndetësor janë në qendër të të gjitha reformave në shëndetësi, dukë qënë se burimet financiare dhe shpërndarja e tyre prek të gjitha aspektet e këtij sistemi. Për këtë arsye, cekja e këtyre çështjeve është thjesht e pashmangshme.

Përgjatë hyrjes së këtij punimi shkencor, kemi trajtuar në mënyrë relativisht të shpeshtë faktin se sistemet shëndetësore në të gjitha vendet e botës po ndryshojnë dhe evoluojnë në përpjekje për të arritur balancën më të mirë të mundshme midis kosto-efektivitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor. Një ndër faktorët për të arritur këtë, që e kemi përmendur gjithashtu më herët në këtë punim shkencor (shiko seksionin 1.3.2.1.1, por edhe në vende të tjera të hyrjes së këtij punimi shkencor) ka të bëjë me modalitetet e pagesës apo rimbursimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor për shërbimet e ofruara prej tyre.

Megjithatë, çështjet e financimit janë më të gjera se sa kaq, duke përfshirë çështjet e modelit të siguracioneve shëndetësore, burimin e financimit për mirëmbajtjen e infrastrukturës ekzistuese apo ndërtimin e infrastrukturës së re për institucionet e ofrimit të kujdesit shëndetësor, etj.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), financimi i sistemit shëndetësor është një nga katër funksionet e sistemeve shëndetësore, të cilat paraqiten në Figurën iii në vijim (World Health Organization, 2000a). Figura i tregon se si funksionojnë ato – ofrimi i shërbimeve shëndetësore personale dhe jopersonale; ngritja, bashkimi dhe ndarja e të ardhurave për blerjen e këtyre shërbimeve; investimi në njerëz, ndërtesa dhe pajisje; dhe duke vepruar si kujdestarë të përgjithshëm të burimeve, fuqive dhe pritshmërive që u janë besuar – janë të lidhura me njëri-tjetrin dhe me objektivat e sistemit (World Health Organization, 2000a). Kujdestaria zë një vend të veçantë sepse përfshin mbikëqyrjen e të gjitha funksioneve të tjera dhe ka efekte të drejtpërdrejta ose të tërthorta në të gjitha rezultatet (World Health Organization, 2000a). Krahasimi i mënyrës se si këto funksione kryhen në të vërtetë ofron një bazë për të kuptuar ndryshimet e performancës me kalimin e kohës dhe midis shteteve të ndryshme të botës (World Health Organization, 2000a).

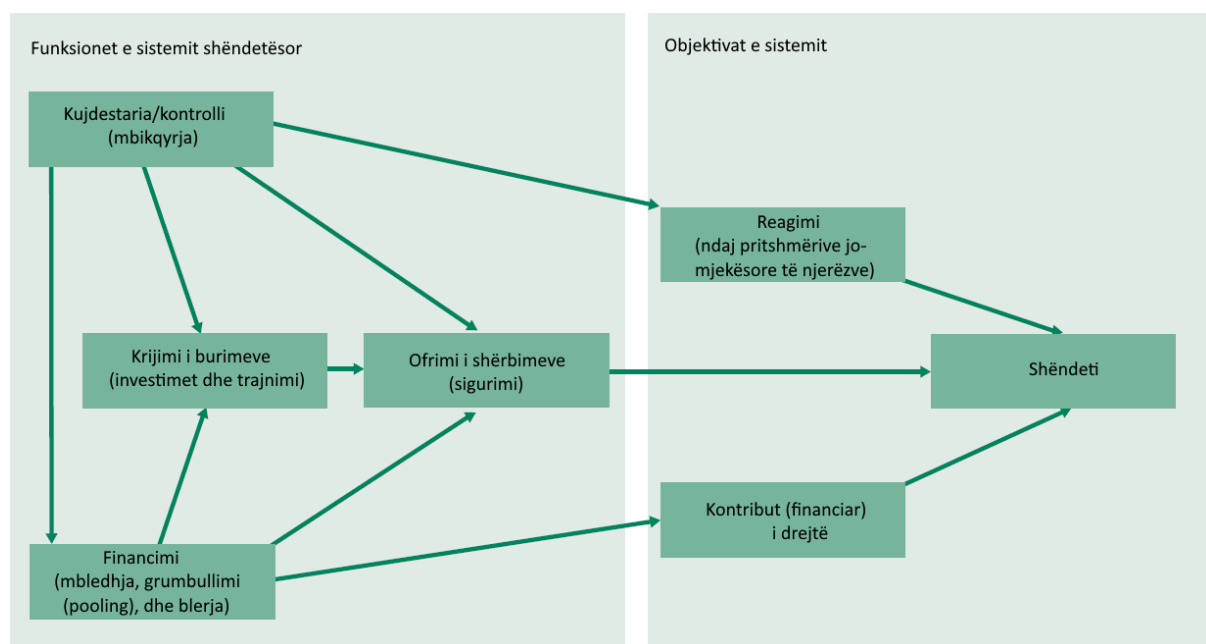


Figura iii. Lidhja midis funksioneve dhe objektivave të sistemit shëndetësor

Financimi i kujdesit shëndetësor është thelbësor për arritjen e mbulimit universal shëndetësor, përmes politikave të financimit të shëndetësisë të dizajnuara dhe të zbatuara me kujdes (World Health Organization, 2022a). Politikat e përshtatshme lidhur me financimin e sistemit të kujdesit shëndetësor mund të përmirësojnë koordinimin e aktorëve që operojnë në sistemin shëndetësor dhe të përmirësojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor; ndërkohë, parashikimi, planifikimi i duhur dhe disbursimi në kohën e duhur dhe në sasi të mjaftueshme i fondeve për të rimbursuar apo paguar ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor bën të mundur rekurtimin e stafit shëndetësor me kualifikimet e përshtatshme dhe sigurimin e medikamenteve të nevojshme për trajtimin e pacientëve (World Health Organization, 2022a). Politikat shëndetësore të përshtatshme dhe të kujdesshme janë thelbësore për sigurimin e burimeve financiare të mjaftueshme për financimin e kujdesit shëndetësor, krijimin e fondeve për grumbullimin e burimeve financiare dhe për blerjen e shërbimeve (World Health Organization, 2022a).

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, politikat e financimit të shëndetësisë duhet të bazohen në tre shtylla kryesore (World Health Organization, 2008a):

1. Pikënisja, drejtimi dhe vlerësimi i realitetit
2. Korniza konceptuale për analizimin dhe organizimin e sistemit kombëtar të financimit të shëndetësisë
3. Analiza e politikave të financimit të shëndetësisë dhe opsionet e mundshme të reformës.

Në shtyllën e parë (pikënisja) fillohet duke vendosur disa objektiva për politikën e financimit të shëndetësisë, bazuar në eksperiencat e vendeve të tjera dhe vlerat dhe parimet e OBSH-së, duke ndricuar drejtimin apo drejtimet e reformës së sistemit shëndetësor; në këtë kontekst, objektivat e politikave mund të shërbejnë si kritere për të vlerësuar efektet e reformës së sistemit të financimit shëndetësor (World Health Organization, 2008a).

Shtylla e dytë (korniza konceptuale) mund të përdoret për të përshkruar funksionet dhe politikën e lidhura me sistemin e financimit të shëndetësisë; kjo është thelbësore për të përshtatur analizën në bazë të aspekteve të ndryshme të reformave specifike në kontekstin lokal, duke qënë se mënyra e organizimit të sistemit të financimit shëndetësor në një shtet të caktuar siguron pikënisjen nga e cila fillon cdo reformë e sistemit të financimit të shëndetësisë (World Health Organization, 2008a).

Shtylla e tretë i referohet njohjes dhe analizës së mënyrave përmes të cilave faktorët kontekstualë, vecanërisht vështirësitë fiskale, mund të kufizojnë shkallën në të cilën një shtet mund të mbështesë arritjen e objektivave të politikës së financimit shëndetësor dhe mund të kufizojë gamën e opsioneve të politikave që mund të merren në konsideratë, duke mundësuar një analizë realiste lidhur me atë që është e mundur të zbatohet dhe çfarë mund të arrihet (World Health Organization, 2008a).

Po kështu, OBSH nënvizon objektivat e politikës së financimit të shëndetësisë, si vijon (World Health Organization, 2008a):

- Objektiva të politikave të financimit që janë në thelb identike me qëllimet e përgjithshme të sistemit shëndetësor:

- promovimi i mbrojtjes universale kundër rrezikut financiar;
- promovimi i një shpërndarjeje më të drejtë të barrës së financimit të sistemit;
- Objektiva të politikave të financimit që janë objektiva instrumentale dhe të ndërmjetme në raport me qëllimet e përgjithshme të sistemit shëndetësor:
 - promovimi i përdorimit të barabartë dhe ofrimit të shërbimeve në lidhje me nevojën për shërbime të tilla;
 - përmirësimi i transparencës dhe llogaridhënies së sistemit ndaj popullatës;
 - promovimi i cilësisë dhe efikasitetit në ofrimin e shërbimeve; dhe
 - përmirësimin e efikasitetit në administrimin e sistemit të financimit të shëndetësisë.

Është e qartë se sistemi i financimit të kujdesit shëndetësor është i përbërë nga funksione dhe politika të ndryshme specifike të tilla si mbledhja e të ardhurave, grumbullimi i fondeve (pooling), blerja e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, politikat lidhur me të drejtat për të pëfituar nga paketa të ndryshme shërbimesh dhe detyrimet për ndarjen e kostove të pacientëve (World Health Organization, 2008a). Në këtë kontekst, Figura iv paraqet në mënyrë vizuale lidhjen midis financimit shëndetësor, funksioneve të tjera të sistemit shëndetësor, objektivave të politikave të financimit shëndetësor dhe qëllimeve të përgjithshme të sistemit shëndetësor (World Health Organization, 2008a).

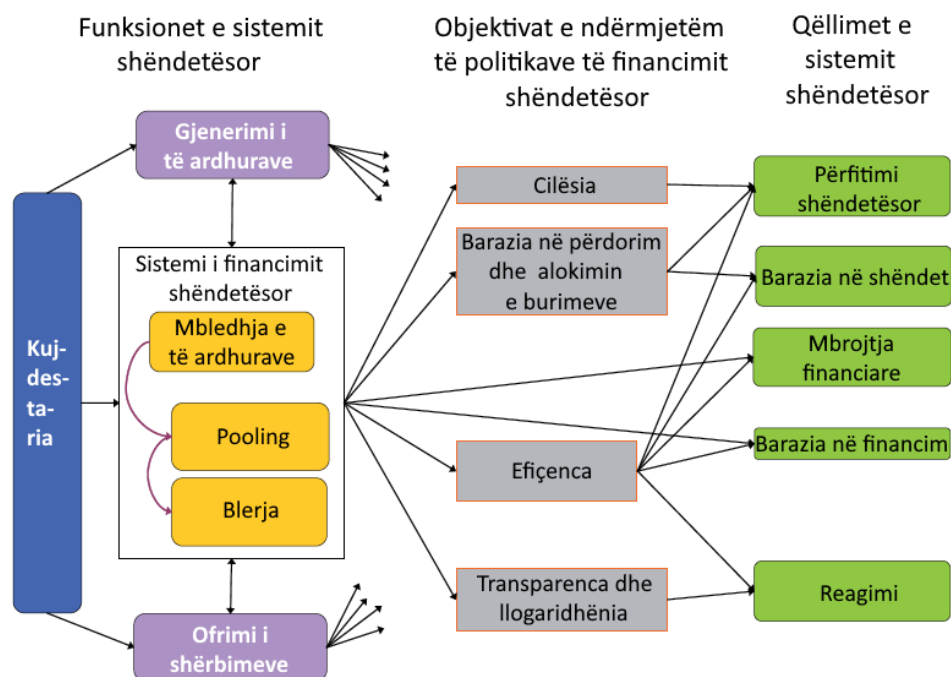


Figura iv. Lidhjet e sistemit të financimit të shëndetësisë me objektivat e politikave, funksionet e tjera të sistemit dhe qëllimet e përgjithshme të sistemit

Modalitetet e financimit të sistemit të kujdesit shëndetësor janë të shumëllojshme, duke përfshirë taksimin e përgjithshëm, siguracionet private, siguracionet e bazuara në komunitet, siguracionet sociale, pagesat direkte nga xhepi, etj. (Drouin, 2007). Përveç këtyre ka edhe mënyra të tjera, hibride, të financimit të kujdesit shëndetësor (Powe, 2021; Ivanková dhe bp., 2019), gjithnjë në përpyqjet për të ulur kostot e kujdesit shëndetësor dhe përmirësimit të cilësisë së tij njëkohësisht.

Financimi i sistemit shëndetësor është shtylla kurrizore për arritjen e objektivave kombëtare të sistemit shëndetësor në cdo vend të botës; megjithatë, qëllimi dhe objektivat e sistemit shëndetësor në cdo shtet janë të kufizuara nga shkalla në të cilën ato janë të përballueshme financiarisht në kontekstin kombëtar duke qënë se cdo shtet ka dhe prioritete dhe objektiva të tjera konkurruese përveç shëndetit; prandaj kjo e bën të domosdoshme racionalizimin dhe optimizimin e burimeve të kufizuara në dispozicion (Drouin, 2007). Nëse mekanizmat dhe burimet e financimit të kujdesit shëndetësor zgjidhen në mënyrë të përshtatshme atëherë arritja e objektivave shëndetësore kombëtare pak a shumë mund të jetë e pavarur nga kufizimet e buxhetit kombëtar (Drouin, 2007). Cështja nëse financimi i sistemit shëndetësor mund të përballohet duhet të marrë në konsideratë edhe kapacitetet kontribuese të individëve, punëdhënësve dhe entiteteve të tjera që paguajnë taksa, si dhe programet e tjera të tilla si skemat e siguracioneve shoqërore (Drouin, 2007). Në fund, bazuar në një analizë të kujdesshme dhe të thellë të të gjithë këtyre elementëve, politikë-bërësit duhet të përcaktojnë fushat prioritare të sistemit shëndetësor që duhet të financohen (në kurriz të prioriteteve të tjera konkurruese); për shembull, duhet vendosur nëse do të jepet një sasi parash për të siguruar shërbime shëndetësore me cilës të lartë që mund të përmirësojnë gjendjen shëndetësore mesatare të të gjithë popullatës apo të financohet ndërtimi i klinikave në të gjitha zonat por me një nivel më të ulët cilësie për të siguruar akses në shërbimet shëndetësore për të gjithë popullatën (Drouin, 2007).

Përveç zgjedhjes së metodës së përshtatshme të financimit, arritja e objektivave shëndetësore kombëtare varet edhe nga zgjedhja e një strukture efektive organizative të ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe mënyrave të pagesës së ofruesve të kujdesit shëndetësor, si dhe nga elementë të tjerë strukturorë të tillë si korniza rregullatore dhe programet për edukimin e publikut (Drouin, 2007).

Metoda e financimit të sistemit shëndetësor nënkupton mënyrën/mënyrat se si burimet financiare mobilizohen dhe përdoren; në përgjithësi ky është një proces me shumë dimensione pasi përfshin disa faktorë të tillë si qasjen e zgjedhur për të mobilizuar burimet financiare; strukturën institucionale dhe organizative të ofrimit të shërbimeve, shpërndarjen e burimeve financiare, mënyrat e pagesës dhe stimujt për ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe faktorë të tjerë (Drouin, 2007).

Më konkretisht, mënyrat kryesore për mobilizimin e burimeve financiare janë sistemi kombëtar i sigurimeve shëndetësore, taksimi i përgjithshëm, siguracione private shëndetësore, siguracionet e bazuara në komunitet, pagesat direkte nga xhepi, etj.; zgjedhja e metodës apo metodave të financimit ndikon tek segmentet e popullatës që do të përballojnë barrën financiare, burimet në dispozicion dhe kush do të menaxhojë këto burime; cilado qoftë metoda e zgjedhur, ajo duhet të lejojë krijimin e fondeve të përbashkëta dhe shpërndarjen e rrezikut në

mënyrë që të ndihmojë për arritjen e objektivave më të gjerë të barazisë, solidaritetit dhe përballueshmërisë nga ana financiare të kujdesit shëndetësor (Drouin, 2007).

Pas zgjedhjes së metodës së financimit të kujdesit shëndetësor, duhet të përcaktohet mënyra e organizimit dhe ofrimit të shërbimeve shëndetësore përmes ofruesve publikë, privatë apo cdo kombinim midis këtyre; kjo përcakton se kujt i jepet fuqia për të menaxhuar dhe kontrolluar zbatimin e sistemit shëndetësor dhe për të vendosur për shpërndarjen e fondeve në dispozicion (për këtë duhen përcaktuar kritere të qarta se si do të bëhet shpërndarja midis kategorive të ndryshme të shërbimeve shëndetësore, programeve parandaluese dhe zhvillimit infrastrukturor, etj.); po kështu, zgjedhja e mënyrës së organizimit përcakton shkallën e konkurrencës midis ofruesve publikë dhe privatë, kush e zotëron sistemin shëndetësor, proceset e decentralizimit dhe integritet të shërbimeve shëndetësore, etj. (Drouin, 2007). Të gjitha këto aspekte padyshim janë fokus qendror i politikave shëndetësore.

Cështja e pagesës apo rimbursimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor, dhe krijimit të stimujve për ta natyrisht që ka ndikim të madh në koston, efikasitetin dhe cilësinë e shërbimeve që ata ofrojnë (Drouin, 2007). Këto metoda janë të shumta dhe prandaj duhet zgjedhur metoda më e mundshme dhe më realiste për një kontekst të caktuar që kënaq ofruesit e kujdesit shëndetësor.

Sipas OBSH-së, shpenzimi shëndetësor si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto në vitin 2020 ishte 9.2% në vendet me të ardhura të larta, 7.2% në vendet me të ardhura të mesme të larta, 6.1% në vendet me të ardhura të ulëta dhe 5.2% në vendet me të ardhura të mesme të ulëta, në përgjithësi me një trend në rritje për të gjitha shtetet me përjashtim të vendeve me të ardhura të ulëta (World Health Organization, 2022b). Ndërkohë përqindja e shpenzimeve qeveritare shëndetësore kundrejt totali të shpenzimeve shëndetësore është më e lartë në vendet e zhvilluara (>70%), ulët në vendet me të ardhura të mesme (rreth 60%) dhe është edhe më e ulët në vendet me të ardhura të ulëta (rreth 50%) [Drouin, 2007]. Sa më shumë që një shtet zhvillohet ekonomikisht, aq më shumë ai tenton të shpenzojë për shëndetësinë përmes kanaleve publike pasi kërkesat e popullatës për mbrojtje më të mirë sociale rriten; prandaj, siguracionet shëndetësore kombëtare ofrojnë një nga mënyrat më të mira për të zgjeruar mbrojtjen e sa më shumë njerëzve që është e mundur mbi bazën e parimit të solidaritetit (Drouin, 2007).

Sot, të gjitha autoritetet shëndetësore promovojnë zbatimin e mbulimit shëndetësor universal (UHC) si politikën kryesore që duhet ndjekur nga të gjitha shtetet; mbulimi shëndetësor universal nënkupton që *“të gjithë njerëzit kanë akses në të gjithë gamën e shërbimeve shëndetësore me cilësi të lartë për të cilat ata kanë nevojë, kur ata kanë nevojë dhe ku ata kanë nevojë, pa hasur në vështirësi apo pengesa financiare”* (World Health Organization, 2022b).

Mbulimi shëndetësor universal përfshin të gjithë spektrin e shërbimeve shëndetësore esenciale, duke variuar nga promovimi i shëndetit dhe parandalimi, tek trajtimin, rehabilitimin dhe kujdesin paliativ (World Health Organization, 2022c). Cdo shtet mund të ndjek trajektore të ndryshme për arritjen e UHC-së, në varësi të rrethanave, konteksteve dhe realiteteve lokale, burimeve në dispozicion dhe nevojave të popullatave të tyre; megjithatë, mundësia për të patur akses në shërbimet shëndetësore dhe informacionin shëndetësor është një e drejtë universale e cdo personi (World Health Organization, 2022c).

UHC kërkon një kujdes shëndetësor parësor të fortë, që ka në qendër pacientin. Arritja e UHC-së është një nga objektivat që kombet e botës vendosën kur miratuan Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDGs) 2030 në 2015; në Takimin e Nivelit të Lartë të Asamblesë së Përgjithshme të Kombeve të Bashkuara në 2019, shtetet e botës ripohuan se shëndeti është një parakusht për dhe një rezultat dhe tregues i dimensioneve sociale, ekonomike dhe mjedisore të zhvillimit të qëndrueshëm; programi i Trembëdhjetë i Përgjithshëm i Punës i OBSH-së synon që deri në vitin 2025 të përfitojnë 1 miliardë njerëz më shumë nga UHC, duke kontribuar gjithashtu në objektivat e 1 miliardë më shumë njerëzve të mbrojtur më mirë nga urgjencat shëndetësore dhe 1 miliardë më shumë njerëz që gëzojnë shëndet dhe mirëqenie më të mirë (World Health Organization, 2022d).

UHC mund të arrihet vetëm përmes një stafi të kujdesit shëndetësor të mirë-trajnuar dhe që ofron kujdes shëndetësor me cilësi të lartë, me në qendër pacientin; kjo kërkon vullnet të qartë politik dhe politikë-bërës të angazhuar dhe të përkushtuar për të investuar në zbatimin dhe suksesin e mbulimit shëndetësor universal (World Health Organization, 2022c).

Një tjetër zhvillim interesant lidhur me financimin e kujdesit shëndetësor (i aplikuar prej kohësh, në fakt) është dhe politika e kujdesit shëndetësor falas (free health care policy); kjo politikë synon të reduktojë barrierat financiare që hasin njerëzit kur përpiqen të aksesojnë shërbimet shëndetësore, përmes eliminimit apo heqjes së tarifave formale në pikat e marrjes së shërbimit shëndetësor (World Health Organization, 2020a). Kjo politikë duket e ngjashme me politikën e UHC-së, por këto nuk janë sinonime: kujdesi shëndetësor falas nënkupton që të gjithë qytetarët marrin kujdes shëndetësor pa patur nevojë të paguajnë për shërbimet që marrin, kurse kujdesi shëndetësor universal nënkupton që ekziston një sistem i kujdesit shëndetësor që ofron mbulim për një përqindje të lartë të qytetarëve, zakonisht midis 90% dhe 99% (International Citizens Insurance, 2022). Figura v në vijim paraqet shtetet e botës sipas llojit të kujdesit shëndetësor që ato ofrojnë: kujdes shëndetësor falas, mbulim universal apo kombinime të tyre (The 2021 STC Health index, 2022).

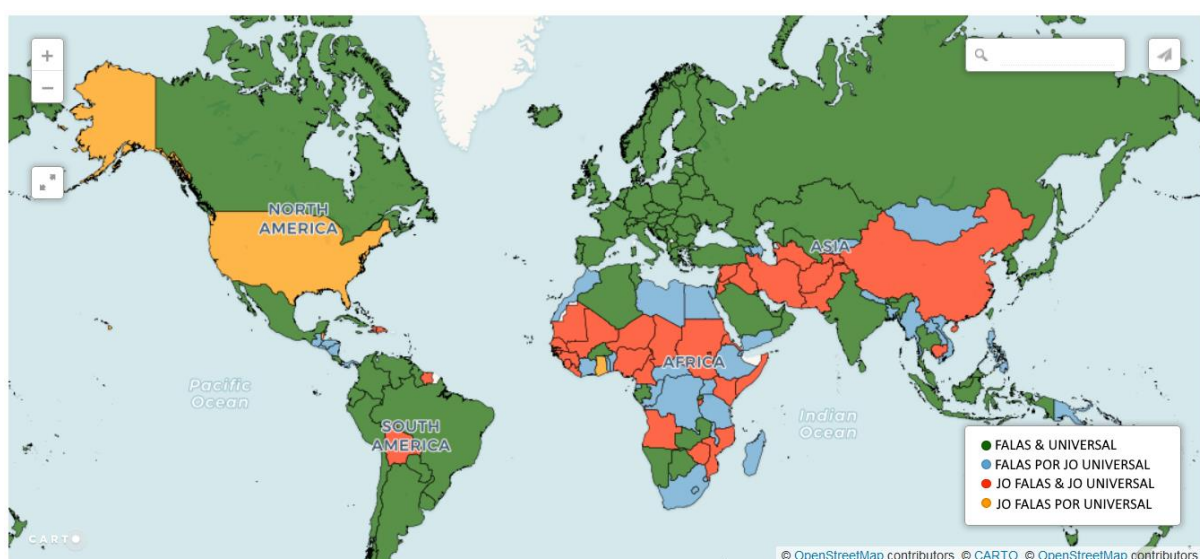


Figura v. Kujdesi shëndetësor falas dhe mbulimi universal në shtetet e botës

Shqipëria bën pjesë midis shumë shteteve të tjera të botës me sisteme universale të kujdesit shëndetësor; në Shqipëri të gjithë qytetarët kanë të drejtën kushtetuese për të patur akses në shërbimet shëndetësore, pavarësisht një përhapje relativisht të gjerë të pagesave nga xhepi për shërbimet shëndetësore (International Citizens Insurance, 2022), një çështje që do të trajtohet më me hollësi në kapitujt vijues të këtij punimi shkencor.

Shembuj të shërbimeve që ofrohen nën politikën e kujdesit shëndetësor falas përfshijnë: kujdesin paralindjes, lindjen e asistuar nga personel i kualifikuar mjekësor, lindjet cezariene, shërbimet shëndetësore për fëmijët nën 5 vjeç, shërbimet shëndetësore për të moshuarit mbi 65 vjeç, etj. (World Health Organization, 2020a).

Në Shqipëri, programi i kontrollit mjekësor bazë (Check-up) i qytetarëve të moshës 35-70 vjeç bën pjesë qartazi në politikën e kujdesit shëndetësor falas.

Politikat e shërbimeve shëndetësore falas synojnë të përmirësojnë progresin drejt UHC-së, përmes dy shtigjeve: duke rritur përdorimin e shërbimeve shëndetësore specifike në përputhje me nevojat e popullatës, dhe duke përmirësuar mbrojtjen financiare të qytetarëve; nga ana tjetër këto politika synojnë të përmirësojnë cilësinë e shërbimeve shëndetësore të përcaktuara prej tyre; transparenca dhe llogaridhënia janë të rëndësishme duke qënë se njerëzit që përfitojnë nga këto politika duhe të dinë nëse ata janë përfitues (World Health Organization, 2020a). Sidoqoftë, këto politika duhet të dizajnohen dhe të zbatohen me kujdes duke qënë se ka të dhëna se disa nga grupet më vulnerabël, sidomos më të varfërit, mund të mos përfitojnë aspak prej tyre dhe i duhet të paguajnë për po këto shërbime apo për shërbime të tjera për të cilat ata kanë nevojë (World Health Organization, 2020a).

Në përmbyllje të këtij nën-seksioni lidhur me financimin e kujdesit shëndetësor dhe politikën e lidhura me të, po përmbledhim disa mënyra për të përmirësuar dhe optimizuar përdorimin dhe alokimin e burimeve financiare në sistemin e kujdesit shëndetësor (Drouin, 2007):

- Prezantimi dhe përdorimi i shërbimeve shëndetësore universale të financuara nga të taksimi i përgjithshëm;
- Përmirësimi i mbulimit efektiv të skemave ekzistuese të sigurimeve shoqërore dhe zgjerimin e përkufizimit ligjor të mbulimit për aq sa është e mundur;
- Inkurajimi i skemave të mikro-sigurimeve, sipas rastit dhe ku është e përshtatshme; dhe
- Detyrimin e sigurimit shëndetësor privat, aty ku është e përshtatshme.

Natyrisht, politikë-bërësit duhet të diskutojnë lidhur me avantazhet dhe disavantazhet e secilës prej këtyre alternativave; pikat e mëposhtme mund të jenë të rëndësishme që të adresohen nga politikë-bërësit në fazën e analizës për të arritur në vendim rreth paketës optimale që do të zbatohet (Drouin, 2007):

- Sa është kapaciteti kontribues i popullsisë dhe nëngrupeve të saj?
- Sa është kapaciteti i një metode për të gjeneruar burimet financiare?
- A është metoda efikase në caktimin e fondeve publike për të varfërit?
- Cila strategji do të lejojë kalimin e burimeve dhe fuqive financiare nga oferta në

anën e kërkesës për të përmirësuar barazinë, efikasitetin dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore?

- Cili është niveli i llogaridhënies dhe cilësia e buxhetimit sipas një metode të caktuar?

Zgjedhja e mekanizmit të financimit për grupe të caktuara të popullatës do të ndikohet nga numri, struktura dhe performanca e skemave ekzistuese, konteksti politik dhe kulturor, madhësia e bazës së taksueshme, aftësia dhe kapacitetet për të mbledhur takasat, madhësia e ekonomisë formale, barra e sëmundshmërisë, infrastruktura ekzistuese, niveli i kontributeve apo primeve, kapaciteteve menaxheriale, mundësisë për të detyruar zbatimin e ligjit dhe rregulloreve në fuqi dhe ndikimet përkatëse në barazinë (Drouin, 2007).

Duke pasur parasysh natyrën specifike të çdo shteti specifik, nuk ka një rregull të përgjithshëm për një përbërje optimale të portofolit të nën-sistemeve kombëtare të financimit të shëndetësisë që duhet të ndërtojë një shtet i caktuar (Drouin, 2007). Megjithatë, sugjerohet që të zbatohen një sërë parimesh udhëzuese gjatë ndërtimit të sistemit, duke përfshirë barazinë dhe solidaritetin në financim duke marrë në konsideratë kapacitetin për të paguar dhe barazinë në aksesin në të gjitha shërbimet shëndetësore (Drouin, 2007). Kjo përfshin shpërndarjen e rrezikut dhe ndarjen e pagesave të kontributeve në sigurimet shëndetësore dhe shoqërore ndërmjet punonjësve dhe punëdhënësve, gjithëpërfshirjen e të gjithë qytetarëve pa diskriminim gjinor, etnik, fetar, etj. (Drouin, 2007).

Në vijim po paraqesim një listë të çështjeve më të rëndësishme që duhet të orientojnë politikë-bërësit lidhur me politikat e financimit të kujdesit shëndetësor që ata do të vendosin të zbatojnë (Drouin, 2007):

- Mobilizimi i burimeve të mjaftueshme për arritjen e objektivave të politikës financiare;
- Barazia dhe solidariteti në financim nëpërmjet ndarjes së barrës sipas nivelit të të ardhurave;
- Krijimi i fondeve të barazimit të rrezikut dhe solidaritetit aty ku është e përshtatshme;
- Maksimizimi i shpërndarjes së rrezikut dhe reduktimi i fragmentimit;
- Në skemat e sigurimeve, subvencione të qeverisë për të varfërit dhe punonjësit e sektorit informal dhe familjet e tyre (qoftë direkt ose për kontribute/prime);
- Minimizimi i pagesave nga xhepi;
- Tarifat e përdoruesit në përputhje me aftësinë për të paguar;
- Qëndrueshmëria financiare;
- Përdorimi i një përzierje mekanizmesh financimi shëndetësor për të përshpejtuar arritjen e mbulimit universal dhe balancimin e barazisë, efikasitetit dhe cilësisë së kujdesit;
- Përdorimi efikas dhe efektiv i burimeve.

Natyrisht, zbatimi i këtyre elementëve kërkon një vullnet dhe angazhim të fortë politik, vendosjen e prioritetëve për zgjerimin dhe shtrirjen e mbrojtjes sociale dhe shëndetësore dhe adresimin e çështjeve të transparencës dhe llogaridhënies; për këtë është thelbësore që të instalohet një mënyrë demokratike e menaxhimit, ku të përfshihen të gjithë aktorët përmes një

qasje që garanton pjesëmarrjen në procesin e menaxhimit dhe qeverisjes bazur në dialogun social dhe kombëtar midis politikë-bërësve, shoqërisë civile, siguruesve privatë dhe publikë, ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe aktorëve të tjerë të interesuar (Drouin, 2007).

1.3.2.2.4 Pajisjet

Pajisjet që ndihmojnë dhe lehtësojnë procesin e ofrimit të kujdesit shëndetësor janë gjithashtu një element i rëndësishëm i cili ndikon padyshim edhe në cilësinë e kujdesit të ofruar. Tek pajisjet bëjnë pjesë një numër shumë i madh instrumentash që përdoren për qëllime të ndryshme, duke variuar nga pajisjet më të thjeshta deri tek ato më të komplikuar (si për shembull, tomografia e kompjuterizuar (CT scan), rezonanca magnetike, PET scan, etj.). Pa patur qëllimin të ofrojmë një listë shteruese të pajisjeve mjekësore që gjejnë përdorim në kujdesin shëndetësor, mund të përmendim disa nga kategoritë më të zakonshme të pajisjeve mjekësore: pajisjet laboratorike, mikroskopët, centrifugat, spektrofotometrët, pajisjet imazherike mjekësore, pajisjet për ekzaminime me rreze X, pajisjet imazherike me ultratinguj, rezonanca magnetike, tomografia e kompjuterizuar, pajisjet e thjeshta për ekzaminimin e pacientit (stetoskopët, apart për matjen e presionit të gjakut), karriget me rrota, shtretërit e llojeve të ndryshme, instrumentat kirurgjikalë, retraktorët, forcepsi, dhe një numër virtualisht i pafund pajisjesh të tjera që përdoren në nivele të ndryshme të kujdesit shëndetësor (News Desk, 2021).

Me rëndësi për këtë punim shkencor nuk është lista e plotë dhe shteruese e llojeve të pajisjeve mjekësore që përdoren në kujdesin shëndetësor, por politikat apo rregulloret që rregullojnë këtë aspekt. Në fakt, mënyra se si dizajnohet një institucion shëndetësor i cdo niveli, edhe nga pikëpamja e teknologjisë dhe pajisjeve, ka ndikim në cilësinë e kujdesit të ofruar dhe në sigurinë e pacientëve gjithashtu (Reiling, Hughes dhe Murphy, 2008). Përcaktimi dhe konfigurimi i duhur i infrastrukturës fizike dhe pajisjeve të nevojshme për cdo nivel të kujdesit shëndetësor dhe për një tipologji të caktuar të institucioneve të kujdesit shëndetësor është e nevojshme një qasje shumë-dimensionale, ku të përfshihet dhe çështjet e sigurisë së pacientëve, ri-dizajnimi i infrastrukturës dhe pajisjeve të institucioneve shëndetësore dhe sistemit, përqëndrimi tek elementët që reduktojnë mundësinë për gabime, duke lehtësuar kështu punën e ofruesve të kujdesit shëndetësor (Reiling, Hughes dhe Murphy, 2008).

Organizata Botërore e Shëndetësisë mund të konsultohet lidhur me politikat e pajisjeve mjekësore apo dhe rregulloret që kanë të bëjnë me cilësinë dhe sigurinë e pajisjeve mjekësore, rregullat për vlerësimin e tyre, duke i ardhur kështu në ndihmë politikë-bërësve, vendim-marrësve por edhe aktorëve të tjerë që të orientohen dhe të përshtasin politikat kombëtare dhe lokale në përputhje me këto udhëzime (World Health Organization, 2022e). Sipas OBSH-së, politikat, strategjitë dhe planet e veprimit për teknologjinë që përdoret në shëndetësi, dhe specifikisht ato që lidhen me pajisjet mjekësore, janë të domosdoshme të formulohen dhe të përfshihen në cdo plan kombëtar të shëndetësisë, duke qënë se ato sigurojnë që pacientët të kenë akses në pajisje mjekësore të sigurta, efektive, dhe me cilësi të lartë; në këtë mënyrë, politikat dhe rregulloret që rregullojnë pajisjet mjekësore në institucionet shëndetësore luajnë një rol shumë të rëndësishëm për parandalimin, diagnozën dhe trajtimin e sëmundjeve dhe

gjendjeve shëndetësore që kanë nevojë për trajtim, si dhe mbështesin pacientët në procesin e rehabilitimit të tyre (World Health Organization, 2022e). OBSH ka zhvilluar udhëzues që synojnë rritjen e ndërgjegjësimit rreth rëndësisë së zhvillimit dhe zbatimit të politikave të teknologjisë në shëndetësi, ku përfshihen rregullore, aspektet të menaxhimit dhe vlerësimit të teknologjisë shëndetësore, në kontekstin e planeve shëndetësore kombëtare; këto dokumenta ofrojnë udhëzime lidhur me prioritizimin e nevojave, apo komponentët kryesore të një politike efektive, sistemet e organizimit të nevojshme për zbatimin e atyre politikave dhe metodologjinë për matjen e progresit (World Health Organization, 2022e).

1.3.2.3 Elementët e proceseve të kujdesit shëndetësor

1.3.2.3.1 Tranzicioni dhe koordinimi i kujdesit shëndetësor

Modelet e kujdesit shëndetësor janë gjithashtu në evoluim e sipër. Përveç modeleve të tjera të kujdesit shëndetësor të përmendur në seksionin 1.3.1.3 (Tendencat e reja dhe inovative të modeleve të ofrimit të kujdesit shëndetësor), një tjetër model që po fiton terren është dhe modeli i bashkë-menaxhimit të kujdesit shëndetësor spitalor; ky model i lejon ekipeve të kujdesit që të trajtojnë pacientë me një numër të madh gjendjesh shëndetësore që kanë nevojë për trajtim ndërkohë që ruan statusin e ofruesit parësor të shërbimeve për pacientët e hospitalizuar (Duplantier dhe bp., 2016; Cheng, 2015; Peterson, 2009; Rohrer dhe bp., 2021). Këtu hasim një kualifikim relativisht të ri, hospitalistin, i cili është një mjek që kujdeset për pacientët e shtruar në spital, pra puna e hospitalistit kufizohet vetëm brenda spitalit; këta profesionistë kanë të njëjtin edukim dhe trajnim si dhe mjekët e kujdesit parësor por ata janë specializuar për të ofruar kujdes shëndetësor spitalor, duke u përqëndruar në kujdesin spitalor për pacientët e shtruar aty, se sa në organe apo specialitetet mjekësore si për shembull kardiologji, etj. (Brennan, 2021). Mjeku hospitalist përfshihet në menaxhimin e pacientit nga momenti që ai arrin në spital e gjatë gjithë qëndrimit të tij në spital, duke punuar ngushtësisht me mjekun primar të pacientit, dhe më pas i ndjekin pacientët edhe pas daljes nga spitali; mjeku hospitalist është i specializuar për kujdesin e koordinuar midis specialistëve, mjekësinë interne, kujdesin mjekësor akut dhe mund të urdhërojë dhe vlerësojë teste të ndryshme diagnostikuese gjithashtu (Brennan, 2021).

