

TREGU SHENDETESOR NE SHQIPERI, PROBLEME DHE SFIDA.

ENIS URUCI

Dorëzuar :

Universitetit European të Tiranës

Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në
Menaxhim i Sistemeve të Informacionit, me profil **MENAXHIM BIZNESI**,
për marrjen e gradës shkencore “Doktor”.

Udhëheqës shkencor: **Prof.Asc.ARLINDA YMERAJ**

Numri i fjalëve: 52000 Fjale

Tiranë,25/06/2018

DEKLARATA E AUTORËSISË

Unë, i quajtur ENIS URUCI, deklaroj se studimi i bërë është punë origjinale e imja. Jam njohur dhe marr përsipër të gjitha penalitetet, në rast të kundërt.

Deklaruesi

ENIS URUCI

Tiranë, 22/06/2018

ABSTRAKTI

In respect of actual healthcare situation in Albania, mostly referring to the low level of healthcare services as well as to broad issues pertaining to the public health sector, we have obtained a specific topic not yet delivered from the Albanian researchers of the field, aiming that we can modestly help in the clarification of the situation as it has been often camouflaged in the needs of political powers. According to the researches made on this topic it seems to be the actual healthcare trend of developments in Europe and not only... Due to the latest context we believe that in order to bring a fair approach in the albanian situation the integration of medical and economic sciences is a must. Thus, the paper considers evidences regarding the legal framework from the healthcare sector in Albania and compares them with the respective demand and legal framework in European Community aiming as a final goal the exploration of opportunities which can bring a better perspective in the country. For the previously mentioned reasons we have interviewed specialists of the field such as: well known doctors, experienced administrators in public hospitals and ordinary staff as they face every day different issues. On behalf of the research made the paper concludes:

on policies and strategies needed to improve the services in the healthcare public sector;

on the expansion of the financial resource base and increase funding for public health;

on strengthening the managerial capacity of healthcare institutions through the implementation of contemporary models in health management in order to establish the patient in the bottom of the Albanian healthcare system.

Considerations and conclusions.

DEDIKIMI

Këtë punë ia dedikoj mamasë time të ndjerë Prof.Dr.Esmeralda URUCI, bashkëshortes time Emirjetës që më përkrah në cdo moment të jetës time për cdo gje dhe vecanërisht në ciklin e Doktoraturës, Babait tim Dashamirit që më përkrah në cdo hap të jetës time, motrës time Besmira që më jep mendime në cdo gjë, të ardhmes së fëmijëve të mi, Hermes dhe Arbër si dhe rritjes time profesionale dhe akademike në disiplina të ndryshme shkencore.

FALENDERIME

Së pari dëshiroj të falenderoj Institucionin, ku unë po gradohem sot, UET, për mundësinë që më dha në realizimin e ëndrrës time, për nivelin e lartë akademik të stafit që ai posedon, dhe mbi të gjithë falenderoj udhëheqësen time shkencore, Prof.Arlinda Ymeraj, si dhe ish-udhëheqësin timshkencor Prof.Arben Bakllamajate cilët me drejtuan me përgjegjësi, korrektësi dhe profesionalizëm të lartë në këtë punim.

Falenderoj të gjitha Institucionet shtetërore dhe private, që më dhanë mundësinë të depërtoj në brendësi të procesit, për mbledhjen e të dhënave dhe më transmetuan përvojën e tyre në këtë fushë, si:

Një mirënjohje e veçantë shkon për Rektorin e UET, Prof.Tonin Gjuraj dhe Presidentin e UET,Prof.Adrian Civici; kolegët dhe drejtuesit e Institucionit ku unë punoj, për mbështetjen dhe nxitjen që më dhanë, deri në përfundimin e dizertacionit tim.

Falenderoj familjen dhe të afërmit e mi, që më inkurajuan , më motivuan dhe sakrifikuan, që unë të përmbyllja me sukses, studimet e mia në programin doktoral.

PËRMBAJTJA E LËNDËS

KAPITULLI I Hyrje, Metodologjia e punimit, pyetjet kerkimore dhe hipotezat e studimit, Burimet dhe metodat e mbledhjes se te dhenave.

KAPITULLI II Bazat teorike dhe Burimet Shkencore.

2.1 Harku kohor i analizës dhe momentet kyce të analizës.

2.2 Momente kyce të analizës qe kemi percaktuar.

2.3 Identifikimi dhe përjashtimi i variablave ndërhyrës.

2.4 Disa modele të Sistemeve Shëndetësore në Botë

2.4-1 modeli beverixh

2.4-2 modeli bismark

2.4-3 modeli semashko

2.4-4 modeli i sistemit shendetesor amerikan

2.5 Ecuria sistemit shëndetësor shqiptar

2.6 Aplikimi i shkencës së menaxhimit në sistemin shëndetësor në vend do ta nxjerrë shërbimin ndaj pacientëve nga kolapsi

2.7 Menaxhimi i sistemit shëndetësor nuk është i ndërtuar në përputhje me nevojat e shërbimit shëndetësor ne vend

2.8 Niveli i menaxhimit shendetesor sot

2.9-1 Teorite baze amerikane dhe europiane ku mbeshtetet kerkimi shkencor ne fushen e menaxhimit

2.9-2 Autoret me te njohur dhe studimet me te mira shqiptare, europiane dhe boterore ne fushen e menaxhimit

2.9-3 Disa te dhena per sherbimin shendetesor sot

2.9-4 Menaxhimi i spitaleve, poliklinikave si edhe te sherbimeve te kujdesit shendetesor paresor

2.9-5 Disa probleme ne Menaxhimin e Sherbimit shendetesor

KAPITULLI III

Gjendja reale e tregut Shendetesor ne Shqiperi

3.1 Informacion i shkurter per Spitalin Amerikan

3.2 Disa te dhena per spitalin rajonal te Korces

3.2-2 Disa probleme me pajisje mjekesore ne Spitalin e Korçës.

3.3 Kolonat kryesore mbi te cilat mbeshtetet Sistemi shendetesor.

3.3.1 Treguesit e pabarazisë

3.3.2 Mbulimi me sherbimin shendetesor

3.3.3 shpenzimet ne shendetesi

3.3.4 Raport mbi gjendjen shendetesore te popullates ne Shqiperi.

3.4 Politikat e strategjite e qeverise shqiptare per forcimin e sherbimit ne sektorin shendetesor

3.5 Strategji afatgjate e zhvillimit te Sistemit shendetesor Shqiptar.

3.8 Struktura e financimit te Kujdesit shendetesor ne Shqiperi.

3.9 Te dhena statistikore per financimin e sherbimit shendetesor ne Shqiperi ne 2000-2015.

3.10 Te dhena statistikore per sherbimin shendetesor ne Shqiperi.

3.11 Te dhena te OBSH per zhvillimin demografik ne Shqiperi.

3.12 Zgjerimi i bazes se burimeve financiare per shendetesine.

3.13 Strategjite e zhvillimit .

3.14 Raporti ne mes te menaxhereve.

3.15 Disa ide per organizimin e sistemit te siguracioneve ne Shqiperi.

KAPITULLI IV

4. Gjetjet konkrete dhe Analizat e arritjeve te Studimit.

4.1.Dy Skema te thjeshta- reale ne menaxhimin e vizitave mjekesore .

4.1-1 Spitali I Urologjise ne Paris-France. Skema e menaxhimit te vizitave mjekesore ne Spitalin e Urologjise ne Paris.

4.1-2 Spitali Gulhane Askeri ne Ankara- Turqi .

4.2 Analiza e gjetjeve per objektin e studimit.

KAPITULLI V Konkluzione, perfundime dhe Rekomandime.

REFERENCA DHE LITERATURA

LISTA E TABELAVE

LISTA E SHKURTIMEVE

KAPITULLI I

1.1 Hyrje

I nxitur nga gjendja reale e tregut shëndetësor në Shqipëri, nga niveli I ulët i shërbimit shëndetësor, nga problematika e gjerë dhe e gjithanshme e sektorit të shëndetit publik, kam menduar të merrem me një temë studimore të vështirë, shumë pak të lëvruar nga shkenca shqiptare, me besimin se do të ndihmoj në mënyrë modeste, në zbardhjen e gjendjes në këtë sektor, shpeshherë të kamufluar për nevoja të pushtetit e të politikës.

Jam i bindur se tema që kam zgjedhur mbart në vetvete një problematikë të gjerë dhe me shumë interes në fushën e shërbimit shëndetësor në Shqipëri. Ajo është pjesë e trendit të zhvillimeve bashkëkohore në Europë e më gjerë. Gjithashtu mendoj se në temën e zgjedhur do të harmonizohen në mënyrë optimale, shkencat mjekësore me shkencat ekonomike duke dhënë një kontribut, shpresoj origjinal, në fushën e menaxhimit shëndetësor në Shqipëri. (Frank H.R and Bernanke S.B 2004).

E thënë thjesht, kërkimi im shkencor do të ketë një këmbë në shkencat mjekësore dhe një tjetër në ato ekonomike. Në temën që kam zgjedhur, shpresoj të kem dhënë sadopak, informacione interesante të cilat do të ndihmojnë në njohjen e detajuar të tregut shëndetësor në Shqipëri.

Njohja e gjendjes na ka cuar në konkluzione e konsiderata me vlerë të cilat shpresoj të ndihmojnë në gjetjen e rrugëve dhe mundësive të reja për përmirësime të dukshme në shëndetësinë shqiptare.

Objektivat e studimit janë rrjedhojë e një konsultimi të gjerë, të zhvilluar paraprakisht, me specialistë të fushës. Kam konsultuar shumë çështje me mjekë të mirënjohur, me administratorë me eksperiencë që kanë drejtuar vite me radhë problemet e shëndetit publik në disa spitale të Shqipërisë. (Hysa B, 2004).

Gjithashtu kam marrë mendime edhe nga punonjës të thjeshtë të shëndetësisë shqiptare, nga ata që janë përplasur cdo ditë dhe konkretisht me problemet e shërbimit shëndetësor e spitalor në Shqipëri.

Kam konkluduar dhe më pas kam përzgjedhur objektivat e mia të studimit të cilat janë :

*** Njohja e Gjendjes Reale të Tregut Shëndetësor në Shqipëri.**

Këtu jam ndalur dhe kam zbërthyer kuptimin e Tregut Shëndetësor, elementët përbërës të këtij tregu dhe vecanërisht aktorët kryesor publik e privat të cilët mbajnë mbi supe ecurinë e shërbimit shëndetësor në vend.

Gjatë studimit, kontakteve të vazhdueshme me njerëzit, me institucionet e ndryshme të sistemit shëndetësor, kam patur fatin të njoh në mënyrë të detajuar problematikat e TSHSH-se, duke zgjeruar horizontin mbi nevojat imediate dhe të perspektivës, në shërbimin shëndetësor shqiptar.

Kam vrojtuar me kujdes nivelin që zë shëndetësia shqiptare në buxhetin e shtetit, kam krahasuar me vendet e rajonit dhe më gjerë me vendet e Europës Komunitare, duke konkluduar se për të dalë nga gjendja në mënyrë të menjëhershme, duhet të trefishojmë zërat e Investimeve në fushën e mjekësisë nga buxheti i shtetit shqiptar. Mund të lemë gjëra të tjera pa bërë por shëndeti i popullit duhet mbivendosur mbi të gjitha nevojat e tjera.

Evidentimi i problematikave të sistemit shëndetësor në Shqipëri në mënyrë të veçantë përbën një pjesë të rëndësishme të studimit. Jam i bindur se për të shkruar drejt zgjidhjes, drejt fuqizimit të sistemit shëndetësor dhe arritjes së standarteve europiane në këtë fushë, puna e parë që duhet të bëjmë, është njohja dhe pasqyrimi i problematikave të sektorit shëndetësor. Grumbullimi dhe paraqitja e tyre në studime të këtij lloji, është i një rëndësie të vecantë. Disa prej tyre, ato të cilat unë i kam konsideruar më të rëndësishme, i kam paraqitur në studimin tim.

Që problemi të marrë udhë, ne duhet ti përgjigjemi dy pyetjeve kryesore:

1. Cfarë duhet të bëjmë?

2. Cfarë programesh duhet të hartojmë për të dalë nga gjendja?

E përmbledhur me pak fjalë, zgjidhja ka nevojë për sfida, ka nevojë për ta kapërcyer situatën megjithë problemet e shumta që duhet ti kapërcejmë. Në këtë fushë edhe unë kam dhënë disa mendime modeste në studimin tim.

*** Evidentimi i politikave e strategjive të qeverisë shqiptare për forcimin e shërbimeve në sektorin publik, veçmas në sektorin shëndetësor**

Ky objektivi i studimit tonë, është i lidhur me njohjen e strategjive të hartuara nga qeveritë shqiptare në vite, të bëra tashmë publike nga institucionet përkatëse për përmirësimin e sistemit shëndetësor dhe shërbimit shëndetësor në Shqipëri. Në studimin tonë ne i kemi dhënë një vend të vecantë njohjes me materialet e këtyre studimeve qeveritare të cilat i gjejmë të pasqyruara në kapitullin e tretë të studimit.