Bashkë-menaxhimi sipas modelit të përshkruar më sipër, ku hospitalistët punojnë krah-për-krah me mjekët tradicionalë në spitale ka treguar se nuk vuan nga fragmentarizimi i kujdesit shëndetësor; përfitime të tjera kanë të bëjnë me influencën e shtuar të kirurgëve ndaj linjës së shërbimeve që ofron spitali për shkak se mjeku në modelin e bashkë-menaxhimit ruan kontrollin dhe autonominë mbi mjedisin e praktikës klinike (Blaine dhe bp., 2021), koordinim më të mirë të kujdesit mjekësor për shkak të komunikimit të lehtë me anëtarët e tjerë të ekipit të trajtimit duke qënë se i gjithë ekipi është “në të njëjtën valë” duke cuar në rritjen e kënaqësisë së pacientëve me kujdesin spitalor (Dyrda, 2010), uljen e kostove të hospitalizimit dhe shkurtimin e kohë-qëndrimit në spital (Huang, 2014), etj.

Është e qartë se koordinimi i kujdesit shëndetësor është thelbësor dhe një domosdoshmëri për rritjen e kosto-efektivitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor. Koordinimi i kujdesit

shëndetësor dhe i të gjitha aktorëve të përfshirë në të mund të realizohet përmes politikave shëndetësore të cilat krijojnë kushtet dhe nxisin këtë qasje në sistemin e kujdesit shëndetësor.

1.3.2.3.2 Vendim-marrja e përbashkët

Një proces që po merr një vëmendje gjithnjë e më të madhe në kujdesin shëndetësor është dhe vendim-marrja e përbashkët e mjekëve dhe pacientëve lidhur me aspekte të ndryshme të kujdesit shëndetësor dhe mënyrës së trajtimit dhe modaliteteve të trajtimit (Faiman dhe Tariman, 2019; Bae, 2017; Elwyn dhe bp., 2012; Grad dhe bp., 2017).

Në thelb, vendim-marrja e përbashkët ka të bëjë me vendosjen e një komunikimi të mirë midis mjekëve dhe pacientëve; komunikimi i mirë midis mjekëve dhe pacientëve e ka të domosdoshme garantimin e ruajtjes së autonomisë së pacientit; ndërkohë autonomia e pacientëve është e lidhur ngushtë me procesin e vendim-marrjes dhe pjesëmarrjen aktive të pacientëve në këtë proces pasi mjeku ka përshkruar saktë problemin, opsionet për zgjidhjen dhe arugmentat në favor dhe kundër secilit opsion; dhe, së fundmi, pacienti është i gatshëm të pranojë vendimin përfundimtar nëse procesi i vendim-marrjes është i përqëndruar tek pacienti dhe karakteristikat e tij (Faiman dhe Tariman, 2019; Bae, 2017; Elwyn dhe bp., 2012; Grad dhe bp., 2017). Pra, thelbi i vendim-marrjes së përbashkët është aftësia e mjekut për të identifikuar preferencat personale të pacientëve (ka disa mënyra për t'i vlerësuar këto në mënyrë të shpejtë gjatë ekzaminimit mjekësor) dhe marrjen e vendimeve bazuar në to (Faiman dhe Tariman, 2019; Bae, 2017; Elwyn dhe bp., 2012; Grad dhe bp., 2017).

Është e qartë se procesi i vendim-marrjes së përbashkët përfshin një sërë hapash apo fazash në një sekuencë të caktuar; ky është një proces universal, pra që mund të aplikohet dhe është i zbatueshëm në të gjitha mjediset e ofrimit të kujdesit shëndetësor, dhe që do të vazhdojë të përdoret gjerësisht edhe në të ardhmen (Levenson, 2010). Nëse i përmbahemi me rreptësi dhe i qëndrojmë besnik hapave të procesit të vendim-marrjes së përbashkët, atëherë ka shumë gjasa që rezultatet e arritura të jenë më të mirat e mundshme duke qënë se ato do të përputhen me nevojat dhe vlerat e pacientëve ndërkohë që lehtësojnë përdorimin e përshtatshëm të burimeve të kujdesit shëndetësor; prandaj, procesi i vendim-marrjes së përbashkët në kujdesin shëndetësor përbën një element thelbësor të përmirësimit të kujdesit dhe reformës në sistemin e kujdesit shëndetësor (Levenson, 2010).

Vendim-marrja e përbashkët është vecanërisht e rëndësishme në modelin e kujdesit shëndetësor ku pacienti është në qendër të kujdesit. Po kështu, vendim-marrja e përbashkët është etike në kuptimin që pacientët kanë të drejtë të informohen në mënyrë të përshtatshme dhe të marrin pjesë në vendimet e kujdesit shëndetësor sëbashku me mjekun apo stafin shëndetësor (acpdecisions.org, 2022). Në kushtet kur mjedisi i kujdesit shëndetësor po bëhet gjithnjë e më kompleks dhe pacientët shpesh nuk zotërojnë kompetencat shëndetësore për të marrë vendime vetjake të informuara, vendim-marrja e përbashkët mund të ndihmojë për të rritur sigurinë e kujdesit shëndetësor, përmirësuar cilësinë e jetës së pacientëve dhe rezultatet e kujdesit për pacientët (Vendim-marrja e përbashkët është vecanërisht e rëndësishme në modelin e kujdesit shëndetësor ku pacienti është në qendër të kujdesit. Po kështu, vendim-marrja e përbashkët

është etike në kuptimin që pacientët kanë të drejtë të informohen në mënyrë të përshtatshme dhe të marrin pjesë në vendimet e kujdesit shëndetësor sëbashku me mjekun apo stafin shëndetësor (acpdecisions.org, 2022).

Vendim-marrja e përbashkët nuk mund të aplikohet në cdo rrethanë; për shembull, nëse ka vetëm një modalitet trajtimi për një gjendje të caktuar shëndetësore, atëherë vendim-marrja e përbashkët nuk mund të aplikohet (acpdecisions.org, 2022). Prandaj, në vijim po paraqesim disa situata klinike kur është e përshtatshme dhe e këshillueshme që të përdoret procesi i vendim-marrjes së përbashkët (acpdecisions.org, 2022):

- Ndryshimi i prognozës apo progresit të sëmundjes;
- Një diagnozë e re;
- Ndryshime e jetës që mund të ndryshojnë prioritetet e pacientëve;
- Ndryshime të gjendjes shëndetësore të pacientëve;
- Nevoja për të diskutuar kujdesin paliativ ose çështjet e fundit të jetës;
- Mundësia për të marrë pjesë në një eksperiment klinik;
- Ndryshimi i mbështetjes nga kujdestarët apo burimeve financiare;
- Mos-dakordësia midis dëshirave të pacientëve dhe familjarëve të tyre;
- Depistimi i kancerit, etj.

Edhe pse procesi i vendim-marrjes së përbashkët inkurajohet fort nga politikë-bërësit dhe kërkuesit shkencorë në praktikën klinike për të mbështetur dhe fuqizuar autonominë e pacientëve, vendim-marrja e përbashkët rrallë aplikohet në vendimet e vogla apo pa ndonjë rëndësi akute në jetën e përditshme me të cilat hasen pacientët dhe stafi i kujdesit shëndetësor krahasuar me peshën në mënyrë të konsiderueshme më të madhe të këtij procesi në rastet e ndërhyrjeve madhore si në rastin e vendimit për kirurgjinë apo kimioterapinë, etj. (Caverly dhe Hayward, 2020). Edhe në spitalet në Gjermani, për shembull, një shtet me një sistem të shkëlqyer shëndetësor, procesi i vendim-marrjes së përbashkët gjithashtu nuk përdoret gjerësisht (Danner dhe bp., 2020). Prandaj, disa mënyra për të nxitur përdorimin e vendim-marrjes së përbashkët mund të përfshijnë trajnimin e stafit të kujdesit shëndetësor lidhur me këtë proces, aftësimin e pacientëve për të marrë pjesë aktive në komunikimin shëndetësor, ofrimin në mënyrë të saktë dhe në një gjuhë të kuptueshme të informacionit lidhur me alternativat e trajtimit duke ndihmuar kështu pacientët që të përfshihen në procesin e vendim-marrjes së përbashkët (Danner dhe bp., 2020).

1.3.3 Vlera në kujdesin shëndetësor

1.3.3.1 Karakteristikat bazë të sistemit të kujdesit shëndetësor me vlerë të lartë dhe pengesat për të arritur atë

Sic e kemi përmendur më herët në këtë punim shkencor, kujdesi shëndetësor me vlerë të lartë nënkupton një sistem ku pacientët apo përdoruesit marrin shërbime të sigurt dhe me cilësi të lartë si dhe kujdes shëndetësor efektiv bazuar në evidenca klinike, ndërkohë që adreson në

mënyrë të përshtatshme humbjet nga sistemi përmes alokimit të duhur të burimeve aty ku është më shumë e nevojshme (Government of Western Australia, 2022). Sigurimi që shërbimet e ofruara janë të bazuara në evidenca shkencore dhe janë me vlerë për pacientët duhet të realizohet përmes mekanizmave të sanksionuara në politikat shëndetësore.

Disa nga karakteristikat e sistemeve të kujdesit shëndetësor me vlerë të lartë përfshijnë (Walraven, Jacobs dhe Uyl-de Groot, 2021; Simon dhe bp., 2017; Greene dhe Green, 2017):

- Prania e një vizioni të qartë për sistemin e kujdesit shëndetësor me në qendër pacientin, për ofrimin e nivelit më të lartë të mundshëm të kujdesit shëndetësor;
- Infrastrukturë e konsoliduar e teknologjisë së informacionit në mbështetje të një sistemi shëndetësor që mëson nga eksperiencia; teknologjia e informacionit duhet të sigurojë shkëmbim të shkëlqyer të informacionit, të jetë e hapur për rishikim nga kolegët, të bazohet në praktikat më të mira dhe evidencat mjekësore;
- Staf shëndetësor profesional dhe që merr leadershipin e proceseve, shoqëruar me trajnimin e përshtatshëm që thekson dhe i jep prioritet punës në ekip, aplikimi i inovacionit në sistem dhe përmirësimi i proceseve të përfshira në kujdesin shëndetësor;
- Përfshirja e të gjithë qytetarëve në skemat e sigurimit shëndetësor dhe të gjithë qytetarët kanë akses në kujdesin mjekësor të përshtatshëm;
- Modele rimbursimi që stimulojnë kujdesin e bazuar në vlerë, integrimin dhe koordinimin, parandalimin dhe promocionin e shëndetit;
- Sisteme fleksibël dhe që mund të përshtaten me rrethanat e reja;
- Sisteme që orientohen dhe operojnë bazuar në informacionin e marrë dhe të analizuar;
- Sisteme me disiplinë financiare;
- Sisteme të kujdesit shëndetësor llogaridhënës dhe të fokusuara drejt ofrimit të shërbimeve të nevojshme dhe të kërkuara nga popullata;
- Nivele optimale të bashkëpunimit dhe koordinimit midis të gjithë ofruesve dhe aktorëve të tjerë që luajnë rol në sistem;
- Modele që bazohen në vendim-marrjen e përbashkët dhe vendim-marrjen të bazuar në evidenca;
- Zgjedhja e kujdesshme e stafit;
- Zbatimi me seriozitet dhe përpikmëri i rregulloreve, protokolleve dhe udhëzuesve; etj.

Pavarësisht rëndësisë së sistemeve të kujdesit shëndetësor me vlerë të lartë dhe përpjekjeve të politikave shëndetësore për të nxitur këto lloj sistemesh, në realitet zbatimi i këtyre sistemeve lë shumë për të dëshiruar. Kështu, një rishikimi i literaturës që kishte si qëllim identifikimin e nivelit të zbatimit të kujdesit shëndetësor të bazuar në vlerë në mjediset spitalore arriti në përfundimin se pjesa më e madhe e spitaleve zbatojnë vetëm një ose dy komponentë të kujdesit shëndetësor të bazuar në vlerë dhe kryesisht matjen e rezultateve dhe kostove të njëjësive të praktikës së integruar, kurse strategjitë e zbatimit të këtij modeli të kujdesit ishin të përkrahura shumë rrallë dhe vlerësoheshin edhe më rrallë; artikulli arriti në përfundimin se pavarësisht se kujdesi shëndetësor bazuar në vlerë u propozua si një zhvendosje nga modeli tradicional i kujdesit shëndetësor, sërish spitale nuk e zbatonin atë si një strategji integruese (van Staalduinen dhe bp., 2022).

Ka disa pengesa për zbatimin e kujdesit shëndetësor të bazuar në vlerë, duke përfshirë:

- Shpenzimin e papërshtatshëm të burimeve financiare (vjedhjet, tejkalimi i kostove administrative, çmime shumë të larta, shërbime të panevojshme, mundësi të humbura për parandalim, ofrimi jo efektiv i shërbimeve) [Institute of Medicine, 2013a];
- Metodatat e papërshtatshme të pagesës dhe rimbursimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor të cilat nuk nxitin rritjen e vlerës së kujdesit shëndetësor (Institute of Medicine, 2013a);
- Pamundësia për të dalluar në mënyrë objektive trajtimet që janë shumë efektive për pacientët me një gjendje shëndetësore të caktuar, ato që janë efektive për disa pacientë por që aplikohen tek pacientët ku ato nuk janë efektive, dhe trajtimet me efektivitet të diskutueshëm për pjesën më të madhe të pacientëve (dy kategoritë e fundit lidhen me rritjen e konsiderueshme të kostove të kujdesit shëndetësor duke ulur më tej vlerën e tij, për shkak se janë jo efektive) [Institute of Medicine, 2013a].
- Koordinimi dhe integrimi i dobët (Simon dhe bp., 2017);
- Edukimi dhe trajnimi i papërshtatshëm i profesionistëve të kujdesit shëndetësor (Simon dhe bp., 2017); etj.

Modelet aktuale të pagesës së ofruesve të kujdesit shëndetësor bazuar në shërbimet dhe produktet individuale inkurajojnë humbjet e sistemit dhe kujdesin jo efektiv; përkundrazi, informacioni transparent lidhur me procesin, rezultatin, çmimin dhe koston si brenda kujdesit shëndetësor ashtu edhe me pacientët dhe publikun, ka potencial të madh për të mbështetur mësimin e vazhdueshëm dhe përmirësimin e eksperiencës së pacientëve, rezultateve, kostove dhe ofrimin e kujdesit me vlerë të lartë (Institute of Medicine, 2013a). Në mënyrë që të promovohet kujdesi shëndetësor bazuar në vlerë ka nevojë që të: identifikohen dhe klasifikohen boshllëqet apo problemet e vlerës aktuale të kujdesit; të kuptohen përfitimet, dëmet dhe kostot relative të ndërhyrjeve të ndryshme; reduktimin ose eliminimin e ndërhyrjeve që nuk janë efektive, që nuk sjellin përfitime, ose që janë të dëmshme; promovimin e ndërhyrjeve që kanë përfitimet maksimale, që minimizojnë dëmet dhe reduktojnë koston; dizajnimin dhe përshtatjen e planeve të kujdesit shëndetësor së bashku me pacientët në mënyrë që kujdesi të përfshijë vlerat e tyre dhe t'i përgjigjet shqetësimeve të tyre; identifikohet mundësitë e sistemit për të përmirësuar rezultatet e kujdesit, minimizuar dëmet, dhe reduktuar humbjet gjatë ofrimit të kujdesit shëndetësor; etj. (Walraven, Jacobs dhe Uyl-de Groot, 2021; Simon dhe bp., 2017; Greene dhe Green, 2017; Institute of Medicine, 2013a).

1.3.4 Cështjet e lidhur me sigurinë e pacientëve

Siguria e pacientëve është një element bazë i sistemeve shëndetësore dhe një gur themeli për ofrimin e shërbimeve shëndetësore me cilësi të lartë; shërbimet shëndetësore me cilësi të lartë duhet të jenë efektive, të sigurta dhe të kenë në qendër pacientin (World Health Organization, 2019a).

Siguria e pacientëve në cdo sistem shëndetësor duhet të garantohet përmes qasjeve sistematike, masave legjislative dhe politikave të koordinuara dhe të vazhdueshme për garantimin e transparencës, raportimin në publik të të dhënave të performancës së sistemit shëndetësor, transparencën lidhur me gabimet mjekësore, vetë-rregullimin profesional, rregullimin e jashtëm, pagesën bazuar në performancë, masat financiare penalizuese në rast gabimesh, organizatave të kujdesit të përgjegjshëm, etj. (Kachalia dhe bp., 2016).

Në vijim po trajtojmë shkurtimisht parimet bazë të sigurisë së pacientëve, gabimet mjekësore, raportimin dhe adresimin e tyre.

1.3.4.1 Parimet bazë të sigurisë së pacientëve

Gabimet mjekësore janë të shumëllojshme dhe ekzistojnë shumë sisteme për klasifikimin e tyre (Rodziewicz, Houseman dhe Hipskind, 2022). Të kuptuarit e nomenklaturës së gabimeve mjekësore është me rëndësi kritike për të zbatuar ndërhyrje të bazuar në evidencë për minimizimin e tyre.

Një shembull i kornizës së politikave shëndetësore për sigurimin e sigurisë së pacientëve vjen nga Kandaja; kjo Kornizë e Politikave përmban gjashtë komponentë kryesore që janë shumë të ndërlidhur me njëri-tjetrin dhe që mund të ndryshojnë ndërkohë që sistemi shëndetësor evoluon: 1) konteksti i politikave shëndetësore; 2) aktorët kryesorë; 3) indikatorët e suksesit; 4) përkthimi i njohurive në veprime; 5) levat e politikave; dhe 6) kujdes i sigurtë për pacientët (Shih Figurën vi) [Canadian Patient Safety Institute, 2019].

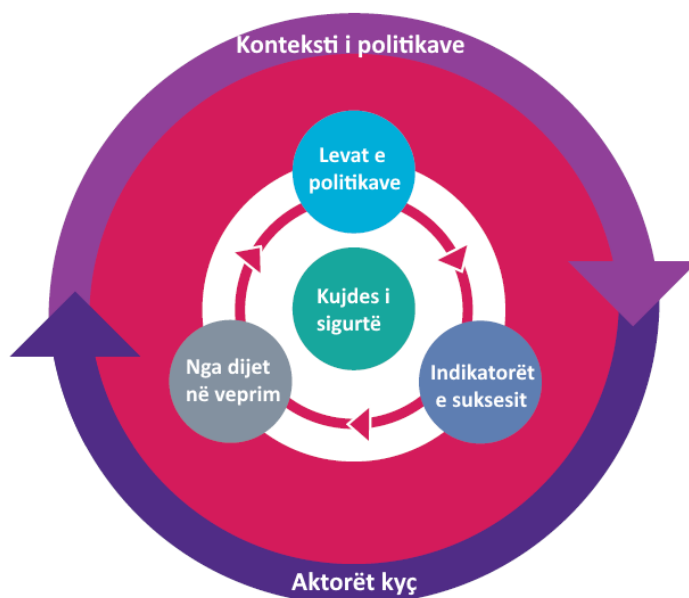


Figura vi. Korniza e politikave shëndetësore për sigurimin e sigurisë së pacientëve në Kanada

Disa nga parimet bazë të sigurisë së pacientëve përfshijnë (Canadian Patient Safety Institute, 2019):

- Kujdesi për pacientët është sa më i sigurt që është e mundur në të gjithë vendin dhe bëhen përpjekje për të parandaluar, përgjigjur dhe mësuar nga një incident i sigurisë së pacientit;
- Juridiksionet dhe organizatat kanë mekanizma për matjen dhe monitorimin e sigurisë;
- Pacientët, familjet dhe publiku angazhohen dhe fuqizohen në mënyrë aktive;
- Udhëheqja mbështetëse dhe e angazhuar promovon një kulturë sigurie;
- Një kulturë e kujdeshme dhe e drejtë është krijuar në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor kombëtar; dhe
- Fuqia punëtore shëndetësore është e angazhuar dhe e mbështetur.

1.3.4.2 Gabimet mjekësore

Sic e përmendëm më herët në këtë seksion, gabimet mjekësore janë të shumëllojshme (Rodziewicz, Houseman dhe Hipskind, 2022). Përshkrimi i hollësishëm i llojeve të gabimeve mjekësore del përtej qëllimeve të këtij punimi shkencor.

Megjithatë, do të përmendim disa nga faktorët kryesorë që kontribuojnë në gabimet mjekësore. Këta faktorë përfshijnë: faktorët e lidhur me pacientët, me detyra të caktuara të kujdesit shëndetësor dhe faktorët individualë; faktorët e lidhur me vendin dhe mjedisin e punës (mjedisi fizik, çështjet e stafit, ndricimi, temperatura, ndërprerjet e punës), ekipin e kujdesit shëndetësor, faktorët e natyrës organizative dhe institucionale; faktorët e lidhur me profesionistët e shëndetësisë (njohuri të gabuara, mbledhje jo e saktë e të dhënave, sintezë jo e saktë e informacionit), etj. (Carver, Gupta dhe Hipskind, 2022).

1.3.4.3 Sistemet e raportimit të gabimeve mjekësore

Sistemet e raportimit të gabimeve mjekësore përfaqësojnë një element të rëndësishëm të përmirësimit të kujdesit shëndetësor, duke qënë se ato mundësojnë që të mësohet nga gabimet dhe të zbulohen dhe zbatohen ndërhyrje të ndryshme për minimizimin apo parandalimin e tyre (Wolf dhe Hughes, 2008; Institute of Medicine, 2000a).

Sistemet e raportimit të gabimeve mjekësore mund të jenë të detyrueshme ose mbi baza vullnetare (Institute of Medicine, 2000a). Politikat shëndetësore duhet të përfshijnë ngritjen e sistemeve të detyrueshme dhe vullnetare të raportimit të gabimeve mjekësore (përmes sanksionimit të detyrimit që këto gabime të raportohen nga të gjitha organizatat, institucionet dhe entitetet e kujdesit shëndetësor), kurse struktura e tjera shëndetësore janë përgjegjëse për zbatimin dhe mirë-funksionimin e tyre (Institute of Medicine, 2000a).

1.3.4.4 Adresimi i gabimeve mjekësore

Mund të ketë shumë mënyra për të adresuar dhe ndërhyrë për minimizimin ose parandalimin e gabimeve mjekësore; cdo ndërhyrje ose politikë që trajton këto çështje natyrisht duhet të marrë në konsideratë mjedisin dhe kontekstin kombëtar dhe lokal.

Megjithatë, rekomandohet që qasjet në nivel sistemi dhe ato që stimulojnë një mjedis ku qëllimi nuk është të gjendet fajtori, dhe qasjet që synojnë përmirësimin e performancës organizative, cojnë në rezultate shumë më të mira krahasuar me qasjet ky synimi është të gjendet fajtori dhe të dënohet ai/jo (La Pietra dhe bp., 2005). Gjithashtu, mënyra të tjera për të minimizuar dhe parandaluar me sukses gabimet mjekësore përfshijnë rritjen e përdorimit të teknologjisë, rritjen e aksesit në informacion, rritjen dhe përmirësimin e komunikimit midis aktorëve të kujdesit shëndetësor, rritja e bashkëpunimit të pacientëve dhe puna në ekipe multi-disiplinare (La Pietra dhe bp., 2005).

1.4 Politikat e kujdesit shëndetësor

Politikat shëndetësore përfaqësojnë një përzierje aktive e ligjeve, strategjive sociale, rregulloreve, dhe vendimeve lidhur me sistemin shëndetësor, të cilat shpesh përfshihen në kushtetutën, aktet ligjore, rregullat dhe vendimet gjyqësore; ato reflektojnë dhe i japin formë filozofisë mbizotërue, historisë, prioriteteve dhe udhëheqin veprimet e qeverisë (Institute of Medicine, 1995a; Gostin dhe bp., 2019; de Leeuw, Clavier dhe Breton, 2014; Liverani, Hawkins dhe Parkhurst, 2013; Navarro, 2007; Laitinen dhe bp., 2022; Kothari dhe Smith, 2022).

1.4.1 Parimet bazë të politikave shëndetësore

Formulimi i politikave shëndetësore ndodh kur tre faktorë janë në një linjë: vullneti politik, evidencat shkencore dhe strategjitë sociale.

Parimet bazë të politikave shëndetësore përfshijnë (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017):

1. **PARIMI 1: *Politika e shëndetit të popullatës*** – Politika e shëndetit të popullatës përfshin direktiva, plane dhe drejtime veprimi që mund të kërkohen me ligj ose të zhvillohen në përputhje me të, ose të ofruara vullnetarisht, të dokumentuara në instrumente të shkruara ose të manifestuara në norma dhe sjellje të sanksionuara përmes praktikës zakonore pa kundërshtime (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).
2. **PARIMI 2: *Prioritizimi i aspekteve të caktuara të politikës së shëndetit të popullatës*** – Politika e shëndetit të popullatës i jep përparësi zbulimit të hershëm, trajtimit dhe lehtësimit të, dhe rehabilitimit pasues, të sëmundjes midis individëve në rrezik dhe simptomatikë (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).
3. **PARIMI 3: *Mënyra e zhvillimit të politikës së shëndetit të popullatës*** – Zhvillimi i politikës së shëndetit të popullatës është produkt i konsideratave politike, ekonomike,

epidemiologjike, etike, të sjelljes dhe ligjore dhe të bashkë-variacioneve të tyre (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).

4. **PARIMI 4:** *Cështja e uniformitetit ose jo të politikës së shëndetit të popullatës* – Heterogjeniteti i nevojave shëndetësore të popullsisë midis grupeve të individëve nëpër zona gjeografike dhe juridiksione të ndryshme kërkon zhvillimin e politikës shëndetësore të popullsisë që balancon standardizimin dhe përshtatjen e ndërhyrjeve (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).
5. **PARIMI 5:** *Standardet që duhet të përdoren për të matur efektivitetin e politikës së shëndetit të popullatës* – Përcaktimi i efektit të politikës së shëndetit të popullsisë, për aq sa krijon ose nuk pengon ushtrimin e të drejtave, detyrave ose privilegjeve që lidhen me rezultatet, duhet të marrë gjithashtu parasysh statusin dhe efektin e përcaktuesve socialë të shëndetit (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).
6. **PARIMI 6:** *Vlerësimi i politikës së shëndetit të popullatës* – Vlerësimi i politikës së shëndetit të popullsisë përfshin kërkime normative dhe empirike që mund të zbatohen për të gjitha konsideratat përbërëse të saj dhe variacionet e tyre (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).
7. **PARIMI 7:** *Politika e shëndetit të popullatës duhet të informojë menaxhimin e shëndetit të popullatës* – Menaxhimi i shëndetit të popullsisë kërkon përafrim midis planifikimit strategjik organizativ dhe menaxhimit strategjik të burimeve njerëzore, me nevojat shëndetësore të popullsisë të identifikuar nëpërmjet vlerësimeve të disponueshme të nevojave shëndetësore dhe kontributit nga anëtarët e prekur të popullsisë (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).

Literatura ndërkombëtare pohon se këto parime bazë të politikës shëndetësore nuk janë adresuar asnjëherë sic duhet, dhe as janë zgjidhur, në qarqet politike; prandaj, ato duhet të shërbejnë për të fuqizuar aktorët dhe për të hapur shtigje të reja për të punuar në drejtim të zhvillimit të instrumentave praktikë, kërkimit shkencor, dhe edukimit për të ofruar evidenca shkencore lidhur me përdorimin e tyre në kontekste të caktuara (Bhattacharya dhe Bhatt, 2017).

1.5 Cështjet financiare të kujdesit shëndetësor

Ekonomiksi i sistemit shëndetësor nënkupton diskutimin dhe adresimin e cështjeve të tilla si maksimizimi i përfitimeve duke përdorur burimet e kufizuara në dispozicion (Listl, Grytten dhe Birch, 2019). Parimet themelore të kësaj disipline janë: pamfjaftueshmëria, zgjedhja dhe kostoja oportune (Listl, Grytten dhe Birch, 2019).

Sic e kemi përmendur në mënyrë të përsëritur më herët në këtë punim shkencor, cështjet e burimeve të kufizuara në shëndetësi, rritja e kosto-efektivitetit të kujdesit shëndetësor dhe përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor përbëjnë shqetësimet më thelbësore më të cilat përballet sistemi shëndetësor i të gjithë shteteve të botës.

Në thelb, kujdesi shëndetësor duhet të paguhet medoemos – ose nga pacientët, ose nga komuniteti. Megjithatë, shoqëria ka krijuar mekanizma të ndryshëm për të mbrojtur individët

nga rreziku i falimentimit të lidhur me nevojat specifike për kujdes shëndetësor, sepse shoqëria është solidarë, ajo është e detyruar të përgjigjet për shëndetin e anëtarëve të saj dhe synon t'a përmirësojë atë (Resnik, 2007) sepse: shëndeti është vlerë themelore universale, është e drejtë e patjetërsueshme e cdo individi (World Health Organization, 2022f), dhe shëndeti është baza e rritjes së produktivitetit dhe rrjedhimisht edhe standardit të jetesës. Gjithashtu, duke qënë se për shëndetin cdo njeri bën zgjidhje irracionale (pra, është gati të paguajë shuma marramendëse për të shpëtuar jetën, vlerën më të lartë (Ganten dhe Kickbusch, 2018; Hinz dhe bp., 2010), edhe pse kjo nënkupton faliment financiar), atëherë shoqëria, përmes politikave shëndetësore dhe ekonomiksit shëndetësor, kanë krijuar mekanizma për t'i mbrojtur individët nga këto shpenzime katastrofike; këto mekanizma përmbledhen nën termin “mekanizmat e siguracioneve shëndetësore” (Institute of Medicine, 2001c; Institute of Medicine, 2002b).

1.5.1 Çështjet bazë të ekonomiksit të politikave shëndetësore

Çështjet bazë të ekonomiksit të politikës shëndetësore duhet të përfshijnë (Olsen, 2017; William, 1999 J; Guinness dhe Wiseman, 2011):

1. Çështje të sigurimit shëndetësor dhe formave të tij (publik apo privat);
2. Ekonomiksin e tregut farmaceutik dhe rregullimin e tyre;
3. Burimet e dështimeve të tregut dhe të qeverisë dhe si këto ndikojnë në sektorin e kujdesit shëndetësor;
4. Ekonomiksi i mjekësisë së personalizuar dhe kujdesit me në qendër pacientin dhe krahasimi i rezultateve të kërkimit shkencor lidhur me këto modele;
5. Çështjet e tregjeve ekonomike të shërbimeve të ndryshme mjekësore, të tilla si spitalet, mjekët dhe ofruesit jo-mjekë të kujdesit shëndetësor.

1.6 Politikat e reformës së kujdesit shëndetësor

Siç e kemi përmendur më herët në këtë punim shkencor, politikat shëndetësore janë në ndryshim të vazhdueshëm në përpjekje për t'ju përshtatur zhvillimeve të fundit demografike, sociale, kulturore, ekonomike, inovacionit, evidencave shkencore, etj., gjithnjë në përpjekje për të arritur përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor por duke frenuar rritjen e kostove. Reformat në politikat shëndetësore, që pasohet nga ndryshime (me shpejtësi të ndryshme, duhet theksuar) përkatëse në sistemet shëndetësore ku ato aplikohen janë të pranishme në cdo shtet, pasi sistemet shëndetësore janë kudo jo perfekte dhe ka ende shumë hapësirë për t'i bërë ato më kosto efektive dhe për të ndërtuar sisteme të kujdesit shëndetësor të bazuara në vlerë.

Natyrisht, zgjidhja e sfidave që shfaqen për reformën e politikave shëndetësore dhe zbatimin e tyre shpesh janë të vështira, duke qënë se ato duhet të tejkalojnë mosmarrëveshjet politike dhe procest politike shpesh jo funksionale (Brady dhe Kessler, 2010). Sidoqoftë, kjo nuk duhet të pengojë debatin konstruktiv dhe tejkallimin e diferencave të mendimeve lidhur me detyrimin e shoqërisë për të siguruar dhe promovuar një standard optimal të shëndetit dhe kujdes

shëndetësor të përballueshëm për të gjithë. Të dhënat shkencore sugjerojnë se sistemet shëndetsore mund të përfitojnë dhe të bëhen më kosto-efektive nëse zbatohen ndërhyrjet e duhura që nxisin përdoruesit dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor që të përdorin kujdes shëndetësor të bazuar në vlerë (me vlerë të lartë) dhe të minimizojnë shpërdorimet; por, për të arritur këtë, është e nevojshme të kemi njohuri lidhur me faktorët që përcaktojnë sjelljet e pacientëve ose përdoruesve të sistemit shëndetësor si dhe të ofruesve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, dhe bazuar në këto evidenca, të propozohen dhe të zbatohen politika shëndetësore që inkurajojnë vendim-marrjen e bazuar në evidenca (Cairney dhe Oliver, 2017; Uneke dhe bp., 2020).

Në vijim po paraqesim disa nga parimet themelore të cilat duhet të udhëheqin politikat shëndetësore të cdo vendi.

1.6.1 Parimet bazë të reformës së politikave shëndetësore

1. *PARIMI 1: Kujdesi shëndetësor është një “mall” që subvencionohet nga taksapaguesit në kushtet e një tregu jo perfekt; prandaj ndërhyrja e Qeverisë është e domosdoshme për të korrigjuar dështimet e tregut në sektorin e kujdesit shëndetësor – Ndërhyrjet e qeverisë për të shmangur falimentimin e qasjes së tregut të lirë në kujdesin shëndetësor janë të shumëllojshme dhe përshkrimi i tyre shterues del përtej qëllimit të këtij punimi shkencor. Megjithatë, është e rëndësishme që faktorët që cojnë në dështimin e tregut të lirë në shëndetësi të studiohen dhe të njihen mirë në mënyrë që ndërhyrja rregullatore e Qeverisë në këtë treg të jetë efektive (Gerald, 2017).*
2. *PARIMI 2: Kujdesi shëndetësor ofrohet në mënyrë efikase kur stimujt nga ofruesit dhe konsumatorët promovojnë kujdesin me vlerë të lartë dhe dekurajojnë kujdesin me vlerë të ulët – Kujdesi shëndetësor me vlerë të ulët është i zakonshëm për shkak të stimujve të gabuar apo irracionale që përdoren aktualisht në pjesën dërrmuese të sistemeve shëndetësore të botës (pagesë për shërbimet e kryera, për shembull, shpërblen volumin e shërbimeve se sa vlerën e tyre); prandaj duhen gjetur mënyra që rreziku financiar të shpërndahet edhe midis ofruesve të shërbimeve shëndetësore (Gerald, 2017).*
3. *PARIMI 3: Kur zbatohet me maturi, ndarja e kostos rrit efikasitetin e sigurimeve shëndetësore; kur zbatohet pa dallim, dëmton pacientët – Mënyrat e ndryshme të ndarjes së kostove të kujdesit shëndetësor (të tilla si bashkë-sigurimi, bashkë-pagesat, etj.) e përmirësojnë efektivitetin e sigurimeve shëndetësore duke qënë se reduktojnë rrezikun moral (tendencën për të mbi-përdorur një shërbim kur ai është falas); por kjo nuk duhet të zbatohet në mënyrë të përgjithësuar apo në mënyrë të barabartë për të gjithë duke qënë se të dhënat shkencore sugjerojnë se kur cmimi i kujdesit shëndetësor rritet, ndarja e kostos ul pa dallim konsumin pavarësisht nevojës apo vlerës së tij; pra, ndarja e kostove vendos një barrë në mënyrë disproporcionale më të lartë mbi shpatullat e qytetarëve me të ardhura dhe ulëta dhe të mesme, sidomos tek ata me sëmundje kronike; kjo mund të shmagnet nëse ndarja e kostove bazohet në vlerën e shërbimeve (Gerald, 2017).*

4. *PARIMI 4: Përshatshmëria e shpenzimeve shëndetësore varet nga vlera e fituar, jo nga shuma e përgjithshme e shpenzuar* – Shembull më i qartë i këtij parimi është rasti i Shteteve të Bashkuara të Amerikës, që janë padyshim vendi që shpenzon më shumë se cdo shtet tjetër i botës për shëndetësinë, por renditet shumë poshtë lidhur me cilësinë e sistemit shëndetësor krahasuar me shtete të tjera që shpenzojnë shumë më pak por që kanë sisteme shëndetësore shumë më efektive; prandaj, rëndësi ka jo shuma e përgjithshme që injektohet në sistemin shëndetësor por mënyra se si paratë në dispozicion menaxhohen; (Gerald, 2017). Ky është një parim themelor, por, që fatkeqësisht, zbatohet keq ose dobët në pjesën më të madhe të shteteve të botës.
5. *PARIMI 5: Vlera e përgjithshme e kujdesit shëndetësor sigurohet kur ekzistojnë procese rigorozë dhe transparente për të matur vlerën e trajtimeve individuale* – Kujdesi shëndetësor është me vlerë të lartë kur përfitimet nga trajtimi janë të larta krahasuar me koston e tyre; megjithatë, të dhënat lidhur me kostot dhe rezultatet janë shpesh të padisponueshme dhe rrallë janë të besueshme; të dhënat shkencore sugjerojnë që vendim-marrja klinike të bazohet në vlerën e kujdesit, dhe kjo mund të arrihet duke ndjekur procese të caktuara për të arritur këtë (Gerald, 2017).
6. *PARIMI 6: Detyrimi ynë kolektiv për të subvencionuar blerjen e kujdesit shëndetësor për të tjerët është proporcional me vlerën e trajtimit dhe nevojën e marrësit të këtyre shërbimeve* – Parimi është që taksat, në fund të ditës, rrisin infrastrukturën sociale dhe reduktojnë pabarazitë, kur taksimi zbatohet në mënyrë të drejtë, dhe kjo është përgjegjësi e Qeverisë; po kështu, Qeveria ka për detyrë që të shpenzojë paratë e grumbulluara nga taksat në mënyrë të zgjuar dhe të drejtë. Politikat e ndjeshme të taksave duhet të subvencionojnë trajtimet më kosto-efektive dhe qytetarët që kanë më shumë nevojë; megjithatë, politikat aktuale shpesh nuk i zbatojnë këto parime duke cuar në rritjen e kostos së kujdesit shëndetësor dhe duke krijuar pabarazi që nuk mund të justifikohen (Gerald, 2017).
7. *PARIMI 7: Politika shëndetësore është krijuar në tregje politike që favorizojnë preferencat e të pasurve dhe bizneseve kundrejt atyre të publikut të përgjithshëm* – Është fakt se opinioni publik në përgjithësi nuk ka ndonjë ndikim të rëndësishëm në kuadrin legjislativ dhe se ky i fundit në përgjithësi ndikohet nga preferencat e elitave ekonomike, dhe më pak nga biznesi dhe grupet e shoqërisë civile (mjekët mund të kenë gjithashtu influencë të lartë në proceset politike për shkak se bëjnë pjesë në grupet me të ardhura të larta); sidoqoftë, parimi në këtë rast është se nëse kërkohet që zëri i publikut të dëgjohet në procesin e politikave shëndetësore atëherë është e nevojshme që të sigurohet dhe mbështetja e elitave ekonomike dhe grupeve të biznesit (Gerald, 2017).
8. *PARIMI 8: Besimet e forta në lidhje me autonominë personale, drejtësinë në shpërndarjen (e burimeve dhe/ose shërbimeve) dhe barazinë sociale kufizojnë politikat shëndetësore* – Këto besime dhe tendencat për aplikimin e tyre mund të kufizojnë, për shembull, politikat e sigurimeve shëndetësore duke cuar në një numër të madh të të pasiguarve për shkak se të qënit i pasiguar, në këto shoqëri, konsiderohet më tepër si një dështim personal se sa si një detyrim i Qeverisë për të siguruar qytetarët (Gerald, 2017). Natyrisht, autonomia personale, drejtësia në shpërndarjen e burimeve dhe shërbimeve dhe barazia sociale janë parime universale dhe panegociueshme të cdo

sistemi shëndetësor; megjithatë, është e nevojshme që të gjenden mënyra për të stimuluar mbulimin universal duke respektuar dhe ruajtur këto elemente bazë.

9. *PARIMI 9: Përcaktuesit socialë të shëndetit dhe stimujt që formojnë sjelljet personale janë më të rëndësishme për shëndetin sesa kujdesi mjekësor* – Kjo është një qasje relativisht e re e cila thekson rëndësinë e mënyrës së organizimit të jetës në një shoqëri të caktuar dhe faktorët që formojnë sjelljet personale në gjendjen shëndetësore të qytetarëve duke tentuar të sjellë në vëmendje se shëndeti nuk mund të mbrohet apo garantohet vetëm nga kujdesi mjekësor por, përkundrazi, shëndeti është një përgjegjësi individuale dhe sociale para së gjithash. Sjelljet jo të shëndetëshme personale që rrezikojnë më shumë shëndetin përfshijnë duhanpirjen, dietën e papërshtatshme, alkoolin, aktivitetin fizik, etj.; nga ana tjetër, determinantë të rëndësishëm socialë për shëndetin përfshijnë edukimin, të ardhurat, papunësinë, etj. Njohja e këtyre elementëve dhe reflektimi i tyre në politikat shëndetësore është pra thelbësore për politika shëndetësore efektive dhe në përputhje me realitetin dhe evidencat shkencore (Gerald, 2017).
10. *PARIMI 10: Rritja e shpenzimeve shëndetësore është pasojë e pashmangshme e inovacionit mjekësor të stimuluar nga rritja ekonomike dhe zgjerimi i sigurimeve shëndetësore* – Është fakt dhe realitet që kostoja dhe shpenzimet për kujdesin shëndetësor janë rritur dhe do të vazhdojnë të rriten edhe në të ardhmen, të nxitura kryesisht nga rritja ekonomike, inovacioni teknologjik në shëndetësi dhe zgjerimi i sigurimeve shëndetësore në përpjekje për të arritur mbulimin universal; prandaj është e rëndësishme që të kuptohet dhe njihen burimet e rritjes së kostove të kujdesit shëndetësor në mënyrë që të kontrollohen shpenzimet shëndetësore; kjo varet nga kostoja oportune e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor dhe impakti i kontrollit mbi procesin e inovacionit; kështu kontrollet që synojnë humbjen e efektivitetit janë më të preferuara krahasuar me ato që synojnë çmimin, përfitimin dhe përdorimin në mënyrë jo-specifike (pra, të përgjithshme), për shkak se të parat imponojnë më pak negocijime (trade-offs) [Gerald, 2017].

Komponentë të tjerë të rëndësishëm që duhet të merren në konsideratë nga reforma në kujdesin shëndetësor mund të përfshijnë (Wodchis, 2019; McDonough, 2015; Duckett, 2019; Naylor dhe Naylor, 2012; Sturmberg dhe Martin, 2010; Wodchis, 2019):

- mbulim cilësor dhe të përballueshëm,
- zgjerimi i programeve publike për qytetarët me të ardhura të ulëta;
- përmirësimi i cilësisë dhe efektivitetit të kujdesit shëndetësor, dhe vendosja e indikatorëve për të vlerësuar këto zhvillime,
- parandalimi i sëmundjeve kronike përmes përmirësimit të programeve të shëndetit publik,
- rritja e numrit dhe cilësisë së stafit të kujdesit shëndetësor,
- lufta kundër korrupsionit, abuzimit dhe vjedhjeve dhe promovimi i transparencës në kujdesin shëndetësor,
- promovimi i kërkimit shkencor,

- nxitja e prodhimit, tregëtimit dhe shitjes së medikamenteve xhenerike,
- hartimi dhe zbatimi i shërbimeve mbështetëse që ofrojnë siguracione shëndetësor dhe asistencë me para në dorë për personat me aftësi të kufizuara,
- hartimi dhe zbatimi i modeleve të taksimit dhe tarifave të pagesës për programe dhe përfitime të sanksionuara me ligj,
- zbatimi i mekanizmave që reduktojnë koston e kujdesit shëndetësor,
- lidhja e përmirësimit të cilësisë në kujdesin shëndetësor me reformën e pagesës;
- barazia në mbulimin me siguracione shëndetësore, aksesin ndaj kujdesit shëndetësor, mbrojtjen e të drejtave civile,
- ndryshimi dhe përshtatja kohë pas kohe e elementëve të mësipërm dhe në varësi të rrethanave dhe dinamikave sociale, ekonomike, politike, etj.

Në përmbyllje të këtij seksioni, është me vlerë të theksojmë se parimet e mësipërme mund të ofrojnë një kornizë të përgjithshme lidhur me drejtimit e ardhshme të reformës së kujdesit shëndetësor. Kjo padyshim është një rrugë e vështirë dhe do kërkojë kohë (për tejkalimin e rezistencës nga grupet e interesit dhe për arritjen e kompromiseve).

1.7 Debatet dhe sfidat dhe e politikave shëndetësore

Zbatimi i politikave shëndetësore nuk është i thjeshtë. Sic e përmendëm në seksionin paraardhës, në përgjithësi legjislacioni formëzohet dhe ndikohet nga elitat ekonomike në pushte, pasuar nga një influencë më e dobët e biznesit dhe grupeve të shoqërisë civile kurse zëri i publikut ka një influencë shumë të dobët, në vetëvete, në këto procese.

Prandaj, sfidat me të cilat përballen politikat shëndetësore mund të përmbliidhen në këto tema të përgjithshme: hartimimi ligjeve dhe rregullave, politikat lidhur me krahun e punës në kujdesin shëndetësor, politikat e edukimit në fushën e mjekësisë, etj.

1.8 Planifikimi strategjik në kujdesin shëndetësor

Planifikimi strategjik konsiderohet si një qasje për të përmirësuar rezultatet organizative në funksion të arritjes së teknikave të menaxhimit shumë të strukturuar dhe të orientuara në të ardhmen, të adoptuara nga operacionet më të mira të biznesit; planifikimi strategjik është, pra, një prej instrumentave të shumtë që sektori i shëndetësisë ka huazuar nga sektori i biznesit në përpjekje për të menaxhuar një sistem jashtëzakonisht kompleks dhe të kufizuar financiarisht, i cili është në konflikt të vazhdueshëm me presionet politike dhe profesionale (Dennis, 2019).

Sistemi shëndetësor i cdo shteti është kompleks, i mbushur me pasiguri të llojeve të ndryshme dhe në ndryshime të vazhdueshëm; janë pikërisht karakteristikat e tilla si kompleksiteti, rritja e kërkesës, dhe pasiguria financiare që sfidojnë aftësinë e menaxherëve të kujdesit shëndetësor dhe liderve të sistemit që të arrijnë objektivat strategjike të deklaruara (Dennis, 2019).

Pavarësisht faktorëve të tjerë, nuk duhet anashkaluar asnjëherë rëndësia e axhendës politike në suksesin apo dështimin e objektivave të planifikimit strategjik në sektorin publik; ka shembuj të panumërt se si ndryshimet e qeverive dhe prioritetëve politike janë pasuar nga “lënia në harresë” e planeve strategjike të dakordësuara më parë (Dennis, 2019). Hartimi i planifikimit strategjik është një proces politik që duhet të mbështetet në vazhdimësi dhe të mos i lihet dëshirave apo presioneve/interesave të momentit.

1.8.1 Çështjet bazë të planifikimit strategjik në kujdesin shëndetësor

1.8.1.1 Lidërshipi dhe planifikimi strategjik

Lidërshipi dhe planifikimi strategjik janë koncepte të lidhur ngushtësisht me njëri-tjetrin. Lidërshipi i referohet aftësisë për të udhëhequr, influencuar, dhe frymëzuar individët për të arritur qëllime të caktuara (Vender, 2015).

Nga ana tjetër, planifikimi strategjik përfshin zhvillimin e objektivave të sistemit shëndetësor apo të një institucioni/organizate të shëndetit, menaxhimin e planeve të veprimit, dhe matjes së vazhdueshme të performancës; një element kyç në planifikimin strategjik është zhvillimi i lidhjeve me aktortë kryesorë (pacientët, mjekët, punëdhënësit, siguruesit, grupet e komunitetit, agjensitë qeveritare, etj.) [Rodríguez Perera Fde dhe Peiró, 2012].

Strukturat e lidërshit mund të jenë të ndryshme në cdo organizatë shëndetësore. Është e rëndësishme që të ketë marrëdhënie shumë të mira pune midis strukturës së lidërshit me lidërshpin me përvojë në mënyrë që të përmirësohet qeverisja e organizatës; po kështu marrëdhënie të mira duhet të mbahen edhe me komunitetin. Struktura e lidërshit (bordi, kryetari i bordit), duke marrë pjesë në procesin e planifikimit strategjik, ndihmon për të arritur konsensusin midis lidërshit me përvojë dhe stafit të organizatës shëndetësore lidhur me drejtimit e ardhshme të saj; lidërshipi luan një rol kyç për të vlerësuar supozimet që parashtrohen gjatë procesit të planifikimit strategjik gjithashtu (Fahlevi, Aljuaid dhe Saniuk, 2022; Zuckerman, 2007).

Rolet e tjera të lidërshit përfshijnë lidërshpin për çështjet e financës (planifikimi, organizimi dhe drejtimi i të gjithë aktiviteteve financiare, përfshirë buxhetin, llogaritjen e kostove, investimet, lidhjet me pagesit, etj.); çështjet e informacionit (planifikimi, organizimi dhe drejtimi i të gjithë sistemit të informacionit të organizatës së kujdesit shëndetësor, duke përfshirë sisemet e informacionit të organizatës, sistemin e informacionit me natyrë klinike, të dhënat mjekësore elektronike, sistemet e tele-komunikacionit, etj.) [Fahlevi, Aljuaid dhe Saniuk, 2022; Zuckerman, 2007].

E ekstrapoluar për sistemin shëndetësor në tërësi, është e qartë se sistemi shëndetësor ka nevojë për një lidërshp të fortë i cili të ketë aftësitë e duhura për të adresuar çështjet e mësipërme; lidërshipi i fortë është i nevojshëm për të rritur performancën e sistemit shëndetësor dhe suksesin e ardhshëm të saj. Për këtë është i nevojshëm jo vetëm lidërshipi global për sistemin shëndetësor, por edhe lidërshp efektiv në nën-sistemet shëndetësore (parësor, dytësor, tretësor)

apo organizatat shëndetësore specifike, pasi lidershipi i fortë në këto nivele, sëbashku me planifikimin strategjik të përshtatshëm, mund të përmirësojnë në mënyrë domethënëse cilësinë e kujdesit shëndetësor. Lidershipi duhet të promovojë dhe të demonstrojë etikën profesionale, besimin, ndershmërinë dhe integritetin në çdo hallkë të sistemit dhe midis të gjithë aktorëve të përfshirë në sistemin shëndetësor në mënyrë që të arrihet mbështetja e punonjësve të sistemit shëndetësor për të çuar përpara ndryshimet e propozuara por edhe mbështetja e domosdoshme e publikut për suksesin e zbatimit të reformave (Sfantou dhe bp., 2017; Al-Sawai, 2013; van Diggele dhe bp., 2020; Smith dhe Bhavsar, 2021).

1.8.1.2 Misioni, vizioni, vlerat dhe kultura – bazat e planifikimit strategjik

Misioni i sistemit shëndetësor apo çdo organizate shëndetësor përbën qëllimin bazë për të cilën ato janë krijuar, kurse vizioni është një pohim i shkurtër dhe frymëzues të asaj çfarë sistemi apo organizata shëndetësore synon të arrijë në të ardhmen. Në këtë kontekst, misioni përfshin instrumentat ose mënyrat për të arritur vizionin e sistemit shëndetësor apo të një organizate shëndetësore të caktuar (Moghal, 2012; Cronin dhe Bolon, 2018; Ingersoll, Witzel dhe Smith, 2005).

Misioni, vizioni dhe kultura/vlerat përbëjnë bazën mbi të cilën ndërtohet planifikimi strategjik: konsistenca midis këtyre tre elementëve dhe lidhjet e qarta midis tyre cojnë përpara dhe përmirësojnë procesin e planifikimit strategjik duke rritur mundësitë për përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor. Natyrisht, stafi duhet të pajtohet me misionin, vizionin dhe vlerat në mënyrë që të arrihet sukcesi. Faktorët me rëndësi kritike që duhet të përfshihen në planifikimin strategjik përfshijnë: cilësinë e kujdesit shëndetësor, aksesin e pacientëve në kujdesin shëndetësor, politikat dhe strategjitë për mbajtjen e punonjësve në sistemin shëndetësor dhe organizatat shëndetësore, rakordimin e burimeve, diferencimin në treg, etj. (Gering dhe Conner, 2002; Anderson dhe Zwelling, 1996; Morciano dhe bp., 2020; Trinh, 2020). Faktorë të tjerë përfshijnë lidhjen e qartë midis programeve ekzistuese me objektivat strategjike të sistemit shëndetësor apo organizatës shëndetësore, përdorimin e teknologjisë së informacionit, bashkëpunimin midis mjekëve dhe aktorëve të tjerë, trajnimin e punonjësve, monitorimin e vazhdueshëm të progresit, përditësimin e planeve dhe objektivave në intervale kohore të caktuara, etj. (Gering dhe Conner, 2002; Anderson dhe Zwelling, 1996; Morciano dhe bp., 2020; Trinh, 2020).

Kur vizioni i sistemit shëndetësor (ose organizatës shëndetësore) përputhet apo rakordohet me planin strategjik përkatës, atëherë krijohen kushtet për maksimizimin e rikthimit të investimit (Morley, 2010).

Çdo sistem shëndetësor dhe organizatë shëndetësore duhet të zhvillojnë një kulturë e cila mbështet ndryshimin dhe vlerësimin e vazhdueshëm të misionit, vizionit dhe vlerave përkatëse në mënyrë që të sigurohet se ato janë në përputhje me zhvillimet kontekstuale; pikërisht ky proces siguron bazat e planifikimit strategjik (Hansen, 1999; Morciano dhe bp., 2020).

1.8.1.3 Fushat e planifikimit strategjik

Planifikimi strategjik duhet të përfshijë, minimalisht, këto fusha kryesore (Harrison, 2010):

1. planifikimin financiar,
2. efektivitetin,
3. menaxhimin e personelit të kujdesit shëndetësor (burimet njerëzore),
4. strategjinë aktuale kundrejt asaj afat-gjatë,
5. raportin midis produkteve dhe shërbimeve, dhe
6. planifikimin operacional.

1.8.1.3.1 Planifikimi strategjik financiar

Mjedisi i kujdesit shëndetësor po bëhet më konkurrues, prandaj liderët e kujdesit shëndetësor dhe të sistemit shëndetësor në përgjithësi duhet të përmirësojnë aftësitë e tyre për të menaxhuar burimet dhe kostot; planifikimi strategjik duhet të sigurojë që shërbimet e reja do të tërheqin një numër të mjaftueshëm pacientësh për të justifikuar investimin e kryer; prandaj cdo investim i kryer duhet të bazohet në analizën nëse investimi do të gjenerojë të ardhurat e nevojshme për t'a justifikuar atë (Harrison, 2010).

Përveç kësaj, ekipi i ngarkuar me zhvillimin e planifikimit strategjik duhet të analizojë të dhënat financiare kyçe për të siguruar që burimet do të përdoren në mënyrë efektive, përfshirë personelin shëndetësor; planifikimi strategjik duhet të përfshijë një plan për analizën vjetore të kostove të institucioneve shëndetësore në mënyrë që të ketë përputhje midis shpenzimeve dhe burimeve të financimit, cilatdo qofshin këto të fundit si dhe një program auditi për të vlerësuar sistemet e tarifave, të kodimit, etj. (Harrison, 2010).

Natyrisht, modalitetet janë të ndryshme në varësi të sistemit shëndetësor të cdo shteti dhe kontekstit dhe rrethanave lokale përkatëse.

1.8.1.3.2 Efektiviteti në procesin e planifikimit strategjik

Efektiviteti i referohet eliminimit të burimeve të humbjes së burimeve shëndetësore pa përkeqësimin e rezultateve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor; ekipi i planifikimit strategjik duhet që të identifikojë evidencat shkencore dhe praktikat më të mira të cilat janë të suksesshme në reduktimin e humbjeve së burimeve dhe uljen e kostove pa ulur cilësinë e kujdesit shëndetësor (Harrison, 2010).

1.8.1.3.3 Menaxhimi i burimeve njerëzore

Për cdo sistem shëndetësor dhe për cdo organizatë shëndetësore burimet njerëzore apo personeli shëndetësor përfaësojnë elementin më të cmuar dhe më të vlefshëm; cdo sistem shëndetësor dhe organizatë shëndetësore, prandaj, duhet të monitorojnë në mënyrë të vazhdueshme burimet e tyre njerëzore, tendencat, politikat për rekrutimin e qytetarëve në këto sisteme, çështjet e edukimit dhe trajnimit, si dhe kostot dhe produktivitetin e burimeve

njerëzore, në mënyrë që të mundësojnë operimin dhe funksionimin e sistemit shëndetësor si i tërë apo organizatave shëndetësore të caktuara dhe arrijen e vizionit dhe misionit të tyre (Harrison, 2010).

Duke qënë se specialitetet mjekësore dhe shëndetësore janë të shumta dhe llojet e ndërverprimeve midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor janë të shumëllojshme gjithashtu, atëherë është i nevojshëm koordinimi dhe bashkëpunimi i mirë midis tyre në mënyrë që të ofrohet një kujdes shëndetësor me cilësi të lartë, duke ulur sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë; ekpi i planifikimit strategjik duhet t'i ketë parasysh këto elemente që lidhen me burime njerëzore në shëndetësi (Harrison, 2010).

Duke parë rëndësinë e burimeve njerëzore për funksionimin e sistemit shëndetësor dhe organizatave shëndetësore në cdo vend të botës, Organizata Botërore e Shëndetësisë ka zhvilluar një Strategji Globale për Burimet Njerëzore në Shëndetësi (World Health Organization, 2016a). Vizioni i kësaj strategjie është *“Përshpejtimi i progresit drejt mbulimit shëndetësor universal dhe Objektivave të Zhvillimit të Qëndrueshëm të OKB-së, duke siguruar akses të barabartë për punonjësit shëndetësorë brenda sistemeve të forcuara shëndetësore”* (World Health Organization, 2016a) kurse objektivat e Strategjisë Globale të Burimeve Njerëzore në Shëndetësi janë (World Health Organization, 2016a):

1. *Të optimizojë performancën, cilësinë dhe ndikimin e fuqisë punëtore shëndetësore përmes politikave të informuara në evidenca mbi burimet njerëzore për shëndetin, duke kontribuar në jetë dhe mirëqenie të shëndetshme, mbulim efektiv universal shëndetësor, elasticitet dhe sisteme shëndetësore të forcuara në të gjitha nivelet* (World Health Organization, 2016a);
2. *Të harmonizojë investimet në burimet njerëzore për shëndetin me nevojat aktuale dhe të ardhshme të popullsisë dhe të sistemeve shëndetësore, duke marrë në konsideratë dinamikat e tregut të punës dhe politikave arsimore; të adresojë mungesat dhe të përmirësojë shpërndarjen e punonjësve shëndetësorë, në mënyrë që të mundësojë përmirësime maksimale në rezultatet shëndetësore, mirëqenien sociale, krijimin e vendeve të punës dhe rritjen ekonomike* (World Health Organization, 2016a);
3. *Të ndërtojë kapacitetet e institucioneve në nivele nën-kombëtare, kombëtare, rajonale dhe globale për administrimin efektiv të politikave publike, udhëheqjen dhe qeverisjen e veprimeve mbi burimet njerëzore për shëndetin* (World Health Organization, 2016a);
4. *Të forcohen të dhënat për burimet njerëzore për shëndetin, për monitorimin dhe sigurimin e llogaridhënies për zbatimin e strategjive kombëtare dhe rajonale dhe të Strategjisë Globale* (World Health Organization, 2016a).

Ndërkohë, gurët kilometrikë që parashikon Strategjia Globale e Burimeve Njerëzore në Shëndetësi deri në vitin 2030 janë (World Health Organization, 2016a):

- Të gjitha shtetet po bëjnë përparim drejt përgjysmimit të pabarazive në aksesin ndaj një punonjësi shëndetësor.

- Të gjitha shtetet po bëjnë përparim të niveleve të përfundimit të kurseve në institucionet e trajnimit të profesionistëve mjekësorë, infermierë dhe profesionistëve të tjerë aleatë të tyre;
- Të gjitha shtetet po bëjnë përparim drejt përgjysmimit të varësisë së tyre nga profesionistët shëndetësorë të trajnuar jashtë shtetit, duke zbatuar Kodin Global të Praktikës së OBSH-së.
- Të gjitha agjencitë dypalëshe dhe shumëpalëshe po rrisin sinergjitë në asistencën zyrtare zhvillimore për arsimin, punësimin, gjininë dhe shëndetin, në mbështetje të prioritetëve kombëtare të punësimit shëndetësor dhe rritjes ekonomike;
- Si partnerë në Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm të Kombeve të Bashkuara, për të reduktuar barrierat në aksesin në shërbimet shëndetësore duke punuar për të krijuar, plotësuar dhe mbajtur të paktën 10 milionë vende pune shtesë me kohë të plotë në sektorët e shëndetësisë dhe të kujdesit social për të adresuar nevojat e popullatave të nën-shërbyera;
- Si partnerë në Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm të Kombeve të Bashkuara, për të bërë përparim në objektivin 3c për të rritur financimin e shëndetësisë dhe rekrutimin, zhvillimin, trajnimin dhe mbajtjen e fuqisë punëtore në shëndetësi.

Sipas OBSH-së, rritja e disponueshmërisë së punonjësve shëndetësorë nuk është e mjaftueshme pasi vetëm nëse këta do të shpërndahen në mënyrë të barabartë dhe të jenë të aksesueshëm nga popullata, të kenë trajnimin dhe kompetencat e duhura, të jenë të motivuar dhe të fuqizuar në mënyrë të mjaftueshme për të ofruar kujdes shëndetësor me cilësi të lartë dhe të pranueshëm për popullatën lokale, dhe të mbështeten në mënyrë të përshtatshme nga sistemi shëndetësor, është e mundur që mbulimi teorik të përkthehen në mbulim të përshtatshëm me shërbime shëndetësore (Figura vii) [World Health Organization, 2016a].

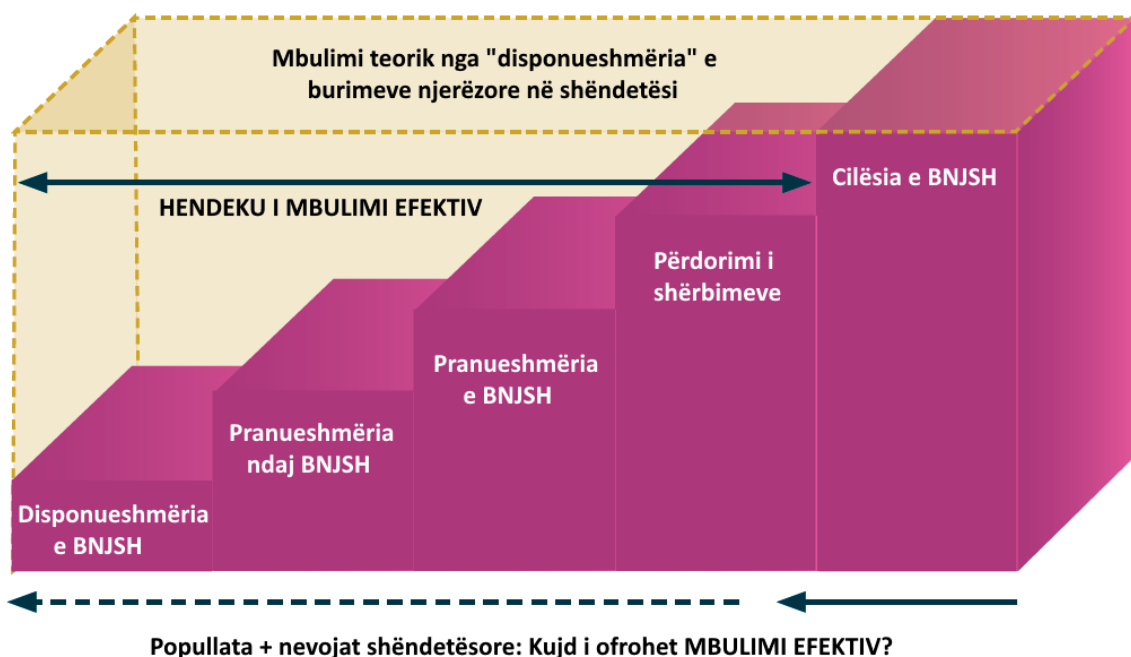


Figura vii. Burimet njerëzore për shëndetin: disponueshmëria, aksesueshmëria, pranueshmëria, cilësia dhe mbulimi efektiv

Sipas OBSH-së, pavarësisht përparimeve të bëra, sërisht ka nevojë për të nxitur vullnetin politik për të mobilizuar burimet për axhendën e burimeve njerëzore në shëndetësi; për më tepër, investimet aktuale në burimet njerëzore në shëndetësi janë më të ulëta se sa mendohet, duke zvogëluar në këtë mënyrë qëndrueshmërinë e krahut të punës në sistemet shëndetësore (World Health Organization, 2016a). Për më tepër, themeli i një krahu punë të fortë dhe efektiv në shëndetësi, në gjendje që t'i përgjigjet sfidave dhe prioriteteve të shekullit 21 kërkon një përputhje midis rekrutimit dhe aftësive të punonjësve shëndetësorë me nevojat e popullatës, tani dhe në të ardhmen (World Health Organization, 2016a). Kjo kërkon ri-vlerësimin e efektivitetit të strategjive aktuale dhe adoptimin e një zhvendosjeje të paradigmes lidhur me mënyrat e planifikimit, edukimit, shpërndarjes, menaxhimit dhe shpërblimit të punonjësve shëndetësorë, përmes kombinimit të adoptimit të politikave efektive në nivel kombëtar, rajonal dhe global me investimet e përshtatshme për të adresuar nevojat e paplotësuara (World Health Organization, 2016a). Evidencat shkencore të bollshme lidhur me ato që duhen bërë për të adresuar problematikat aktuale lidhur me punonjësit shëndetësorë duhet të zbatohen dhe kjo është koha më e mirë për t'a bërë këtë (World Health Organization, 2016a). Figura viii tregon levat që politika ka në dispozicion për të formazuar dhe drejtuar tregjet e punonjësve shëndetësorë (World Health Organization, 2016a).

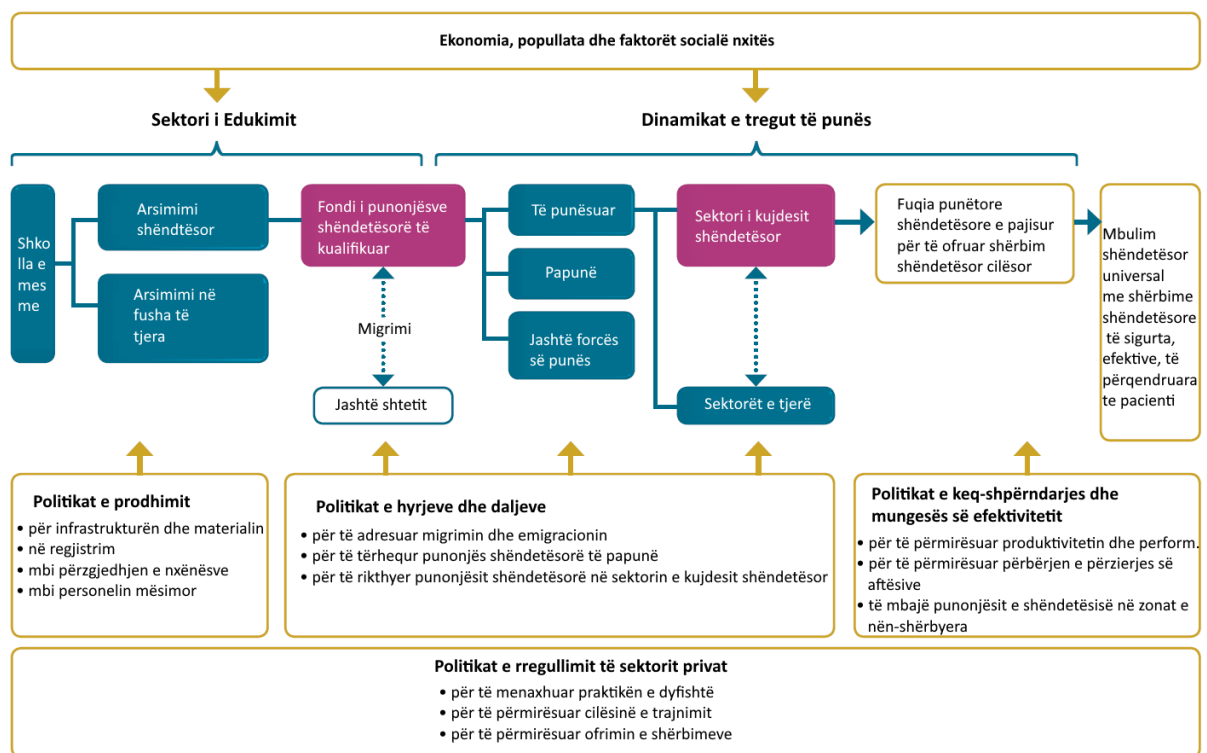


Figura viii. Levat e politikave për të formëzuar tregjet e punonjësve shëndetësorë

Së fundmi, axhenda e planifikimit strategjik lidhur me burimet njerëzore në shëndetësi është një axhendë ndërsektoriale që përfaqëson rrugën kritike për të arritur objektivat e mbulimit në të gjitha prioritetet e ofrimit të shërbimeve (World Health Organization, 2016a).

1.8.1.3.4 Strategjitë aktuale kundrejt atyre afat-gjata

Planifikimi strategjik i shkëlqyer është një aftësi kyçe e organizatave të kujdesit shëndetësor që kanë arritur përfitime financiare në terma afat-gjatë (Harrison, 2010). Planifikimi strategjik ofron një kornizë për integrimin e marketingut, efikasitetit, menaxhimit të personelit dhe cilësisë së jashtëzakonshme klinike duke siguruar performancën financiare (Harrison, 2010). Çelësi në këtë proces është zhvillimi i ekipeve të përmirësimit të procesit dhe përdorimi i të dhënave në kohë reale për të monitoruar performancën në treguesit kryesore (Harrison, 2010).

Të dhënat e sakta mbi demografinë e komunitetit, pjesën e tregut, përzierjen e paguesve, kostot dhe performancën e personelit mjekësor i lejojnë drejtuesit të marrin vendime të shëndosha (Harrison, 2010). Duke krahasuar këto të dhëna të brendshme me standardet e konkurrencës dhe të gjithë industrisë, ata mund të zhvillojnë një plan strategjik të shëndoshë dhe objektiva financiare (Harrison, 2010). Të dhënat e mira u mundësojnë atyre të parashikojnë me saktësi kërkesën e ardhshme gjatë pesë deri në dhjetë vitet e ardhshme (Harrison, 2010).

Performanca afatshkurtër gjithashtu duhet të monitorohet për t'u siguruar që është në përputhje me vizionin afatgjatë të organizatës (Harrison, 2010). Përveç matjes së performancës, kreativiteti dhe fokusi në nevojat e komunitetit janë të rëndësishme për planifikimin strategjik afatgjatë (Harrison, 2010).

1.8.1.3.5 Raporti midis produkteve dhe shërbimeve

Organizatave të kujdesit shëndetësor duhet të monitorojnë në mënyrë rutinë rrjetin e tyre të stafit mjekësor për të maksimizuar shërbimet klinike duke siguruar një përzierje fitimprurëse të linjës së produkteve (Harrison, 2010). Një vlerësim i tillë duhet të marrë në konsideratë ndryshimin e demografisë dhe nevojave të komunitetit dhe përzierjen e produkteve që ofrojnë konkurrentët (Harrison, 2010). Informacioni kryesor për ndryshimin e nevojave të komunitetit mund të merret nga drejtuesit e komunitetit, anëtarët e bordit, punonjësit e spitalit dhe mjekët e stafit mjekësor (Harrison, 2010).

1.8.1.3.6 Planifikimi operacional

Planet operationale vënë në lëvizje planet strategjike duke mundësuar realizimin e detyrave që përcaktohen aty; çdo plan veprimi duhet t'i caktohet një lideri me eksperiencë dhe të lidhet me aktivitete dhe afate kohore specifike; kurse përgjegjësitë operationale duhet t'i caktohen lidervë të tjerë që janë përgjegjës për performancën (Harrison, 2010).

1.8.2 Vlerësimi i performancës

Pasi planet strategjike fillojnë zbatimin, është e domosdoshme që të vlerësohen rezultatet e veprimeve strategjike (Harrison, 2010).

Përshkrimi i proceseve të monitorimit dhe vlerësimit del përtej qëllimeve të këtij punim shkencor; por edhe një herë theksojmë se monitorimi dhe vlerësimi është një element kyç dhe i pazëvendësueshëm për të vlerësuar situatën, matur progresion apo regresin, identifikuar problematikat herët dhe marrjen e masave për adresimin e përshtatshëm të tyre. Cdo dokument i planifikimit strategjik duhet të përmbajë medoemos edhe elementët e monitorimit dhe vlerësimit.

1.8.3 Faktorët që mund të lehtësojnë procesin e planifikimit strategjik në kujdesin shëndetësor

Ka disa faktorë që mund të lehtësojnë procesin e planifikimit strategjik në mënyrë që të krijohen kushtet për të maksimizuar vlerën e këtij instrumenti (Dennis, 2019):

Konfirmimi i strukturave llogaridhënëse për planifikimin strategjik, duke përfshirë lidhjen midis dimensioneve politike dhe organizative; kjo mund të përgatisë më mirë entitetet e kujdesit shëndetësor dhe menaxherët dhe drejtuesit e tyre që të kuptojnë rolet, përgjegjësitë dhe për të marrë vendime (Dennis, 2019).

Njohja dhe pranimi i natyrës komplekse dhe i paparashikueshmërisë së mjedisit të kujdesit shëndetësor; kjo nënkupton nevojën për të përfshirë fleksibilitetin dhe strategjitë emergjente në proceset e planifikimit dhe për t'u qënë i përgatitur për “ndryshimet e mundshme” por duke ruajtur pamjen e qartë të destinacionit final; pra këtu ndodh zëvendësimi i përgatitjes me gatishmërinë/reagimin (Dennis, 2019).

Analizë e plotë e afateve kohore për planet strategjike; mendohet se planifikimi afat-gjatë në organizatat komplekse është i pamundur të ketë sukses, duke sugjeruar një balancë midis aftësisë për të influencuar dhe besimit të tepruar për mundësinë për të kontrolluar mjedisin përmes planifikimit; pra, kjo nënkupton që afatet kohore që mbulon planifikimi strategjik duhet të jenë realiste dhe të pranojnë kompleksitetin e mjedisië përfshirë ndikimin e politikës, financave dhe ndryshimeve të befta në këtë proces (Dennis, 2019).

Shmangia e planifikimit strategjik që con në ristrukturim të menjëhershëm pa kuptuar plotësisht shkaqet bazë të problemeve; kjo qasje ka potencial të lartë për dështim duke shkaktuar më së shpeshti crregullim, konfuzion, cinizëm dhe rritjen e kostove (Dennis, 2019).

Shmangia e planeve strategjike që përfshijnë një numër të tepruar çështjesh apo elementësh; planet strategjike duhet të jenë të thjeshtë dhe lehtësisht të kuptueshëm; ato duhet të jenë të qartë për njerëzit lidhur me mënyrën e zbatimit të tyre dhe cili është roli i tyre në këtë proces;

plani duhet të jetë i matshëm por edhe të ketë mundësi të raportohet informacion lidhur me sukseset, sfidat dhe dështimet pasi duke mësuar nga gabimet dhe arsyet e dështimeve mund të mësojmë (Dennis, 2019).

Gjenerimi dhe shpërndarja e informacionit në mënyrë intuitive dhe logjike duke synuar më pak sasi informacioni për më shumë analiza cilësore (Dennis, 2019).

Pranimi i faktit që njerëzit duhet të angazhohen apo të përfshihen dhe të mos përjashtohen nga procesi; mund të ketë mos-dakordësi apo konsensus, pritshmëritë jo gjithnjë do të arrihen por këto duhet të menaxhohen (Dennis, 2019).