*** Disa probleme të financimit të sektorit shëndetësor në Shqipëri.**

Një objektivi tjetër i rëndësishëm i studimit, që është rrjedhojë e evidentimit të problematikeve të funksionimit të sektorit të shëndetësisë në Shqipëri, është edhe vlerësimi i situatës së financimit të këtij sektori dhe dhënia e disa rekomandimeve modeste mbi zgjerimin e bazës së burimeve financiare si dhe rritjen e fondeve publike për Shëndetësinë.

***Forcimi i kapaciteteve menaxheriale të institucioneve shëndetësore** nëpërmjet krijimit të modeleve bashkëkohore të menaxhimit shëndetësor. Funksionimi i mirë i institucioneve shëndetësore dhe sigurimi i një shërbimi cilësor ndaj pacientëve është i lidhur ngushtë edhe mënyrën e menaxhimit të këtyre institucioneve. Përzgjedhja e duhur e drejtuesve, mbështetur në aftësitë e tyre menaxheriale dhe jo në përkatësinë e tyre partiake apo aftësitë teknike në fushën e mjeksisë, është një kusht i rëndësishëm për të garantuar një performancë të mirë nga ana e tyre, e si rrjedhojë institucione shëndetësore që veprojnë në përputhje me standartet e duhura e që i shërbejnë më së miri popullatës. Argumenta në mbështetje të këtij fakti janë prezantuar gjithashtu në këtë studim.

***Disa mendime për optimizimin e raportit publik/privat në shërbimin shëndetësor.**

Që në fillim duhet të theksoj se punimi im shkencor është mbështetur mbi parimet bazë të ekonomisë së shëndetit. Ai përfshin një nga fazat e tranzicionit demokratik, atë të viteve 2000-2015. Konkluzionet janë nxjerrë duke u mbështetur mbi gjendjen reale të tregut shëndetësor në Shqipëri si dhe mbi të dhënat e institucioneve shëndetësore të specializuara në këtë fushë.

Si model teorik i studimit ka shërbyer tregu shëndetësor evropian ndërsa si literaturë kanë shërbyer tekstet bazë të Universitetit Evropian të Tiranës, të Universitetit “Aleksandër Moisiu” të Durrësit si dhe literaturat nga Universitetet europiane dhe ato amerikane.

1.2 Metodologjia e Punimit.

Punimi shkencor është mbështetur mbi parimet bazë të ekonomisë së shëndetit. Ai përfshin periudhën postkomuniste 2000- 2015. Konkluzionet tona janë nxjerrë nga gjendja reale e tregut shëndetësor në Shqipëri si dhe nga të dhënat e institucioneve shëndetësore të specializuara në këtë fushë.

Sipas autorëve bashkëkohore metodat që përdoren në fushën e kërkimit janë sasiore, cilësore dhe të përziera. Në studimin tonë jam mbështetur tek metodat e përziera të cilat i konsiderojmë si kombinim i metodave sasiore dhe cilësore. Jemi mbështetur në mbledhjen dhe përpunimin e të dhënave sasiore pa të cilat është e vështirë të pasqyrojmë me vërtetësi realitetin, në rastin tonë **gjendjen e tregut shëndetësor në Shqipëri**. Në këtë rast analizat dhe rezultatet statistikore e rrisin mundësinë për t'u njohur më mirë me gjendjen si dhe për të arritur në konkluzione të sakta. (Autori, 2016).

Nga ana tjetër, përdorimi i **metodave cilësore** na ka ndihmuar për të analizuar faktorët psikologjikë e shpirtërorë të cilët kanë ndikim të konsiderueshëm në gjendjen aktuale të sistemit shëndetësor në vend.

Kemi pasqyruar gjithashtu edhe ndikimin e konkurrencës në Shëndetësi, faktorët publik dhe ato privat, ndikimin e politikës në shëndetësi, nivelin ekonomik të popullit, shkallën e lartë të korrupsionit në këtë sektor etj. faktorët ndikues i kemi klasifikuar gjithashtu në faktorë të brendshëm dhe ato të jashtëm.

Kemi konsideruar të nevojshme të lidhim Tregun Shëndetësor në Shqipëri si dhe menaxhimin e sektorit Shëndetësor me problemet e papunesisë e të nivelit ekonomik, me problemet e shëndetit mendor e të konsumit të drogës, me ndikimin dhe lidhjet organike të kësaj situatë ku ndodhet Shqipëria sot me prostitucionin, kontrabanden si dhe emigracionin e Shqiptarëve drejt perëndimit.

1.2.1 Pyetjet kërkimore dhe hipotezat e studimit

Argumenti kryesor për marrjen përsipër të kësaj teme dhe kryerja e këtij punimi është gjendja jo e mirë në shërbimin shëndetësor shqiptar. Qëllimi është njohja e gjendjes si dhe rrugët e

mundësitë për modernizimin e tregut shëndetësor në Shqipëri. E rëndësishme është të kuptojmë se njohja e tregut shëndetësor në Shqipëri, dhe e problematikave të shumta që ai mbart në vetvete, nuk është qëllim në vetvete. Ne e kemi studiuar atë me qëllim për të njohur më mirë rrugët dhe mundësitë për përmirësimin e gjendjes. Kjo mund të arrihet nëpërmjet ndërthurjes sa më optimale të variablave kyce nga të cilat ai varet.

Në përputhje me këtë qëllim janë parashtruar edhe tre pyetjet kërkimore të mëposhtme:

1. Çfarë kuptojmë me termin treg shëndetësor dhe cili është tregu shëndetësor në Shqipëri?
2. Cilat janë problematikat aktuale të tregut shëndetësor (njohja e detajuar dhe klasifikimi i tyre) ?
3. Cilat janë sfidat, rrugët e mundësitë aktuale për përmirësimin e gjendjes dhe rritjen e shërbimit shëndetësor drejt standarteve të Bashkimit European?

Ashtu siç do të vërehet edhe gjatë shpjegimit të punimit më poshtë, problematikat që karakterizojnë sot sistemin shëndetësor në Shqipëri janë të shumta, sikurse edhe faktorët që shkaktojnë këto problematika. Por, për qëllime të këtij punimi vemendja jonë do të përqëndrohet më shumë tek çështjet e financimit të sektorit shëndetësor dhe ato të menaxhimit të institucioneve të shërbimit shëndetësor. Për këtë arsye, tre hipotezat që janë ngritur në kuadër të këtij studimi janë si më poshtë:

Hipoteza 1. Tregu shëndetësor në Shqipëri karakterizohet nga një seri problematikash, të cilat duhen njohur paraprakisht e në mënyrë të detajuar, përpara se të ndërmerren hapat për përmirësimin e gjendjes dhe arritjen e standarteve europiane.

Hipoteza 2. Është i nevojshëm zgjerimi i bazës së financimit të sektorit shëndetësor nga fondet publike.

Hipoteza 3. Është i domosdoshëm forcimi i strukturave menaxheriale në institucionet shëndetësore nëpërmjet krijimit të modeleve bashkëkohore të menaxhimit shëndetësor.

Hipoteza 4. Sektori shëndetësor publik duhet të jetë dominant ndaj atij privat pasi është më i qëndrueshëm dhe më i sigurtë.

1.2.2. Burimet dhe metodat e mbledhjes së të dhënave.

Për sigurimin e të dhënave në shërbim të qëllimit primar të këtij studimi kemi shfrytëzuar të dy kategoritë e burimeve, ato sekondare dhe ato primare. Ndër burimet sekondare të të dhënave përmendim, botimet e Universitetit të Tiranës, ato të Universitetit European të Tiranës, Universitetit të Durrësit “Aleksandër Moisiu”, Universitetit Mjekësor të Tiranës, Universitetit të Birmingham-it në Britaninë e Madhe etj. Gjithashtu, janë shfrytëzuar të dhëna të Institucioneve që punojnë në fushën e Statistikave, si INSTAT, të dhëna nga Organizata Botërore e Shëndetësisë - OBSH, Ministria e Shëndetësisë, Instituti i Shëndetit Publik - ISHP, etj.

Nga ana tjetër, të dhënat primare janë marrë nëpërmjet tre formave të ndryshme. Së pari, janë zhvilluar një sërë bisedash dhe intervistash me specialistë të njohur të fushës së shëndetësisë dhe ekspertë të fushës së menaxhimit të shërbimit shëndetësor në spitalet e qyteteve Tiranë, Durrës dhe Shkodër . Ndër ta mund te përmendim konsultat e zhvilluara me Prof.Dr. Bajram Hysa, Prof.Dr. Pirro Prifti, Prof.Dr. Agim Koçillari, Prof. Dr. Zef Preçi, Dr. Zana Uruçi, Dr. Agron Agolli etj.

Gjithashtu, për t’u njohur me modelet bashkëkohore të menaxhimit të aktiviteteve në sektorin e shëndetësisë janë zhvilluar edhe dy intervista të veçanta me dy pacientë shqiptarë të trajtuar për nevoja shëndetësore pranë qendrave spitalore të huaja, konkretisht pranë Spitalit të Urologjisë në Paris të Francës dhe Spitalit Gulhane Askeri në Ankara të Turqisë.

Instrumenti i tretë i përdorur për mbledhjen e të dhënave është pyetësori, i cili u është shërndarë qytetarëve të thjeshtë në 5 qytete të rëndësishme të vendit, konkretisht në Tiranë, Shkodër, Durrës, Elbasan dhe Korçë. Janë anketuar 100 persona në secilin qytet të përzgjedhur në mënyrë rastësore, me qëllimin për të marrë mendimin e tyre lidhur me shërbimin shëndetësor, publik e privat dhe kendvështrimin e tyre lidhur me atë se cili prej tyre duhet të jetë prioritar.

KAPITULLI II

Bazat teorike dhe Burimet shkencore

2.1 Hyrje

Me ndryshimin e sistemit ekonomik, politik e shoqëror tek ne filloi një mënyrë e re jetese, me të cilën çdo ditë e më shumë po lidhet e ardhmja e shqiptarëve. Ndryshoi mentaliteti për jetën, për shoqërinë e për familjen. Ndryshoi tek shqiptarët edhe mënyra e veshjes, e sjelljes, cilësia e të ushqyerit e të tjerë. Për rrjedhojë u vu re një rritje e theksuar e risqeve të lidhura me mënyrën e re të jetesës. Nisën të dalin në plan të parë, sëmundjet kardiovaskulare dhe kanceri. Ndër vendet e para në klasifikimin e risqeve, zënë edhe vrasjet e plagosjet e shumta, ngandonjëherë të përditshme, nga konfliktet e pronës, gjakmarrja etj. Aksidentet automobilistike dhe traumat, po behen dalëngadalë një nga shkaqet kryesore të vdekjeve tek shqiptarët.

Në situatën e re të krijuar pra në periudhën e tranzicionit demokratik edhe vdekjet nga krimi brenda familjes dhe nga aktet e dhunshme në shoqëri, mbeten të konsiderueshme dhe shqetësim i vazhdueshëm për njerëzit. (Jacobs P.2003). Gjithashtu shqetësim i përhershëm kanë mbetur edhe sëmundjet ngjitëse. Problemet e shumta me ujrat e zeza, rrjetet e furnizimit me ujë të pijshëm, hedhja vend e pavend e mbeturinave, edukata e ulët qytetare e mjekësore, kanë krijuar situatë të favorshme për infeksionet dhe sëmundjet ngjitëse.

Probleme të kësaj natyre i hasim edhe në mesin e Shqipërisë, në disa lagje të kryeqytetit si dhe në disa qytete kryesore të vendit. Media shpeshherë ka publikuar zona të përmbytura nga ujrat e zeza të cilat me muaj dhe me vite janë në mes të qendrave të banuara. Problem i madh mbetet edhe cilësia e furnizimit me tubo plastik që përdoren për rrjetat e ujësjellsave në fshatra dhe qytete. Tek ne, në Shqipëri, ende nuk kemi një kontroll për cilësinë e tubove të ujit të pijshëm dhe shpeshherë, ato që përdoren janë jashtë standarteve europiane.

Edhe kontrolli i ushqimeve sidomos atyre që vijnë nga jashtë, le shumë për të dëshiruar. Mallrat ushqimore të skaduar apo në pragun e skadimit, gjenden në sasi të konsiderueshme në tregun shqiptar. Sipas bisedave konfidenciale me specialistë të fushës, kontrole relativisht të plota, kemi vetëm në portin e Durrësit dhe në Aeroportin e Rinasit. Në pikat e tjera kufitare, është e mundur të futen produkte ushqimore, jashtë standarteve të Bashkimit

European. Në kushte të tilla, sëmundshmëria mund të rritet duke rritur edhe numrin e vdekjeve në shkallë vendi.

Problemi i furnizimit me ilace në spitale është ende një problem që duhet konsideruar dhe zgjidhur në mënyrë urgjente. Mungesa e tyre, i detyron pacientët ti blejnë në tregun privat me cmime të kripura të cilat e kanë rënduar shumë koston e familjes. Sipas disa konstatimeve publike , të dhëna nga Ministria e Shëndetësisë për mediat në muajin Korrik 2014, rezulton se shqiptarët blejnë ilace me cmimet më të shtrenjta në Ballkan dhe jo pak herë më të shtrenjta se në vendet e Europës Komunitare.