Nëpërmjet operacionalizimit të strategjisë përfitimi nga zhvillimi i një plani në vetvete është i vogël; gjithçka mund të fitohet nga të menduarit që qëndron pas planit dhe veprimi që e ndjek atë; një plan strategjik që mbetet një koncept teorik dhe nuk realizohet kurrë, shërben vetëm për të shtuar negativitetin në lidhje me qëllimin e planifikimit; operacionalizimi i strategjisë kërkon identifikimin e prioriteteve, lidhshimit, komunikimit dhe burimeve; ai kërkon angazhimin për të ndryshuar menaxhimin dhe raportimin e sukseseve dhe dështimeve; monitorimi i rezultateve të planifikimit nuk duhet të kufizohet vetëm artificialisht në ato që mund të mblidhen dhe maten lehtësisht si treguesit kyç të performancës të përcaktuar qartë; duhet të tregohet kujdes në zbatimin e kësaj qasjeje pasi KPI-të mund të bëhen shpejt drejtuesit e procesit ndërkohë që synimi strategjik dhe mundësitë në zhvillim humbasin (Dennis, 2019).

1.9 Politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimi strategjik i sistemit shëndetësor në Shqipëri

Në vendin tonë politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor reflektojnë vizionin e Qeverisë Shqiptare dhe të Ministrisë së Shëndetësisë për sistemin shëndetësor, bazuar në konventat dhe marrëveshjet ndërkombëtare, dhe angazhimet e tjera në kuadër të sigurisë dhe shëndetit global, rajonal dhe lokal.

Përshkrimi i plotë dhe shterues i politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimi strategjik i sistemit shëndetësor në vendin tonë nuk është qëllimi i këtij punimi shkencor, pasi këto, në mënyrë tipike, reflektojnë parimet e përgjithshme të formulimit të këtyre politikave në arenën ndërkombëtare, me ndryshimin që ato janë formuluar dhe përshtatur për kontekstin e Shqipërisë. Prandaj, përsëritja e këtyre politikave në këtë punim shkencor do të ishte e padobishme duke qënë se ato mund të aksesohen në dokumentat zyrtare përkatëse. Prandaj, unë kam zgjedhur që çështjen bazë të këtij punimi shkencor (Politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimi strategjik i sistemit shëndetësor në Shqipëri) t'a vlerësoj jo mbi baza teorike, por mbi baza praktike. Domethënë, në vend se të përshkuhen politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor në Shqipëri, unë kam vendosur që të ballafaqoj indikatorët realë, aktualë dhe konkret që lidhen pikërisht dhe janë reflektim i drejtëpërdrejtë dhe i prekshëm i politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor shqiptar.

Mendoj se kjo qasje i trajton politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor në Shqipëri nga një këndvështrim më interesant, duke u përqëndruar tek efektiviteti real i këtyre politikave lidhur me indikatorët përkatës. Një qasje e till hap shtegun për të krahasuar rezultatet aktuale me objektivat dhe pritshmëritë e këtyre politikave, duke mundësuar po ashtu edhe krahasimin me indikatorët e shteteve të tjera, gjë që jep një panoramë edhe më të qartë të situatës së sistemit shëndetësor në vendin tonë dhe politikave shëndetësore që e udhëheqin atë. Më pas, pasi vlerësohet impakti i këtyre politikave, i hapur rrugë diskutimit lidhur me mangësitë, problematikat apo aspektet të cilat kanë nevojë për përmirësim, dhe rrugët më të përshtatshme për adresimin e tyre në kontekstin e realitetit shqiptar.

KAPITULLI II. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

2.1 Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi është të përshkruajë politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemi shëndetësor dhe të vlerësojë impaktin e këtyre politikave në popullsinë shqiptare në mënyrë që të mbështetet politikë-bërja dhe vendim-marrja e nivelit të lartë lidhur me fushat prioritare ku duhet të përqëndrohen burimet në sistemin shëndetësor shqiptar.

2.2 Objektivat e studimit

2.2.1 Objektivi i përgjithshëm 1

- Të përshkruhen parakushtet për ndryshimet dhe reformën e sistemit të kujdesit shëndetësor .

2.2.1.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 1

- Të përshkruhet koncepti i të menduarit në sistem dhe elementët kyç të tij.
- Të përcaktohet rëndësia e qasjes së të menduarit në sistem në drejtim të përmirësimit të kosto-efektivitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor.

2.2.2 Objektivi i përgjithshëm 2

- Të ofrohet një panoramë gjithëpërfshirëse e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor në arenën ndërkombëtare.

2.2.2.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 2

- Të përshkruhen elementët e kujdesit shëndetësor parësor, faktorët nxitës të ndryshimit në KSHP, tendencat e reja të modeleve të ofrimit të kujdesit shëndetësor, rëndësinë e bashkërendimit të sistemeve aktuale me objektivat e shëndetit të popullatës dhe modelet e reja të kujdesit shëndetësor, dhe mënyrat për adersimin e hendeqeve të hasuar në sistemet aktuale të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

2.2.3 Objektivi i përgjithshëm 3

- Të përshkruhen elementët e cilësisë së kujdesit shëndetësor të cilat targetohen nga politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin e shëndetësisë.

2.2.3.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 3

- Të përshkruhen dhe analizohen elementët e cilësisë së kujdesit shëndetësor duke përfshirë strukturat, proceset dhe rezultatet shëndetësore të kujdesit.
- Të përshkruhen karakteristikat bazë të sistemeve shëndetësore me vlerë të lartë dhe pengesat për arritjen e këtij modeli.
- Të përshkruhen çështjet kryesore të lidhura me sigurinë e pacientëve.
- Të përshkruhen parimet bazë të politikave shëndetësore, çështjet bazë të ekonomiksit të politikave shëndetësore, parimet bazë të reformës së politikave shëndetësore dhe debatet dhe sfidat kryesore të politikave shëndetësore.
- Të përshkruhen dhe ndricohen çështjet bazë të planifikimit strategjik në kujdesin shëndetësor, gjendja aktuale dhe faktorët që mund të lehtësojnë procesin e planifikimit strategjik në kujdesin shëndetësor.

2.2.4 Objektivi i përgjithshëm 4

- Të analizohen politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin e shëndetësisë në vendin tonë.

2.2.3.1 Objektivat specifike për objektivin e përgjithshëm 3

- Të përshkruhet gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare.
- Të përshkruhet dhe analizohet procesi i hartimit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë (SKSH) 2016-2020, dhe elementët specifike të saj duke përfshirë misionin, vizionin, objektivat strategjike, vlerat themelore ku mbështetet ajo, integrimi me strategjitë e tjera në sektorin shëndetësor dhe kornizën e monitorimit dhe vlerësimit.
- Të vlerësohet dhe analizohet efekti i SKSH-së mbi kuadrin ligjor të shëndetësisë, mënyrën e organizimit të shërbimeve,
- Të shqyrtohen trendet dhe nivelet e indikatorëve të ndryshëm epidemiologjikë, financiare dhe të mbrojtjes financiare dhe të krahasohen ato kundrejt targeteve përkatëse në SKSH.

KAPITULLI III. METODOLOGJIA

3.1 Tipi i studimit

Studimi aktual është një studim përshkrues me komponentë analitikë.

3.2 Lloji i të dhënave

Për të hedhur dritë mbi efektet e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin e shëndetësisë në vendin tonë u mbledhën, shqyrtuan, interpretuan dhe u analizuan të dhënat lidhur me indikatorë të ndryshëm epidemiologjikë, financiarë dhe të mbrojtjes financiare të disponueshme për vendin tonë, duke i'u referuar kryesisht viteve 2010-2020.

Të dhënat dhe indikatorët për të cilët u mbledh informacion përfshijnë:

- Vdekshmëria foshnjore;
- Vdekshmëria feminare nën 5-vjeç;
- Vdekshmëria amtare;
- Barra e sëmundshmërisë;
- Përdorimi i duhanit;
- Përdorimi i alkoolit;
- Mbipesha dhe obeziteti;
- Vdekshmëria nga të gjitha shkaqet e jashtme dhe lëndimet;
- Jetëgjatësia e pritshme në lindje;
- Shpenzimet shtëpiak nga xhepi si përqindje ndaj shpenzimit shëndetësor total;
- Shpenzimi shëndetësor total si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto;
- Shpenzimi i shëndetit publik si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto;
- Indikatorët cilësorë të tillë si: politika kombëtare dhe/ose lokale e krijuar dhe e dokumentuar për adresimin e pabarazive shëndetësore; përfundimi i procesit për përcaktimin e objektivave dhe objektivave brenda strategjisë Shëndeti 2020 të OBSH-së;
- Shpenzimet shëndetësore në raste emergjencash;
- Politikat e mbulimit: bazat për të përfituar mbulimin me sigurime shëndetësore; paketa e përfitimeve me financim publik; bashkë-pagesat dhe pagesat nga xhepi (OOP); blerja e shërbimeve; shtrirja e blerjes strategjike; aksesit dhe mbrojtja financiare.

3.3 Burimi i të dhënave të dhënave

Të dhënat lidhur me indikatorët e mësipërm u mbledhën nga disa burime:

- Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2016-2020.
- Strategjia Kombëtare e Zhvillimit dhe Integritimit 2015-2020.
- Instituti i Statistikave.
- Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.
- Instituti i Shëndetit Publik.
- Ministria e Financave.
- Institucionet ndërkombëtare si Organizata Botërore e Shëndetësisë, Banka Botërore, Instituti i Mjekësisë në SHBA, EUROSTAT, etj.
- Dokumenta të tjerë dhe raporte të pabuklikuara të ekspertëve apo institucioneve të tjera, përfshirë MSHM, ISHP, INSTAT, etj.

3.4 Mbledhja e të dhënave

3.4.1 Mënyra e mbledhjes së të dhënave

Të dhënat lidhur me indikatorët dhe dokumentat e përdorur në këtë punim shkencor u aksesuan kryesisht përmes Internetit.

Gjithashtu, u shqyrtuan edhe kopje fizike të dokumentave të papublikuar, sipas rastit.

3.5 Aspektet etike

Duke qënë se studimi aktual nuk përfshinte pacientë apo subjekte humane, apo intervistim, apo cdo lloj tjetër ndërveprimi aktual konkret me subjekte humane, çështje etike të tilla si nevoja për miratim nga Komiteti i Etikës pranë Fakultetit të Mjekësisë, apo çështjet e miratimi të informuar, nuk aplikohen.

3.6 Analiza statistikore e të dhënave

Të dhënat e mbledhura u kaluan në format elektronik.

Të dhënat për indikatorët specifikë u paraqitën në formën e grafikëve për t'a bërë më të lehtë evidentimin e prirjeve kohore të tyre. U përdorën grafikë të llojeve të ndryshme.

Trendet u evidentuan, përshkruan dhe u interpretuan duke i vendosur gjetjet në kontekstin e tyre përkatës dhe duke i krahasuar indikatorët aktuale kundrejt objektivave dhe targeteve përkatëse në SKSH 2016-2020; bazuar në këto krahasime dhe interpretime u bë e mundur që të gjykohej lidhur me efektin e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin e shëndetësisë në vendin tonë.

Gjithashtu u shqyrtuan me kujdes objektivat strategjike të SKSH 2016-2020, duke i interpretuar ato në kuadrin e integritit në Bashkimit European, strategjive të tjera ekzistuesve kombëtare dhe ndërkombëtare dhe angazhimeve të tjera të vendit tonë në fushën e shëndetësisë. Të dhënat lidhur me përmbushjen e plotë, të pjesshme apo mos-përmbushjen e aktiviteteve të çdo objektivi strategjik të SKSH 2016-2020 u përftuan bazuar në vlerësimet e MSHMS-së.

Së fundmi, u interpretuan rezultatet, si dhe gjatë diskutimit u krahasuan ato me indikatorët përkatës të vendeve të tjera, kryesisht të Bashkimit European.

Kjo qasje mundësoi evidentimin e qartë të situatës shëndetësore, të mbrojtjes financiare, mbulimit universal dhe elementëve të tjerë të sistemit shëndetësor të vendit tonë, duke nxjerrë kështu në pah efektin e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin e shëndetësisë në vendin tonë, pasuar nga konkluzionet dhe rekomandimet përkatëse.

KAPITULLI IV. REZULTATET

4.1 Gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare

Shqipëria ka një sipërfaqe totale prej rreth 28,748 km² dhe një popullsi prej rreth 2,793,592 banorë që nga 1 janari 2022, shumica e të cilëve janë shqiptarë etnikë (INSTAT, 2022a).

Në dy dekadat e fundit, në Shqipëri ka pasur një progres të qëndrueshëm në drejtim të rritjes ekonomike, e cila karakterizohet nga përmirësime të ndjeshme të standardit të jetesës së popullsisë së përgjithshme. Pas një rënie të mprehtë pas rënies së regjimit komunist në vitin 1989, pati një katëfishimi të prodhimit të brendshëm bruto (PBB) për frymë gjatë periudhës 1992-2017. Për pasojë, Shqipëria klasifikohet aktualisht si një vend me të ardhura të mesme të larta, bazuar në skemën e klasifikimit të Bankës Botërore (BB).

Sipas vlerësimeve më të fundit të disponueshme nga Instituti Kombëtar i Statistikave (INSTAT), jetëgjatësia e përgjithshme në Shqipëri në vitin 2018 ishte 77.4 vjet për burrat dhe 80.5 vjet për gratë. Ka pasur një rritje të kënaqshme të jetëgjatësisë tek burrat krahasuar me vitin 2012. (1.9 vjet rritje), por më pak tek gratë (vetëm 0.9 vjet rritje) [INSTAT, 2020].

Megjithatë, të dhënat më të fundit tregojnë një rritje si në shkallën e vdekshmërisë foshnjore (10.3 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 2019 kundrejt 8.0 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 2017) [INSTAT 2020] dhe në shkallën e vdekshmërisë nën 5 vjeç (10.1 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 2018 kundrejt 9.2 vdekjeve për 1000 lindje të gjalla në 2017) [INSTAT, 2019].

Për sa i përket shëndetit të fëmijëve, vihet re një rritje e lehtë e përqindjes së fëmijëve të vaksinuar në Shqipëri në 5 vitet e fundit. Duhet theksuar se në përgjithësi, mbulimi me vaksinim tek fëmijët shqiptarë mbetet shumë i lartë (mbi 98%) [ISHP, 2020]. Për më tepër, sipas të dhënave të fundit, vërehet një rënie e lehtë nga 22.4% në 2013 në 21.7% në 2016 (pra, në përgjithësi, vetëm 0.7% rënie) në prevalencën e mbipeshës dhe obezitetit te fëmijët shqiptarë në disa të fundit. vjet (Instituti i Shëndetit Publik, 2016).

Niveli i përgjithshëm (i standardizuar) i vdekshmërisë së parakohshme ka rënë vetëm pak gjatë periudhës 2012-2017, me sëmundjet jo të transmetueshme (NCD) dhe dëmtimet në rrugë që mbeten shkaqet kryesore.

Në fakt, ka një rritje të madhe të barrës totale të NCD-ve në Shqipëri duke përfshirë sëmundjet kardiovaskulare, kancerin, sëmundjet e mushkërive dhe të mëlçisë dhe diabetin.

Vlen të përmendet se ka pasur një ndryshim të rëndësishëm në profilin epidemiologjik të popullatës shqiptare në dy dekadat e fundit me një tranzicion të dukshëm drejt sëmundjeve jo të transmetueshme (kronike).

Figura 1 më poshtë paraqet 10 shkaqet kryesore të vlerësuara të vdekshmërisë së parakohshme në Shqipëri për vitin 2017 (Global Burden of Disease, 2017) dhe përqindjen e ndryshimit gjatë dekadës së fundit (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

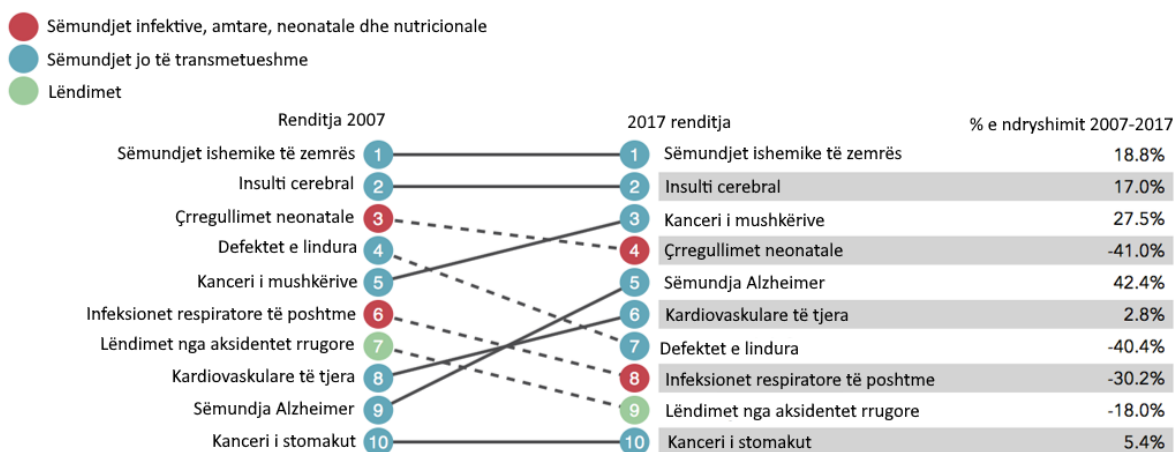


Figura 1. 10 shkaqet kryesore të vdekshmërisë së parakohshme në Shqipëri

Siç mund të vërehet nga Figura 1, ndërkohë që ka disa përmirësime në uljen e vdekjeve nga sëmundjet infektive (p.sh. infeksionet e rrugëve të poshtme të frymëmarrjes), dy shkaqet kryesore të vdekshmërisë së parakohshme janë në fushën e sëmundjeve jo të transmetueshme (sëmundja ishemike e zemrës dhe insulti cerebral) dhe mbeten të pandryshuara për periudhën e analizuar, me incidencën e kancerit të mushkërive gjithashtu në rritje.

Ndërsa shfaq tendencë në rënie në krahasim me shkaqet e tjera të vdekshmërisë së parakohshme, lëndimet nga trafik rrugor mbeten një shqetësim në Shqipëri.

Pavarësisht se Qeveria Shqiptare ka forcuar ndjeshëm zbatimin e ligjit dhe rregulloreve vitet e fundit, aksidentet e trafikut rrugor mbeten të larta dhe një shkak serioz shqetësues.

Në vitin 2016, rreth 94% e të gjitha vdekjeve u shkaktuan nga NCD-të në Shqipëri (Lancet, 2017). Për sa i përket barrës së sëmundjeve (vdekshmëria dhe paaftësia e kombinuar), sëmundjet jo të transmetueshme përbënin 84% të të gjitha DALY-ve (vitet e jetës të axhustuara për aftësinë e kufizuar).

Për sa i përket tendencës së faktorëve konvencionalë kryesorë të rrezikut, prevalenca e pirjes së duhanit ka rënë paksa tek burrat dhe gratë në vitet e fundit. Megjithatë, ka fakte të një rritje të prevalencës së duhanpirjes midis adoleshentëve të të dy gjinive në vitet e fundit.

Nga ana tjetër, konsumi mesatar i alkoolit është rritur me gjysmë litri (për frymë) në vitet e fundit tek individët shqiptarë të moshës 15 vjeç e lart.

Vlen të përmendet se ka të dhëna për një rritje të konsiderueshme të prevalencës së obezitetit si tek burrat ashtu edhe tek gratë në vitet e fundit (një rritje me 28%). Tendencat në rritje të vlerave mesatare të indeksit të masës trupore (BMI) midis meshkujve dhe femrave në Shqipëri paraqiten në Figurën 2 (NCD RisC, 2022).

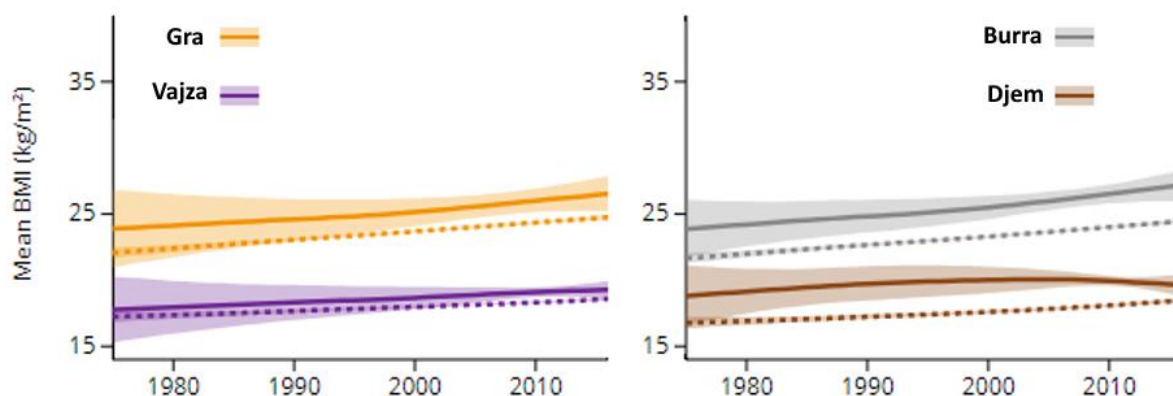


Figura 2. Vlerat mesatare të BMI-së në Shqipëri përgjatë kohës

4.2 Anëtarësimi në BE si pjesë e prioriteteve të politikës kombëtare

Anëtarësimi në Bashkimin Evropian (BE) është shqetësimi kryesor dhe prioriteti gjithëpërfshirës i Qeverisë Shqiptare. Bazuar në këtë parakusht, proceset e integritimit në BE janë shtytësit kryesorë të zhvillimit të të gjithë sektorëve në Shqipëri, duke përfshirë edhe sektorin e shëndetësisë, i cili aktualisht po kalon reforma të thella strukturore dhe organizative për të adresuar sfidat aktuale të shëndetit publik, si dhe për të përmbushur dhe për t'iu përgjigjur menjëherë nevojave të popullsisë. Disa nga reformat e sektorit të shëndetësisë janë gjithashtu të lidhura dhe të iniciuara drejtpërdrejt nga reforma e decentralizimit administrativ, e cila nga ana e saj është e lidhur drejtpërdrejt me axhendën e anëtarësimit në BE.

Në Qershor 2018, Këshilli i Evropës përcaktoi rrugën drejt hapjes së negociatave të anëtarësimit me Shqipërinë në Qershor 2019. Bazuar në këtë rekomandim, Këshilli i Evropës nënvizoi nevojën kritike që Shqipëria të bëjë përparim të prekshëm në disa fusha thelbësore, duke përfshirë veçanërisht reformën në drejtësi, luftën kundër korrupsionit dhe krimit të organizuar dhe ruajtjen dhe thellimin e shtysës reformuese.

Përsa i përket sektorit të shëndetësisë, nga viti 1944 e deri në rënien e regjimit komunist në vitin 1990, sistemi shëndetësor në Shqipëri bazohej në modelin Semashko, i cili konsistonte në një sistem të centralizuar me ofrim pa pagesë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor nga qeveria. Ky sistem siguroi mbulim universal praktikisht për të gjithë qytetarët, përfshirë individët që banonin në zona të largëta të vendit.

Sot, sistemi shëndetësor shqiptar është kryesisht publik. Shteti ofron shumicën e shërbimeve për popullatën në lidhje me promovimin, parandalimin, diagnostikimin, trajtimin dhe rehabilitimin. Sektori privat mbulon kryesisht shërbimet farmaceutike dhe dentare, si dhe disa klinika dhe spitale të specializuara diagnostike të përqendruara kryesisht në Tiranë.

Shërbimet shëndetësore diagnostike dhe kurative janë të organizuara në tre nivele: shërbime shëndetësore parësore, dytësore dhe terciare.

Shërbimet e shëndetit publik dhe promovimi shëndetësor ofrohen në kujdesin parësor shëndetësor dhe mbështeten dhe mbikëqyren nga Instituti i Shëndetit Publik dhe Shërbimi i Operatorit të Kujdesit Shëndetësor, nëpërmjet katër Drejtorive Rajonale të tij. Shërbimet shëndetësore në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalet blihen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor.

4.3 Përshkrimi i procesit të hartimit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020

4.3.1 Misioni, vizioni dhe objektivat strategjike të SKSH 2016-2020

Në këtë seksion po paraqesim një analizë të Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020, duke qënë se kjo Strategji udhëhoqi zhvillimet e sistemit shëndetësor në vendin tonë deri në vitin 2020, domethënë rezultatet e saj mund të analizohen. Ndërsa Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2021-2030 sapo ka hyrë në fuqi dhe për këtë arsye ajo ende nuk i ka dhënë rezultatet e saj; prandaj, unë jam përqëndruar tek Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2016-2020.

Sic e përmendëm më lart, ka pasur një ndryshim të rëndësishëm në profilin epidemiologjik të popullsisë shqiptare në dy dekadat e fundit me një tranzicion të dukshëm drejt sëmundjeve jo të transmetueshme (NCD). Në fakt, ka një rritje të madhe të barrës totale të NCD-ve në Shqipëri duke përfshirë sëmundjet kardiovaskulare, kancerin, sëmundjet e mushkërive dhe të mëlçisë dhe diabetin. Prandaj, bazuar në këtë tranzicion të shpejtë epidemiologjik, ka nevojë urgjente për një qasje të integruar për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jokronike, e cila aktualisht përbën një komponent qendror të reformës së sektorit shëndetësor në Shqipëri.

Për të adresuar sfidat me të cilat përballet popullsia dhe statusi i saj shëndetësor, Ministria Shqiptare e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS) parashikoi një strategji kombëtare shëndetësore gjithëpërfshirëse që do të siguronte ombrellën unifikuese duke ofruar vizionin dhe prioritetet e përgjithshme për politikën kombëtare shëndetësore dhe që do të lidhte së bashku të gjitha politikat dhe strategjitë ekzistuese të sektorit shëndetësor. Kështu lindi “Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2016-2020” (SKSH 2020), e zhvilluar në kuadrin e axhendës qeveritare për mbrojtjen dhe përmirësimin e shëndetit të popullsisë shqiptare.

SKSH 2020 parashikonte, ndër të tjera, që financimi publik në të gjitha nivelet e kujdesit, nga parandalimi te kujdesi paliativ, do të arrihej përmes një paguesi të vetëm, duke mundësuar një mjedis konkurrues për ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe përdorimin më efikas të fondeve nëpërmjet forcimit të funksionit të grumbullimit të burimeve financiare (pooling). Kjo do të ndihmonte gjithashtu në forcimin e parimit të barazisë dhe aksesit të barabartë në shërbimet e kujdesit shëndetësor nga të gjitha grupet e popullsisë, duke përfshirë ato veçanërisht të cenueshme. Paguesi i vetëm pritet të financojë rrjetet e integruara territoriale të ofruesve publikë të kujdesit parësor dhe spitalor, duke mbështetur autonominë në menaxhimin e ofruesve dhe duke zgjeruar praninë e autoriteteve vendore në qeverisjen e rrjeteve të integruara.

Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2016-2020 (SKSH 2020) ofron një kuadër të bazuar në vlera për veprim koherent për shëndetin dhe mirëqenien që shkon përtej sektorit të shëndetësisë, si në nivel kombëtar ashtu edhe në atë vendor, bazuar në një dialog politik gjithëpërfshirës dhe dinamik në adresimin e sfidave shëndetësore të popullatës shqiptare.

Vizioni i SKSH 2016-2020 synon të përfshijë të gjithë qytetarët gjithë gjatë gjithë jetës, duke mos lënë askënd pas: *“Shëndet për të gjithë: më shumë vite jetë, më shumë vite të shëndetshme, nëpërmjet shërbimeve shëndetësore cilësore, në kohë, të qëndrueshme dhe të përballueshme për të gjithë njerëzit në Shqipëri”*.

Nga ana tjetër, misioni është: *“Të mbrojmë, përmirësojmë dhe promovojmë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqenien e të gjithë njerëzve në Shqipëri, duke ofruar shërbime shëndetësore dhe mjekësore efikase dhe duke siguruar progres të qëndrueshëm në shëndetin publik dhe mjekësinë”*.

Në përputhje me vizionin dhe misionin e sipërpërmendur, si dhe me një vlerësim të detajuar të situatës aktuale, profilit epidemiologjik dhe nevojave shëndetësore të popullsisë shqiptare duke përfshirë kategori të veçanta të popullsisë dhe grupeve vulnerabël, SKSH 2020 ka parashikuar katër prioritetet strategjike, si vijon:

- *Prioriteti strategjik 1:* Investimi në shëndetin e popullatës përmes qasjes gjatë të gjithë jetës.
- *Prioriteti strategjik 2:* Sigurimi i mbulimit shëndetësor universal për të gjithë.
- *Prioriteti strategjik 3:* Forcimi i sistemeve shëndetësore me në qendër qytetarin, dhe
- *Prioriteti strategjik 4:* Përmirësimi i qeverisjes dhe bashkëpunimi ndërsektorial për shëndetin.

Shqipëria miratoi SKSH 2020 në vitin 2017, duke përfshirë angazhimet ndaj politikës kornizë evropiane të OBSH-së për shëndetin dhe mirëqenien Shëndeti 2020 dhe Axfordën e OKB-së 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm dhe 17 Objektivat e saj të Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDGs).

Planifikimi operacional i SKSH 2020 paraqet një pjesë thelbësore të zbatimit të tij, duke siguruar përsheptimin e arritjeve të tij dhe ndërtimin e angazhimeve të vendit drejt Axfordës 2030 dhe SDG-ve të lidhura me të në një mënyrë koherente dhe të koordinuar në të gjithë sektorët dhe nivelet e qeverisjes.

Planifikimi operacional i SKSH 2020 synon të përshtatet me kontekstin e përgjithshëm kombëtar dhe axhendën e zhvillimit, me fokusin kryesor në mundësimin dhe lehtësimin e ndryshimit transformues përgjatë procesit të politikave të bazuara në evidenca shkencore dhe gjithëpërfshirëse që synon arritjen e SDG-ve të lidhura me shëndetin dhe shëndetin dhe sigurimin e politikave koherencë në të gjithë mjediset dhe proceset institucionale, hartimin dhe formulimin e politikave dhe zbatimin e politikave.

Fushat prioritare të SKSH 2020 janë paraqitur në Figurën 3 (M&E = Monitorimi dhe Vlerësimi).

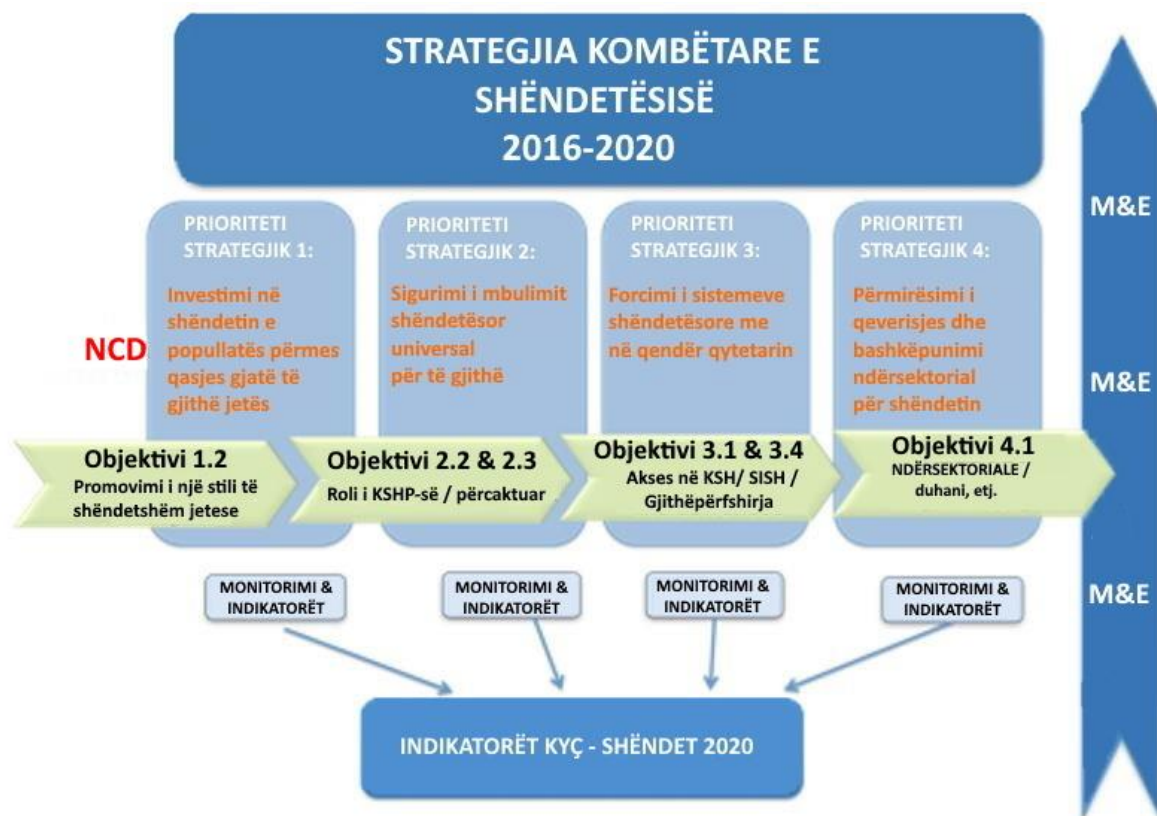


Figura 3. Fushat prioritare të SKSH 2020

Vizioni, objektivat dhe prioritetet e Strategjisë janë përcaktuar mbi bazën e një analize të situatës shëndetësore-demografike dhe gjendjes së sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, duke patur parasysh parimet kryesore të tij si: në kohën e duhur (Prioriteti Strategjik 1), përballueshmëria (financiare) [Prioriteti Strategjik 2], cilësia (Prioriteti Strategjik 3) dhe qëndrueshmëria e kujdesit shëndetësor (Prioriteti Strategjik 4) për sigurimin e shëndetit më të mirë të qytetarëve shqiptarë.

Rezulton se SKSH 2020 paraqet një vazhdimësi të politikës së mëparshme të shëndetit publik në Shqipëri me vlerë të shtuar të përfshirjes së një sërë aktorësh dhe sektorësh në investimet për shëndetin, që konsiderohet si një investim thelbësor në zhvillimin ekonomik të vendit.

Qasja ndërsektoriale e SKSH 2020 përfshin një programim të koordinuar sistematik dhe një hierarki të qartë bashkëpunimi nga Qeveria dhe shoqëria për të gjitha veprimet që lidhen me shëndetin.

Sistemi i Planifikimit të Integruar, i miratuar nga Qeveria Shqiptare në vitin 2005, është një kuadër planifikimi dhe monitorimi i cili synon të sigurojë që politikat bazë dhe proceset financiare të zhvilluara nga Qeveria shqiptare të funksionojnë në mënyrë të integruar.

Instrumentet ligjore që MSHMS përdor për forcimin e bashkëpunimit dhe kontributit të ndërsjellë të sektorëve të tjerë përfshijnë, por nuk kufizohen në, ngritjen e komiteve

shumësektoriale, organizimin e diskutimeve dhe konsultimeve të rregullta me përfaqësues të sektorëve të tjerë dhe me pjesëmarrje aktive të komunitetit.

Në përgjithësi, SKSH 2020 ishte planifikuar si një mjet për përmirësimin e koherencës së planifikimit të politikave në Shqipëri dhe SKSH e ardhshme 2021-2030 është ndërtuar mbi të njëjtat angazhime.

Në këtë proces, shëndeti u pranua plotësisht si kontribuesi kryesor në rritjen ekonomike, zhvillimin e qëndrueshëm dhe mirëqenien shoqërore. Është zhvilluar me mbështetjen politike të Kryeministrit dhe nën ombrellën e MSHMS-së. Në fakt, një qasje ndërsektoriale u ndërmor duke krijuar një Komitet Ndërministror me një Dekret të posaçëm të Qeverisë, duke bashkuar të gjitha ministrinë dhe agjencitë e linjës, duke treguar një përkushtim të fortë politik ndaj dialogut politik shumësektorial dhe shumë aktorësh në Shqipëri.

Megjithatë, pavarësisht misionit të tij të lavdërueshëm, ky Komitet Ndërministror mund të ketë një rol edhe më aktiv dhe të përshtatë një funksion më operacional.

Zhvillimi i SKSH 2020 ishte një përpjekje komplekse dhe e shumëanshme që përfshiu shumë aktorë dhe palë të interesuara që punojnë, kontribuojnë dhe përfitojnë nga shëndeti dhe mirëqenia, duke përfshirë ministrinë e ndryshme, institucionet dhe agjencitë, akademinë, shoqatat e profesionistëve shëndetësorë, organizatat e shoqërisë civile, agjencitë e OKB-së që operojnë në shëndetësi ose fusha të ngjashme, dhe aktorë të tjerë.

4.3.2 Partneritetet dhe angazhimet

SKSH 2020 u zhvillua si një platformë për partneritetet dhe bashkëpunim për shëndetin. Nga ky këndvështrim, angazhimi i shoqërisë, publikut, komuniteteve dhe qytetarëve pritej që të mbështeste zbatimin e suksesshëm dhe të monitoruar të tij.

Angazhimi i shoqërisë në përgjithësi filloi që nga zhvillimi i hershëm i Strategjisë dhe përfshiu një gamë të gjerë përfaqësuesish nga institucionet akademike, shoqëria civile (disa OJQ në vend), si dhe përfaqësues të komunitetit që morën pjesë në hartimin e strategjisë dhe të gjitha hapat e mëpasshëm të zbatimit.

Duke u fokusuar në politikat, programet dhe shërbimet me në qendër qytetarin, SKSH 2020 ofroi bazën për fuqizimin e të gjithë individëve, klientëve dhe pacientëve, si dhe të profesionistëve shëndetësorë dhe faktorëve të tjerë brenda dhe jashtë sistemit që sigurojnë rezultatet, qëndrueshmërinë dhe vazhdimësinë e Strategjisë.

SKSH 2020 promovoi dhe mundësoi partneritete efektive për shëndetin, për aktivitete specifike në drejtim të realizimit të vizionit dhe qëllimeve. MSHMS, si institucioni kryesor vendimmarrës në Shqipëri, luajti një rol kyç në koordinimin e këtyre partneriteteve.

4.3.3 Themelet dhe vlerat themelore të SKSH 2016-2020

Konteksti i politikës kombëtare të SKSH 2020 është i përfshirë në Kushtetutën e Republikës së Shqipërisë, e cila sanksionon të drejtën për kujdes shëndetësor si një e drejtë sociale dhe ekonomike. Kushtetuta thotë se: “*Qytetarët gëzojnë kujdesin shëndetësor publik në mënyrë të barabartë*”. Për më tepër, Kushtetuta shpall të drejta të tjera që lidhen me kujdesin shëndetësor si mbrojtja e jetës me ligj, mbrojtja nga tortura dhe trajtimi mizor, mbrojtja sociale në punë, e drejta për sigurime shoqërore, mbrojtja e veçantë për fëmijët, të rinjtë dhe gratë shtatzëna, etj.

SKSH 2020 udhëhiqet nga parimi i konsiderimit të shëndetit si një e drejtë e njeriut që garantohet përmes sistemit të mirëqeverisjes efektive dhe efikase të kujdesit shëndetësor që ofron akses të barabartë për të gjithë qytetarët dhe është plotësisht në përputhje me parimet e solidaritetit, integritetit, transparencës dhe llogaridhënies.

Vlerat bazë (themelore) të sistemit shëndetësor burojnë nga Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë dhe nga angazhimet kombëtare ndaj standardeve ndërkombëtare dhe rajonale të të drejtave të njeriut. Këtu përfshihen: Universaliteti; Qëndrueshmëria; Cilësia; Përbalueshmëria; Përkushtimi ndaj shëndetit si e drejtë e njeriut dhe e mirë publike; Inovacioni; Integriteti; Efikasiteti; Transparenca; Llogaridhënia; Dinjiteti; Barazia gjinore.

Politikat e barazisë gjinore reflektohen në angazhime të ndryshme të institucioneve publike, p.sh. në fushën e luftës kundër dhunës ndaj grave ku mund të gjenden shembuj p.sh. në forcimin e rolit të sistemit të drejtësisë në parandalimin dhe mbështetjen e viktimave të dhunës; forcimi i pozitës së gruas përmes punësimit, promovimit të sipërmarrjes, arsimit dhe aftësimit profesional; dhënien e lejes së lehonisë për të gjitha nënat pavarësisht nga kontributet e tyre të sigurimeve shoqërore (Dekret i posaçëm i Këshillit të Ministrave të Shqipërisë 2018 duke përfshirë edhe lejen e prindit mashkull në rast të lindjes së fëmijës); si dhe ofrimin e kujdesit të veçantë për të sapolindurit dhe nënat.

4.3.4 Integrimi me strategjitë e tjera të sektori shëndetësor

Duke qënë një dokument strategjik gjithëpërfshirës, SKSH 2016-2020 synonte mbështetjen e integritetit dhe koordinimit të strategjive të tjera dhe politikave në sektorin shëndetësor në kontekstin më të gjerë të Strategjisë Kombëtare të Zhvillimit dhe Integritetit (SKZHI) 2015-2020.

Rezultoi se SKSH 2020 ishte e integruar me: Programin Kombëtar për Kontrollin dhe Parandalimin e NCD-ve 2016-2020, Planit të Veprimit të Promocionit Shëndetësor 2017-2021, Strategjinë Kombëtare për Kontrollin dhe Parandalimin e HIV/AIDS 2016-2020, Planin Kombëtar të Ushqimit dhe Ushqyerjes 2013-2020, Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhuese 2017-2021, etj.

4.3.5 Përafrimi me politikat dhe strategjitë shëndetësore ndërkombëtare

Po kështu SKSH 2020 rezulton e përafruar me disa politika dhe strategji shëndetësore ndërkombëtare, si për shembull me politikën Shëndet 2020, Kornizën Monitoruese Globale për NCD-të (GMF-NCDs 2020), SKZHI 2015-2020, etj.

4.3.6 Korniza e monitorimit dhe vlerësimit të SKSH 2016-2020

Kuadri i monitorimit dhe vlerësimit (ME) është një pjesë integrale e SKSH 2020, me synimin për të monitoruar vazhdimisht progresin drejt objektivave të vendosur për strategjinë. Përveç monitorimit periodik të rezultateve të treguesve, ekziston gjithashtu një mundësi për të kryer vlerësime më të detajuara për të identifikuar mësimet e nxjerra dhe për të ndërmarrë veprime korigjuese nëse është e nevojshme.

Zbatimi i ANHS 2020 si pjesë e SKZHI-së nënkuptonte se ishin të nevojshme dy grupe treguesish monitorues. Grupi i parë i treguesve përbëhej nga treguesit e përshtuar në SKZHI që matin çdo vit rezultatet për të siguruar monitorimin e zbatimit të SKZHI-së. Grupi i dytë i treguesve përfshinte treguesit e sistemit shëndetësor që janë përzgjedhur për të matur në mënyrë specifike arritjen e prioriteteve strategjike të përshtuara në SKSH 2020.

4.4 Efektet e Strategjisë Kombëtare të Shëndetësisë 2016-2020

4.4.1 Ndryshimet e kuadrit ligjor

Gjatë periudhës 2016-2020, një numër i konsiderueshëm ligjesh apo ndryshimesh të reja u miratuan nga Kuvendi i Shqipërisë në fushën e shëndetësisë. Miratimi i tyre erdhi si përgjigje ndaj nevojave në sektorin e shëndetësisë, të shprehura në dokumente të ndryshme strategjike dhe si pasojë e zhvillimeve të reja në Shqipëri në kuadër të përafrimit të legjislacionit shqiptar me legjislacionin e Bashkimit Europian. Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë (SKSH) ka luajtur një rol të rëndësishëm në përmirësimin e kuadrit ligjor në fushën e shëndetësisë, si rezultat i vendosjes së shumë objektivave specifikë që synojnë përmirësimin e shëndetit të popullatës shqiptare nëpërmjet mekanizmave të ndryshëm, përfshirë edhe ata ligjorë.

Fushat kryesore që kanë pësuar ndryshime të rëndësishme ligjore gjatë pesë viteve të fundit përfshijnë:

- Organizimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, përfshirë kuadrin ligjor për pajisjet mjekësore.
- Ushqimi dhe ushqyerja e shëndetshme e popullsisë shqiptare.
- Parandalimi i sjelljeve të rrezikshme që lidhen me:
 - Përdorimin e alkoolit dhe pijeve energjike nga fëmijët
 - Parandalimin e dhunës në familje
 - Parandalimin e dhunës ndaj fëmijëve
- Përmirësimi i funksioneve dhe strukturave të inspektimit sanitar në nivel kombëtar.

- Përmirësimi i standardeve etike dhe profesionale në ushtrimin e profesionit të psikologut.

4.4.2 Ndryshime e mënyrës së organizimit dhe shërbimeve të sistemit shëndetësor

Shqipëria ka pësuar reforma të rëndësishme strukturore: bashkimi i institucioneve shëndetësore dhe politikëbërëse sociale në nivel kombëtar, një reformë institucionale që ka çuar në ngritjen e institucioneve të reja, si: Operatori Kombëtar i Kujdesit Shëndetësor me 4 drejtoritë e tij rajonale, të cilat po ndërmarrin një sërë funksionesh të planifikimit dhe administrimit të kujdesit shëndetësor në fushën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor. Këto zhvillime kanë pasuar një reformë të gjerë territoriale me integrimin e komuniteteve të vogla në bashkitë më të mëdha dhe me një proces decentralizimi që synon të japë më shumë pushtet dhe llogaridhënie në nivel të qeverisjes vendore.

Gjatë 5 viteve të fundit, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ka marrë masa për të siguruar që proporcioni i shpenzimeve shëndetësore të jetë më efektiv dhe më i qëndrueshëm, duke zhvendosur më shumë burime drejt kujdesit parësor dhe parandalimit të sëmundjeve.

Kështu, përmes një sërë rregullimesh dhe financimesh, u siguroi shmangia e plotë e barrierave financiare (ose të lidhura me mangësitë në teknologji) në sigurimin e aksesit të qytetarëve në shërbimet bazë të kujdesit parësor. Nga kjo reformë kanë përfituar drejtpërdrejt 600 mijë qytetarë të pasiguar. Sistemi shëndetësor ka reaguar relativisht mirë ndaj këtyre reformave. Rritja e përdorimit masiv të kujdesit parësor nga qytetarët është dëshmi e qartë e kësaj. Brenda 5 viteve të fundit numri i vizitave vjetore është rritur me mbi 1 milion (nga 6,900,000 në 2013 në rreth 8,000,000 gjatë tre viteve të fundit).

Programi Kombëtar i Kontrollit Shëndetësor Bazë për qytetarët e moshës 35-70 vjeç (programi check-up) është një nga investimet më të mëdha në këtë drejtim. Pothuajse 1.8 milionë vizita janë kryer duke përdorur shërbimet për zbulimin e hershëm të sëmundjeve në kuadër të kontrollit bazë shëndetësor (Tabela 1). Përdorimi i këtyre shërbimeve ka ardhur në rritje. Dhe duket se aty ku ka pasur më shumë nevoja dhe më shumë barrierë si zonat rurale, përdorimi është proporcionalisht më i madh.

Tabela 1. Numri i vizitave në kuadër të programit Check-up përgjatë viteve

Viti	2015	2016	2017	2018	2019
Numri total i vizitave	244,420	329,555	316,601	428,891	482,716

Burimi: Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

Ndërkohë kanë filluar të zbatohen një sërë masash që synojnë përmirësimin e cilësisë dhe efektivitetit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si një komponent kyc i mbulimit universal shëndetësor. Këto ndërhyrje përfshijnë:

- Fillimi i procesit për përshtatjen e standardeve të cilësisë dhe protokolleve bazë në të gjitha qendrat e kujdesit shëndetësor parësor.
- Përmirësimet në infrastrukturë: 300 qendra shëndetësore në proces rindërtimi.
- Krijimi i një sistemi kombëtar të kompjuterizuar lidhur me recetën elektronike dhe referimin elektronik.
- Në kuadër të programit të diagnostikimit të hershëm të kancerit të gjirit, në katër qytete të vendit u investuan 2 njësi të reja mamografike të lëvizshme dhe 4 qendra të reja mamografike fikse. Është arritur që nga rreth 5000 mamografi në vit në vitin 2014, gati 16000 mamografi janë kryer në vitin 2018.
- Krijimi me vendim qeverie në janar 2019 dhe mbështetje financiare nga MSHMS i programit kombëtar të depistimit për kancerin e qafës së mitrës. 10,000 gra kanë përfituar nga ky program gjatë vitit 2019.

Gjithashtu, një sërë ndërhyrjes janë ndërmarrë për të adresuar nevojat në rritje për shërbime shëndetësore të specializuara, duke përfshirë përshtatjen e standardeve të cilësisë dhe protokolleve bazë në spitalet rajonale, transformimin e spitaleve jo efektive në qendra të urgjencës në funksion 24-orë në ditë, stimuj për të përmirësuar shpërndarjen e mjekëve specialistë në të gjithë territorin e vendit, intensifikimin e programeve të specializimit të brezave të rinj të mjekëve, në bashkëpunim me Universitetin e Mjekësisë, etj., përmirësimin e teknologjisë, etj.

Efekti i reformave në shëndetësi dhe mbulimi universal me shërbime ka filluar të jetë i dukshëm në pasojat shëndetësore. Kështu, trendi i vdekshmërisë së standardizuar sipas moshës (një tregues i vdekshmërisë që kontrollon efektin e plakjes së popullsisë) për disa grupe të rëndësishme sëmundjesh ka filluar të bjerë në Shqipëri.

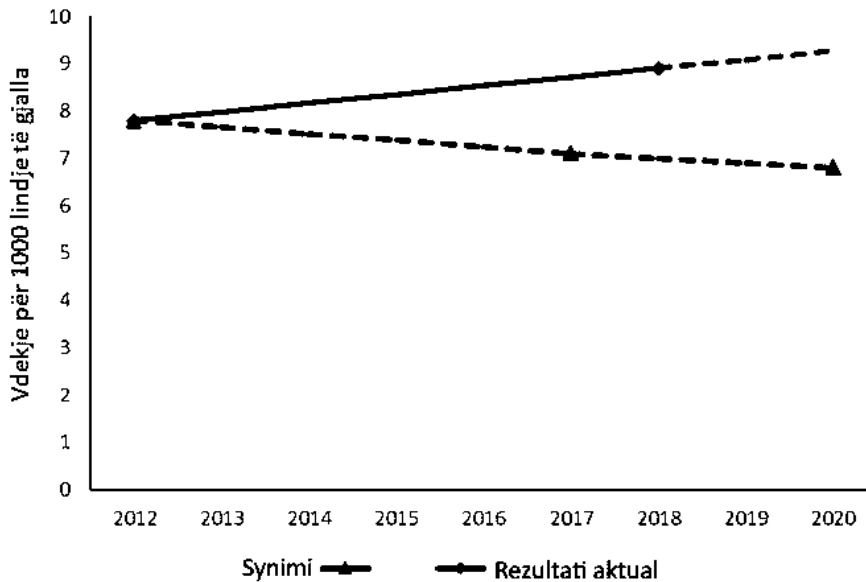
4.4.3 Rezultatet e arritura të KSHP 2020 krahasuar me targetet e vendosur

4.4.3.1 Indikatorët e sëmundjeve jo të transmetueshme

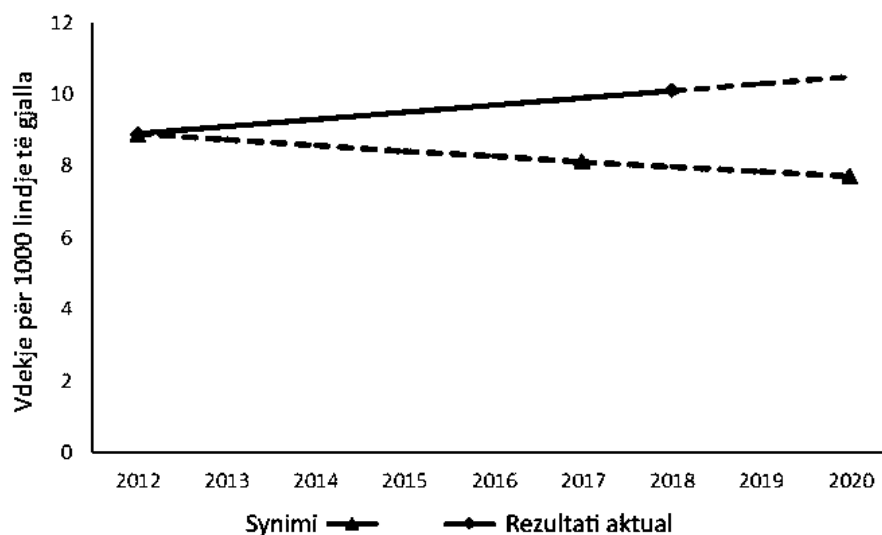
Dy nga treguesit kryesorë që lidhen me vdekshmërinë, por veçanërisht me cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor si dhe aksesin në kujdes dhe disponueshmërinë e një pakete të plotë shërbimesh gjatë viteve të para të jetës, janë vdekshmëria foshnjore dhe vdekshmëria feminare nën 5 vjeç (Grafiku 1 dhe Grafiku 2). Të dy këta tregues tregojnë një rritje disi të papritur të vdekshmërisë ndërkohë që të paktën deri në vitin 2010 ka pasur rënie të vazhdueshme të vdekshmërisë foshnjore në nivelin 5.5 në vitin 2020. Të dhënat e disponueshme nuk tregojnë shkaqet e mundshme të këtyre, dhe ndërsa teorikisht fatkeqësitë natyrore në vitet e fundit mund të kenë pasur një ndikim, mund të bëhet një vështrim më i plotë se si disponueshmëria e shërbimit, etj. mund të ketë ndikuar në këta indikatorë.

Ka mospërputhje të mëtejshme me këta dy tregues pasi SKSH 2020 tregon nivelet bazë për vdekshmërinë foshnjore dhe nën 5 vjeç përkatësisht 7.8 dhe 8.9, por të dhënat e fundit të ofruara nga INSTAT thonë përkatësisht 8.8 dhe 10.8. Për këta dy tregues kjo është një mospërputhje e

madhe dhe për momentin është e paqartë nëse është bërë një rillogaritje e të dhënave historike nga INSTAT për disa arsye apo nëse ka ndonjë gabim në të dhënat bazë të treguesve në dispozicion. Pavarësisht se cila nga këto të dhëna është e saktë, është ende një ndryshim i madh për të dhënat e vdekshmërisë foshnjore në krahasim me atë që disponohet nga databaza Shëndet për të Gjithë (Health For All database) e OBSH-së.

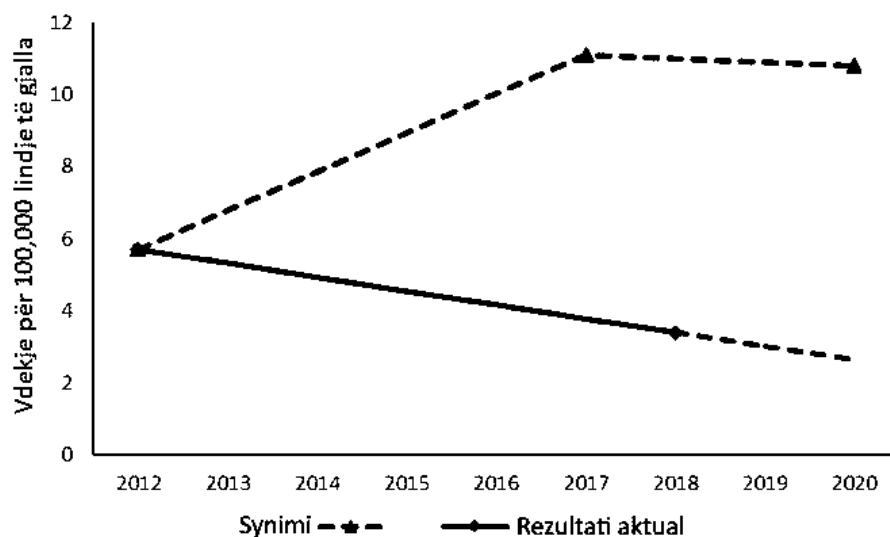


Grafiku 1. Vdekshmëria foshnjore (numri i vdekjeve foshnjore për 1000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



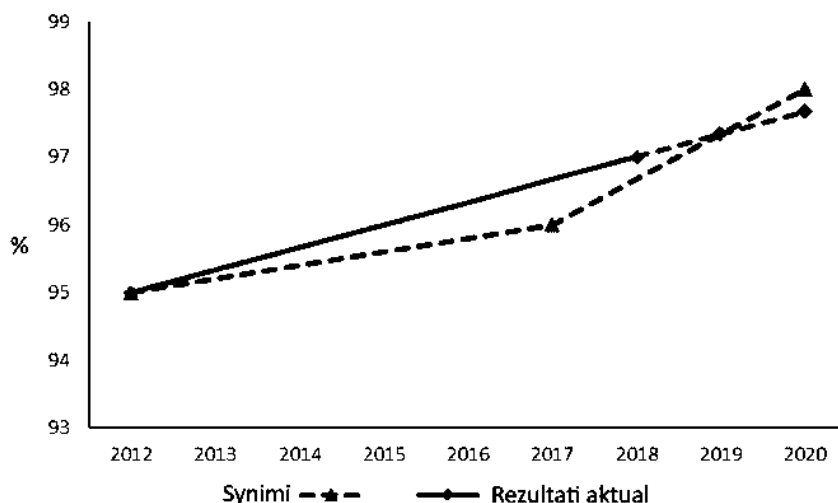
Grafiku 2. Vdekshmëria foshnjore nën 5 vjec (numri i vdekjeve të fëmijëve nën 5 vjec për 1000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

Treguesi i tretë (niveli i vdekshmërisë amtare), i paraqitur në Grafikon 3, tregon një progres të mirë që tejkalon ndjeshëm objektivat e përcaktuara. Megjithatë, këto objektiva të vendosura për këtë tregues në SKSH 2020 janë krejtësisht kundër intuitive pasi në vend që të synojnë uljen e vdekshmërisë, ato synojnë rritjen e saj. Prandaj, mendoj se është bërë ndonjë gabim në objektivat e vendosura.



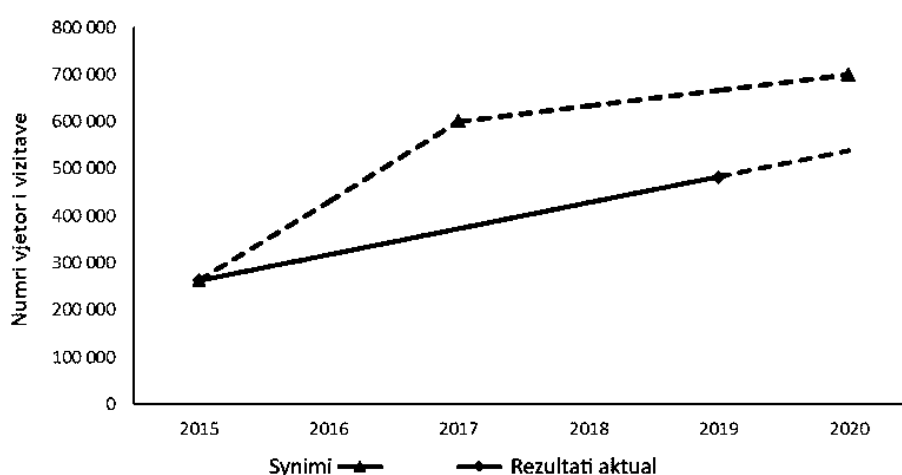
Grafiku 3. Vdekshmëria amtare (numri i vdekjeve amtare për 100,000 lindje të gjalla) në Shqipëri gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

Treguesi tjetër ka të bëjë me nivelin e mbulesës vaksinale (Grafiku 4). Ky indikator tregon progres të mirë megjithëse rritja e synuar e mbulimit midis 2017 dhe 2020 është mjaft ambicioze në krahasim me objektivin për vitin 2017. Megjithatë, objektivi i vitit 2020 duke plotësisht i arritshëm nëse bëhen përpjekje shtesë kjo që nga viti 2018 për të cilin janë të disponueshme shifrat më të fundit të matura të mbulimit të vaksinimit.



Grafiku 4. Mbulesa vaksinale e fëmijëve (përqindja e fëmijëve të moshës 0-6 vjec të vaksinuar) gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

Treguesi tjetër i referohet mbulimit të popullsisë nga Programi Kombëtar i Kontrollit Shëndetësor Falas për banorët shqiptarë të moshës 35-70 vjeç (Grafiku 5) në fuqi që nga viti 2015. Ky është një program për zbulimin dhe parandalimin e NCD-ve me qendër KSHP dhe pjesë e përpjekjes kombëtare drejt arritjes së mbulimi universal. Progresi ka qenë i rëndësishëm sipas të dhënave në dispozicion. Dhe ndërsa rritja fillestare e mbulimit është disi më e ulët në krahasim me objektivin për vitin 2017, kjo është rifituar pothuajse plotësisht në vitet në vijim dhe objektivi i vitit 2020 mund të arrihet nëse fuqizimi i mëtejshëm i programit, aksesimi në të dhe ndërgjegjësimi i përgjithshëm i popullatës (si fusha potenciale kyçe për forcimin) do të vazhdonin.



Grafiku 5. Pjesëmarrja në Programin Kombëtar të Kontrollit Shëndetësor Falas për banorët shqiptarë të moshës 35-70 vjeç (numri i popullatës së synuar që i është nënshtruar programit të depistimit) gjatë periudhës 2015-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

4.4.3.2 Vdekshmëria e parakohshme nga sëmundjet kryesore jo të transmetueshme

Nuk ishte e mundur të gjendej informacion lidhur me vdekshmërinë e parakohshme nga katër sëmundjet kronike kryesore (sëmundjet kardiovaskulare, tumoret malinje, diabeti mellitus dhe sëmundjet respiratore kronike).

Prandaj, nuk është bërë ndonjë analizë lidhur me këta indikatorë.

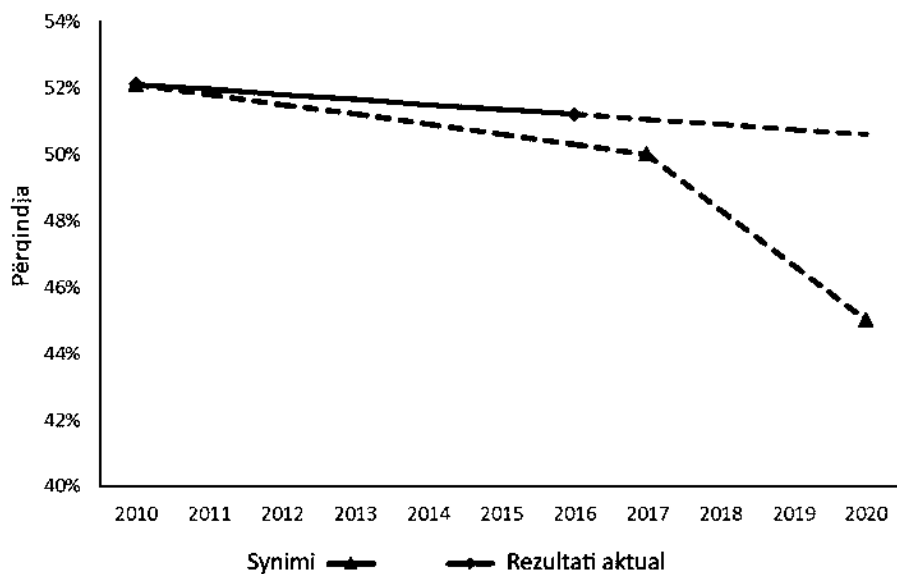
4.4.3.3 Indikatorët e lidhur me faktorët e rrezikut dhe stilin jo të shëndetshëm të jetesës

Sjelljet e rrezikshme të analizuar përfshijnë përdorimin e duhanit dhe alkoolit, kurse mbipesha dhe obeziteti përfaqësojnë indikatorët e stilit jo të shëndetshëm të jetesës.

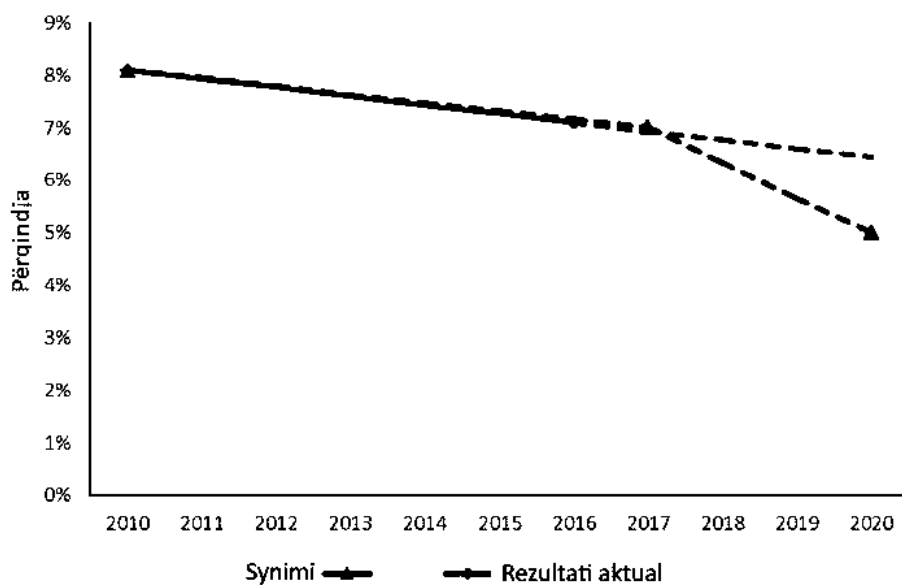
Prevalenca e duhanpirjes tek meshkujt shqiptarë (Grafiku 6) është dukshëm më e lartë krahasuar me femrat (Grafiku 7) – përkatësisht 51% dhe 7% në 2016. Duhet të theksohet se të dhënat më të fundit të disponueshme janë mjaft të vjetra (nga viti 2016), ndërsa në mënyrë ideale, ky indikator do të duhej të matej çdo vit për të mundësuar monitorim më të mirë të ndikimit të SKSH në këtë tregues.

Megjithatë, në Shqipëri ka pasur ndryshime pozitive në sjelljen e duhanpirjes, si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat. Objektivi i prevalencës së duhanpirjes për gratë në vitin 2017 me shumë mundësi u arrit duke pasur parasysh se trendi i mëparshëm vazhdoi ndërkohë që edhe burrat do të kishin qenë afër dhe do të shfaqnin ende trend pozitiv. Sidoqoftë, objektivat për vitin 2020 ishin mjaft ambicioze si për burrat ashtu edhe për gratë dhe nuk ka gjasa që këto të jenë arritur pa ndryshime të rëndësishme dhe forcimin e politikave të duhanpirjes, parandalimin dhe aktivitetet e promovimit të shëndetit në vitet e fundit.

I'a vlen të theksohet se krahasuar me bazën e vitit 2010, objektivat e 2020-ës për meshkujt synonin një rënie prej 15.8%, ndërsa për femrat rënia e synuar ishte 64% nga nivelet fillestare bazë. Kjo do të thotë më shumë se dy herë rënie relative më e lartë e planifikuar për gratë krahasuar me burrat, ndërsa objektivat për gratë me shumë gjasa janë arritur.



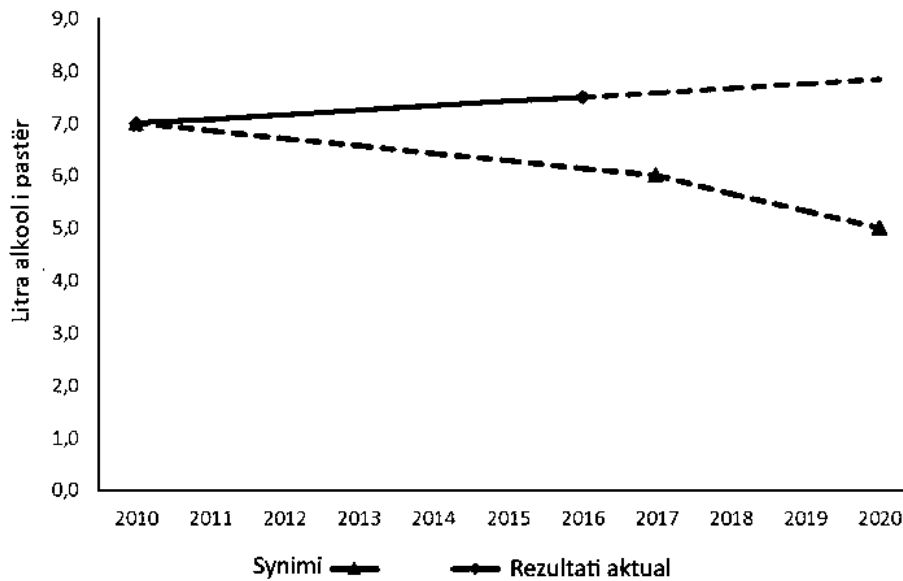
Grafiku 6. Prevalenca e standardizuar e duhanpirjes tek meshkujt 18 vjec e lart gjatë periudhës 2010-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



Grafiku 7. Prevalenca e standardizuar e duhanpirjes tek femrat 18 vjec e lart gjatë periudhës 2010-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

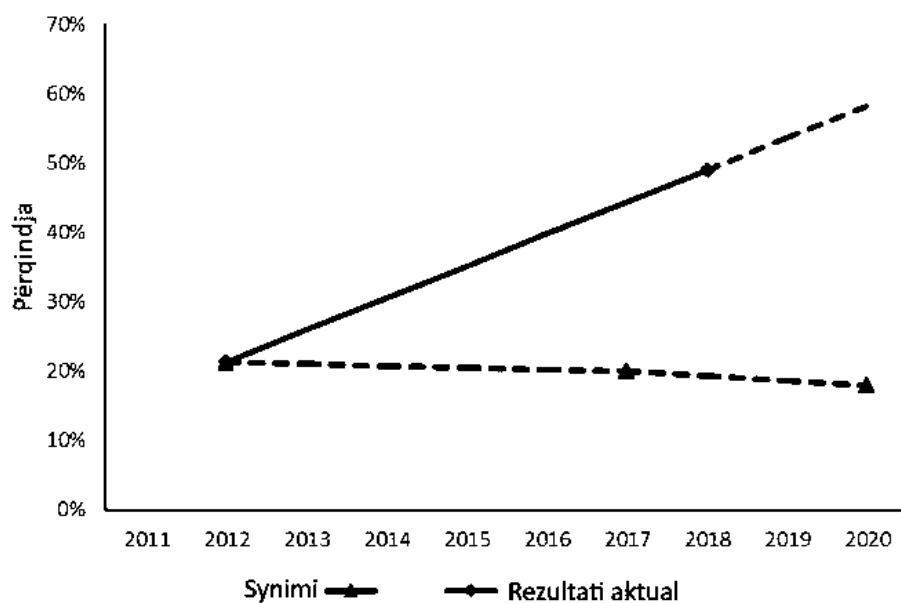
Indikatori që synon uljen e konsumit të alkoolit (Grafiku 8) nuk e ka arritur objektivin e tij pasi në vend të uljes së synuar është regjistruar rritje e konsumit. Përsëri, si të dhënat bazë ashtu edhe të dhënat më të fundit të disponueshme për konsumin e alkoolit në popullatën e të rriturve janë mjaft të vjetra (përkatësisht nga viti 2010 dhe 2016), por ekstrapolimet tregojnë se nëse

trendi i parë deri në vitin 2016 vazhdon, atëherë deri në vitin 2020 konsumi i alkoolit (në litra absolute alkool) do të ishte rritur me 0,8 litra krahasuar me bazën e vitit 2010, e cila nga ana tjetër do të ishte 2,8 litra (ose rreth 60%) më e lartë se objektivi për vitin 2020.



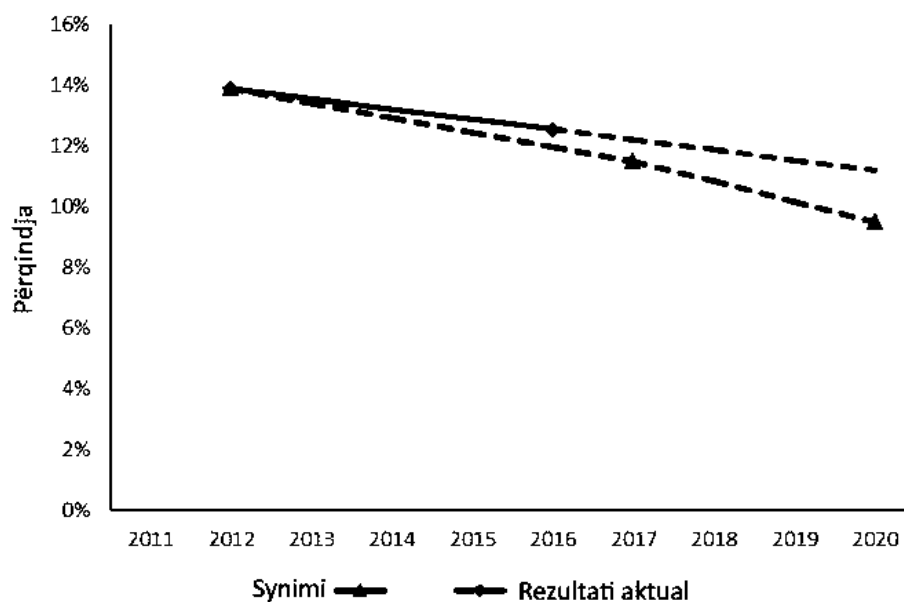
Grafiku 8. Konsumi total i alkoolit për frymë (litra alkool i pastër) midis individëve 15 vjec e lart gjatë periudhës 2010-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

Grupi tjetër i treguesve ka të bëjë me sjelljen shëndetësore të popullsisë dhe fokusohet në mbipeshën dhe mbipeshën midis grupeve të ndryshme të popullsisë. Prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) në popullatën e rritur (18 vjec e lart) tregon se që nga viti 2012 (viti bazë) prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit u rrit nga 21.3% në 49% në 2018, një rritje prej më shumë se dyfish. Në të kundërt, objektivat e planifikuar për këtë tregues parashikonin një ulje të lehtë të niveleve të obezitetit.

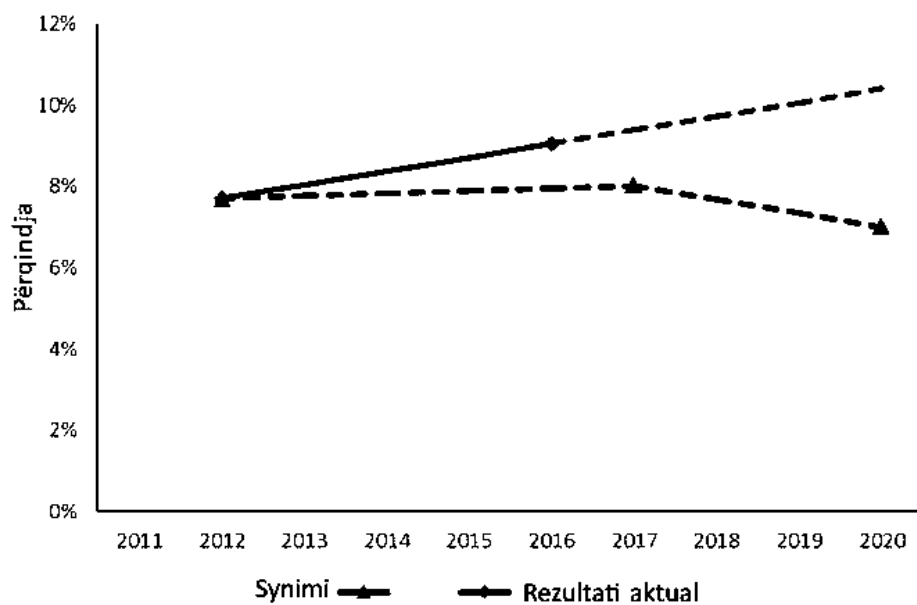


Grafiku 9. Prevalenca e standardizuar e mbipeshës dhe obezitetit ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) në popullatën e rritur 18 vjeç e lart gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

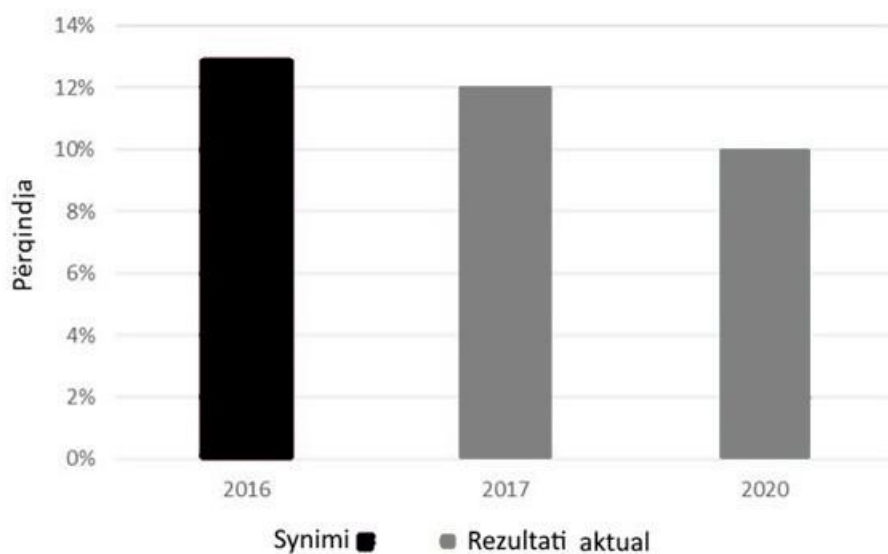
Treguesi tjetër për mbipeshën dhe obezitetin fokusohet tek fëmijët e moshës 7-10 vjeç dhe ndahet në 4 nën-tregues sipas kategorive mbipeshë/obezitet dhe djem/vajza. Të dhënat e disponueshme janë paraqitur në Grafikun 10, 11, 12, 13, 14 dhe 15.