Edhe më i rëndë mbetet problemi në zonat rurale, ku ka mungesa të theksuara të mjekëve, mungesa të shërbimit të urgjencës si dhe mungesa të ambjenteve shëndetësore. Mungojnë në këto zona pajisjet mjekësore, diagnostike e kurative. Gjithashtu mungojnë furnizime të vazhdueshme me ujë, energji elektrike etj. Aktualisht, me angazhimin serioz të qeverisë shqiptare, po aplikohen masa shtërguese kundër korrupsionit si dhe po merren vendime të rëndësishme për tregun e ilaceve, rritjen e cilësisë së shërbimeve spitalore si dhe forcimin e sektorit të menaxhimit shëndetësor në vend.

Duke u nisur nga të gjitha problematikat e përmendura më lart e vetmja mënyrë për përmirësimin e situatës është forcimi i kujdesit shëndetësor, në drejtim të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore në Shqipëri.

Prandaj, qëllimi final i studimit tim është, njohja e gjendjes aktuale dhe propozimi i rrugëve për përmirësimin e situatës së krijuar. Qëllimi im është të jap një ndihmë modeste në drejtim të sigurimit e përmirësimit të vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor për popullin, për ta vendosur pacientin në qendër të sistemit shëndetësor shqiptar.

2.1 Harku kohor i analizës dhe momentet kyçe të analizës.

-Harku kohor i analizës përfshin nëse mund ta quajmë, periudhën e dytë të tranzicionit shqiptar dhe konkretisht atë të viteve 2000-2015.

Zgjedhja e kësaj periudhe është e lidhur me një sërë faktorësh politik, ekonomik e shoqëror e nga ana tjetër me faktorë të tjerë të cilët kanë ndikim të drejtpërdrejtë në cilësinë e këtij studimi.

E kam fjalën, për situatën shumë të rëndë të viteve 1990-2000, gjatë së cilës shqiptaret u përballen me vështirësi shumë të mëdha e probleme të të gjitha llojeve.

Në vitet e para, kemi të bëjmë me periudhën e ndryshimeve demokratike, periudhë në të cilën Shqipëria, filloi rrugën e shndërrimeve të mëdha e të pakthyeshme.

Me pas, kemi vitin e zi 1997, dhe pas tij luftën në Kosovë në vitet 1998-1999.

Në këtë periudhë, ka qenë krejt e pamundur, veprimtaria normale e administratës shtetërore dhe institucioneve të saj të varësisë.

Kesisoj mbajtja e statistikave për gjendjen në sistemin shëndetësor, le shumë për të dëshiruar.

Për rrjedhojë kjo periudhë, na rezulton me mungesa të mëdha sa i përket burimeve statistikore.

Duke ndjekur situatën për vitet 2000-2015, krijova bindjen se informacionet e kësaj periudhe, vecanërisht në fushën e statistikave, por edhe preokupacioni i rritur i qeverive shqiptare, kanë krijuar mundësinë për sigurimin e disa të dhënave të domosdoshme në shërbim të analizave profesionale e të kërkimit të shkencor.

Natyrisht këto të dhëna, nuk mund të ishin shteruese por megjithë këtë ishin të mjaftueshme për ta njohur e publikuar situatën në tregun shëndetësor shqiptar.

2.2 Momente kyçe të analizës që kemi përcaktuar:

Ashtu si edhe në çdo studim tjetër ne kemi përcaktuar edhe disa nga momentet kyçe ku duhet të mbështetet analiza jonë.

Ndër më kryesoret, kemi përcaktuar dhe zgjedhur:

2.2-1 Njohjen e gjendjes të Sistemit shëndetësor në Shqipëri, në periudhën e tranzicionit demokratik.

2.2-2 Futjen e shërbimit privat në shërbimin shëndetësor, i cili ka rritur mundësitë dhe cilësitë në shërbimet ndaj popullit.

2.2-3 Aplikimin ne sherbimin shendetesor ne vend te Shkencesse menaxhimit shëndetësor ne vend duke e konsideruar prioritare dhe në themel të reformave, në sistemin shëndetësor në vend.

2.2-4 Politikat shtetërore te cilat duhet të synojnë, rritjen e kontributeve të buxhetit shtetëror, në fushën e shërbimeve shëndetësore.

2.2-5 Investimet e shtetit për elitën e mjekësisë shqiptare si dhe rritjen e fondeve për studentët e ekselencës.

2.2-6 Ngritjen e një fakulteti të vecantë, pranë Universitetit Mjekësor të Tiranës, për formimin e menaxherëve të rinj në fushën e shëndetit si dhe rritjen e mundësive të tyre, për tu specializuar pranë klinikave më të njohura euro-atlantike.

2.3 Identifikimi dhe përjashtimi i variablave ndërhyrës.

Mbështetur në eksperiencën e krijuar, gjatë këtij viti të kërkimeve në fushën e doktoraturës, nga grumbullimi i të dhënave dhe pyetësorëve si dhe nga literatura e konsultuar, kam arritur të bëj identifikimin e variablave ndërhyrës .Njëkohësisht shtrimi i këtij problemi dhe vecanërisht identifikimi i këtyre variablave, me ka krijuar mundësinë dhe me ka hapur vizionin, për të gjetur rrugë e mundësi për shmangien apo përjashtimin e tyre.

Si variabla ndërhyrës kam identifikuar: politikën, korrupsionin, mentalitetin e shoqërisë shqiptare, nivelin kulturor të pacientëve, nivelin e ultë të teknologjisë mjekësore në përgjithësi e vecanërisht, mungesën e pajisjeve, në fushën e kontrollit e të monitorimit të punës në sistemin shëndetësor.

2.4 Disa modele të Sistemeve Shëndetësore në Botë.

Natyrisht që njohja me këto modele është e domosdoshme në radhë të parë si eksperiencë e Sistemeve Shëndetësore të lindjes e të perëndimit të zhvilluar.

Së dyti jam koshient se komentet e tepërta apo ndërhyrjet në analizën e këtyre modeleve, të njohura e të lëvruara me kohë në literaturën shkencore, nuk do ti bënin mirë por do të ja

ulnin vlerat e informacionit shkencor. Në keto rrethana, kam ruajtur përgjithësisht komentet që janë bërë në literaturën që kam konsultuar, duke ruajtur dhe evidentuar burimet shkencore. Më pas, unë kam dhënë vlerësimet dhe kam bërë analizat e mia, mbështetur në studimet që kam kryer për keto modele.

2.4-1 Modeli Beverixh.

Sistemi shëndetësor i bazuar në taksa apo sistemi Beverixh, u krijua në Suedi në vitet '30 por vetëm mbas luftës së dytë botërore, në vitin 1942, u zyrtarizua si raporti Beverixh dhe u njoh nga Britania .

Në këtë grup, përfshihen sistemet shëndetësore të këtyre vendeve:

-Danimarka, Finlanda, Irlanda, Suedia, Norvegjia, Britania e Madhe (1942) Italia, Greqia, Portugalia, Spanja, (1980), Kanadaja etj.

Nga vendet e Europës lindore ish komuniste bëjnë pjesë Shqipëria, Rumania, Moldavia, F.Ruse, Letonia, etj.

2.4-2 Modeli Bismark

Këto sisteme njihen si sisteme shëndetësore të tipit Bismark apo sistemet shëndetësore me sigurime shoqërore, shëndetësore. Sistemet me sigurime shëndetësore e kanë zanafillën shumë të hershme por skema e parë serioze për parapagim të shërbimeve dhe sigurimin e riskut, u fut në legjislacion në Gjermani, në vitin 1883 nga Bismark, ndaj dhe sistemi njihet me emrin e tij .

-Në këtë grup vendesh bëjnë pjesë Gjermania, Austria, Belgjika, Holanda, Zvicra, Franca etj.

-Nga vendet e Europës lindore, ish komuniste bëjnë pjesë:

Rep. Çeke, Sllovakia, Sllovenia, Hungaria, Estonia, Kroacia, etj.

2.4.-3 Modeli Semashko

Ky model është modeli i sistemit shëndetësor me ekstrem, i orientuar drejt ofertes/furnizimit. Ai mban emrin e ministrit të parë të shëndetësisë në qeverinë komuniste, në ish Bashkimin Sovjetik.

Të gjitha vendet komuniste, kane përdorur këtë model. Mbas ndryshimeve politike, të ndodhura në vitet 90, numri i vendeve që përdornin modelin Semashko, ra në mënyrë të ndjeshme dhe sot përdoret në Kubë, Korenë e Veriut dhe Vietnam.

2.4-4 Modeli i Sistemit shëndetësor Amerikan

Identifikohet si sistemi shëndetësor amerikan.

Amerika shpenzon \$4,637 për person, më shumë se cdo vend tjetër në botë. 14.6% e popullsisë në SHBA, duke filluar nga viti 2001, nuk mbulohen nga asnje skemë sigurimi.

Duke parë përshkrimet e këtyre katër sistemeve shëndetësore, ne kuptojmë se në mes tyre ka ndryshime të cilat lidhen me vendet e ndryshme që i kanë aplikuar si dhe me sistemet ekonomike, shoqërore edhe politike.

Ndryshime vihen re në sistemet shëndetësore edhe në mes të disa vendeve europiane e Aziatike dhe atyre të Shteteve të Bashkuara të Amerikes.

Këto ndryshime janë paraqitur por nuk janë analizuar në mënyrë shteruese, për faktin e thjeshtë se ato janë një pjesë e studimit tonë por jo boshti themelor i temës¹.

2.5 Ecuria e sistemit shëndetësor shqiptar.

Teoritë e viteve 1970-1980: Liberalizmi dhe Egalitarizmi

Në kohën e luftës së ftohtë, vëmendja e studiuesve ishte përqëndruar në drejtim të dy grupimeve ideologjike –politike :

- Grupimi socialist, ku bënin pjesë vendet e Europës Lindore.
- Grupimi kapitalist, ku bënin pjesë vendet e Europës Perëndimore dhe Amerika.

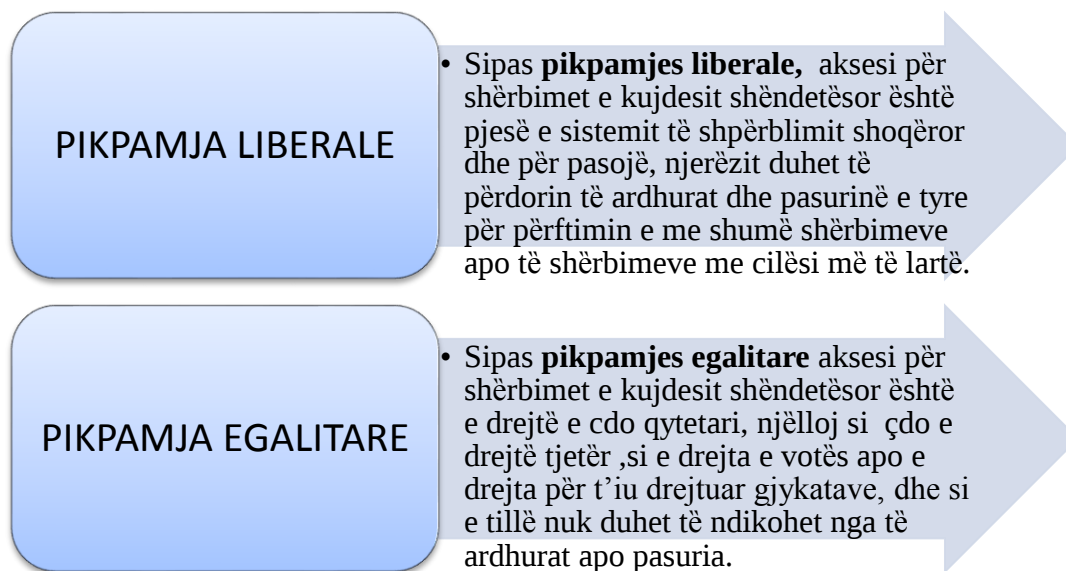
¹ (Modelet e ndryshme të Sistemeve Shëndetësore në botë, King R.2003)

Natyrisht kjo nuk është një ndarje definitive e pandryshueshme dhe ”e prerë në thikë”, për vëtë faktin sepse lufta për demokraci në të gjitha vendet, sjell ndryshime të vazhdueshme në sistemet ekonomike e shoqërore të këtyre vendeve.

Një shembull konkret i këtyre ndryshimeve , është ndryshimi i sistemeve politike në vendet e Europës lindore të cilat kaluan njëra pas tjetrës, nga sistemet totalitare-autoritariste, drejt demokracisë.

Kemi vënë re gjatë analizave që kemi bërë se këto ndryshime të rëndësishme e me përmasa botërore, janë mbajtur parasysh në të gjitha studimet e kryera nga studjues, të cilët i kanë patur në konsideratë këto realitete, gjeografike, ideologjike e politike.

Në vitin 1971, studjuesi i njohur Donabedian, bëri një analizë të bazave ideologjike dhe filozofiko-etike mbi të cilat qëndrojnë sistemet e ndryshme të shëndetësisë. Ai i klasifikoi këto baza në dy grupe të mëdha, të cilat imponojnë qëndrime të caktuara shoqërore. Këto qëndrime, autori Donabedian i emërtoi “**qëndrime liberale**” dhe “**qëndrime egalitare**” .



Ndërsa për Maynard dhe Williams, këto dy lloje qëndrimesh, shprehin qartë pikpamje të ndryshme mbi një sërë elementësh të rëndësishëm sic janë: **përgjegjësia personale, preokupimi shoqëror, liria dhe barazia.**

Tabela 2.1 Përgjegjësia personale, preokupimi shoqëror, liria dhe barazia.

Përgjegjësia personale	Sipas pikpamjeve <i>liberale</i>, përgjegjësia personale është tepër e rëndësishme për arritjen e suksesit, por kjo mund të dobësohet nëse njerëzve u falen shpërblime të pamerituara. Për më tepër, shpërblimet e pamerituara dobësojnë forcat nxitëse, që bëjnë të mundur mirëqënien ekonomike dhe për pasojë, demtohen edhe vlerat morale. Kjo ndodh për arsye se egziston një lidhje tepër e ngushtë midis vlerave morale dhe përpjekjeve të njerëzve për arritjen e suksesit.	Ndërsa sipas pikpamjes <i>egalitare</i>, stimujt personale për arritjen e suksesit janë të dëshirueshëm, por s'mund të vihet shenja e barazimit midis dështimit ekonomik dhe humbjes së vlerave morale apo mungesës së plotë të vlerave shoqërore.
Preokupimi		

shoqëror	Sipas teorisë së darvinizmit social liberalët janë krejt indiferentë ndaj fatit të atyre që nuk kanë sukses. Një qëndrim më i moderuar sugjeron se një mjet i përshtatshëm në të tilla raste është bamirësia, e cila duhet zbatuar mundësisht në institucione private. Por aplikimi i saj duhet bërë me kujdes dhe vetëm pasi përfituesit e mundshëm t'i kenë bërë të gjitha përpjekjet. Njëkohësisht, përfitimet e tyre duhet të jenë më të pakta se të të njerëzve që mbajnë vetvehten .	Do të ishte më mirë të ndërtoheshin mekanizma shoqërore, të cilat të jenë të vetëqëndrueshme dhe të afta të funksionojnë në vazhdimësi. Aktivitetet private të bamirësisë nuk mund të hidhen poshtë por ato janë moralisht të rrezikshme, dhe zakonisht të pabarabarta (poshtëruese për përfituesin dhe korruptuese për donatorin. E drejta për të përfituar shërbime të tilla bëhet e mundur në saj të rregullave, që duhet të zbatohen në mënyrë të barabartë për të gjithë dhe që sanksionohen nga e gjithë shoqëria.
Liria	Liberalet e konsiderojnë lirinë si të mirën më të lartë. Kufizimet e ndryshme e ulin si përgjegjësinë personale, ashtu edhe shprehjen individuale apo vullnetare të shqetësimit social. Planifikimi nga	Egalitaret e shohin lirinë si një mundësi për të bërë zgjedhjet e dëshiruara. Megjithëse kufizimet ekonomike në dukje janë më pak detyruese se sa kufizimet politike, ato janë reale dhe i kufizojnë mundësitë e zgjedhjes. Liria

	qendra, dhe roli i madh i qeverisë në financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, konsiderohen si njëcënim i lirisë së klientit apo të profesionistëve të shëndetësisë e për këtë arsye, mjekësia private shihet si një mbrojtje ndaj totalitarizmit.	nuk mund të ndahet, por mund të sakrifikohet një aspekt i saj, me qëllim që përfitimet të jenë më të mëdha në aspekte të tjera. Qeveria nuk duhet konsideruar si një kërcënim i jashtëm ndaj individëve të një shoqërie, por mjeti përmes të cilit këta individë kanë mundësi më të madhe për veprim (liria e madhe e vërtetë).
Barazia	Shto precaktimin	Shto precaktimin

Natyrisht, përshkrimi i mësipërm përkon me situata ekstreme dhe bëhet vetëm për të kuptuar themelin filozofiko-ideologjik mbi të cilin mund të ngrihen sisteme të pastërta liberale apo egalitare.

Kështu në një sistem privat, aksesibiliteti i shërbimeve shëndetësore përcaktohet nga aftësia dhe dëshira për të paguar. Prodhuesit e shërbimeve i përgjigjen kërkesave të konsumatorëve të shërbimeve **të nxitur nga fitimi** dhe sistemi mbahet në ekuilibër si pasojë e rregullimit të cmimeve përmes mekanizmit të tregut.

Ndërsa në një sistem publik, aksesit përcaktohet nga nevojat e popullatës të cilave, prodhuesit e shërbimeve i përgjigjen **të shtyrë nga motive humanitare.** Sistemi

mbahet në ekuilibër nëpërmjet një përlllogaritje të shërbimeve, që mbështetet në një sistem rregullash të miratuar nga shoqëria.

- Shenim: Ndarja e pikepamjeve në liberale dhe egalitare si dhe elementet e tyre është realizuar në përputhje me klasifikimin e bërë nga autori .

Pika më e dobët në të dy këto sisteme të pastërta, është hipoteza nga e cila nisen lidhur me rolin e mjekut: në të dyja rastet, presupozohet në mënyrë ideale se mjeku do të shërbejë si një “agjent” i pacientit, sipas parimit se mjeku do t’i japë pacientit gjithëinformacionin e nevojshëm, me qëllim që ky i fundit të aftësohet për të marrë një vendim të mandej, mjeku do ta zbatojë këtë vendim.

Në të vërtetë nuk ndodh aspak kështu. Është pacienti ai që i jep mjekut gjithë informacionin e nevojshëm të mandej ky i fundit merr një vendim, i cili zbatohet me përpikmëri nga pacienti. Pra, mjeku luan një rol dominant dhe si i tillë ai nuk mund të shërbejë si “agjent i përsosur” i të sëmurit. Mjeku mund të shtyhet nga interesat e tjera që s’janë thjesht ato të sëmurit. **Kështu, në sistemet shëndetësore private,** ku ekziston liri e plotë klinike dhe fitime të lidhura me shërbimet , mjekët kanë prirje për të ofruar shërbime shëndetësore më tepër se sa duhet.

Ndërsa në sistemet publike, kur mjekët kanë liri veprimi dhe asnjë fitim të dukshëm të lidhur me shërbimet, ata ofrojnë shërbime shumë më pak se c’do të nevojiteshin.

Por në praktikë, ekzistojnë përgjithësisht sisteme të përzjera, me elementë të ngjyrosur herë me filozofi liberale e herë me filozofi egalitare².

² (Ministria e Shëndetësisë, 2004)

Duke e ballafaquar këtë analizë, në Tregun Shëndetësor shqiptar, vëmë re se përafrimi më i plotë dhe vlerësimet teorike të bëra më lart, përputhen më shumë me Sistemin Liberal.

Edhe Sistemi egalitar, është prezent dhe funksionon edhe në Shqipëri për faktin e thjeshtë se sistemi Shëndetësor Publik është një sistem miks dhe larg përcaktimeve teorike të bëra nga autorët perëndimore.

Për fat të keq shërbimet shëndetësore publike, nëjo pak raste, përdoren nga mjekët dhe specialistët e tjerë të fushës për përfitime vetjake.

Ambjentet e spitaleve publike, sallat e operacionit, dhomat e vizitave e të konsultave, laboratorët e analizave etj. janë kthyer në vende, ku një pjesë e personelit mjekësor, nxjerr fitime të konsiderueshme.

Gjithashtu këto ambiente shërbejnë edhe si salla pritje për nevojtarët, për ti përcjellur në një kohë tjetër, pranë klinikave të tyre private.

E thënë me pak fjalë, Sistemi egalitar në Shqipëri është një sistem jo vetëm miks por edhe shumë i deformuar.

Në këtë gjendje të rëndë, Sistemin tonë shëndetësor e ka cuar korrupsioni i lartë i cili është i pranishëm në të gjitha nivelet e shërbimit shëndetësor.

Natyrisht që situata ka shenja përmirësimi si rrjedhojë e forcimit të luftës kundër korrupsionit, e reformave të njëpasnjëshme të ndërmarra në sistemin shëndetësor si dhe rregullimeve të bëra së fundmi në Kuadrin ligjor, në fushën e shërbimeve shëndetësore ndaj popullit.

Mendoj se në kushtet e Shqipërise, krahas punës edukative, duhen hartuar e aplikuar edhe masa shtërguese speciale, me të cilat institucionet të cilat do të ndikonin në uljen e nivelit të lartë të korrupsionit, në shërbimet shëndetësore në vend.

2.6 Aplikimi I shkencës së menaxhimit në sistemin shëndetësor në vend do ta nxjerrë shërbimin ndaj pacientëve nga kolapsi.

Duke parë në tërësi dhe në mënyrë konkrete, gjendjen në Sistemin Shëndetësor në Shqipëri, konstatojmë se duhen bërë disa përmirësime rrënjësore të cilat konsistojnë në:

- Ndarjen e saktë të detyrave, në mes të administratorëve apo menaxherëve dhe mjekëve profesionistë. Nje operacion i tille do ta përmirësojë ndjeshëm, cilësinë e shërbimeve shëndetësore ndaj qytetarëve.

Të parët duhet të merren me drejtimin dhe administrimin e punëve ndërsa të dytët, vetëm me shërbimin shëndetësor ndaj pacientëve.

- Ndërtimin e skemave organizative dhe manaxheriale të cilat zhvillojnë iniciativën, përgjegjësinë e vetveprimin si dhe dobësojnë monopolin e primarëve, në shërbimin shëndetësor.
- Kufizimin e mandateve të shefave të shërbimit, deri në 4 vjet.
- Mundësimin e drejtimit të institucioneve shëndetësore deri në dy mandate por jo të njëpasnjëshme.
- Ngritjen e departamenteve të posacme, të kontrollit e mirëmbajtjes të pajisjeve mjekësore dhe të teknologjisë së lartë.

Pjesë e këtij departamenti mund të jetë edhe sektori ndihmës i shërbimeve të prapavijës si ai i telefonisë, i shërbimit elektrik dhe hidrosanitar , internet etj.

-Ngritja e departamentit të pritjes dhe shpërndarjes të pacientëve sipas nevojave mjekësore.

Nëpërmjet kësaj skeme, përjashtojmë kontaktet direkte të mjekut me lekun dhe pacientin.

-Vendosja e sistemit të kamerave në ambjentet e shërbimit spitalor.

-Krijimi i disa reparteve paralele për të njëjtat shërbime të cilët kanë pavarësi me njëri-tjetrin, të njëjtin nr shtretërish për pacientin, të njëjtën organikë si dhe të njëjtën teknologji të shërbimit shëndetësor.

2.7 Menaxhimi I sistemit shëndetësor nuk është i ndërtuar në përputhje me nevojat e shërbimit shëndetësor ne vend.

Gjatë kontakteve me qytetarë të ndryshëm, me mjekë profesionistë drejtues të spitaleve, e te tjere; nga informacionet e shumta të grumbulluar në pesë rrethe të Shqipërisë, prevalon në shumë raste, argumenti se menaxhimi dhe mirëadministrimi I shërbimit shëndetësor është përcaktues në cilësinë e shërbimeve ndaj popullit. Në mënyrë të përmbledhur kemi përzgjedhur disa nga shkaktarët kryesorë të gjendjes.

Ne situatën aktuale kanë ndikuar keto faktore :

1.Mungesa e menaxherëve të mirëfilltë, të përgatitur për administrimin e drejtimin e punëve në shërbimin spitalor.

2. Mungesat në Furnizimin me bazën materiale të nevojshme dhe vecanërisht furnizimi me materiale të nevojave të perditshme dhe të ilaceve, është ende larg standarteve të kërkuara. Nga testimet e bëra dhe investigimet e medias, janë konstatuar materiale dhe ilace të skaduar ose në pragun e skadimit. Në shume raste, furnizimet bëhen nga firma preferenciale, afër drejtuesve aktualë të institucioneve, me lidhje të afërta me politikën.

3.Në shumë raste në drejtimin e punës që nga repartet apo departamentet e deri tek maja e piramidës të shërbimit spitalor vendosen militantë të partive me formim të mangët, profesional e kulturor.

4. Në raste të tjera ,në drejtimin e punëve të shërbimit shëndetësor, vendosen profesionistë të cilet ne keto kushte, lene pa kryer detyrat profesionale ndaj pacienteve dhe ne te njejten kohe, nuk I administrojne me nivel problemet e menaxhimit per arsyen e thjeshte sepse nuk jane specialist te kesaj fushe.

2.8 Niveli i menaxhimit shendetesor sot.

Qe ne fillim dua te theksoj se pervec ceshtjeve te cilat i kam rekomanduar ne fazat e meparshme te studimit, konsideroj si prioritare dhe te nje rendesie te vecante , formimin teorik e profesional te menaxhereve shendetesor.