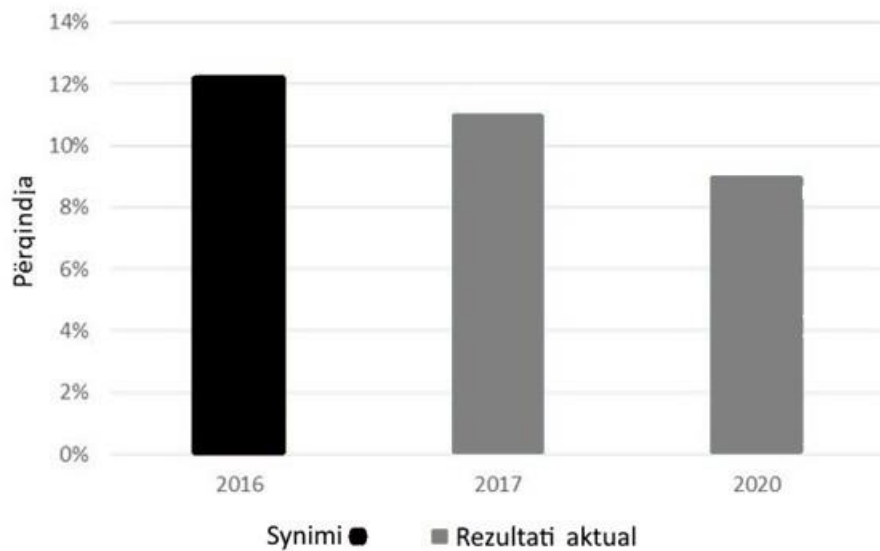
Grafiku 10. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e mbipeshës ($BMI 25-29 \text{ kg/m}^2$) tek fëmijët 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



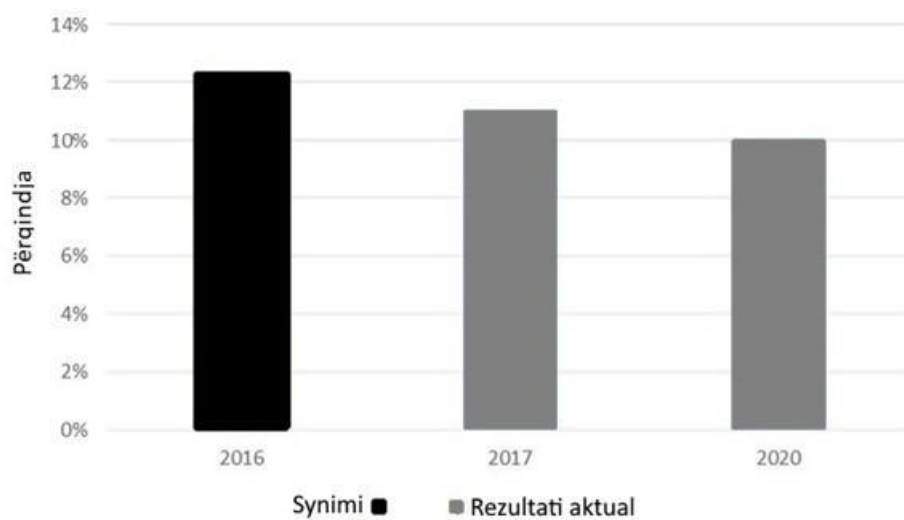
Grafiku 11. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e obezitetit ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tek fëmijët 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



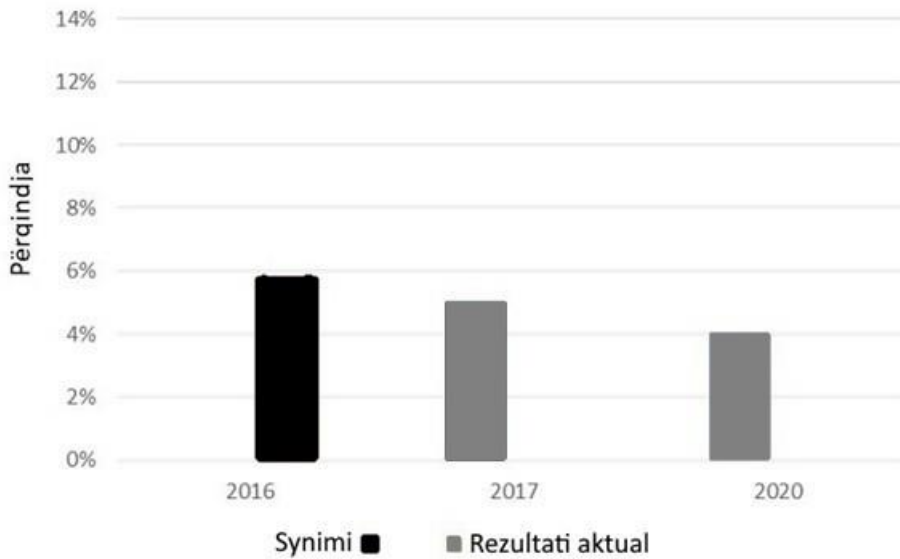
Grafiku 12. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e mbipeshës ($BMI 25-29 \text{ kg/m}^2$) tek djemtë 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



Grafiku 13. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e mbipeshës (BMI 25-29 kg/m²) tek vajzat 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



Grafiku 14. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e obezitetit (BMI ≥30 kg/m²) tek djemtë 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

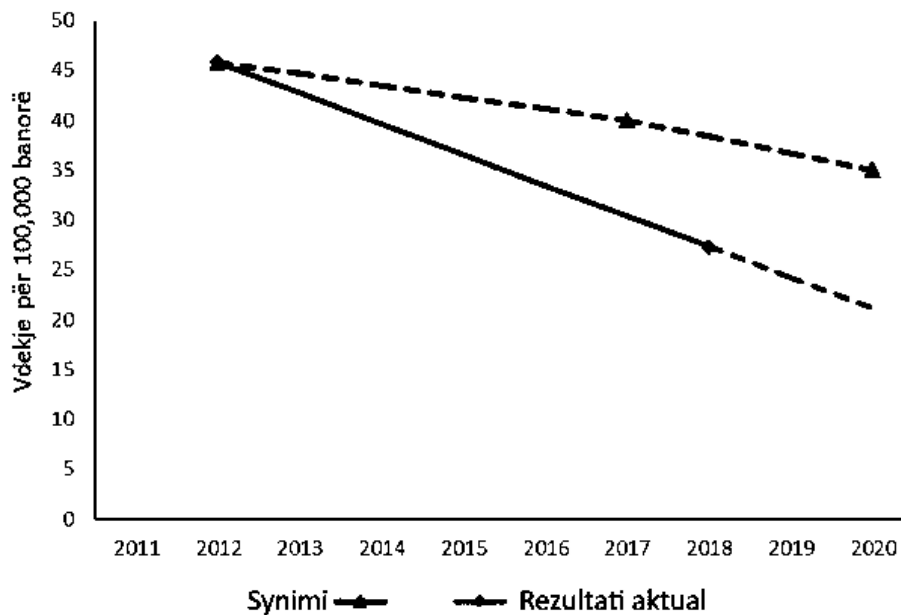


Grafiku 15. Prevalenca e standardizuar sipas moshës e obezitetit ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) tek vajzat 7-10 vjeç gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

Prevalenca e përgjithshme e mbipeshës mes djemve dhe vajzave të moshës 7-10 vjeç kishte rënë deri në vitin 2016 krahasuar me nivelin bazë (Grafiku 10). Paralelisht, nivelet e obezitetit janë rritur rreth 1 pikë përqindjeje midis 2012 dhe 2016 (Grafiku 11).

4.4.3.4 Vdekshmëria nga gjithë shkaqet e jashtme dhe lëndimet

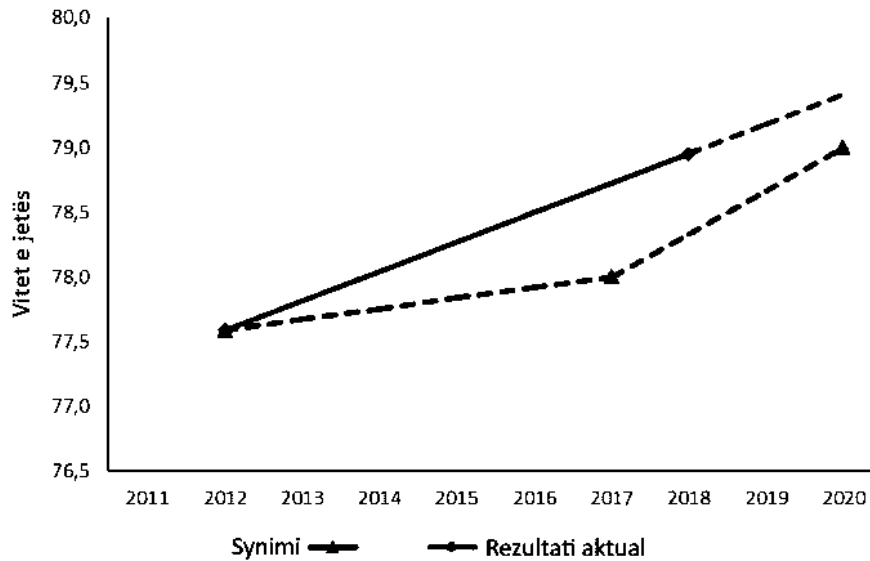
Indikatori i nivelit të vdekshmërisë së standardizuar për moshën nga shkaqet e jashtme dhe lëndimet (Grafiku 16) dëshmon për një progres të shkëlqyer krahasuar me vitin referencë (2012), pasi në vitin 2018 ka një rënie me 1.7 herë të këtij niveli dhe targeti për 2020 ishte tejkaluar gjithashtu.



Grafiku 16. Niveli i standardizuar i vdekshmërisë nga të gjitha shkaqet dhe lëndimet e jashtme gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

4.4.3.5 Jetëgjatësia e pritshme në lindje

Grafiku 17 paraqet ecurinë e jetëgjatësisë së pritshme në lindje (LE) gjatë viteve 2012-2020. Duke patur parasysh tendencat e vdekshmërisë nga të gjithë shkaqet e jashtme dhe lëndimet (Grafiku 16) nuk është surprizë rritja e jetëgjatësisë së pritshme sic tregohet në Grafikon 17. Objektivi i vitit 2020 prej 79 vitesh për LE-në u arrit në vitin 2018 dhe nëse vazhdon e njëjta tendencë, objektivi i vitit 2020 do të tejkalohet me 0.4 vjet. Jetëgjatësia e pritshme u rrit 0.9 vjet për gratë dhe 1.9 vjet për burrat gjatë asaj periudhe.

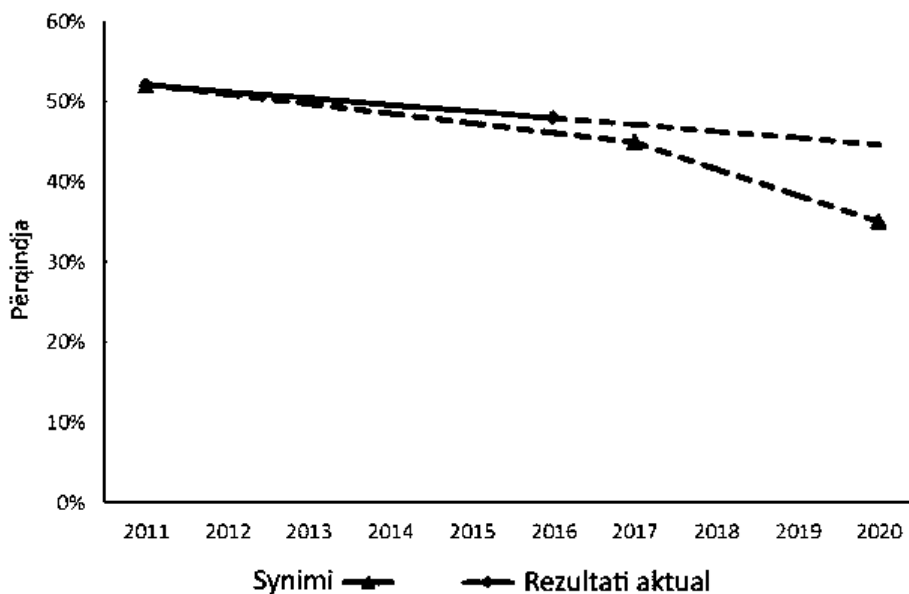


Grafiku 17. Jetëgjatësia e pritshme në lindje gjatë periudhës 2012-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

4.4.3.6 Shpenzimet shtëpiake nga xhepi si përqindje ndaj shpenzimit shëndetësor total

Grafiku 18 paraqet tendencat e indikatorit që tregon shpenzimet shtëpiake nga xhepi si përqindje ndaj shpenzimit shëndetësor total.

Niveli bazë i shpenzimeve nga xhepi i familjes (OOP) si përqindje e shpenzimeve totale shëndetësore ishte 52.1% në SKSH 2020 (Figura 18) me një objektiv prej 45% në 2017 dhe 35% në 2020. Ky tregues në Shqipëri ishte 48% në vitin 2016, një rënie prej 4 pikë përqindjeje gjatë 4 viteve – prirje pra lehtësisht të ndryshme nga nivelet e synuara. Reduktimi i planifikuar i OOP-ve nga viti 2017 në 2020 ishte më ambicioz sesa për periudhën 2012-2017 dhe viti i planifikuar 2020 nuk do të arrihej nëse do të vazhdonte i njëjti trend.

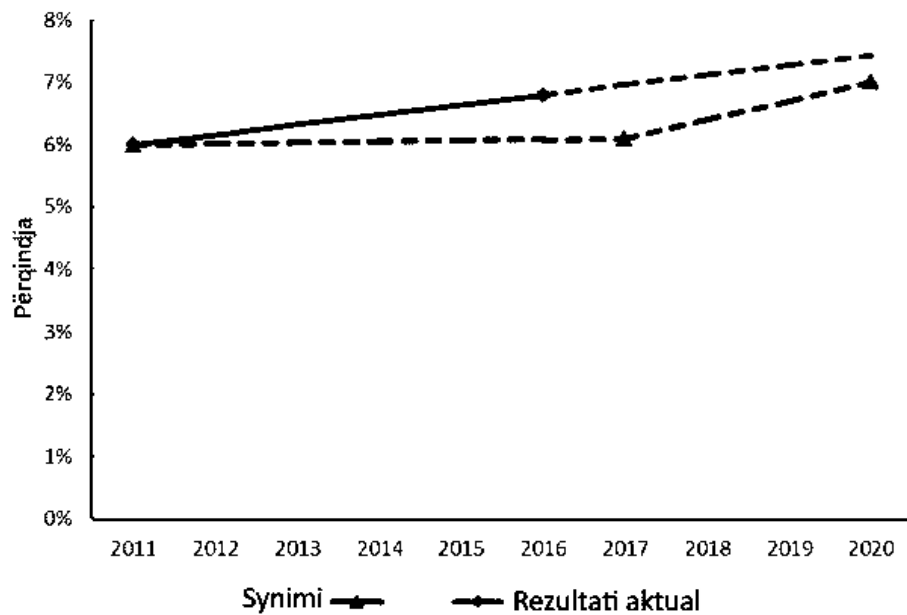


Grafiku 18. Shpenzimet shtëpiake nga xhepi si përqindje ndaj shpenzimit shëndetësor total gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

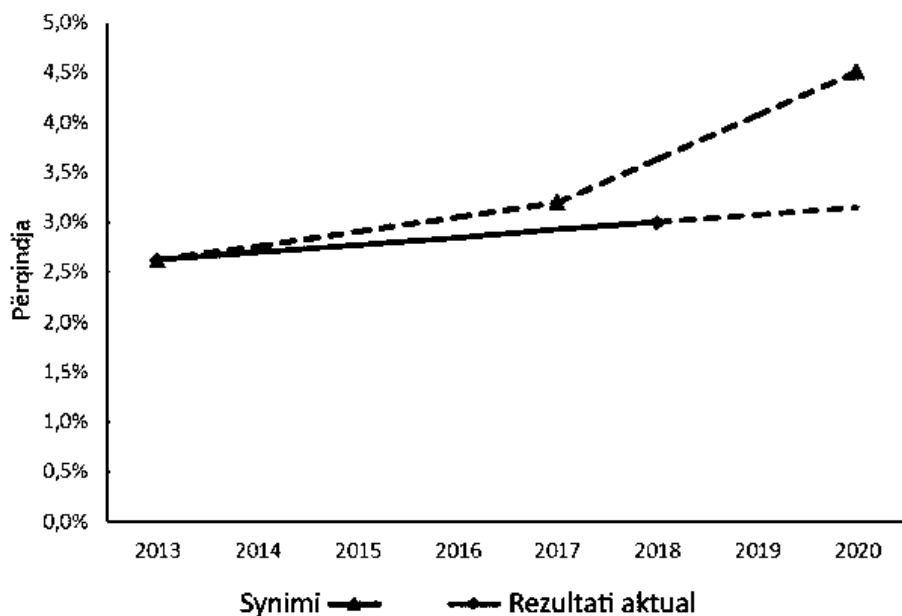
4.4.3.7 Shpenzimi shëndetësor total si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto dhe shpenzimi i shëndetit publik si përqindje e PBB

Grafiku 19 në vijim paraqet indikatorin e shpenzimit shëndetësor total (THE) si përqindje ndaj prodhimit të brendshëm bruto.

Në vitin 2016 shpenzimi shëndetësor total THE ishte rreth 6.8% krahasuar me 6% në vitin 2011. Kjo është një rritje e rëndësishme ndërsa shifrat shkojnë dhe pothuajse kanë arritur nivelin e synuar të vitit 2020 në 7% gjithashtu. Kur shikohet THE në lidhje me OOP dhe shpenzimet e shëndetit publik si përqindje e PBB-së (PubHE, Grafiku 20), duket se rritja e vëzhguar në THE është nxitur kryesisht nga rritja në PubHE e cila u rrit nga 2.6% në vitin bazë 2013 në 3% në 2018. Nivelet e synuara për PubHE për 2017 dhe 2020 u caktuan në SKSH 2020 përkatësisht 3.2% dhe 4.5%.



Grafiku 19. Shpenzimi shëndetësor total (THE) si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale



Grafiku 20. Shpenzimi i shëndetit publik (PubHE) si përqindje e prodhimit të brendshëm bruto gjatë periudhës 2011-2020: synimet dhe rezultatet aktuale

4.4.3.8 Situata lidhur me indikatorët cilësorë të SKSH 2016-2020

Së fundmi, janë 3 tregues cilësorë (treguesit 8, 13 dhe 14 të SKSH 2016-2020) rezultatet për të cilët janë si më poshtë:

- Politika kombëtare dhe/ose lokale e krijuar dhe e dokumentuar për adresimin e pabarazive shëndetësore (treguesi 8 në SKSH) – niveli bazë u vendos në 2 politika të tilla të pranishme me synimin për të pasur 4 dokumente të tilla deri në vitin 2020; deri në vitin 2017 kishte 3 të tilla në dispozicion.
- Përfundimi i procesit për përcaktimin e objektivave dhe objektivave brenda strategjisë Shëndeti 2020 të OBSH-së, i dokumentuar (treguesi 13 në SKSH) – rezultati është që procesi është përfunduar dhe dokumentuar.
- Një synim i trefishtë për 1) zhvillimin e politikave kombëtare në përputhje me Shëndetin 2020, 2) planin e veprimit, 3) mekanizmin e llogaridhënies (treguesi 14 në SKSH) – rezultati është që të gjitha këto janë përfunduar me sukses.

4.4.3.9 Situata lidhur me përmbushjen e aktiviteteve të planifikuara në katër prioritetet strategjike të SKSH 2016-2020

Analiza e statusit të aktiviteteve të planifikuara në katër prioritetet strategjike të SKSH 2016-2020 arriti në këto përfundime:

- Midis 76 aktiviteteve të SKSH 2016-2020, 67 prej tyre ose 88% rezultuan të përmbushura plotësisht ose pjesërisht, 6 aktivitete nuk ishin përmbushur dhe për 3 aktivitetet e mbetura nuk kishte informacion lidhur me përmbushjen e tyre.
- Aktivitetet e prioritetit strategjik 3 ishin përmbushur plotësisht ose pjesërisht në 95% të tyre, aktivitetet e prioritetit strategjik 4 ishin përmbushur në 91% të tyre, aktivitetet e prioritetit strategjik 1 ishin përmbushur në 89% të tyre dhe aktivitetet e prioritetit strategjik 2 ishin përmbushur në nivelin prej 71%.
- Midis aktiviteteve të prioritetit strategjik 1, aktivitetet më kryesore të përmbushura plotësisht përfshinin rritjen e vizitave para lindjes (4 vizita) për të gjitha gratë shtatzëna, zbatimi i protokolloeve geriatrike në nivelin e KSHP-së, 80% e qendrave shëndetësore ofrojnë shërbime bazë të standardizuara të shëndetit riprodhues, etj. Kurse aktivitetet e papërmbushura kryesisht kishin të bënin me arritjen e targeteve epidemiologjike (si për shembull targetet për hipertensionin, obezitetin, duhanin dhe alkoolin, etj.).
- Midis aktiviteteve të prioritetit strategjik 2, aktivitetet më kryesore të përmbushura plotësisht kishin të bënin me mbulimin universal, kurse “dështimet” më të mëdha kishin të bënin me pamundësinë për të reduktuar pagesat nga xhepi.
- Midis aktiviteteve të prioritetit strategjik 3, aktivitetet më kryesore të përmbushura plotësisht kishin të bënin me fuqizimin e shërbimit kombëtar të urgjencës dhe akreditimin e burimeve njerëzore në sektorin shëndetësor, licensimin dhe edukimin mjekësor të vazhdueshëm për përmirësimin e aftësive të tyre. Kurse aktivitetet e papërmbushura kryesisht kishin të bënin me kryesisht me proceset e vetë-akreditimit

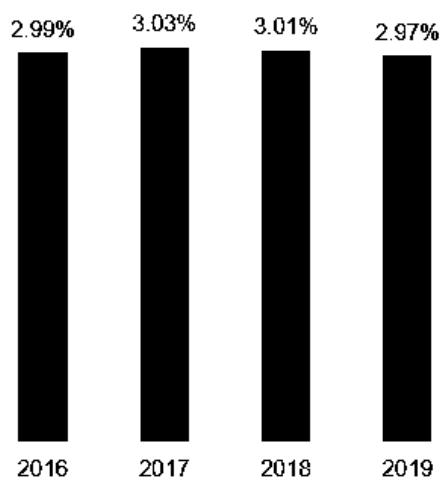
dhe mekanizmat e sigurimit të cilësisë, apo trajnimin e stafit lidhur me standardizimin e pajisjeve spitalore, etj.

- Midis aktiviteteve të prioritetit strategjik 4, aktivitetet më kryesore të përmbushura plotësisht përfshinin nevojën për të vlerësuar plane të ndryshme bashkëpunimi deri në fund të vitit 2020 (p.sh. plani i bashkëpunimit rajonal në raste krizash humanitare, bashkëpunimi në rajon dhe me BE-në për çështjet e migracionit, plani i bashkëpunimit rajonal në rastet e fatkeqësive natyrore) dhe progresi i sistemit elektronik shëndetësor (e-shëndeti), p.sh. zbatimi mbarëkombëtar i recetës elektronike, e-vizitave, e-referimeve dhe përfshirja e institucioneve shëndetësore publike dhe private në sistemin e regjistrave elektronike mjekësorë, etj.

4.4.3.10 Analizë e shpenzimeve shëndetësore

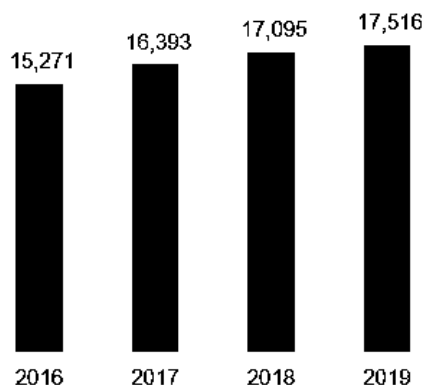
4.4.3.10.1 Tendencat e shpenzimeve shëndetësore në Shqipëri

Në vitin 2019, shpenzimet publike për shëndetësinë si pjesë e PBB-së ishin 2,97%, pa ndonjë ndryshim thelbësor krahasuar me vitet e mëparshme (Grafiku 21).



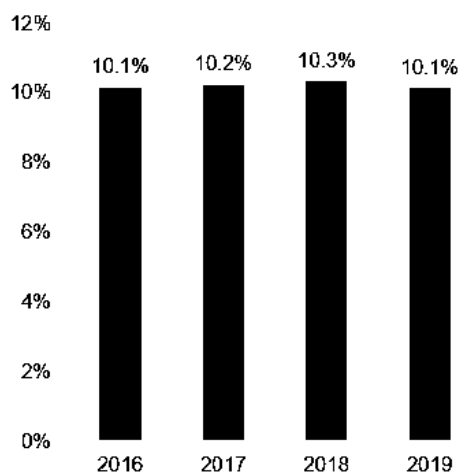
Grafiku 21. Shpenzimet publike për shëndetësinë si përqindje e PBB-së, 2016–2019

Ndërmjet viteve 2016 dhe 2019, shpenzimet publike për person në terma nominalë u rritën nga 15,271 lekë në 17,516 lekë (Grafiku 22).



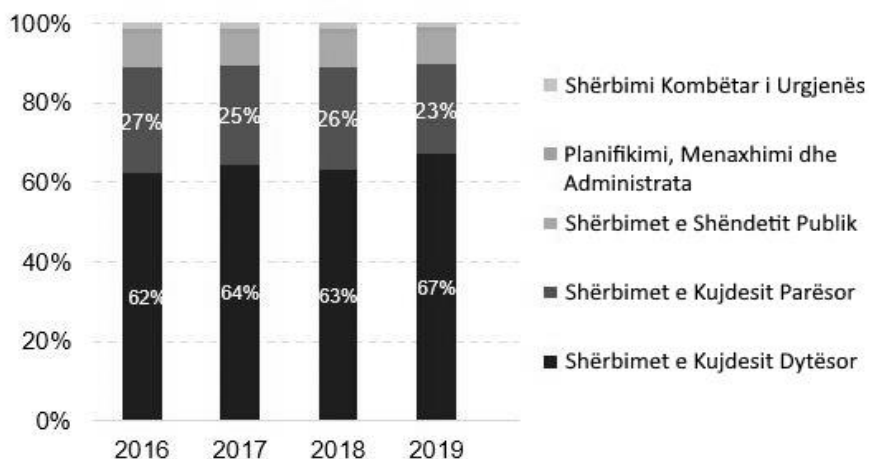
Grafiku 22. Shpenzimet publike për person në terma realë (në Lekë), 2016–2019

Midis viteve 2016 dhe 2018, shpenzimet publike për shëndetësinë si pjesë e shpenzimeve publike totale u rritën nga 10.1% në 2016 në 10.3% në 2018. Në vitin 2019 ra në të njëjtin nivel si në 2016 (Grafiku 23).



Grafiku 23. Shpenzimet publike për shëndetësinë si përqindje ndaj totalit të shpenzimeve publike, 2016–2019

Ndërmjet viteve 2016 dhe 2019, shumica e burimeve u ndanë për spitalet, pasuar nga kujdesi shëndetësor parësor dhe kujdesi shëndetësor publik. Burimet financiare të dedikuara për shërbimet shëndetësore publike ishin të qëndrueshme në 8% të totalit (Grafiku 24).



Grafiku 24. Buxheti i shtetit për shëndetësinë, sipas programeve, 2016–2019

4.4.3.10.2 Shpenzimet shëndetësore në situata emergjencash

Në Nëntor 2019, Shqipëria u godit rëndë nga një tërmet. Efekti total i fatkeqësisë në 11 bashkitë e prekura arriti në 985.1 milionë euro (121.21 miliardë lekë). Dëmet dhe humbjet në sektorin e shëndetësisë ishin 9.94 milionë euro. Tërmeti pati një ndikim të madh makroekonomik – dëmet u llogaritën në 6.4% të PBB-së së vitit 2018 dhe në 1.1% të PBB-së në humbje - dhe efekte në zhvillimin njerëzor dhe varfërinë. Nevojat totale të rimëkëmbjes për sektorin e shëndetësisë u vlerësuan në 14.55 milionë euro (1.79 miliardë lekë), duke përfshirë masat për reduktimin e rrezikut dhe rezistencën. Strategjia e rimëkëmbjes së sektorit shëndetësor u fokusua në rehabilitimin e objekteve të dëmtuara pjesërisht ose rëndë—nën drejtimin e MSHSP—për të përmirësuar aksesin dhe cilësinë e shërbimeve; standardizimi dhe modernizimi i pajisjeve, sistemeve të komunikimit dhe mobiljeve; trajnimi i burimeve njerëzore për gatishmërinë dhe reagimin ndaj emergjencave; dhe për të krijuar një qendër funksionale operacionale të urgjencës së shëndetit publik për të përmirësuar sistemet e paralajmërimit të hershëm, për të mbështetur koordinimin efektiv të përgjigjeve dhe për të përmirësuar komunikimin në të gjitha nivelet brenda sistemit shëndetësor (Albania Government, European Union, United Nations Development Programme, the World Bank, 2020).

Në Shkurt 2020, komuniteti ndërkombëtar u mbledh në Bruksel për të mbledhur fonde në mbështetje të rindërtimit dhe rehabilitimit pas tërmetit në Shqipëri. Gjatë konferencës ndërkombëtare u bënë premtime. Premtimi u drejtua nga Vlerësimi i Nevojave pas Fatkeqësisë, i cili identifikoi 1,076 miliardë Euro si nevoja totale për rikuperim. Donatorët mbledhën 1.15 miliardë euro. Më shumë se 295 milionë euro u angazhuan në formën e granteve dhe 853 milionë euro si kredi. Për më tepër, 3 milionë euro u ofruan në natyrë (European Commission, 2020).

Për të përballuar krizën shëndetësore të shkaktuar nga COVID-19, Qeveria shqiptare akordoi një shtesë prej 25 milionë dollarësh, të destinuara për t'u përdorur kryesisht për furnizime dhe staf mjekësor (Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 205, datë 9 Mars 2020). Janë marrë masa

të tjera për përshpejtimin e prokurimit të furnizimeve mjekësore kritike (Vendim KM nr. 243, datë 24.03.2020; Vendim KM nr. 203, datë 26.02.2020).

Nuk ka pasur ndryshime të dukshme në shpërndarjen e shpenzimeve shëndetësore në lloje të ndryshme të kujdesit.

Qeveria ka negociuar për shtyrjen e zbatimit të disa kontratave koncesionare, si Programi i Kontrollit Shëndetësor dhe Shërbimet Laboratorike Spitalore.

Kishte stimuj pagese për punonjësit shëndetësorë që u kujdesën për pacientët me COVID-19. Partnerët ndërkombëtarë të zhvillimit ranë dakord të mbledhin fonde dhe t'u përgjigjen nevojave të vendit në përballjen me COVID-19. Ata kanë mbështetur sektorin e shëndetësisë në vend përmes prokurimit të artikujve të nevojshëm (Pajisje Personale Mbrojtëse, ventilatorë, pajisje të tjera mjekësore, etj.).

4.4.3.10.4 Politikat e mbulimit – bazat për të përfituar mbulimin e sigurimeve shëndetësore

Baza për të drejtën për përfitime të Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) është pagesa e kontributeve. Nuk ka vlerësime të fundit për përqindjen e personave të pasiguruar. Një raport i Bankës Botërore i vitit 2015 e vendos shifrën në 61% të popullsisë totale të mbuluar (World Bank, 2015).

4.4.3.10.5 Politikat e mbulimit – paketa e përfitimeve me financim publik

Personat e pasiguruar kanë të drejtë për kujdes urgjent të financuar nga publiku. Duke nisur nga viti 2015, personat e moshës nga 40 deri në 65 vjeç kanë gjithashtu të drejtën e një kontrolli shëndetësor vjetor falas, pavarësisht nga statusi i tyre i sigurimit apo posedimi i kartës së sigurimit shëndetësor. Në vitin 2016, kontrolli u shtri edhe për personat e moshës nga 35 deri në 70 vjeç. Në vitin 2017, personave të pasiguruar iu dha e drejta për vizita falas te mjekët e përgjithshëm.

Personat e siguruar kanë të drejtë në gamën e plotë të përfitimeve. Paketa e përfitimeve të financuara nga publiku është relativisht gjithëpërfshirëse. Ai përfshin shërbimet e ofruara nga një kombinim i qendrave dhe spitaleve të kujdesit parësor publik dhe privat të kontraktuar, si dhe ofruesit e kontraktuar të barnave, produkteve mjekësore dhe trajtimeve të tjera.

4.4.3.10.6 Politikat e mbulimit – bashkë-pagesat dhe pagesat nga xhepi (OOP)

Urdhri Nr. 493, datë 02.07.2019, specifikon tarifat e përdoruesit që paguajnë personat e pasiguruar dhe të siguruar si përfitues të përfitimeve të FSDKSH.

Barnat e përshkruara për pacientët ambulatorë klasifikohen në gjashtë grupe terapeutike me nivele të ndryshme mbulimi. Përqindja e bashkëpagesave varion nga 0% në 50% të një çmimi

referencë. Pensionistët, veteranët e luftës dhe fëmijët nën 1 vjeç përjashtohen nga bashkëpagesa për versionin gjenerik me çmimin më të ulët të çdo ilaçi të mbuluar (Vogler dhe bp., 2018). Masa shtesë për të siguruar mbulim të plotë të barnave për disa sëmundje kronike - bazuar në barnat e para alternative me çmimin më të ulët - janë futur në vitin 2017.

4.4.3.10.7 Politikat e mbulimit – blerja e shërbimeve

Blerja i referohet transferimit të fondeve të grumbulluara tek ofruesit e shërbimeve shëndetësore. Blerja përfshin se cilat shërbime janë blerë (të drejtën e përfitimit, mbulimin e shërbimit dhe tarifën e përdoruesit), mënyrën se si paguhen ofruesit (pagesa nga ofruesi) dhe kush është blerësi.

Qëllimi i blerjes strategjike është të përfitojë më shumë vlerë nga paratë e shpenzuara për shëndetin. Vlera në kontekstin e mbulimit universal nënkupton aspekte të ndryshme: mbulim më i madh, shërbime më të mira dhe mbrojtje financiare e zgjeruar brenda të gjitha burimeve të disponueshme.

Pagesat e ofruesve në kujdesin shëndetësor bëhen nga disa burime: FSDKSH, MSHMS, buxheti i shtetit dhe buxheti i Bashkive; gjithashtu janë dhe të “ardhurat sekondare” që vijnë në formën e bashkë-pagesës nga pacientët për shërbime të caktuara (por këto nuk mund të përdoren për pagesën e personelit shëndetësor).

Që prej vitit 2015, modeli i pagesës është një buxhet i zërit i fokusuar në inpute. Linjat buxhetore mbulojnë pagat, barnat, shërbimet komunale (ngrohja, furnizimi me ujë dhe menaxhimi i mbeturinave), shpenzimet për karburant dhe mirëmbajtjen e transportit (vetëm nëse qendra shëndetësore ka automjete). Linjat buxhetore ndahen në mënyrë të barabartë në këste mujore nëpër qendrat e kujdesit shëndetësor parësor.

Pagesat e FSDKSH-së përjashtojnë investimet kapitale dhe blerjen e pajisjeve—këto kategori shpenzimesh bien nën përgjegjësinë e MSHMS (së fundmi në përgjegjësinë e Operatorit) – dhe përfshijnë mirëmbajtjen që llogaritet në shumat historike dhe mund të zhvendoset ndërmjet kategorive specifike të shpenzimeve vetëm pas kërkesës dhe marrëveshjes formale nga FSDKSH.

Të gjithë punonjësit e kujdesit parësor shëndetësor janë me pagë. Mjekët e përgjithshëm marrin një pagesë për frymë që është e barabartë me rreth 30% të pagës totale. Në pagat e mjekëve të kujdesit parësor janë integruar komponentë të tjerë: paga bazë, e cila varet nga specialiteti; pesë bonuse të ndryshme për zonën gjeografike: vitet e përvojës; specializimi nëpërmjet rezidencës; shtesë për drejtorët e qendrave shëndetësore, e cila varet nga madhësia e tyre. Infermierët janë me rrogë të plotë.

Spitalet në Shqipëri janë të organizuar si një sistem me tre nivele: spitale bashkiake, rajonale dhe terciare. Çdo vit, FSDKSH dhe spitalet individuale nënshkruajnë kontratën. Çdo spital ka një zë buxhetor që mbulon pagat, kontributet e sigurimeve shëndetësore dhe shoqërore dhe shpenzimet operative (mallra dhe shërbime). Gjithashtu, disa fonde ndahen për paketat e

shërbimeve speciale të ofruara në spitalet private; shërbimet e Partneritetit-Publik-Privat (PPP) në spitale, shpërblime për mjekët e specializuar që ofrojnë shërbim në disa spitale dhe mbulimi i shpenzimeve për raste të veçanta të vendosura nga Këshilli i Ministrave.

Shpenzimet kapitale për investime financohen kryesisht nga buxheti i shtetit, pra MSHMS. Spitalet mund të kryejnë investime edhe të financuara nga burime të tjera (fondet e krijuara nga të ardhurat e realizuara gjatë veprimtarisë së tyre dhe donacionet), me miratimin e MSHMS-së.

MSHMS është përgjegjëse për personelin e spitalit. FSDKSH-ja kontrollon dhe monitoron spitalin për shpenzimet buxhetore vjetore dhe të gjitha aktivitetet sipas kushteve të përcaktuara në kontratë.

4.4.3.10.8 Politikat e mbulimit – shtrirja e blerjes strategjike

Institucionet e kujdesit shëndetësor në Shqipëri kanë dy burime kryesore të ardhurash: i pari vjen nga FSDKSH dhe mbulon pagat, kontributin e pagave, shërbimet e ofruara dhe të tjerat. Burimi i dytë i të ardhurave vjen drejtpërdrejt nga pacientët si shpenzime nga xhepi dhe pagesat informale. Kjo mënyrë e financimit të objekteve nuk merr parasysh plotësisht nevojat e pacientëve. Si rrjedhojë, blerja aktuale e shërbimeve shëndetësore është pasive pasi ndjek një buxhet të paracaktuar që rregullohet çdo vit. Buxheti i zërave të linjës është një mënyrë për të menaxhuar informacionin e buxhetit sipas llojeve të shpenzimeve ose kategorive të kostove. Ndërsa kjo qasje synon të rrisë transparencën dhe llogaridhënien, ajo shpesh në fakt mund të kufizojë fleksibilitetin dhe të çojë në shpërndarje joefikase të burimeve. Përkundrazi, blerja aktive përfron fondet dhe stimujt, dhe lidh transferimin e fondeve të ofruesit, të paktën pjesërisht, me performancën ose nevojat shëndetësore të njerëzve të cilëve u shërbejnë.

4.4.3.10.9 Politikat e mbulimit – aksesit dhe mbrojtja financiare

Nevoja e paplotësuar është një indikator i aksesit të kujdesit shëndetësor. Nevoja e paplotësuar për kujdes shëndetësor u rrit nga 19% në 2017 në 21.5% në 2018. Në mënyrë të ngjashme, nevoja e paplotësuar për kujdesin dentar u rrit nga 20.5% në 2017 në 23.6% në 2018 (INSTAT, 2020).

KAPITULLI V. DISKUTIMI

Duke përshkruar, studiuar dhe analizuar indikatorë të ndryshëm të sistemit shëndetësor, studimi aktual hedh dritë mbi impaktin e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor shqiptar. Kjo është e rëndësishme duke qënë se, në fund të fundit, qëllimi i këtyre politikave është rritja e kosto-efektivitetit të sistemit shëndetësor dhe kujdesit shëndetësor, rritja e performancës së sistemit, përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor, të cilat duhet të përkthehen në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës shqiptare dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës së popullatës shqiptare.

Shëndeti dhe mundësia për të patur akses në kujdesin shëndetësor me cilësi të lartë, të përballueshëm nga ana financiare, në kohën e duhur dhe ku njerëzit kanë nevojë, është një e drejtë njerëzore universale. Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2016-2020, e cila mund të konsiderohet si një ombrellë e politikave shëndetësore, që integron dhe koordinon të gjithë aktorët që luajnë rol në sistemin shëndetësor, duke qënë gjithashtu në linjë me Strategjinë Kombëtare të Zhvillimit dhe Integritimit 2015-2020, synon pikërisht mbulimin universal të të gjithë popullatës shqiptare në mënyrë që të arrihet ideali i shëndetit.

Shëndeti është një vlerë themelore, e cila është në themel të rritjes së produktiviteti dhe mirëqënies së të gjitha popullatave njerëzore (Sharpe dhe Fard, 2022; Marzorati dhe Pravettoni, 2017). Për këtë arsye, cdo shtet duhet të investojë fuqishëm në shëndet dhe cdo qeveri duhet të jetë e angazhuar për të arritur nivelin më të lartë të mundshëm të shëndetit për popullsinë që ajo drejton (Dyakova dhe bp., 2017).

Për këtë arsye, analizimi i treguesve të shëndetit të popullsisë shqiptare është mënyra më e mirë për të verifikuar suksesin e politikave të administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin e shëndetësisë në Shqipëri.

Sic e evidentuam në seksionin e rezultateve të këtij punim shkencor, Shqipëria ka bërë një progres shumë të mirë në drejtim të rritjes ekonomike, duke u klasifikuar si një vend me të ardhura të mesme të larta.

Po kështu, ka patur një rritje shumë të kënaqshme të jetëgjatësisë si te tek meshkujt ashtu edhe tek femrat, e krahasueshme por gjithsesi më e ulët sesa mesataret e Bashkimit Europian ku jetëgjatësia e pritshme mesatare për meshkujt në vitin 2018 ishte 78.2 vjec kurse për femrat ishte 83.7 vjec (EUROSTAT, 2022a.).

Treguesi i vdekshmërisë foshnjore rezultoi më i lartë në Shqipëri (10.3 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 2019 kundrejt 8.0 vdekje për 1000 lindje të gjalla në 2017) krahasuar me vendet e BE-së ku ky indikator është mjaft i ulët (4.1 vdekje për 1000 lindje të gjalla në vitin 2017 dhe 3.7 vdekje për 1000 lindje të gjalla në vitin 2019) [Clark, 2022]. Duke qënë se niveli i vdekshmërisë foshnjore është një ndër treguesit kryesor të gjendjes së shëndetit të popullatës dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor të popullatës (Reidpath dhe Allotey, 2003), atëherë niveli i lartë i këtij indikator në vendin tonë (dhe për më tepër tendencat në rritje të tij midis viteve 2017 dhe 2019!) nënkuptojnë se ka ende shumë për të bërë në mënyrë që të përmirësohet

kujdesi shëndetësor për të porsalindurit dhe për të ulur më tej nivelin e këtij indikatori në vendin tonë.

Një situatë e ngjashme u evidentua edhe lidhur me nivelin e vdekshmërisë fëmimore nën 5 vjec ku ky tregues në Shqipëri rezultoi rreth 2.5 herë më i lartë se sa treguesi mesatar në vendet e Bashkimit Evropian që ishte rreth 4 vdekje për 1000 lindje të gjalla në vitet përkatës (2017 dhe 2018) [World Bank, 2022a]. Edhe ky është një tregues i rëndësishëm i shëndetit të popullatës dhe gjendjes së kujdesit shëndetësor; kuptohet se nivelet e larta të këtij indikatori në vendin tonë (krahasuar me mesataren e Bashkimit Evropian) nënkuptojnë se ka ende hapësirë për përmirësime të mëtejshme në mënyrë që të ulët vdekshmëria foshnjore nën 5 vjec. Për këtë është e nevojshme që të evidentohen saktë shkaqet e vdekjeve në këtë grup-moshë, dhe më pas të ndërmerren masat dhe përmirësimet e nevojshme për t'i shmangur humbjet e jetës tek fëmijët. Natyrisht, kjo është çështje e kërkimit shkencor, të dhënat e të cilit duhet të informojnë politikën e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik të sistemit shëndetësor, duke u përkthyer në masa dhe ndërhyrje konkrete.

Krahasuar me vendet e tjera të Evropës Juglindore, barra e sëmundjeve ngjitëse, sëmundjeve të nënës, sëmundjeve neonatale dhe sëmundjeve me origjinë ushqimore në Shqipëri (DALY të standardizuara sipas moshës për 100,000 banorë) në vitin 2017 ishte më e lartë, ndërsa në Slloveni ishte më e ulët. Megjithatë, dallimi me vendet fqinje nuk ishte i konsiderueshëm (Global Burden of Disease, 2017).

Niveli i vdekshmërisë nga sëmundjet jo të transmetueshme (NCD), i standardizuar për moshën në Shqipëri është ende ndër më të ulëtat në rajonin e Evropës Juglindore (Sllovenia e ndjekur nga Greqia shfaq nivelet më të ulëta të vdekjeve nga NCD-të). Vlen të përmendet se ka evidencë shkencore të një rënies në nivelin e vdekjeve nga NCD në të gjitha vendet e Evropës Juglindore, me një rënie të dukshme të vërejtur veçanërisht në Slloveni (me 76% ulje nga 1990 në 2017) [Global Burden of Disease, 2017].

Nga ana tjetër, evidentohet një ulje e nivelit të vdekshmërisë nga sëmundjet kardiovaskulare në të gjitha vendet e Evropës Juglindore, por ritmi i rënies në Shqipëri është ndër më të ulëtat në rajon (vetëm 8% rënie nga viti 1990 në 2017), ndërsa për të njëjtën periudhë shkalla e vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare në Slloveni është ulur me 2.3 herë, në Kroaci me 1.8 herë dhe në Maqedoninë e Veriut me 1.6 herë (Global Burden of Disease, 2017).

Krahasuar me vendet e tjera të Evropës Juglindore (SEE), barra e përgjithshme e standardizuar sipas moshës së sëmundjeve në popullatën shqiptare në vitin 2017 ishte dukshëm më e lartë se në Greqi e ndjekur nga Sllovenia dhe Bosnje-Hercegovina, por më e ulët se në Maqedoninë e Veriut dhe veçanërisht në Serbi (Global Burden of Disease, 2017).

Në vitin 2017, barra e sëmundjeve jo të transmetueshme (NCD-ve) e shprehur në DALY për 100,000 banorë, në Shqipëri ishte më e lartë se në Slloveni, e krahasueshme me Kroacinë, por më e ulët se në shumicën e ish-Republikave Jugosllave (Global Burden of Disease, 2017).

Bazuar në renditjen e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë në Shqipëri, sic e përmendëm, dukshëm vendi jonë është në fazën e tranzicionit epidemiologjik, ku faktorët kryesore të

sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë dominohen nga shkaqet jo infektive. Prandaj, bazuar në këtë tranzicion të shpejtë epidemiologjik, ka nevojë urgjente për një qasje të integruar për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve jokronike, e cila aktualisht përbën një komponent qendror të reformës së sektorit shëndetësor në Shqipëri.

Lidhur me nivelin e lartë të lëndimeve nga aksidentet rrugore mund të themi se faktorët kryesorë që ndikojnë në barrën e lartë të aksidenteve rrugore në Shqipëri kanë të bëjnë me faktorët demografikë, si të qenit i ri dhe mashkull; infrastrukturë e dobët rrugore, veçanërisht për shkak të mungesës së planit, projektimit dhe kufijve të shpejtësisë efektive; shpejtësia e papërshtatshme dhe e tepërt, drejtimi i alkoolit dhe drogës dhe defektet në rrugë për shkak të mirëmbajtjes jo të duhur (Misioni MAPS, 2018).

Barra relativisht e lartë e sëmundjes në Shqipëri shkaktohet nga një gamë e gjerë faktorësh përcaktues shëndetësorë, por veçanërisht, për shkak të prevalencës së lartë të presionit të lartë të gjakut (faktor i kryesor i rrezikut për popullatën shqiptare sipas vlerësimeve të Global Burden of Disease - GBD), rreziqeve të lidhura me ushqimin (e dyta), pirja e duhanit (faktor i tretë i rrezikut), si dhe mbipeshësia dhe obeziteti, niveli i lartë i sheqerit në plazmë dhe pasiviteti fizik (Global Burden of Disease, 2017).

Rritja e konsiderueshme e prevalencës së obezitetit si te meshkujt ashtu edhe te femrat e rritur në Shqipëri është një çështje shqetësuese. Në të kundërt, ka pasur një rënie të lehtë të prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit tek fëmijët meshkuj në vitet e fundit.

Përsa i përket mbulesës vaksinale, gjendja është e qëndrueshme, me mbulesën vaksinale në vendin tonë që vazhdon të jetë në nivele shumë të larta. Kjo është në vazhdim të traditës dhe strukturave të konsoliduara të vaksinimit në vendin tonë.

Pjesëmarrja në Kontrollin Shëndetësor Bazë (Check-up) nuk është në nivelin e synuar, por vërehet një përmirësim i këtij indikator me kalimin e kohës.

Përsa i përket duhanpirjes, të dhënat, tendencat dhe objektivat tregojnë se ka shumë hapësirë për të përmirësuar ndërhyrjet për parandalimin dhe lënien e duhanit, veçanërisht tek meshkujt.

Vërehet një rritje e konsumit të alkoolit në Shqipëri përgjatë viteve, një gjetje kjo që nuk përputhet me objektivin përkatës të deklaruar të SKSH 2016-2020. Në mënyrë të ngjashme me të dhënat për duhanin, një përditësim vjetor i të dhënave të konsumit të alkoolit do të ndihmonte për të drejtuar më mirë dhe për të përshtatur parandalimin e alkoolit dhe aktivitetet e lidhura me promovimin e shëndetit pasi ka hapësirë të konsiderueshme për t'u vepruar qoftë nëpërmjet forcimit të ndërhyrjeve ekzistuese, shtimit të ndërhyrjeve të reja, rregullimit të objektivave të ndërhyrjes ose një kombinim të të gjithave sa më sipër.

Edhe tendencat e mbipeshës dhe obezitetit janë në rritje në popullatën adulte në vendin tonë. Duhet theksuar se objektivat lidhur me uljen e mbipeshës dhe obezitetit mund të kenë qënë ndër objektivat më ambicioze të të gjithë kuadrit të treguesve të SKSH 2016-2020, sepse vetëm shumë pak vende kanë arritur të ndalojnë rritjen e mbipeshës, nëse i'a kanë dalë në këtë mision. Megjithatë, vetëm ky tregues nuk jep shumë njohuri për arsyet dhe forcat shtytëse pas këtyre tendencave në rritje në Shqipëri, prandaj i'a vlen të merret në konsideratë një analizë e

hollëishme për këto çështje, në mënyrë që të kemi një platformë më të mirë për planifikimin dhe targetimin e aktiviteteve të në strategjinë e re kombëtare të shëndetësisë.

Ndërkohë, situata duket më optimiste tek fëmijët e moshës 7-10 vjec, ku u evidentuan ulje të mbipeshës deri në vitin 2016. Kjo është arritje e rëndësishme edhe pse nivelet e synuara mund të mos arrihen plotësisht gjatë jetës, veçanërisht nëse këto nivele mbipeshë mund të mbahen pasi këta fëmijë 7-10 vjeç kalojnë në grupmoshat më të mëdha dhe më në fund në moshën madhore. Po kështu, rritja e prevalencës së obezitetit në këto moshë ishte pothuajse e papërfillshme midis 2012 dhe 2016. Pra, situata duket premtuese midis fëmijëve në krahasim me të rriturit, ndërsa përqendrimi shtesë tek djemtë gjatë planifikimit të aktiviteteve mund të përmirësojë më tej rezultatet.

Indikatori i nivelit të vdekshmërisë së standardizuar për moshën nga shkaqet e jashtme dhe lëndimet dëshmon për një progres të shkëlqyer përgjatë kohës duke u ulur me 1.7 herë në vitin 2018 krahasuar me vitin 2012 dhe duke tejkaluar targetin e vitit 2020 të SKSH-së gjithashtu.

Përsa i përket jetëgjatësisë së pritshme (LE), rritja e saj dy herë më e lartë tek meshkujt krahasuar me femrat përputhet mirë me reduktimin e vdekshmërisë nga shkaqet dhe lëndimet e jashtme pasi këto vdekje zakonisht janë më të zakonshme tek meshkujt. Vlen gjithashtu të përmendet se deri në vitin 2018 pabarazia e LE-së midis burrave dhe grave ra në 3.1 vjet, e cila ishte gjithashtu nën mesataren e BE-së në 5.2 vjet në 2017.

Përsa i përket pagesave nga xhepi (OOP), duhet theksuar se SKSH 2020 parashikoi disa reforma strukturore të sektorit shëndetësor që duhet të kishin reduktuar OOP më tej dhe më shpejt. Mbetet që të vlerësohen shifrat e këtij indikatori për vitet në vijim për të parë efektivitetin e këtyre ndërhyrjeve.

Lidhur me shpenzimin shëndetësor total (THE) dhe shpenzimin e shëndetit publik (PubHE), mund të pohojmë se niveli i synuar për PubHE në vitin 2020 ishte mjaft ambicioz kur shikon tendencat aktuale dhe do të kishte nevojë për rritje të konsiderueshme në shpenzimet e shëndetit publik që do të zhvendoste barrën e financimit të shëndetësisë nga familjet në fondet publike gjithnjë e më shumë, duke përshpejtuar kështu arritjen e mbulimit universal dhe rritjen e barazisë shëndetësore.

Përbushja e aktiviteteve të planifikuara në katër prioritetet strategjike të SKSH 2016-2020 ishte në nivelin 88% (të përbushura plotësisht ose pjesërisht). Shumë punë mbetet për t'u bërë në drejtim të mbrotjes financiare të qytetarëve, mbulimit efektiv universal dhe shtrirjen e tij, për të reduktuar pagesat nga xhepi për kujdesin shëndetësor, etj. Po kështu, duhen përpjekje edhe më të mëdha për të arritur targetet ambicioze epidemiologjike (lidhur me duhanpirjen, mbipeshën, obezitetin, etj.). Në fakt arritja e këtyre indikatorëve nuk është përgjegjësi vetëm e MSHMS-së, por edhe e strukturave të tjera (të tilla si sistemi arsimor, për shembull), duke nënkuptuar një koordinim dhe bashkëpunim më të ngushtë me sektorët e tjerë për arritjen e objektivave lidhur me këta indikatorë.

Lidhur me shpenzimet shëndetsore, mund të pohojmë se shëndetësia në vendin tonë financohet nga fondet publike dhe private. Për të bërë përparim drejt mbulimit universal, është e

nevojshme një mbështetje mbizotëruese në fondet publike, të detyrueshme, të parapaguara. Mënyra se si formohen, shpërndahen dhe përdoren buxhetet në sistemin shëndetësor është në thelb të agjendës së mbulimit universal (World Health Organization, 2016b). Në vitin 2019, shpenzimet publike për shëndetësinë si pjesë e PBB-së ishin më të ulëta në Shqipëri (2,97%) [Grafiku 21] sesa në shumicën e vendeve të Evropës Juglindore dhe BE-së, pa ndonjë diferencë të madhe midis viteve në shqyrtim.

Shqipëria shpenzon për shëndetin në mënyrë të konsiderueshme më pak se vendet e tjera me nivele të ngjashme të ardhurash, rajoni evropian i OBSH-së dhe vendet e BE-së (World Health Organization, 2020b).

Kujdesi parësor është kritik për sistemin shëndetësor dhe është veçanërisht i rëndësishëm gjatë pandemive si COVID-19 (Lewis dhe bp., 2020). Në Shqipëri u evidentua një tendencë për reduktimin e burimeve financiare për kujdesin shëndetësor parësor me kalimin e viteve. Reduktimi i burimeve për kujdesin parësor është shqetësues. Strategjia për zhvillimin e kujdesit parësor në Shqipëri (Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 405, datë 20.05.2020) kërkon një rritje të buxhetit në 25%. Roli i rëndësishëm i kujdesit parësor është theksuar në disa dokumente politikash. Kërkimi shkencor ndërkombëtar nënvizon se aksesit në kujdesin parësor është i lidhur me rezultate pozitive shëndetësore (Starfield dhe Macinko, 2005). Shërbimet e forta të kujdesit parësor pritet të përballojnë sfidat aktuale të rritjes së numrit të njerëzve me sëmundje kronike dhe rritjes së kostove shëndetësore (World Health Organization, 2008b; World Health Organization, 2019a).

Përsa i përket mbulimit me sigurancë shëndetësor, ky tregues është ende i ulët në vendin tonë (rreth 61% në vitin 2015) [World Bank, 2015]. Njerëzit që nuk mund të përfitojnë përfitime nga FSDKSH-ja priren të jenë punëtorë informalë, të varfër, minoritete (romë) dhe njerëz që jetojnë në zona të privuara (zona rurale dhe peri-urbane). Këto grupe mund të përballen me disavantazhe të mëtejshme nëse nuk janë plotësisht të vetëdijshëm për të drejtat e tyre ose nëse hasin vështirësi në navigimin në sistemin shëndetësor (Tomini dhe Tomini, 2020).

Pagesat nga xhepi (OOP) përbëjnë një shqetësim për sistemin e kujdesit shëndetësor në vendin tonë. Disa faktorë mund të kontribuojnë në shpenzimet e larta nga xhepi për barnat, përveç tarifave të larta të përdoruesve për barnat me receta ambulatorë. Kjo përfshin mosbesimin rreth cilësisë së produkteve xhenerike më të lira së bashku me preferencën e konsumatorëve për produktet markë të importuar; negociata të kufizuara për çmimet e barnave, duke u mbështetur kryesisht në deklaratat vjetore të çmimeve nga mbajtësit e autorizimit të tregut dhe/ose agjentët e emëruar duke përfshirë shitësit me shumicë; aplikimi i marzheve të shitjes me pakicë që mund të shpërblejnë recetën dhe shitjen e produkteve me çmim më të lartë; përdorimi i çmimit të referencës së jashtme për të vendosur çmimet dhe jo si bazë e rregullimeve dhe negociatave të mëtejshme të çmimeve; çmimet e larta për produktet me një burim të vetëm që pasqyrojnë mungesën e konkurrencës në tregjet e vogla, etj. Aktualisht, ka pak stimuj për uljen e çmimeve, megjithëse ka një çmim maksimal për produktet xhenerike në lidhje me markën inovatore (jo më shumë se 80% e çmimit të produktit novator) (World Health Organization, 2019c). Vitet e fundit, MSHMS dhe FSDKSH negociojnë drejtpërdrejt me kompanitë farmaceutike për të ulur çmimet e barnave.

Shumica e testeve diagnostikuese dhe shërbimeve paramjekësore janë pa pagesë në objektet publike me referim për personat e siguruar. Megjithatë, për shkak të mungesës së pajisjeve që funksionojnë mirë në spitalet publike, shumë njerëz i drejtohen sektorit privat për këto shërbime. Të dhënat anekdotike sugjerojnë gjithashtu se kjo mund të lidhet me veprime të qëllimshme nga personeli shëndetësor i cili punon me kohë të pjesshme ose paguhet nën tryezë nga institucionet private për të referuar njerëzit tek këto institucione (Tomini dhe Tomini, 2020).

Kujdesi spitalor në objektet publike është pa pagesë për të siguruarit me referim. Janë kontraktuar edhe pesë objekte private për të ofruar shërbime të specializuara falas me rekomandim: shërbime dialize, kardiologji dhe kardiokirurgji, shërbime hemodinamike dhe implant koklear (Tomini dhe Tomini, 2020).

Ilaçet për pacientët e shtruar në spital janë pa pagesë në spitalet publike, por shumë njerëz raportojnë se duhet të paguajnë nga xhepi për barnat dhe furnizimet (Tomini dhe Tomini, 2020).

Lidhur me politikat e blerjes së shërbimeve të kujdesit shëndetësor, u evidentua se nuk ka stimuj për performancën për qendrën shëndetësore apo mjekun e përgjithshëm. Rregullat e forta fiskale kufizojnë fleksibilitetin e menaxherëve të kujdesit shëndetësor parësor për të lëvizur buxhetin midis linjave buxhetore. Drejtuesit e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor mund të propozojnë rialokimin e tepricës së buxhetit të periudhës paraardhëse në FSDKSH, i cili duhet ta autorizojë këtë.

Lidhur me politikat e blerjes strategjike, specifikimi i të drejtave të përfitimeve nuk është i mjaftueshëm për të promovuar aksesin universal dhe përdorimin e shërbimeve të nevojshme, si dhe mbrojtjen financiare; është thelbësore të mbështetet një premtim i tillë me mekanizmat e pagesës së ofruesve dhe/ose forma të tjera të llogaridhënies. Një lidhje e tillë është një formë e blerjes strategjike, që do të thotë se ekziston një lidhje midis pagesës dhe informacionit mbi secilin prej këtyre: si atë që po bëjnë ofruesit ashtu edhe nevojat shëndetësore të popullatave të cilave u shërbejnë (World Health Organization, 2016c). Nga ana tjetër, buxheti sipas zërave i përdorur si instrument financimi në Shqipëri është i ngurtë dhe gjeneron joefikasitet për shkak të mungesës së stimujve dhe metodave të pagesës nga ofruesit.

Nevojiten reforma institucionale për të filluar blerjet aktive. Blerësit aktivë mund të përdorin një sërë instrumentash që variojnë nga rregullimi, negociimi dhe edukimi i konsumatorëve deri tek mbikqyrja e tregut të sigurimeve për të minimizuar humbjet. Aktualisht, sistemi shëndetësor është shumë i centralizuar në MSHMS. Autonomia më e madhe e FSDKSH-së do të lejojë përdorimin e negociatave të çmimeve dhe, në fund, blerjen selektive. FSDKSH duhet të paguajë për outputin (shërbimet) dhe jo vetëm për inputin.

Në mënyrë të ngjashme, ofruesve duhet t'u jepet autonomi më e madhe për të menaxhuar burimet e tyre financiare dhe për të provuar se ofrojnë vlerë për paratë. Autonomia më e madhe duhet të balancohet mirë me përgjegjshmërinë dhe kapacitetin pasi më shumë autonomi do të thotë më shumë përgjegjësi. Në fund të fundit, ofruesit që janë efikasë, ofrojnë shërbime

cilësore dhe rezultate të favorshme shëndetësore do të kishin një avantazh krahasues në marrjen e një pjese më të madhe të instrumentave financiare.

Përsa i përket indikatorit të nevojave të paplotësuar, rezulton se përqindjet e nevojave të paplotësuar në kujdesin shëndetësor dhe kujdesin dentar në Shqipëri janë shumë mbi mesataret e BE27: 1.6% dhe 1.8% për kujdesin shëndetësor në 2017 dhe 2018, respektivisht, dhe 2.5% për kujdesin dentar në të dy vitet.

Pjesa e shpenzimeve nga xhepi në totalin e shpenzimeve shëndetësore të Shqipërisë është e lartë krahasuar me vendet e tjera të Rajonit Evropian të OBSH-së. Me 58% të shpenzuar nga xhepi për shëndetin, Shqipëria është në të njëjtin nivel me Kirgistanin dhe mbi Gjeorgjinë dhe Ukrainën, duke tejkaluar pjesën dërrmuese të shteteve të këtij rajoni të cilat këtë indikator e kanë më të ulët se sa Shqipëria.

Edhe pa një analizë më të detajuar të të dhënave për të eksploruar nivelet e pagesave katastrofike dhe varfëruese nga xhepi, është e qartë se pjesa e lartë e shpenzimeve nga xhepi është një problem dhe se mbrojtja financiare është e dobët në Shqipëri. Nëse një pjesë e lartë - ndoshta më shumë se 20%, sigurisht më shumë se 30-40% - e shpenzimeve totale shëndetësore vjen në formën e pagesave nga xhepi, ka të ngjarë që vështirësitë financiare të jenë të pranishme (World Health Organization, 2016c).

Shpenzimet publike për shëndetin si pjesë e PBB-së janë relativisht të lidhura fort me një përqindje më të ulët të pagesës nga xhepi i shpenzimeve aktuale për shëndetin. Megjithatë, të dhënat për shpenzimet shëndetësore nuk janë në gjendje të shpjegojnë plotësisht ndryshimet në pagesat nga xhepi dhe incidencën katastrofike midis vendeve. Ka dallime të mëdha në pjesën e pagesave nga xhepi i shpenzimeve aktuale për shëndetin midis vendeve që shpenzojnë publikisht të njëjtën pjesë të PBB-së për shëndetin. Ekzistojnë gjithashtu dallime të mëdha në incidencën katastrofike në vendet që kanë të njëjtën pjesë të pagesave nga xhepi. Për shembull pjesa e pagesave nga xhepi i shpenzimeve aktuale për shëndetin është 23% në Poloni dhe Sllovaki, por incidenca katastrofike varion nga 3.5% në Sllovaki në 8.6% në Poloni. Ndryshimi nuk mund të shpjegohet me ndryshimet në PBB, varfërinë ose modelet e shpenzimeve shëndetësore (World Health Organization, 2019b).

Këto gjetje tregojnë se vetëm ndryshimet në shpenzimet shëndetësore – qofshin rritje në shpenzimet publike apo reduktime në pagesat nga xhepi – nuk ka gjasa të jenë të mjaftueshme për të përmirësuar mbrojtjen financiare në të gjitha kontekstet. Politika e mbulimit luan një rol kyç në përcaktimin e vështirësive financiare, jo vetëm modelet e shpenzimeve për shëndetin (World Health Organization, 2019b).

KAPITULLI VI. KONKLUZIONE

Duke u bazuar në gjetjet tona dhe diskutimin e rezultateve, konkluzionet e studimit aktual mund të përmbliken si vijon:

- Rritja e prevalencës dhe barrës së NCD-ve kërkon modele krejtësisht të reja të ofrimit të shërbimeve me rritje të ofrimit të shërbimeve me intensitet të ulët, monitorim afatgjatë të gjendjes shëndetësore dhe rritje të mbështetjes për vetë-menaxhimin e pacientit, si dhe kujdesin në komunitet, i cili bëhet më së miri jashtë kujdesit të specializuar (në kujdesin shëndetësor parësor).
- Zhvendosja drejt sistemit të kujdesit shëndetësor me në qendër KSHP shoqërohet me ndryshimin e nevojave për burime njerëzore paralelisht ose si rezultat i këtyre ndryshimeve organizative, për t'ju përgjigjur rrethanave të reja.
- Shpenzimet publike për shëndetësinë si pjesë e PBB-së janë më të ulëta në Shqipëri sesa në shumicën e vendeve të Evropës Juglindore dhe BE-së. Shqetësuese është edhe rënia e burimeve financiare të alokuara për kujdesin parësor.
- Baza për të drejtën për përfitimet e FSDKSH-së është pagesa e kontributeve. Si rezultat, një pjesë e konsiderueshme e popullsisë nuk ka akses në të gjitha shërbimet shëndetësore të financuara nga publiku. Njerëzit që nuk mund të përfitojnë përfitime nga FSDKSH-ja priren të jenë punëtorë informalë, të varfër, minoritete (romë) dhe njerëz që jetojnë në zona të privuara (zona rurale dhe peri-urbane). Kjo është në kundërshtim me objektivat e mbulimit universal.
- Zgjerimi i mbulimit për personat e pasiguruar në vitin 2017 që mundëson vizita falas te mjekët e përgjithshëm është i lavdërueshëm. Kjo masë ul barrierat për aksesin e kujdesit. Rritja e mbulimit të grupeve të synuara për programin kombëtar të kontrollit dhe programin e depistimit të kancerit të gjirit janë gjithashtu të dukshme.
- Këta janë hapa në drejtimin e duhur, por ka ende potencial për të reduktuar barrën e shpenzimeve nga xhepi edhe në nivelin aktual të ulët të shpenzimeve publike për shëndetin, nëpërmjet politikave më të mira dhe targetimit të përmirësuar të të varfërve dhe njerëzve të tjerë në situata të cenueshme.
- Politika e mbulimit luan një rol kyç në përcaktimin e vështirësive financiare, jo vetëm modelet e shpenzimeve për shëndetin.
- Buxhetet e zërave të përdorur si instrument financimi janë të ngurtë dhe gjenerojnë joefikasitet për shkak të mungesës së stimuljeve dhe metodave të pagesës së ofruesve.
- Nevojat e paplotësuara në kujdesin shëndetësor dhe kujdesin dentar janë një problem. Këta indikatorë janë shumë mbi mesataret e Bashkimit Evropian. Është e rëndësishme të vazhdohet monitorimi i nevojave të paplotësuara, duke përfshirë statusin socio-ekonomik. Është gjithashtu e rëndësishme të vepohet mbi shkakun kryesor të nevojës së paplotësuar: koston. Nevoja e paplotësuar ka të ngjarë të ketë një ndikim joproporcional te njerëzit e varfër, njerëzit e pasiguruar, minoritetet dhe njerëzit me sëmundje kronike.

- Analiza e të dhënave të anketës së buxhetit familjar tregon se mbrojtja financiare është e dobët në Shqipëri në krahasim me shumë vende të tjera Evropiane. Pjesa e shpenzimeve nga xhepi në totalin e shpenzimeve shëndetësore të Shqipërisë është e lartë krahasuar me vendet e tjera të Rajonit Evropian të OBSH-së. Pjesa e buxheteve të familjeve të shpenzuara për shëndetin ka ardhur në rritje që nga viti 2016, veçanërisht për barnat ambulatorë.
- Ka disa faktorë që kontribuojnë në shpenzimet e larta nga xhepi për barnat. Kjo përfshin kufizime në hartimin e politikës së mbulimit në Shqipëri (shih më poshtë); mosbesimi rreth cilësisë së produkteve xhenerike më të lira së bashku me preferencën e konsumatorëve për produktet markë të importuara; negociata të kufizuara për çmimet e barnave; aplikimi i marzheve të shitjes me pakicë që mund të shpërblejnë recetën dhe shitjen e produkteve me çmim më të lartë; përdorimi i çmimit të referencës së jashtme për të vendosur çmimet dhe jo si bazë e rregullimeve dhe negociatave të mëtejshme të çmimeve; çmimet e larta për produktet me një burim të vetëm që pasqyrojnë mungesën e konkurrencës në tregjet e vogla.
- Bashkëpagesat në përqindje për barnat ambulatorë pa mekanizma mbrojtës siç janë përjashtimet për njerëzit e varfër dhe pa kufizime vjetore çojnë në vështirësi financiare.
- Disponueshmëria e të dhënave online të treguesve financiarë është e kufizuar (për shembull, shpenzimet nga xhepi si pjesë e shpenzimeve totale). Kjo kufizon analizën dhe nuk ofron një pasqyrë të plotë të situatës.
- Në përmbledhje, politikat e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik në sektorin shëndetësor në vendin tonë kanë dhënë mjaft rezultate pozitive, duke u përkthyer në indikatorë relativisht të favorshëm të shëndetit të popullatës dhe kujdesit shëndetësor. Megjithatë, mbetet mjaft punë për t'u bërë për përmirsimin e mëtejshëm të indikatorëve problematikë, veçanërisht të atyre që kanë të bëjnë me treguesit epidemiologjikë dhe indikatorëve të mbrojtjes financiare.

KAPITULLI VII. REKOMANDIME

Bazuar në rezultatet dhe konkluzionet e këtij punimi shkencor, ne rekomandojmë si vijon:

- Ne rekomandojmë që SKSH e re 2021-2030 duhet të trajtojë qartë rolet dhe funksionet e kujdesit të specializuar (si ambulator ashtu edhe spitalor), kujdesit afatgjatë, kujdesit mendor, rehabilitimit dhe kujdesit në komunitet, si dhe sistemit të shëndetit publik, veçanërisht në lidhje me promovimin e shëndetit, por sëmundjen. edhe parandalimin.
- Përveç roleve dhe funksioneve, duhet të adresohen edhe financimi, infrastruktura, burimet njerëzore, disponueshmëria gjeografike, etj., për të gjetur një ekuilibër të ri midis KSHP-së dhe këtyre komponentëve të tjerë të ofrimit të shërbimit. Prandaj, MSHMS mund të shqyrtojë zhvillimin e një Masterplani të Rrjetit Spitalor ose dokumentit të ngjashëm strategjik që do të adresonte nevojat në ndryshim për kujdes të specializuar përballë një KSHP të forcuar – p.sh. sa spitale dhe specialistë nevojiten në Shqipëri kur roli drejtues i ofrimit të kujdesit i jepet KSHP-së dhe ku duhet të vendosen këto në mbështetje të pikave të ofrimit të KSHP.
- Po kështu, integriti i kujdesit rreth KSHP-së duhet të forcohet më tej – mekanizmat e rinj të qeverisjes dhe koordinimit, shtigjet e pacientëve, modalitetet e rojtarit të portës, të drejtat e recetave dhe diagnozës, dhe potencialisht edhe mekanizmat e rinj financues duhet të merren parasysh kur të zhvendoset fokusi më tej drejt KSHP-së.
- Integrimi i kujdesit social dhe shëndetësor në MSHMS ofron një mundësi të shkëlqyer për të hedhur një hap më tej në mbështetjen dhe integrimin e kujdesit ndaj pacientëve, veçanërisht për NCD-të. Shqipëria mund të shikojë në mbarë botën për sisteme dhe ide të reja dhe madje futuriste për integrimin e kujdesit si brenda sektorit shëndetësor ashtu edhe midis sektorëve të tjerë për të gjetur opsione të zbatueshme në kontekstin shqiptar dhe sistemin e kujdesit shëndetësor.
- Ka nevojë për një rikonfigurim të detyrave dhe përgjegjësi të mjekëve dhe infermierëve, si dhe përshtatje të kurrikulave dhe trajnimit në përputhje me rolin më të madh të projektuar të kujdesit shëndetësor parësor në sistemin shëndetësor.
- Disponueshmëria rajonale e profesionistëve të kujdesit shëndetësor duhet të jetë pjesë e një strategjie të tillë; për këtë mund të hartohet një sistem i ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor të përshtatshëm me realitetin e ri duke shfrytëzuar të gjitha zgjidhjet e reja dhe inovative të disponueshme dhe në zhvillim e sipër, duke angazhuar komunitetet lokale sa më shumë që të jetë e mundur në ofrimin e shërbimeve gjithashtu.
- Për të përmirësuar menaxhimin e sëmundjeve dhe koordinimin e kujdesit shëndetësor është e nevojshme që të futen në përdorim një sërë mjetesh elektronike të cilat duhet të ndërtohen ose dizajnohen rreth një regjistri mjekësor elektronik qendror (EMR); ky regjistër duhet të gjenerojë të dhëna që mund të analizohen, duke mbështetur në këtë mënyrë vendim-marrjen e bazuar në evidenca.