Rekomandoj te behen pjese e literatures shkencore e profesionale edhe keto burime :

1. Teorite baze amerikane dhe europiane, ku mbeshtetet kerkimi shkencor ne fushen e menaxhimit.
2. Autoret me te njohur dhe studimet me te mira shqiptare, europiane e boterore ne fushen e menaxhimit.
3. Teorite baze ku mbeshtetet punimi im shkencor.
4. Debatet akademike shqiptare, amerikane dhe europiane ne fushen e menaxhimit shendetesor.

Sigurisht qe une nuk kam lene jashte kendveshtrimit tim edhe ceshtjet e tjera te cilat I konsideroj po aq te rendesishme. Jam ndalur me gjere, ne kater prioritetet qe une kam shkruar me lart per faktin se ato trajtojne bazat themelore te menaxhimit ne teresi si dhe jane te lidhura ne mes tyre si rrjedhoje e nje logjike te ftohte dhe e qasjeve shkencore ndaj temes qe une kam zgjedhur.

Kam kerkuar te njihem me teorite baze ne fushen e menaxhimit, me pas kam kerkuar autoret me te njohur te kesaj fushe dhe pas tyre, kam kaluar ne fushen e debateve akademike, per te njohur me detaje problemet e menaxhimit, konkretisht ato te menaxhimit shendetesor ne menyre te vecante.

Pas kesaj guide ne literaturen e zgjedhur , i jam qasur teorive baze mbi te cilat eshte mbeshtetur punimi im kerkimor e shkencor.

2.9 Teorite baze amerikane dhe europiane ku mbështetet kerkimi shkencor ne fushen e menaxhimit.

Qe ne fillim, dua te shpreh idene se kjo ceshtje si pjese e temes time shkencore do te jape per lexuesin si dhe per specialistet e interesuar te fushes, te dhena bazike, mbi te cilat eshte mbështetur shkenca e menaxhimit. Ne balle te literatures se zgjedhur kam vendosur botimin **“Bazat e Menaxhimit, Koncepte dhe aplikime themelore”** te autoreve te mirenjohur amerikane, Stephen P. Robbins i Universitetit shteteror te San Diegos, David DeCenzo I Universitetit Bregdetar te Carolines si dhe me kontributet e Henry Moon, i shkolles londineze te Biznesit, Botim I Universitetit European te Tiranes.

Ne kete kapitull, ne japim nga literatura e zgjedhur ,Konceptet baze si dhe do i pergjigjemi pyetjeve se cfare jane menaxheret dhe cfare eshte menaxhimi, cfare eshte mjedisi menaxherial, pse jane te lidhura ngushtesisht me menaxhimin dhe me njera tjetren dhe cfare jane Bazat e planifikimit, Bazat e vendimmarrjes, rendesia e menaxhimit te Burimeve njerezore etj.

Nga literatura gjithashtu dhe nga trajtimi i problemit ne shpjegojme si duhet menaxhuar ndryshimi ne mjedisin e punes, stresi dhe risite, cilat jane vlerat individuale dhe asaj ne grup, motivimi dhe shperblimi i punonjesve, komunikimi dhe aftesite nderpersonale, bazat e kontrollit te punes, menaxhimi i operacioneve etj.

Pas ketyre analizave do ta kemi me te lehte te sillemi ndaj problemit tone I cili eshte specifik dhe kerkon nje analize te vecante.

Mbi keto baza teorike si dhe mbështetur ne gjendjen reale te Tregut shendetesor ne Shqiperi jemi perpjekur te gjejme zgjidhje, rruge e mundesi per ta permiresuar e rritur cilesisht sherbimin shendetesor ne Shqiperi.

Rekomandimet tona janë në shërbim të programeve të hartuara nga institucionet shqiptare duke synuar formimin e menaxherëve të rinj, brenda dhe jashtë vendit, rritjen e investimeve në sektorin shëndetësor si dhe forcimin e lidhjeve e të bashkëpunimit me vendet me mjekësi të zhvilluar dhe eksperiencë solide, në fushën e shëndetësisë dhe të menaxhimit shëndetësor.

2.9-1 Autoret me të njohur dhe studimet me të mira shqiptare, europiane e botërore në fushën e menaxhimit.

Nga literatura e grumbulluar, ne prezantojmë edhe kontributin e autoreve me famë botërore në fushën e ekonomisë e të menaxhimit Adam Smith, Henry Fayolit, Max Weberit, Frank Gibreth, Henry Gantt etj, duke u ndalur në mënyrë me të gjere tek klasiku I Menaxhimit shkencor Frederik Taylori. Në veprën e tij **“Parimet e menaxhimit shkencor”** ai hodhi bazat e menaxhimit modern, duke rekomanduar përdorimin e metodave shkencore, për të përcaktuar rrugën me të mirë për të realizuar një punë të caktuar.

Gjithashtu ai rekomandon, problemet e formimit profesional, perfeksionimin e metodave të punës, bashkëpunimin e menaxherëve me punëtorët e thjeshtë etj.

Në tëmen të, kam vendosur edhe shembuj, nga praktika botërore në fushën e menaxhimit, duke i vendosur ato në periudha të caktuara historike.

Të gjitha këto, kanë shërbyer për ndërtimin e skemave konkrete të punës me të cilat jam përpjekur të jap rekomandime profesionale, për përmirësimin e punës në menaxhimin e shërbimit shëndetësor në Shqipëri, duke u ndalur në përzgjedhjen e njerezve profesioniste, për një punë të dhënë, në këtë rast, shërbimi shëndetësor ndaj popullit dhe jo të një pune të

privilegjuar, per njerez te caktuar, te cilet vijne ne kete sektor nga marredheniet qe ata kane me politiken.

Kemi perzgjedhur gjithashtu, produkte dhe analiza te administrates shteterore ne fushen e menaxhimit shendetesor si dhe autore te ndryshem, nga fusha akademike dhe ajo e politikës.

Me shume se asnje sektor tjetër sektori i shendetesise ka nevojë për një menaxhim shkencor i cili të mbështetet mbi kolonat baze të cilat i gjejme në teorite të menaxhimit shkencor.

Sektori shendetesor në Shqipëri, ka nevojë të përmirësojë në mënyrë cilësore planifikimin, organizimin, komandimin, koordinimin dhe kontrollin e të gjitha punëve dhe në të gjitha nivelet.

2.9-4 Disa probleme në Menaxhimin e Shërbimit Shendetesor.

Duke e parë në tërësi problemin e menaxhimit shendetesor në vend, jemi përpjekur të evidentojmë problematikat e këtij sektori të cilat në mënyrë të shkurtuar, do të paraqesim e do të komentojmë si më poshtë:

Se pari, mund të themi se qysh në strukturat organizative të spitalit nuk kanë qenë të planifikuara në mënyrë të prerë, vendosja në drejtimin e këtyre institucioneve, të menaxherve të profilit shendetesor.

Vendosja në strukturën organizative, në drejtimin e shërbimit shendetesor në vend e specialistëve të menaxhimit shendetesor, do të frenonte në masë të konsiderueshme, ardhjen e mjekeve profesioniste në drejtimin e punës për faktin se ata kanë njohuri të mangëta nga fusha e menaxhimit shendetesor.

Se dyti, duhet luftuar me vullnet të përbashkët politik që në drejtimin e shendetesise shqiptare, të vijne njëzëri me njohuri të thella, në fushën e menaxhimit dhe jo militante të partive.

Se treti, hartimi i programeve nderdikasteriale per te krijuar te gjitha mundesite e formimit nga Universitetet shqiptare, te menaxherve te rinj te sherbimit shendetesor.

Se katerti, te akordohen bursa te vecanta per studentet e elites te cilet te dergohen ne Universitetet perendimore, per tu formuar shkencërisht, ne fushen e menaxhimit modern.

Se pesti, per te mbushur vakumin qe ekziston ne Sistemin e Shendetesise, ne fushen e menaxhimit, duhen ngritur kurse te formimit profesional ne kete fushe, me studentet qe kane mbaruar fakultetin e ekonomise per menaxhim biznesi ose me profesioniste qe kane mbaruar nga 2 fakultete, ate te mjekesise dhe ate te ekonomise.

Se gjashti, te punohet me grupe specialistesh per krijimin e modeleve te menaxhimit ne sistemin shendetesor shqiptar.

KAPITULLI III

Gjendja reale e tregut Shendetesor ne Shqiperi.

Per te zberthyer ne tere komponentet e tij Tregun Shendetesor ne Shqiperi, ne studimin tone kemi perfshire:

- Te dhena te pergjithshme, per Tregun Shendetesor ne Shqiperi, cilat jane elementet perberes te ketij Tregu, llojet e sherbimeve shendetesore.
- Aktoret kyc qe punojne ne Tregun Shendetesor Shqiptar dhe kolonat bazike ku eshte mbeshtetur aktualisht.
- Roli i Investimeve te huaja direkte ne permiresimin e struktures se Tregut shendetesor dhe zhvillimi i metejshe i tyre ne sherbim te qytetareve.
- Zgjerimi i baze se burimeve financiare si dhe rritja e fondeve publike per Shendetesine.
- Roli i sektorit te shendetit publik ne zhvillimin ekonomik te vendit.

- Te dhena per strukturen e Sherbimit shendetesor ne Shqiperi ku bejne pjese informacione zyrtare per numrin e specialisteve te angazhuar ne kete sektor, numrin e shtrerterve ne spitalet rajonale te vendit, niveli i teknologjise ne sherbim te pacienteve e te tjere.

Gjithashtu ne studim, kam paraqitur edhe te dhena te tjera te cilat i kam krahasuar me vendet e rajonit dhe me gjere.

- Ne studimin tim ka te dhena edhe per nivelin e larte te korrupsionit me te cilat terhiqet vemendja e politikës dhe opinionit publik per kete plage te rende te shoqerise.
- Ne kapitullin “Gjendja reale e Tregut Shendetesor ne Shqiperi” jane trajtuar probleme te menaxhimit shendetesor ne fushen e investimeve, bazes materiale, cilesise se sherbimit shendetesor, etj.
- Sigurimeve shendetesore, gjithashtu i eshte dhene nje vend i rendesishem sepse ato jane pjese e Tregut shendetesor dhe kane rol te rendesishem ne sherbimin shendetesor te popullit.

I vendosa qysh ne fillim te kapitullit keto problematika, duke i konsideruar si prioritare, njekohesisht me qellimin e mire per te terhequr edhe vemendjen e studiuesve te fushes dhe njerezve te interesuar per Tregun shendetesor ne Shqiperi.

Sot ne Shqiperi tregu shendetesor eshte i larmishem dhe kompleks. Dy kolonat kryesore jane , sherbimet shendetesore publike dhe ato private. Sot tek ne duke perjashtuar spitalet publike tradicionale, te shtrira ne forme rrjeti ne tere vendin, jane rritur me ritme te shpejta edhe spitalet private apo qendrat e sherbimeve shendetesore private. Gjithashtu, faktor i rendesishem ne plotesimin e nevojave te pacienteve, eshte edhe sherbimi privat i mjekeve

specialist. Te regjistruar apo jo ne organet tatimore shtetereore ata kryejne nje pune te madhe ne sherbimet ndaj popullit.

Ne kushtet e sotme, ajo qe te bie ne sy eshte cilesia e ulet e sherbimeve ne spitalet publike si dhe kostoja shume e larte e sherbimeve ne spitalet private. Ajo qe spikat dhe eshte mbizoteruese ne tregun shendetesor ,eshte kultura e ulet qytetare dhe mungesa e njohurive te pacienteve. Pergjithesisht njerezit kur ndodhen perballe nje semundjeje dhe nevojës immediate per tu sheruar, ata zakonisht, nuk jane ne gjendje te zgjedhin se ku duhet te drejtohen per ndihme, per tu kuruar e per tu sheruar. Ata gjithashtu nuk jane ne gjendje, te dallojne cilesine e sherbimeve shendetesore te cilat jane te detyruar ta blejne. Shume gjera qe fillojne nga percaktimi I diagnozes, trajtimi ne nje spital te caktuar, blerja e ilaceve, lidhen me formimin shpirtoror,kulturor e profesional te mjekut.

Pacientet te cilet ne kete rast jane edhe konsumatore, kerkojne pergjithesisht te bejne nje blerje me cilesi sa me te larte, per shkakun se eshte ne loje edhe jeta e tyre. Perballe kesaj situate, pra kostos se ilaceve dhe sherbimeve, mjeket pergjithesisht nuk merren fare dhe jane indiferente. Ne nje treg te tille ,eshte e domosdoshme futja ne loje e institucioneve shtetereore te cilat duhet te merren me mbrojtjen e konsumatorit dhe ne rastin tone me mbrojtjen e pacientit. Duhet degjuar me shume si dhe duhet forcuar roli I UMSH.

Urdhri I mjekut, shpeshhere ka ngritur probleme me vlere te cilat jo gjithmone jane degjuar e kane marre udhe.