- Është e domosdoshme të rritet shpenzimi publik për shëndetësinë si një instrument efektiv për uljen e shpenzimeve direkte nga xhepi dhe fuqizimin e mbrojtjes financiare, duke cuar përfundimisht në rritjen e progresit drejt arritjes së mbulimit universal të popullatës shqiptare.
- Është e nevojshme që të përmirësohet mbledhja e të ardhurave në nivel kombëtar përmes përmirësimit të kuadrit fiskal dhe zbatimit të legjislacionit në fuqi.
- Politika e mbulimit duhet të ridizajnohet për të reduktuar nevojat e paplotësuara dhe vështirësitë financiare, veçanërisht për njerëzit më të varfër apo grupet më të disavantazuara të shoqërisë
- Është e nevojshme që të realizohet shkëputja e të drejtave nga pagesa e kontributeve dhe kalimi në mbulimin e të gjithë popullsisë pasi kjo masë mundëson përmirësimin e mbrojtjes financiare të popullsisë dhe reduktimin e nevojave të paplotësuara për shërbime shëndetësore.
- Duhet të zgjerohet mbulimi (rimbursimi) me barna ambulatorie pasi mbulimi aktual mund të mos jetë i mjaftueshëm.
- Duhet të forcohet kapaciteti blerës strategjik i FSDKSH-së për t'iu përgjigjur më mirë nevojave të njerëzve.
- Është i nevojshëm të realizohet forcimi i blerjes së barnave duke qënë se kjo masë mund të mbrojë aksesin dhe përballueshmërinë e tyre nga popullata.
- Është e nevojshme rritja e kapaciteteve të MSHMS-së për zhvillimin dhe zbatimin e politikave në funksion të promovimit të politikëbërjes së shëndoshë dhe politikave të shëndetshme.
- Duhet të realizohet integrimi i planifikimit strategjik dhe operacional për shëndetin, duke përfshirë kornizat për përgjegjësinë, monitorimin, rishikimin dhe vlerësimin përgjatë strategjive dhe planeve të tij zbatuese.
- Është i nevojshëm krijimi i një komiteti drejtues me shumë aktorë dhe shumë-sektorial, për çështjet e administrimit, menaxhimit dhe planifikimit strategjik, sepse një organ i tillë do të përbënte një shtysë të fortë për transparencë, llogaridhënie dhe koherencë të politikave në vendim-marrje dhe zbatimin e këtyre politikave, duke përfshirë monitorimin, rishikimin dhe vlerësimin, dhe elementët tjerë të sistemit shëndetsor.

REFERENCAT

acpdecisions.org. Shared decision-making. A Guide to Employing Shared Decision Making in Clinical Practice. April 15, 2022. E disponueshme në: <https://www.acpdecisions.org/a-guide-to-employing-shared-decision-making-in-clinical-practice/>.

Al-Agba N, Bernard R. Patients at Risk: The Rise of the Nurse Practitioner and Physician Assistant in Healthcare. Universal Publishers, Inc. USA. 2020.

Albania Government, European Union, United Nations Development Programme, the World Bank (2020). Albania post-disaster needs assessment, volume A report. Tirana: January 2020. E disponueshme në: <https://reliefweb.int/report/albania/albania-post-disaster-needs-assessment-volume-report-february-2020>.

Alhalaseh YN, Elshabrawy HA, Erashdi M, Shahait M, Abu-Humdan AM, Al-Hussaini M. Allocation of the "Already" Limited Medical Resources Amid the COVID-19 Pandemic, an Iterative Ethical Encounter Including Suggested Solutions From a Real Life Encounter. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Jan 14;7:616277.

Al-Sawai A. Leadership of healthcare professionals: where do we stand? *Oman Med J*. 2013 Jul;28(4):285-7.

Anderson EA, Zwelling LA. Strategic service quality management for health care. *Am J Med Qual*. 1996 Spring;11(1):3-10.

Babiker A, El Husseini M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, Assiri A, Al Saadi M, Shaikh F, Al Zamil F. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr*. 2014;14(2):9-16.

Bae JM. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. *Epidemiol Health*. 2017 Oct 30;39:e2017048.

Bedmar MA, Bennasar-Veny M, Artigas-Lelong B, Salvà-Mut F, Pou J, Capitán-Moyano L, García-Toro M, Yáñez AM. Health and access to healthcare in homeless people: Protocol for a mixed-methods study. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Feb 18;101(7):e28816.

Bhattacharya D, Bhatt J. Seven Foundational Principles of Population Health Policy. *Popul Health Manag*. 2017 Oct;20(5):383-388.

Blaine TA, Grady-Benson J, Lombardi S, Lewis C. The Success of Physician-hospital Co-management Agreements. *AAOS Now*, 2021. E disponueshme në: <https://www.aaos.org/aaosnow/2021/mar/research/research04/>.

Brady DW, Kessler DP. Why is health reform so difficult? *J Health Polit Policy Law*. 2010 Apr;35(2):161-75.

Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014 Jan-Feb;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31.

Brennan D. What is a hospitalist doctor? June 29, 2021. E disponueshme në: <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/what-is-a-hospitalist-doctor>.

Brusnahan A, Carrasco-Tenezaca M, Bates BR, Roche R, Grijalva MJ. Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *Int J Equity Health.* 2022 Apr 22;21(1):55.

Burazeri G, Kragelj LZ (Eds.) *Health: Systems-Lifestyle-Policies. A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals (2nd edition). Volume I. Forum for Public Health in South Eastern Europe.* Jacobs Verlag. 2013.

Cairney P, Oliver K. Evidence-based policymaking is not like evidence-based medicine, so how far should you go to bridge the divide between evidence and policy? *Health Res Policy Syst.* 2017 Apr 26;15(1):35.

Canadian Patient Safety Institute. *Strengthening Commitment for Improvement Together: A Policy Framework for Patient Safety.* Edmonton, Alberta. 2019.

Caramanica L, Bressler T, Betz CL, Zalon ML, Shelton D, Chlan LL, Miner S, Arslanian-Engoren C. A Concept Analysis of Transitions of Care for Population Health. *Res Theory Nurs Pract.* 2019 Aug 1;33(3):257-274.

Card A. Top trends from the Healthcare Staffing Summit. 2022. E disponueshme në: <https://www.definitivehc.com/blog/top-trends-healthcare-staffing-summit>.

Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Error. [Updated 2022 Jul 4]. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/.*

Casalino LP. The Medicare Access And CHIP Reauthorization Act And The Corporate Transformation Of American Medicine. *Health Aff (Millwood).* 2017 May 1;36(5):865-869.

Casciotti D. We're Witnessing a Health Data Explosion. *Innovations in Health Information from the Director of the National Library of Medicine.* 2017. E disponueshme në: [https://nlmdirector.nlm.nih.gov/2017/01/31/were-witnessing-a-health-data-explosion/.](https://nlmdirector.nlm.nih.gov/2017/01/31/were-witnessing-a-health-data-explosion/)

Caverly TJ, Hayward RA. Dealing with the Lack of Time for Detailed Shared Decision-making in Primary Care: Everyday Shared Decision-making. *J Gen Intern Med.* 2020 Oct;35(10):3045-3049.

Centers for Disease Control and Prevention. Patient-Centered Medical Home (PCMH) Model. 2022a. E disponueshme në: https://www.cdc.gov/dhdsp/policy_resources/pcmh.htm.

Cheng HQ. Comanagement hospitalist services for neurosurgery. *Neurosurg Clin N Am*. 2015 Apr;26(2):295-300, x-xi.

Clark D. Infant mortality rate in Europe 1950-2021. September 21, 2022. E disponueshme në: <https://www.statista.com/statistics/1258353/infant-mortality-rate-in-europe/>.

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008.

Cronin CE, Bolon DS. Comparing Hospital Mission Statement Content in a Changing Healthcare Field. *Hosp Top*. 2018 Jan-Mar;96(1):28-34.

Danner M, Geiger F, Wehkamp K, Rueffer JU, Kuch C, Sundmacher L, Skjelbakken T, Rummer A, Novelli A, Debrouwere M, Scheibler F; SHARE TO CARE (S2C) Project Team. Making shared decision-making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation programme at a Northern German University Hospital. *BMJ Open*. 2020 Oct 10;10(10):e037575.

de Leeuw E, Clavier C, Breton E. Health policy--why research it and how: health political science. *Health Res Policy Syst*. 2014 Sep 23;12:55.

Dennis C. Strategic planning—a health system operational perspective. *J Hosp Manag Health Policy*, 2019;3:32.

Diego R, dhe Rogerson R. The Causes and Costs of Misallocation. *Journal of Economic Perspectives*, 2017; 31(3):151-74.

Dinh JV, Traylor AM, Kilcullen MP, Perez JA, Schweissing EJ, Venkatesh A, Salas E. Cross-Disciplinary Care: A Systematic Review on Teamwork Processes in Health Care. *Small Group Research*, 2020; 51(1):125–166.

Doherty RB, Crowley RA; Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Principles supporting dynamic clinical care teams: an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med*. 2013 Nov 5;159(9):620-6.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729.

Drouin A. Methods of financing health care. A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage. International Social Security Association (ISSA). Technical Commission on Statistical, Actuarial and Financial Studies. World Social Security Forum, Moscow, 10-15 September 2007. E disponueshme në: https://ww1.issa.int/sites/default/files/documents/publications/TR-05-2_en-25375.pdf.

Duboz R, Echaubard P, Promburom P, Kilvington M, Ross H, Allen W, Ward J, Deffuant G, de Garine-Wichatitsky M, Binot A. Systems Thinking in Practice: Participatory Modeling as a Foundation for Integrated Approaches to Health. *Front Vet Sci*. 2018 Dec 17;5:303.

Duckett S. Value-Based Healthcare: Fad or Fabulous? *Healthc Pap*. 2019 Oct;18(3):15-21.

Duplantier NL, Briski DC, Luce LT, Meyer MS, Ochsner JL, Chimento GF. The Effects of a Hospitalist Comanagement Model for Joint Arthroplasty Patients in a Teaching Facility. *J Arthroplasty*. 2016 Mar;31(3):567-72.

Dyakova M, Hamelmann C, Bellis MA, Besnier E, Grey CNB, Ashton K et al. Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2017 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 51).

Dyrda L. 5 Benefits and Challenges of Co-Management Agreements for Orthopedic Surgeons. November 8th, 2010. E disponueshme në:
<https://www.beckersspine.com/orthopedic-spine-practices-improving-profits/2294-5-benefits-and-challenges-of-co-management-agreements-for-orthopedic-surgeons>.

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct;27(10):1361-7.

Epstein AM, Jha AK, Orav EJ, Liebman DL, Audet AM, Zezza MA, Guterman S. Analysis of early accountable care organizations defines patient, structural, cost, and quality-of-care characteristics. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Jan;33(1):95-102.

European Commission (2020). Together for Albania. International Donors' Conference pledge statement. Brussels. European Commission. E disponueshme në:
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_249.

EUROSTAT. Life expectancy across EU regions in 2020. 2022a. E disponueshme në:
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220427-1>.

Fahlevi M, Aljuaid M, Saniuk S. Leadership Style and Hospital Performance: Empirical Evidence From Indonesia. *Front Psychol*. 2022 May 26;13:911640.

Faiman B, Tariman JD. Shared Decision Making: Improving Patient Outcomes by Understanding the Benefits of and Barriers to Effective Communication. *Clin J Oncol Nurs*. 2019 Oct 1;23(5):540-542.

Ganten D, Kickbusch I. Health is the most important value for the individual person and for society. 2018. E disponueshme në: https://www.g20-insights.org/policy_briefs/health-is-the-most-important-value-for-the-individual-person-and-for-society/.

Gay B. Rethinking the place of primary healthcare in France--role of general practice. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Jun;61(3):193-8.

Gerald JK. Ten Principles to Guide Health Reform. *Ann Am Thorac Soc*. 2017 Mar;14(3):420-425.

Gering J, Conner J. A strategic approach to employee retention. *Healthc Financ Manage*. 2002 Nov;56(11):40-4.

Gettel CJ, Han CR, Canavan ME, Bernheim SM, Drye EE, Duseja R, Venkatesh AK. The 2018 Merit-based Incentive Payment System: Participation, Performance, and Payment Across Specialties. *Med Care*. 2022 Feb 1;60(2):156-163.

Ghorob A, Bodenheimer T. Share the Care™: building teams in primary care practices. *J Am Board Fam Med*. 2012 Mar-Apr;25(2):143-5.

Girwar SM, Jabroer R, Fiocco M, Sutch SP, Numans ME, Bruijnzeels MA. A systematic review of risk stratification tools internationally used in primary care settings. *Health Sci Rep*. 2021 Jul 23;4(3):e329.

Global Burden of Disease, 2017.

Gostin LO, Monahan JT, Kaldor J, DeBartolo M, Friedman EA, Gottschalk K, Kim SC, Alwan A, Binagwaho A, Burci GL, Cabal L, DeLand K, Evans TG, Goosby E, Hossain S, Koh H, Ooms G, Roses Periago M, Uprimny R, Yamin AE. The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. *Lancet*. 2019 May 4;393(10183):1857-1910.

Government of Western Australia. Department of Health. High value healthcare. 2022. E disponueshme në: https://ww2.health.wa.gov.au/~/_/media/Files/Corporate/general-documents/Sustainable-Health-Review/Background-papers/High-value-healthcare.pdf.

Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D, Kretschmer KL. Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician*. 2017 Sep;63(9):682-684.

Greene D, Green R. Top 10 Characteristics of High-performing Healthcare Organizations. 2017. E disponueshme në: https://cdn2.hubspot.net/hubfs/161605/Top_10_Characteristics_of_High_Performing_Health_care_Organizations-1.pdf.

Guinness L, Wiseman V. Introduction to Health Economics. Second Edition. Open University Press. 2011.

Hacker K, Walker DK. Achieving population health in accountable care organizations. *Am J Public Health*. 2013 Jul;103(7):1163-7.

Hamad MMAA, Connolly VM. Ambulatory emergency care - improvement by design. *Clin Med (Lond)*. 2018 Feb;18(1):69-74.

Hansen RD. Strategic planning: the basics and benefits. *Med Group Manage J*. 1999 May-Jun;46(3):28-35.

Harrison JP. Essentials of Strategic Planning in Healthcare. Health Administration Press, Chicago, Illinois. AUPHA Press, Washington, DC. 2010.

Health Systems Science Education: Preparing for the 21st-Century Health Care System. 2017. E disponueshme në: <https://www.youtube.com/watch?v=7vUhxbm-BNc>.

Heeringa J, Mutti A, Furukawa MF, Lechner A, Maurer KA, Rich E. Horizontal and Vertical Integration of Health Care Providers: A Framework for Understanding Various Provider Organizational Structures. *Int J Integr Care*. 2020 Jan 20;20(1):2.

Hendryx MS, Dyck DG, Srebnik D. Risk-adjusted outcome models for public mental health outpatient programs. *Health Serv Res*. 1999 Apr;34(1 Pt 1):171-95.

Heymann T. Clinical protocols are key to quality health care delivery. *Int J Health Care Qual Assur*. 1994;7(7):14-7.

Hinz A, Hübscher U, Brähler E, Berth H. Is health really the most important value? - Results of a representative survey of the German general population concerning the subjective meaning of health. *Gesundheitswesen*. 2010 Dec;72(12):897-903.

Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepulveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Health care access barriers and facilitators a qualitative systematic review *Rev Panam Salud Publica* 3, 2013;33: 223-229.

Hodgman SB. Predictive modeling & outcomes. *Prof Case Manag*. 2008 Jan-Feb;13(1):19-23.

Hoel M. Efficient use of health care resources: the interaction between improved health and reduced health related income loss. *Int J Health Care Finance Econ*. 2002 Nov;2(4):285-96.

Hoff T, Prout K. Comparing Retail Clinics With Other Sites of Care: A Systematic Review of Cost, Quality, and Patient Satisfaction. *Med Care*. 2019 Sep;57(9):734-741.

Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. County Health Rankings: Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes. *Am J Prev Med.* 2016 Feb;50(2):129-35.

Huang J. Co-management of surgical patients. *J Med Pract Manage.* 2014 May-Jun;29(6):348-50.

Huang L. Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners. *Social Impact Research Experience*, 2015; 37. E disponueshme në:
<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1039&context=sire>.

Ingersoll GL, Witzel PA, Smith TC. Using organizational mission, vision, and values to guide professional practice model development and measurement of nurse performance. *J Nurs Adm.* 2005 Feb;35(2):86-93.

INSTAT. Popullsia e Shqipërisë, 1 Janar 2022. 2022a. E disponueshme në:
<http://www.instat.gov.al/al/temat/treguesit-demografik%C3%AB-dhe-social%C3%AB/popullsia/publikimet/2022/popullsia-e-shqip%C3%ABris%C3%AB-1-janar-2022/>.

Institute for Health Metrics and Evaluation. 2018. E disponueshme në:
<http://www.healthdata.org/albania>.

Institute of Medicine (US) and National Academy of Engineering (US) Roundtable on Value & Science-Driven Health Care. *Engineering a Learning Healthcare System: A Look at the Future: Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. 3, Healthcare System Complexities, Impediments, and Failures. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK61963/>.

Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002a. 5, The Health Care Delivery System. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221227/>.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001a. PMID: 25057539.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001b. 8, Aligning Payment Policies with Quality Improvement. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222279/>.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*.

Washington (DC): National Academies Press (US); 2000a. 5, Error Reporting Systems. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225170/>.

Institute of Medicine (US) Committee on the Consequences of Uninsurance. Care Without Coverage: Too Little, Too Late. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002b. 3, Effects of Health Insurance on Health. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220636/>.

Institute of Medicine (US) Committee on the Consequences of Uninsurance. Coverage Matters: Insurance and Health Care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001c. 1, Why Health Insurance Matters. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223643/>.

Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit; Greiner AC, Knebel E, editors. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003a. Chapter 2, Challenges Facing the Health System and Implications for Educational Reform. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221522/>.

Institute of Medicine (US) Committee on the Social and Ethical Impacts of Developments in Biomedicine; Bulger RE, Meyer Bobby E, Fineberg HV, editors. Society's Choices: Social and Ethical Decision Making in Biomedicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 1995a. The Formulation of Health Policy by the Three Branches of Government. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231979/>.

Institute of Medicine. Committee on the Learning Health Care System in America; Institute of Medicine; Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, et al., editors. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013a. 8, Achieving and Rewarding High-Value Care. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207237/>.

Instituti i Shëndetit Publik. Iniciativa eurvejancës së obezitetit në moshën fëmijore (COSI) në Republikën e Shqipërisë: Rezultatet e vitit 2016. Shtator, 2016.

International Citizens Insurance. Countries With Free or Universal Healthcare. 2022. E disponueshme në: <https://www.internationalinsurance.com/health/countries-free-healthcare.php>.

Isola S, Reddivari AKR. Affordable Care Act. 2022 Jul 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 31747174.

Isola S, Reddivari AKR. Affordable Care Act. 2022 Jul 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

Ivanková V, Kotulič R, Gonos J, Rigelský M. Health Care Financing Systems and Their Effectiveness: An Empirical Study of OECD Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 11;16(20):3839.

Jin MX, Kim SY, Miller LJ, Behari G, Correa R. Telemedicine: Current Impact on the Future. *Cureus*. 2020 Aug 20;12(8):e9891.

Kachalia A, Mello MM, Nallamotheu BK, Studdert DM. Legal and Policy Interventions to Improve Patient Safety. *Circulation*. 2016 Feb 16;133(7):661-71.

Kailasam M, Guo W, Hsann YM, Yang KS. Prevalence of care fragmentation among outpatients attending specialist clinics in a regional hospital in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 Mar 20;9(3):e022965.

Kaltenborn Z, Paul K, Kirsch JD, Aylward M, Rogers EA, Rhodes MT, Usher MG. Super fragmented: a nationally representative cross-sectional study exploring the fragmentation of inpatient care among super-utilizers. *BMC Health Serv Res*. 2021 Apr 14;21(1):338.

Kaneko M, Shinoda S, Shimizu S, Kuroki M, Nakagami S, Chiba T, Goto A. Fragmentation of ambulatory care among older adults: an exhaustive database study in an ageing city in Japan. *BMJ Open*. 2022 Aug 11;12(8):e061921.

Khalil H, Lakhani A. Using systems thinking methodologies to address health care complexities and evidence implementation. *JBHI Evid Implement*. 2021 Nov 29;20(1):3-9.

Kichloo A, Albosta M, Dettloff K, Wani F, El-Amir Z, Singh J, Aljadah M, Chakinala RC, Kanugula AK, Solanki S, Chugh S. Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health*. 2020 Aug;8(3):e000530.

Kluge EH. Resource allocation in healthcare: implications of models of medicine as a profession. *MedGenMed*. 2007 Mar 21;9(1):57.

Kothari A, Smith MJ. Public Health Policymaking, Politics, and Evidence. In: Fafard P, Cassola A, de Leeuw, E. (eds). *Integrating Science and Politics for Public Health*. Palgrave Studies in Public Health Policy Research. Palgrave Macmillan. 2022.

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-e1252.

Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan 8;19(1):13.

- La Pietra L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrò S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2005 Dec;25(6):339-46.
- La Rocca A, Hoholm T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Serv Res.* 2017 Feb 17;17(1):149.
- Laitinen L, Jakonen O, Lahtinen E, Lilja-Viherlampi LM. From grass-roots activities to national policies - the state of arts and health in Finland. *Arts Health.* 2022 Feb;14(1):14-31.
- Lancet, 2017. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017 Sep 16;390(10100):1211-1259.
- Lateef F. The New Paradigm in Community-Based Care: Managing Mindset and Expectations. *J Emerg Trauma Shock.* 2018 Jul-Sep;11(3):156-159.
- Lenz ER, Mundinger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med Care Res Rev.* 2004 Sep;61(3):332-51.
- Leonard D. The Health Care Paradigm Shift: Moving From Volume to Value. March 31, 2015. E disponueshme në: <https://morningconsult.com/opinions/the-health-care-paradigm-shift-moving-from-volume-to-value/>.
- Levenson SA. The health care decision-making process framework. *Md Med.* 2010 Winter;11(1):13-7.
- Lewis C, Seervai S, Shah T, Abrams MK, Zephyrin L. Primary Care and the COVID-19 pandemic. *The Commonwealth Fund.* 22 April 2020. E disponueshme në: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2020/primary-care-and-covid-19-pandemic>.
- Lewis VA, Schoenherr K, Frazee T, Cunningham A. Clinical coordination in accountable care organizations: A qualitative study. *Health Care Manage Rev.* 2019 Apr/Jun;44(2):127-136.
- Listl S, Grytten JI, Birch S. What is health economics? *Community Dent Health.* 2019 Nov 28;36(4):262-274.
- Liu S, Yeung PC. Measuring fragmentation of ambulatory care in a tripartite healthcare system. *BMC Health Serv Res.* 2013 May 15;13:176.
- Liverani M, Hawkins B, Parkhurst JO. Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PLoS One.* 2013 Oct 30;8(10):e77404.

- Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP. Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Manage Rev.* 2007 Oct-Dec;32(4):309-20.
- Marcoux RM, Larrat EP, Vogenberg FR. Accountable care organizations: an improvement over HMOs? *P T.* 2012 Nov;37(11):629-50.
- Marzorati C, Pravettoni G. Value as the key concept in the health care system: how it has influenced medical practice and clinical decision-making processes. *J Multidiscip Healthc.* 2017 Mar 21;10:101-106.
- Masone C, McGraw S. Top Factors Influencing Growth in the Ambulatory Setting. Dec 15, 2021. E disponueshme në: <https://www.forvis.com/article/top-factors-influencing-growth-in-the-ambulatory-setting>.
- McDonough JE. The United States Health System in Transition. *Health Syst Reform.* 2015 Jan 2;1(1):39-51.
- McNab D, McKay J, Shorrock S, Luty S, Bowie P. Development and application of 'systems thinking' principles for quality improvement. *BMJ Open Qual.* 2020 Mar;9(1):e000714.
- Milad MA, Murray RC, Navathe AS, Ryan AM. Value-Based Payment Models In The Commercial Insurance Sector: A Systematic Review. *Health Aff (Millwood).* 2022 Apr;41(4):540-548.
- Misioni MAPS, 2018.
- Mjåset C, Ikram U, Nagra NS, Feeley TW. Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst*, November 10, 2020.
- Moghal N. Mission, vision, and values statements in healthcare: what are they for? *BMJ.* 2012 Jun 25;344:e4331.
- Moore LG, DeBuono B. Total cost of care: a discipline that leads to better care. *J Ambul Care Manage.* 2013 Jul-Sep;36(3):193-8.
- Morciano C, Errico MC, Faralli C, Minghetti L. An analysis of the strategic plan development processes of major public organisations funding health research in nine high-income countries worldwide. *Health Res Policy Syst.* 2020 Sep 18;18(1):106.
- Morley G. Developing and executing a strategic plan. *Facial Plast Surg.* 2010 Feb;26(1):7-11.
- Moy HP, Giardino AP, Varacallo M. Accountable Care Organization. 2022 Jul 27. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 28846320.

- Navarro V. What is a national health policy? *Int J Health Serv.* 2007;37(1):1-14.
- Naylor CD, Naylor KT. Seven provocative principles for health care reform. *JAMA.* 2012 Mar 7;307(9):919-20.
- NCD RisC. 2022. E disponueshme në: <https://ncdrisc.org/country-profile.html>.
- Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE Jr, McKinley KE, Melin CN, Muething SE, Moore LG, Wasson JH, Nolan TW. Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008 Jul;34(7):367-78.
- News Desk. The different type of medical equipment and how it's useful. Decemver 20, 2021. E disponueshme në: <https://www.advisoryexcellence.com/the-different-types-of-medical-equipment-and-how-its-useful/0>
- Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, Flamm M, Fullerton B, Sönnichsen A, Vrijhoef HJ. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law.* 2012 Jan;7(1):125-46.
- Nyweide DJ, Lee W, Colla CH. Accountable Care Organizations' Increase In Nonphysician Practitioners May Signal Shift For Health Care Workforce. *Health Aff (Millwood).* 2020 Jun;39(6):1080-1086.
- O'Dell ML. What is a Patient-Centered Medical Home? *Mo Med.* 2016 Jul-Aug;113(4):301-304.
- OECD 2008. Developing a Health Care System Benefiting All. Speech by Angel Gurría, OECD Secretary-General, delivered at the China Development Forum 2008. Beijing, March 23, 2008. E disponueshme në: <https://www.oecd.org/health/developingahealthcaresystembenefitingall.htm>
- OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.
- Olsen JA. (Ed.). *Principles in Health Economics and Policy.* 2nd Edition. Oxford University Press. 2017.
- Owens B. Roles of nurse practitioners and physician assistants in medicine still under debate. *CMAJ.* 2019 Feb 19;191(7):E203-E204.
- Peters DH. The application of systems thinking in health: why use systems thinking? *Health Res Policy Syst.* 2014 Aug 26;12:51.
- Peterson MC. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists. *Mayo Clin Proc.* 2009 Mar;84(3):248-54.

Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Mar;32(3):516-2.

Powe ML. Health care financing and reimbursement. In: Ritsema TS, Brown DL, Vetrovsky DT (eds.). *Ballweg's Physician Assistant A Guide to Clinical Practice*. 7th Edition. Elsevier. 2021.

Ray JC, Kusumoto F. The transition to value-based care. *J Interv Card Electrophysiol*. 2016 Oct;47(1):61-68.

Recent Healthcare Staffing Trends. 2022. E disponueshme në:
<https://www.interimhealthcare.com/fentonmo/blog/november-2022/recent-healthcare-staffing-trends/>.

Reidpath DD, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003; 57(5):344-346.

Reiling J, Hughes RG, Murphy MR. The Impact of Facility Design on Patient Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2633/>.

Remais JV, Zeng G, Li G, Tian L, Engelgau MM. Convergence of non-communicable and infectious diseases in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol*. 2013 Feb;42(1):221-7.

Resnik DB. Responsibility for health: personal, social, and environmental. *J Med Ethics*. 2007 Aug;33(8):444-5.

Reynolds A. Patient-centered Care. *Radiol Technol*. 2009 Nov-Dec;81(2):133-47.

Ridgely MS, Ahluwalia SC, Tom A, Vaiana ME, Motala A, Silverman M, Kim A, Damberg CL, Shekelle PG. What Are the Determinants of Health System Performance? Findings from the Literature and a Technical Expert Panel. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2020 Feb;46(2):87-98.

Robeznieks A. Telehealth is booming, but who are the power users?. 2019. E disponueshme në: <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/telehealth-booming-who-are-power-users>.

Robinson KM. Care coordination: a priority for health reform. *Policy Polit Nurs Pract*. 2010 Nov;11(4):266-74.

Rodríguez Perera Fde P, Peiró M. Strategic planning in healthcare organizations. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Aug;65(8):749-54.

Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. [Updated 2022 Dec 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>.

Rohrer F, Haddenbruch D, Noetzli H, Gahl B, Limacher A, Hermann T, Bruegger J. Readmissions after elective orthopedic surgery in a comprehensive co-management care system-a retrospective analysis. *Perioper Med (Lond)*. 2021 Dec 15;10(1):47.

Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, Weaver SJ. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2018 May-Jun;73(4):433-450.

Rosner F. Allocation or misallocation of limited medical resources. *Cancer Invest*. 2004;22(5):810-2.

Salvo-Wendt S. The State of Online Medical Care in 2022. Jun 03, 2022. E disponueshme në: <https://www.onlinedoctor.com/state-of-online-medical-services/>.

Scheffler RM, Shortell SM, Wilensky GR. Accountable care organizations and antitrust: restructuring the health care market. *JAMA*. 2012 Apr 11;307(14):1493-4.

Schneider EC, Shah A, Doty MM, Tikkanen R, Fields K, Williams II RD. Mirror, Mirror 2021 — Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries (Commonwealth Fund, Aug. 2021). E disponueshme në: <https://doi.org/10.26099/01dv-h208>.

Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2017 Oct 14;5(4):73.

Sharpe A, Fard SM. The current state of research on the two-way linkages between productivity and well-being. International Labour Organization. 2022. E disponueshme në: <https://www.ilo.org/legacy/english/intserv/working-papers/wp056/index.html>.

Shaver J. The State of Telehealth Before and After the COVID-19 Pandemic. *Prim Care*. 2022 Dec;49(4):517-530.

Shaw J, Gutberg J, Wankah P, Kadu M, Gray CS, McKillop A, Baker R, Breton M, Wodchis WP. Shifting paradigms: Developmental milestones for integrated care. *Social Science & Medicine*, 2022; 301:114975.

Simon M, Choudhry NK, Frankfort J, Margolius D, Murphy J, Paita L, Wang T, Milstein A. Exploring Attributes of High-Value Primary Care. *Ann Fam Med*. 2017 Nov;15(6):529-534.

Siqueira M, Coube M, Millett C, Rocha R, Hone T. The impacts of health systems financing fragmentation in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2021 Jun 2;10(1):164.

Smith K, Bhavsar M. A new era of health leadership. *Healthc Manage Forum*. 2021 Nov;34(6):332-335.

Sonymol K, Shankar R. Healthcare Cost Reduction and Health Insurance Policy Improvement. *Value Health Reg Issues*. 2022 May;29:93-99.

Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med*. 2009 Mar-Apr;7(2):100-3.

Starfield B, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 2005; 83:457-502.

Sturmberg JP, Bircher J. Better and fulfilling healthcare at lower costs: The need to manage health systems as complex adaptive systems. *F1000Res*. 2019 Jun 5;8:789.

Sturmberg JP, Martin CM. The dynamics of health care reform--learning from a complex adaptive systems theoretical perspective. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci*. 2010 Oct;14(4):525-40.

Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009;13 Spec No(Spec No):16-23.

Taylor YJ, Roberge J, Rossman W, Jones J, Generoso C, Bobay C, DeSilva B, Evans C, Pracht M, Dulin MF, Davis CJ. A Population Health Approach to Transitional Care Management for High-Risk Patients with Diabetes: Outcomes at a Rural Hospital. *Popul Health Manag*. 2020 Aug;23(4):278-285.

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med*. 2020 May;95(5):682-685.

The 2021 STC Health index. 2022. E disponueshme në:
<https://globalresidenceindex.com/hnwi-index/health-index/>.

Tomini T, Tomini SM. Can people afford to pay for health care?: new evidence on financial protection in Albania. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2020.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336390>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Trinh HQ. Strategic management in local hospital markets: service duplication or service differentiation. *BMC Health Serv Res*. 2020 Sep 17;20(1):880.

Uneke CJ, Sombie I, Johnson E, Uneke BI, Okolo S. Promoting the use of evidence in health policymaking in the ECOWAS region: the development and contextualization of an evidence-based policymaking guidance. *Global Health*. 2020 Aug 6;16(1):73.

van Diggele C, Burgess A, Roberts C, Mellis C. Leadership in healthcare education. *BMC Med Educ*. 2020 Dec 3;20(Suppl 2):456.

van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2022 Mar 1;22(1):270.

Vender RJ. Leadership: an overview. *Am J Gastroenterol*. 2015 Mar;110(3):362-7.

Vendramini EA, Lega F. Revitalizing the Italian NHS: remarks on the 2021–2026 national recovery plan (next generation EU) *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 2022; 6:30.

Verma A, Bhatia S. A Policy Framework for Health Systems to Promote Triple Aim Innovation. *Healthc Pap*. 2016;15(3):9-23.

Vogler S, Haasis MA, Dedet G, Lam J, Bak Pedersen H. Medicines reimbursement policies in Europe. Copenhagen. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2018. E disponueshme në:

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf.

Walraven J, Jacobs MS, Uyl-de Groot CA. Leveraging the Similarities Between Cost-Effectiveness Analysis and Value-Based Healthcare. *Value Health*. 2021 Jul;24(7):1038-1044.

Wang MC, Hyun JK, Harrison M, Shortell SM, Fraser I. Redesigning health systems for quality: Lessons from emerging practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006 Nov;32(11):599-611.

Wang W, Yan Y, Guo Z, Hou H, Garcia M, Tan X, et al. All around suboptimal health - a joint position paper of the Suboptimal Health Study Consortium and European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine. *EPMA J*. 2021 Sep 13;12(4):403-433.

Whitman A, De Lew N, Chappel A, Aysola V, Zuckerman R, Sommers BD. Addressing Social Determinants of Health: Examples of Successful Evidence-Based Strategies and Current Federal Efforts. Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Office of Health Policy. Report. April 1, 2022.

William J. Principles of health economics for developing countries (English). World Bank Institute (WBI) development studies. World Bank Institute (WBI) development study.

Washington, D.C.: World Bank Group. 1999. E disponueshme në:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/569351468765045048/Principles-of-health-economics-for-developing-countries>.

Wilson AR, Zhou XT, Shi W, Rodin H, Bargman EP, Garrett NA, Sandberg TJ. Retail clinic versus office setting: do patients choose appropriate providers? *Am J Manag Care*. 2010 Oct;16(10):753-9.

Wise S, Hall J, Haywood P, Khana N, Hossain L, van Gool K. Paying for value: options for value-based payment reform in Australia. *Aust Health Rev*. 2022 Apr;46(2):129-133.

Wodchis WP. Principles to Improve Value in Healthcare. *Healthc Pap*. 2019 Oct;18(3):9-14.

Wolf ZR, Hughes RG. Error Reporting and Disclosure. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 35. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2652/>.

Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999 Feb 20;318(7182):527-30.

World Bank. Mortality rate, under -5 (per 1,000 live births) – European Union. 2022a. E disponueshme në: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=EU>.

World Bank. Project appraisal document on a proposed loan for a health system improvement, International Bank for Reconstruction and Development. Washington (DC). World Bank. 2015. E disponueshme në:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/822301468009009546/pdf/PAD10580PAD0P1010Box385412B00OUO090.pdf>.

World Health Organization. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2019b. E disponueshme në: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>.

World Health Organization. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. World Health Organization. 2007a.

World Health Organization. Free health care policies. 2020a. E disponueshme në:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/free-health-care-policies>.

World Health Organization. Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva. World Health Organization. 2020b. E disponueshme në:
<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

World Health Organization. Global Health Expenditure Database. Last update: December 5, 2022b. E disponueshme në: <https://apps.who.int/nha/database>.

World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. 2016a. E disponueshme në:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>.

World Health Organization. Health financing country diagnostics: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization. 2016c.

World Health Organization. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health Financing Policy Paper 2008/1. 2008a. E disponueshme në:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78871/E91422.pdf.

World Health Organization. Health financing. 2022a. E disponueshme në:
https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1.

World Health Organization. Health products policy and standards. 2022e. E disponueshme në: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/assistive-and-medical-technology/medical-devices>.

World Health Organization. Human rights. 2022f. E disponueshme në:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

World Health Organization. Leading health system transformation to the next level. Expert meeting. Durham, United Kingdom, 12-13 July 2017. World Health Organization. 2018a.

World Health Organization. Methods and process to develop the outpatient reimbursed medicines list in the Republic of Albania with considerations on the introduction of health technology assessment (HTA) to inform decision-making. 2019c. Unpublished manuscript

World Health Organization. Patient Safety. 13 September 2019a. E disponueshme në:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

World Health Organization. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva. World Health Organization. 2016b. E disponueshme në:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>.

World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization. 2000a. E disponueshme në:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever. 2008b. Geneva. World Health Organization. E disponueshme në: <https://www.who.int/whr/2008/en/>.

World Health Organization. Transforming health services delivery towards people-centred health systems. Briefing Note. Working document for the development of Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery. World Health Organization. 2014a.

World Health Organization. Universal health coverage (UHC). 2022d. E disponueshme në: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

World Health Organization. Universal Health Coverage. 2022c. E disponueshme në: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

Worsley C, Webb S, Vaux E. Training healthcare professionals in quality improvement. *Future Hosp J*. 2016 Oct;3(3):207-210.

Yan C, Delcher C, Shenkman E, Ranka S. Machine learning approaches for predicting high cost high need patient expenditures in health care. *BioMed Eng OnLine* 2018,17(Suppl 1):131.

Young M, Smith MA. Standards And Evaluation Of Healthcare Quality, Safety, and Person Centered Care. [Updated 2022 Nov 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576432/>.

Zajac S, Woods A, Tannenbaum S, Salas E, Holladay CL. Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence-Based Guidance. *Frontiers in Communication*, 2021; 6, Article 606445.

Zuckerman AM. What would you do? What should this successful, growing system do with its employed physician group? *Healthc Financ Manage*. 2007 Jun;61(6):110-2.