Liberalizimi I sherbimeve shendetesore, ka rritur numrin e sherbimeve nga sektori privat. Ne te njejten kohe monitorimi dhe kontrolli I sherbimeve ne kete sektor, nga ana e institucioneve shtetereore eshte veshtiresuar e nderlikuar. Sipas disa specialisteve te cilet analizojne rastet e

demtimeve te shendetit te pacienteve apo vdekjet te bera prezent nga media, ne keto spitale, ne jo pak raste, kemi sherbime jo cilesore dhe me kosto shume te larte. Kontrolli i ketyre rasteve nga ana e institucioneve eshte i zbehte dhe lehtesisht i thyeshem perballe korrupsionit.

Jam i mendimit se krahas rritjes se pandalshme te sektorit privat ne shendetesi, duhet rritur, forcuar e konsoliduar sherbimi spitalor publik. Me gjithë perpjekjet, financimi per sektorin shendetesor publik vazhdon te mbetet ne shifra te ulta ndaj nevojave te konsumatorit.

Me rendesi ne rritjen e cilesise, ne sherbimet shendetesore publike, mbeten specializimi i vazhdueshem i mjekeve profesioniste si dhe aplikimi ne keto spitale i teknologjive te reja mjekesore.

Me interes ne vitet e fundit me rritjen e shpejte te elektronikes e te telekomunikacionit eshte edhe fusha e telemjekesise e cila I hap rrugen konsultave direkte me mjeke dhe specialiste ne shume vende te Europes. “.....Nje sherbim i tille i mundeson pacientit kujdesin shendetesor, diagnozen,mjekimin dhe edukimin shendetesor.....”³.

Sipas qendres kombetare te regjistrimit ne shkalle vendi, kemi te regjistruar spitale publike, ne te gjitha qytetet kryesore te Shqiperise ndersa spitalet private kryesisht i kemi te perqendruara ne qytetin dhe ne periferine e Tiranës. Ne grupin e dyte hasemi me investime te biznesit privat shqiptar, te biznesit te huaj si dhe te kombinuar ne mes tyre.

Sipas qendres kombetare te regjistrimit ne shkalle vendi kemi te regjistruar:

- 43 spitale publike ne te gjitha qytetet kryesore te Shqiperise.

- 5 qendra spitalore

³ (strategjia afatgjate e ministrise se shendetesise 2004)

- 66 Qendra mjekesore⁴.

Ne sektorin e shërbimeve shëndetësore private, perseri sipas qendres kombetare te regjistrimit te Ministrise se Shëndetësisë kemi te regjistruar:

- 10 spitale private

- 111 kabinete mjekesore

- 229 laboratore diagnostike

- 563 klinika dentare

- 1650 farmaci⁵.

Theksojme se te dhenat e sipercituara i perkasin statistikave me te fundit, te Gushtit 2014.

Gjithashtu duhet të theksojmë se IHD në shëndetësi janë pjesë e rëndësishme e Tregut shëndetësor në Shqipëri.

Si të tilla ato duhen trajtuar në mënyrë të imët e të detajuar në një studim të këtij lloji.

Nuk do të ishte i plotë ky studim nëse nuk do të pasqyroheshin Investimet e bëra në Shëndetësi nga kapitali i huaj, vetëm ose në joint-venture me kapitalin shqiptar.

Spitali Hygeia greke, Spitali Amerikan me kapitale turke, Spitali Salus me kapital italian, spitali francez Bernard Chambert, klinikat Zoja e Këshillit të Mirë, Klinika Uzllova, Klinika dentare turke, italiane etj janë tashmë të njohura për opinionin publik shqiptar.

Megjithë përpjekjet që kam bërë për të përcaktuar nivelin e investimeve në këto spitale dhe klinika mjekësore ka qënë e pamundur marrja e të dhënave.

⁴(Ministria e Shëndetësisë, 2014)

⁵(Ministria e Shëndetësisë 2014)

Në përgjithësi në procedurën e mbledhjes së informacioneve kemi konstatuar një nivel të lartë të aparaturave mjekësore si dhe personel të specializuar.

Vërejtjet e pacientëve dhe familjarëve të tyre kanë qenë dhe mbeten edhe sot të lidhura me njohjen e CV të mjekëve që punojnë në këto spitale me nivelin e lartë të cmimeve, si dhe me cilësinë e analizave mjekësore.

Rasti i operacioneve të mishit në hundë në spitalin gjerman nga një mjek grek me pajisje shumë artizanale në raport me aparaturat që përdoren sot në Europë u bë problem i Shoqatës së mjekëve të Otorino-Laringologjisë.

Objektivat e këtij studimi kanë të bëjnë me analizën e IHD-ve si një faktor i rëndësishëm për vendet në zhvillim në kushtet e globalitetit si dhe impakti direkt apo indirekt që ato kanë në ekonominë shqiptare, si një ekonomi në zhvillim, të analizojë rolin e investimeve të huaja direkte, duke konsideruar edhe lidhjen ndërmjet klimës së investimeve dhe biznesit në vend dhe IHD direkte. Duhet thënë se në disa raste ka patur largime nga Shqipëria të bizneseve të huaja të cilat për shkaqe të sigurisë në vend kanë terhequr kapitalet e tyre. Këtu mund të përmendim largimin e investimeve të mëdhaja në fushën e turizmit, rasti i Kakomës si dhe problemet e vazhdueshme me sigurinë në industrinë e punimit të cimentos, rasti i pronarit libanez, rasti i vendosjes së minave në disa fabrika të cimentos në Fushë - Krujë. Këto shembuj që treguam me lart kanë patur ndikimin e vetë dhe kanë mbajtur larg, megjithë disa arritje, investimet e huaja në fushën e shërbimit shëndetësor.

Impakti i IHD-ve në shëndetësi në rritjen ekonomike të vendit.

IHD në fushën e Shëndetësisë në Shqipëri kanë ndikim jo vetëm në shëndetin e qytetarëve të vendit por edhe në ekonominë shqiptare dhe natyrisht në këto pike me gjere se problemet e tjera po japim disa konsiderata.

Jam perpjekur të përshkruajmë investimet e huaja në Shqipëri në sektorin e Shëndetësisë deri në vitin 2016, vit në të cilin perfundon edhe studimi ynë.

Investimet e Huaja Direkte janë një fenomen relativisht i ri, i cili ka patur një zhvillim të hovshëm në rritje në vitet në vazhdim. Nxitur nga ndryshimi teknologjik, konkurrenca globale dhe liberalizimi i tregjeve, investimet e huaja direkte luajnë një rol kyç në procesin e integritetit global ekonomik. Ato krijojnë efekte si në vendet pritëse ashtu dhe në ato

investuese. Efektet në vendet pritëse janë të rëndësishme si për nga shumëllojshmëria e tyre ashtu dhe për nga rëndësia ekonomike, politike dhe sociale që ato gjenerojnë. Përfitimi i këtyre efekteve nuk vjen automatikisht por ndikohet nga realizimi i disa kushteve specifike. IHD-të sjellin kapitalin e nevojshëm, rritin produktivitetin e ekonomisë nëpërmjet transferimit të njohurive dhe teknologjisë, ndikojnë në hapjen e tregjeve të reja për tregti, rritin konkurrueshmërinë e ekonomisë, ndikojnë në reduktimin e deficitit të llogarive korente, rritin punësimin dhe mbi të gjitha ndikojnë në mirëqenien e popullsisë. Rritja e investimeve të huaja është objektiv kyç për zhvillimin ekonomik të një vendi dhe prioritet strategjik i qeverive. Përthithja e këtyre investimeve kërkon politika dhe strategji të mirëpërcaktuara, përmirësime të vazhdueshme në kuadrin ligjor dhe institucional, stabilitet dhe rritje ekonomike të qëndrueshme, përmirësim dhe modernizim të infrastrukturës si dhe përmirësime në klimën për mjedisin e biznesit dhe investimeve.⁶

IHD-te ne Shqiperi ne fushen e mjekesise jane perqendruar kryesisht ne fushen e sherbimeve shendetesore.

Sot ne kemi investime te huaja direkte ne disa spitale te vendit, te perqendruara kryesisht ne qytetin e Tiranës.

Kemi investime ne fushen e laboratoreve mjekesore, klinikave diagnostikuese, klinikave dentare etj.

Ne te gjithë keto qendra te sherbimit shendetesor ne vend jane punesuar me mijera njerez dhe me hapjen e reparteve te reja numri i tyre shkon gjithnje e ne rritje, me impakt ne ekonomine e vendit.

Sa i perket kushteve akomoduese, kompletimit me mjete e pajisje mjekesore, vihet re nje ndryshim i dukshem midis sherbimit spitalor publik dhe sherbimit spitalor privat.

⁶(Autori, 2016)

Duke analizuar rezultatet e pyetesoreve dhe intervistave gojore qe kemi bere konkludojme se pavaresisht cmimeve te larta te sherbimit ne spitalet private me kapital te huaj njerezit e kane te veshtire te bejne diferencat se ku eshte me mire te drejtohen per te marre sherbimet e nevojshme shendetesore.

Ketu zakonisht ndikon formimi kulturor i pacientit, angazhimi i mjekeve specialiste per te ndihmuar ne dhenien e informacionit si dhe niveli i tarifave qe ofrohen ne sherbimet shendetesore.

Ne spitalet publike ku flitet per sherbime falas te pret nje pagese shume e rende “nen dore “ te cilen po nuk e dhe nuk i merr dot sherbimet e nevojshme.

Te drejtohesh tek spitalet private ke nje sherbim shume te shpejte por cmimet jane shume te kripura.

Analize me te gjere kemi bere edhe ne kapitujt e meparshem te studimit.

Per ta konkretizuar me tej pasqyrimin e gjendjes se sistemit shendetesor ne shqiperi kam perzgjedhur 2 raste studimore spitalin amerikan dhe spitalin e korces. Arsyeya e perzgjedhjes eshte se nuk gjeta gadishmerine apo informacionin nga personat pergjegjes per dhenien e informacionit.

3.1 Informacion i shkurter per Spitalin Amerikan.

Në ditët e para të 2006 Spitali Amerikan, hapi dyert me një premtim ambicioz dhe një përgjegjësi të madhe: t’u sillte pacientëve shqiptarë atë çka ata meritonin, atë çka shpesh kërkonin jashtë kufijve të Shqipërisë, atë që mjekësia shqiptare, me gjithë talentin e përkushtimin e mjekëve, në mungesë të kushteve dhe teknologjisë nuk ua kishte ofruar: diagnostikimin dhe trajtimin me standardet më të larta të mjekësisë moderne.

Hapat e para të këtij spitali drejt pacientëve shqiptarë filluan pikërisht nga zemra. Investimi ambicioz turko shqiptar, me ndihmën shumë të vyer të qeverisë shqiptare u fokusua fillimisht në kardiologji dhe kardiokirurgji duke ofruar kështu nën kujdesin e një ekipi shumë të përzgjedhur, gjithçka që eksperiencia botërore e kirurgjisë së zemrës ofron.

Nën drejtimin e profesorëve me emër në katedrat e kardiokirurgjisë në Ankara, Stamboll e Huston, ekipi i përbërë fillimisht nga 72 punonjës filloi intensivisht punën me raste mjaft të komplikuar të patologjive kardiake.

Me një numër mesatar prej 100 pacientësh në muaj laboratorit i hemodinamikës gjatë vitit të parë realizoi në mënyrë 100% të suksesshme mbi 1200 procedura koronarografie dhe mbi 350 raste revaskularizimi.

Një prej arritjeve të kardiologëve të këtij spitali ishte realizimi për herë të parë në Shqipëri i koronarografisë dhe revaskularizimit të arterieve koronare në gjendje akute të infarktit të miokardit, e thënë ndryshe: jetë të shpëtuar falë transportit me helikopter ambulance dhe ndërhyrjes së shpejtë të stafit të kardiologëve të specializuar dhe kurajozë.

Një tjetër risi ishin studimi elektrofiziologjik dhe ablacionet që për herë të parë në Shqipëri u realizuan nga profesorë dhe mjekë kardiologë të këtij spitali.

Nga defektet e lindura e problemet e sistemit valvular në kirurgjinë e aortës e bypassit, nga aorta ashendente në arteriet karotide e femorale, çdo kardiopati tashmë është e operueshme pranë këtij spitali që ka kryer mesatarisht 680 ndërhyrje në zemër brenda tre viteve të fundit.⁷

Në nëntor 2007 spitali sfidoi një tjetër tabu të mjekësisë shqiptare, duke realizuar për herë të parë në vend transplantin e parë të një organi: atë të veshkave.

Mbështetur fuqishëm nga qeveria shqiptare, Ministria e Shëndetësisë dhe ajo e Mbrojtjes, ekipi i përbërë nga mjekë shqiptarë, turq, austriakë e amerikanë realizoi suksesshëm 2

⁷ (Ndërhyrje kirurgjikale në spitalin Amerikan 2012-2015)

transplantet e para falas duke u dhënë jetë dy pacientëve krejt të rinj në moshë dhe duke hedhur kështu firmën nën një tjetër arritje që përkoi me ditëlindjen e parë të spitalit.

Bashkëpunimi i suksesshëm i mjekësisë shqiptare me atë ndërkombëtare kishte marrë edhe vlerësimin e drejtuesve të dy vendeve që bashkë hapën dyert e reja të Spitalit Amerikan në mars 2008.

Transplanti i veshkave, tashmë ndërhyrje rutine në këtë spital, bëri që t'i kushtohet një dedikim i veçantë pacientëve me insuficiencë renale për të cilët u ngrit qendra e parë private e dializës në vend me një kapacitet prej 16 shtretërish dhe që do u shërbejë rreth 160 pacientëve në muaj.

Në ambiente të reja ndërtuar me standarde bashkëkohore, me një staf të konsoliduar prej 150 vetash, në verën e 2008, spitali hodhi një hap tjetër shumë të rëndësishëm, bashkoi suksesin e padiskutueshëm të mjekësisë moderne me forcën e investimit amerikan nën emrin American Hospital.

Me një identitet të ri, me një investim akoma më të madh e serioz të aksionarëve të rinj BCM, si dhe me premtimin e një shërbimi me standardet perëndimore, Spitali Amerikan ka hapur tashmë dyert me gjithë shërbimet që një spital i standardeve perëndimore ofron.

Nga kardiologjia, në kirurgjinë estetike, nga gastroenterologjia në otorinolaringologji, nga ortopedia në onkologji, nga okulistika në radiologjinë e avancuar. Çdo patologji do të mund të kurohet tashmë në American Hospital.

Qendra e radiologjisë së avancuar, me aparaturat unike jo vetëm në Shqipëri, por edhe në rajon, do të lehtësojë diagnostikimin saktë dhe shpejtë atëherë kur metodat e tjera janë të pamjaftueshme. Skaneri me 64 detektorë ka filluar të sfidojë dukshëm metodat invazive të koronaroangiografisë dhe Rezonanca Magnetike 1.5 Tesla ofron metodat më të fundit në fushën e saj.

Qendra e okulistikës, një prej investimeve më serioze të Spitalit Amerikan, ka filluar tashmë t'iu shërbejë pacientëve të të gjithë rajonit në kirurgjinë refraktare me laser, probleme të kataraktit, glaukomës, retinës etj.

Mjekët kirurgë nga Amerika e Turqia, rishtazi bashkëngjitur stafit të American Hospital, do të plotësojnë kërkesat e pacientëve shqiptarë, jo vetëm për problemet funksionale, por edhe ato estetike, duke e bërë kirurgjinë plastike një nga armët e forta e prioritetet e këtij spitali.

I vendosem keto te dhena ne studimin tone per Spitalin Amerikan per disa arsye:

Se pari mbeshtetur ne verifikimet tona te drejtperdrejta sa i perket llojit te sherbimeve te prezantuara ne kete material te vete spitalit, rezultojne korrekte dhe ne perputhje me prezantimin publik.

Se dyti kemi kontaktuar edhe me disa paciente intelektuale te cilet kane marre sherbime shendetesore prane ketij spitali.

Konkluzionet e tyre kane qene se sherbimet kane qene cilesore ndersa kostoja e sherbimeve shume e larte.

Ky problem qendron edhe me Spitalet e tjera homologe , private te cilat operojne ne tregun shqiptar.

Nga kontakte me specialiste te fushes si shqetesim eshte fakti i kontrollit profesional te mjekeve te huaj nga ana e institucioneve shqiptare te cilat e kane per detyre te kontrollojne CV e tyre si edhe kontrollin e nje sere te dhenash te tjera te cilat lidhen me gjendjen e tyre shendetesore, morale e psikologjike.

Duhet theksuar se jam perpjekur te marr te dhena te detajuara edhe nga spitale te tjera private por nuk kam arritur ti siguroj.

Per arsye etike ne kete studim kam vendosur te mos i paraqes keto burime.

3.2 Disa te dhena per punenneSpitalin rajonal te Korçës.

Sa i perket punes ne Spitalet publike te vendit, shtrirjes se sherbimit shendetesor ne rrethe te caktuara kemi ndjekur metoden e vrojtimit te drejtperdrejta, kontaktet e bisedat me specialiste te sektorit si dhe pyetesore me te cilet kemi synuar grumbullimin e materialeve per vleresimin e gjendjes si dhe grumbullimin e te dhenave ne sherbim te temes tone.

Megenese gama e sherbimeve shendetesore eshte shume e gjere ne kete pjese te studimit tone po vendosim per Spitalin e Korces disa te dhena per pajisjet teknologjike e mjekesore, te dhena nga Media mbi kontrollet e Ministrise se Shendetesise.

Te dhena te tjera do te vendosen ne studim ne formen e grafikeve e me pas te konkluzioneve te nxjerra nga rezultatet e pyetesoreve direkt nga qytetare te interesuar te cilet e kane vleresuar ne menyre te drejtperdrejte situaten e sherbimit shendetesor ne vend.

Pyetesoret ne i kemi shperndare qytetareve, te rretheve Durrës, Tirane, Korce, Shkoder dhe Elbasan.

3.2-1 Inspektimet - Kontrolli për mbetjet spitalore, ISHMP: Spitali i Korçës gjobë 15 milionë lekë.

E kemi ruajtur kete titull per te sjelle ne kete studim nje informacion te drejtperdrejte per mbetjet spitalore nje shqetesim ky per te gjitha rrethet e Shqiperise.

Cdo qytetar i ketij vendi e ka te qarte se cfare pasojash sjellin hedhja ne ambiente te hapura e mbetjeve te gjithefarellojeshme te cilat dalin nga sallat e operacionit, dhomat e mjekimit ne spitale, laboratoret e te tjera ambiente spitalore qe prodhojne ne menyre te perditshme mbetje apo hedhurina nga pjeset qe operohen, age, epruveta, fasho te te gjitha llojeve, shiringa dhe ilace te te gjitha llojeve e te tjera si keto pa fund.

Natyrisht qe institucionet perkatese te Ministrise se Shendetesise kane ushtruar dhe ushtrojne kontrole te vazhdueshme per keto probleme por per fat te keq gjendja per trajtimin e mbetjeve spitalore pak ka ndryshuar megjithese jane vene gjoba te te gjitha niveleve si dhe jane derguar njerezit pergjegjes perpara organeve te drejtesise.

Nje gjendje e tille ka ulur ne menyre drastike performancen e sherbimeve shendetesore ne spitalet publike te Shqiperise dhe per pasoje te kesaj gjendjeje kemi perballe dy probleme shqetesuese te cilat ne fund te fundit rendojne ne xhepat e qytetareve shqiptare.

-Se pari, si pasoje e mostrajtimimit profesional te mbetjeve kemi rritjen e ndotjes ambjentale dhe per rrjedhoje perhapjen e semundjeve te ndryshme ne te gjitha shtresat e popullsisë.

-Se dyti, qytetaret shqiptare perballe kesaj situate jane te detyruar ti drejtohen spitaleve private ku cmimet jane te kripura dhe pergjithesisht jashte mundesive te tyre financiare.

Me terhoqi vemendjen gjate kerkimeve ne rrjetet sociale per informacione te ndryshme lidhur me temen time menyra se si institucionet e Ministrise se Shendetesise kane mbajtur qendrim ndaj spitalit te Korces lidhur me problematikat e mbetjeve.

Tekstualisht eshte shkruar: “ Me date **01/04/2016 - 16:41**ISHMP ka ushtruar kontrole ne të gjithë vendin për mbetjet spitalore. Këtë javë ISHMP ka finalizuar kontrole në Qarkun e Korçës.

ISHMP i ka vendosur Spitalit rajonal të Korçës gjobë 15 milionë lekë të vjetra.

“Kompanisë së kontraktuar për përpunimin e mbetjeve i është vënë gjobë 15 milionë lekë të vjetra. Për administratorin e kompanisë kallëzim pranë organeve të drejtësisë

Kryeinspektori Agasi ka deklaruar se: “Situatë e rëndë në qarkun Korçë. Ndëshkim maksimal për këdo që rrezikon shëndetin e qytetarëve”.

Pas informacioneve te marra ne rruge konfidenciale edhe pas ketyre masave, megjithese vihen re permiresime perseri nuk ka ndryshime radikale.

Ceshtja nga te gjitha drejtimet perfundon tek fjalet “**Mungese fondesh dhe mungese pajisjesh qe nevojiten per trajtimin e mbetjeve spitalore**” dhe te mos harrojme qe kjo situate nuk eshte vetem ne spitalin e Korces.

3.2-2 Disa probleme me pajisje mjekesore ne Spitalin e Korçës.

Gjithashtu nje problem tjeter qe na rezulton nga vrojtimet e bera ne Spitalet e ndryshme te vendit eshte mungesa e aftesive kualifikuese e teknike per mbajtjen ne pune te pajisjeve spitalore elektrike e elektronike te cilat kerkojne mjeshteri e profesionalizem ne riparimin e defekteve.

Kjo gjendje ka cuar ne keto perfundime:

- Vonesa ne ekzaminimin e pacientave dhe per rrjedhoje ne rritjen e rrezikut per jeten.
- Vonesa ne riparimin e pajisjeve do te thote agravim te gjendjes se tyre teknike dhe rritje te kostos se riparimit.
- Mosmbajtja ne pune e ketyre pajisjeve ben nje mbipopullim te spitaleve ne Tirane gje e cila rrit pakenaqesine e njerezve dhe ul cilesine e sherbimeve shendetesore.

Perseri do te sjellim nje rast konkret per Spitalin Rajonal te Korces.

Ne fundin e vitit 2013 dhe konkretisht me **date 13.10.2013 ne gjejme te publikuar kete informacion:**

Kontroll i dates 13.10.2013.

Skneri i spitalit në qytetin e Korçës në katër vjet nuk ka punuar me tepër se dy vjet. Një pacient i siguruar paguan për të marrë këtë shërbim në shtet 12 mijë lekë dhe 120 mijë lekë në privat. Një prej qytetarëve që po e vuan këtë situatë të përsëritur në spitalin e Korçës është edhe Shpresa Melko, një pensioniste që është shtruar prej kohësh në këtë spital në pritje për të bërë skanerin. Ajo ka qenë punonjëse në bibliotekën e qytetit dhe me të ardhurat që ka nuk e përballon dot shpenzimin që kërkohet për ta bërë skanerin në klinikat private të qytetit apo jashtë shtetit. Si kjo paciente ka disa dhjetëra të tjerë që kanë nevojë për këtë shërbim, por skaneri nuk punon pasi ka pësuar një defekt. Gjergj Denasi, përgjegjës i imazherisë thotë se

spitali nuk ka fonde për të rregulluar skanerin, ndërsa presin përgjigje nga ministria e Shëndetësisë. Ndërsa skaneri në spitalin e Korçës nuk punon prej muajsh, ministri i Shëndetësisë, Ilir Beqja, vetëm një ditë më parë solli një shembull nga spitali “Nënë Tereza” në Tiranë, ku aparatura e kobaltit u prish vetëm pak orë pas riparimit. Në të gjitha këto raste, më të përfituar janë klinikat apo spitalet private që për shkak të investimeve të mëdha, ofrojnë çdo lloj shërbimi dhe në çdo orë të ditës.

3.3 Kolonat kryesore mbi të cilat mbështetet Sistemi shëndetësor në Shqipëri.

Mbeshtetur në literaturat ku jemi konsultuar si dhe nga Raporti Shëndetësor Kombëtar, “Gjendja Shëndetësore e Popullatës Shqiptare”, (Botim i Institutit të Shëndetit Publik, Tiranë, 2014.) konkludojmë se Sistemi shëndetësor në Shqipëri mbështetet në këto kolona kryesore:

1. Burimet njerëzore
2. Burimi i shërbimeve shëndetësore
3. Shpenzime në Shëndetësi⁸.

Burimet njerëzore në shëndetësi

Mbeshtetur në këto të dhëna të Sistemit shëndetësor shqiptar, në politikat që ndiqen në Shqipëri dhe vecanerisht në vendet me demokraci të zhvilluar njerëzit janë përsosur dhe janë vendosur në qendër të sistemeve shëndetësore.

Cila është situata reale sot në Shqipëri dhe cila është gjendja e Shërbimeve Shëndetësore në Shqipëri.

Do ta fillojmë me gjendjen e burimeve njerëzore ku situata është përkeqësuar në vitet e tranzicionit dhe akoma nuk kemi një stabilitet në këtë drejtim.

“..... Burimet njerëzore në sektorin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri përfshijnë mjekët (mjekët e përgjithshëm, mjekët e familjes dhe specialistët), infermierët dhe mamitë, si dhe punonjësit të tjerë të kujdesit shëndetësor, të cilët janë të gjithë të rëndësishëm për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë në nivel popullatë. Informacioni mbi burimet njerëzore dhe nivelin e kualifikimit është shumë i rëndësishëm, me qëllim që të planifikohet dhe organizohet ofrimi i shërbimeve për një popullatë të caktuar bazuar në

⁸(Botim i Institutit të Shëndetit Publik 2014)

nevojat dhe kërkesat e saj. Vlerësimet për shpërndarjen e personelit shëndetësor bazohen mbi fuqinë punëtore aktive, dmth. fuqia punëtore që është pjesë e tregut shëndetësor të punës...”⁹

Ne periudhën e kalimit nga diktatura drejt demokracisë edhe në Sistemin Shëndetësor u krijuan situata e rrethana të reja të cilat pengjithesisht e përkeqësuan shërbimin shëndetësor në Shqipëri.

Në këtë periudhë u trashigua nga sistemi komunist një shërbim shëndetësor i përhapur në të gjitha skajet e vendit me personelin e nevojshëm por me mungesa të mëdha në pajisje moderne të cilat e kishin vështirësuar diagnostikimin e sëmundjeve dhe kishin ulur cilësinë e shërbimeve.

Sot situata në Shqipëri ka ndryshuar teresisht. Nga shtrirja e shërbimit shëndetësor deri në skajet më fundore të vendit kemi një përqendrim të tij shumë të polarizuar, kryesisht në spitalet rajonale të vendit dhe veçanërisht në Qendrat spitalore të kryeqytetit.

Largimi i shërbimeve shëndetësore nga fshatrat dhe qendrat e banuara periferike ka pamundësuar diagnostikimin e sëmundjeve në kohën e duhur duke rritur rrezikun për jetën dhe duke përkeqësuar shëndetin jo rrallë në gjendje të pakthyeshme.

Sot që bëjmë këtë analizë jo vetëm fshatrat apo rajonet periferike por edhe në qytetet ku kemi spitale rajonale vihen re mungesa në profile të caktuara të shërbimit shëndetësor si dhe mungesa në pajisjet moderne për ekzaminimin e sëmundjeve si dhe trajtimin e tyre cilësor.

Në këtë situatë përcaktuese është prezenca e mjekut specialist si dhe angazhimi i tij cilësor në shërbim të pacientëve.

Për fat të keq mjekët sot në Shqipëri janë larguar masivisht nga zonat fshatare, dhe janë përqendruar në qytetet kryesore e veçanërisht në Tiranë.

⁹(OBSH, 2014)

Nje risi ne kete levizje te madhe te mjekeve profesionist eshte edhe tendenca e viteve te fundit per tu larguar per fare nga Shqiperia.

Sipas disa burimeve mediatike ne vitet 2015-2016 kane ikur nga Shqiperia drejt Gjermanise me shume se 300 mjeke.

Jane larguar gjithashtu edhe nje numer i madh specialistesh te cilet kane kryer studimet per Infermieri.

Per fat te keq, nga krahasimi i te dhenave te sherbimit shendetesor me vendet e tjera te Gadishullit Ballkanik Shqiperia renditet ne pozicionet me te fundit, sa i perket mjekeve per 1000 banore, shpenzimeve per shendetesine ne % ndaj PBB etj.

“...Sipas të dhënave nga Statistikat Botërore për Shëndetin¹⁰, gjatë periudhës 2006-2013, ka patur mesatarisht 115 mjekë dhe 399 infermiere dhe mami për 100,000 banorë në Shqipëri (Tabela 1). Mesatarisht, numri i mjekëve të përgjithshëm ishte 50 për 100,000 banorë gjatë viteve 2006-2012. Veç kësaj, kishte 33 dentistë dhe 43 farmacistë, për 100,000 banorë, respektivisht në vitin 2006 dhe në vitin 2011...”

Tabela 3. Burimet njerëzore në sektorin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri. (burimi: OBSH, 2014)

Indikatori	Numri për 100,000 banorë	Viti
Mjekë në total	115	2006-2013
Mjekë të përgjithshëm	50	2006-2012
Psikiatër	2	2006-2010
Infermiere dhe mami	399	2006-2013

¹⁰(OBSH, 2014)

Dentistë	33	2006
Farmacistë	43	2011
Mjekë të diplomuar	8	2009
Infermierë të diplomuar	34	2010
Mami të diplomuar	6	2010
Farmacistë të diplomuar	3	2008-2010
Dentistë të diplomuar	4	2008-2010

“...Studimet e fundit tregojnë se ka një shkallë të lehtë keqshpërndarjeje të mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri (Adhami A, 2014), një pjesë e të cilëve shërbejnë edhe si pediatër në nivel rajonal. Kjo mund të sjellë pabarazi në aksesin ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor...”¹¹

Tabela 3.1 paraqet disa tregues të pabarazisë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri për vitin 2011¹².

	Indikatori Bruto	Axhustuar për vdekshmërinë nën 5 vjeç
Koeficienti Gini	0.139	0.121
Indeksi Atkinson	0.09	0.08
Indeksi Robin Hood	5.8% (N=97)	6.1% (N=102)

¹¹(Adhami, 2014)

¹² (Adhami, 2014)

--	--	--

Koeficienti Gini bruto (i paaxhustuar) ishte rreth 0.14, duke treguar një pabarazi të lehtë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri për vitin 2010. Pas axhustimit për vdekshmërinë nën pesë vjeç, vihet re një ulje e vogël e koeficientit Gini (0.12), që tregon se një pjesë (por jo e gjithë) e pabarazisë në shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm, ishte si pasojë e nevojës për t'i "mbishërbyer" zonave që kishin nivel të lartë vdekshmërie fëmimore në Shqipëri¹³.

3.3.1 Treguesit e pabarazisë

-Koeficienti Gini është njësi e nivelit të agreguar të pabarazisë, që varion nga 0 në 1, ku vlerat më të larta tregojnë nivele më të larta pabarazie¹⁴.

-Indeksi Atkinson është një tregues më sensitiv për pabarazitë në pjesë të ndryshme të shpërndarjes së pasurisë. Ashtu si koeficienti Gini, vlerat e indeksit Atkinson variojnë nga 0 (shpërndarje e barabartë) në 1 (shpërndarje tejet e pabarabartë)¹⁵.

Indeksi Robin Hood varion 0 në 1 (ose, 0-100 përqind) dhe mund të interpretohet

si *“përqindja e të ardhurave që duhet të transferohet nga individët me të ardhura*

mbi mesataren tek ata nën mesataren, në mënyrë që të arrihet një shpërndarje

¹³(Adhami A, 2014)

¹⁴(Munga et al., 2009)

¹⁵(De Maio, 2007).

e barabartë”¹⁶.

Në vitin 2011, indeksi Atkinson bruto për shpërndarjen e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri ishte 0.09 (Tabela 2), i cili ishte pak më i ulët se koeficienti Gini. Pas axhustimit për vdekshmërinë nën pesë vjeç, indeksi Atkinson pati një ulje të lehtë në 0.08, duke treguar se, ashtu si koeficienti Gini, një pjesë e vogël e shpërndarjes së pabarabartë të mjekëve ishte si pasojë e ofrimit të shërbimeve shtesë në zonat me nivel më të lartë vdekshmërie femërore¹⁷. Në vitin 2011, indeksi Robin Hood bruto (i paaxhustuar) ishte 5.8% (ose, N=97) (Tabela 2), duke treguar se 97 mjekë (nga 1,500 të tillë) duhet të rishpërndaheshin në mënyrë që të arrihej një shpërndarje kombëtare e barabartë e mjekëve të përgjithshëm në Shqipëri.

Pas axhustimit për vdekshmërinë nën pesë vjeç, indeksi Robin Hood pati një rritje të vogël, që tregon se në total, 105 mjekë të përgjithshëm duhet të rishpërndahen në mënyrë që të arrihet një shpërndarje e barabartë e mjekëve në Shqipëri¹⁸.

3.3.2 Mbulimi me shërbime shëndetësore.

Nje nga objektivat e studimit tim, objektiv paresor do te thosha eshte njohja sa me e detajuar e **infrastruktures shendetesore**.

Natyrisht nuk eshte e lehte marrja e te dhenave te sakta ne kete drejtim dhe kjo vjen per dy arsye kryesore:

Se pari dinamika e zhvillimitte sektorit shendetesor ne Shqiperi eshte karakterizuar nga ndryshime te medha, kjo sa i perket zhvillimeve te te gjitha llojeve ne Shqiperi.

¹⁶(De Maio, 2007)

¹⁷(Adhami, 2014).

¹⁸(Adhami, 2014)

Levizja e madhe dhe e pakontrolluar e njerezve nga nje krahine ne tjetren, nga fshati drejt qytetit dhe vecanerisht nga rrethet e ndryshme te vendit drejt kryeqytetit, ka imponuar ndryshime te medha edhe ne sherbimet shendetesore ndaj popullit. Per ta perballuar kete fluks sherbimesh, jane dashur edhe ndryshime te rendesishme edhe ne sherbimin shendetesor.

Per rrjedhoje matja apo vleresimi i infrastruktures shendetesore nuk eshte i lehte dhe krijon veshtiresi per marrjen dhe percaktimin e te dhenave.

Se dytirritja e zhvillimi i sektorit privat ne Shendetesi e ka veshtiresuar edhe me shume marrjen e perpunimin e te dhenave qe vijne nga ky burim.

E thene ne menyre te drejtperdrejte nga perfaqesuesit e spitaleve private qe kemi kontaktuar ka patur vleresim, mirekuptim e miresjellje ndaj kerkesave tona por realisht nuk kemi arritur te marrim te dhena.

Me sa duket pronaret private per arsye te nenkuptuara nuk jane te interesuar te japin te dhena te detajuara per gjendjen ne spitalet e tyre private.

“...Informacioni mbi infrastrukturën shëndetësore (duke përfshirë numrin e spitaleve, numrin e shtretërve, si dhe numrin e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor), teknologjitë dhe pajisjet mjekësore (radioterapia, njësitë e tomografisë dhe mamografisë) dhe medikamentet bazë (antibiotikët bazë dhe medikamente të tjerë të nevojshëm) është mjaft i rëndësishëm për politikëbërësit dhe vendimmarrësit, me qëllim që të sigurohen shërbime cilësore të kujdesit shëndetësor në nivel popullate.

Numri i shtretërve spitalorë, tregon disponueshmërinë e shërbimeve spitalore. Statistikat mbi numrin e shtretërve spitalorë në Shqipëri u bazuan në regjistrimet administrative rutinë, por

përfshijnë vetëm shtretërit e sektorit publik, për shkak se sektori privat i spitaleve sapo ka lulëzuar në Shqipëri.....¹⁹»

Nje problem tjetër që paraqet vështirësi për njohjen e infrastruktures shëndetësore është edhe procesi i perditesimit të të dhënave.

Megjithatë, përjetimet që bëjmë nuk kemi arritur të marrim të dhëna të plota për vitet 2014-2015 dhe 2016, ne vazhdim.

“...Numri i spitaleve në Shqipëri në vitin 2013 ishte 1.4 për 100,000 banorë (Tabela 3). Gjatë periudhës 2006-2012, kishte mesatarisht 260 shtretër spitalorë, rreth 236 shtretër urgjence dhe 21 shtretër psikiatrikë për 100,000 banorë. Megjithatë, numri i spitaleve nuk është shumë i rëndësishëm. Shifrat tregojnë se çdo spital ka mesatarisht (vetëm) 186 shtretër, por duhet theksuar se ka diferenca të mëdha; pra, ka shumë spitale të vegjël, në disa rrethe të Shqipërisë. Nga ana tjetër, kishte rreth 76 qendra të kujdesit shëndetësor parësor për 100,000 banorë. Për sa i përket teknologjisë shëndetësore, në vitin 2013 kishte 5.4 njësi tomografie dhe 0.3 njësi radioterapie për një milion banorë. Së fundi, kishte rreth 54 njësi mamografie për një milion femra të moshës 50-69 vjeç (Tabela 3), që ishte më e ulët ndërmjet vendet e Evropës Juglindore (EJL) ku varionte nga 84.6 njësi (në Serbi) në 206.5 (në Kroaci)²⁰.

Por në përgjithësi, teknologjia shëndetësore është përmirësuar ndjeshëm gjatë vitit të fundit në Shqipëri....”

Tabela 3.2 Infrastruktura dhe teknologjia shëndetësore në Shqipëri (burimi: WHO, 2014).

Indikatori	Numri	Viti

¹⁹(Bakllamaja, 2014)

²⁰(OBSh, 2014)

Spitale(për 100,000 banorë)	1.4	2013
Shtretër spitalorë (për 100,000 banorë)	260.0	2006-2012
Shtretër për sëmundje akute	236.2	2012
Shtretër psikiatrikë (për 100,000 banorë)	21.0	2006-2010
Qendra të kujdesit parësor	76.2	2009
Njësi tomografie (për milion banorë)	5.4	2013
Njësi radioterapie	0.3	2013
Njësi mamografie (për milion femra)	54.4	2013

“...Infrastruktura e plotë e kujdesit shëndetësor dhe teknologjia shëndetësore e përshtatshme janë kushtet bazë për një mbulim efektiv dhe eficient të disa shërbimeve kryesore të kujdesit shëndetësor. Në fakt, sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), indikatorët që lidhen me mbulimin e shërbimit shëndetësor tregojnë masën në të cilën njerëzit në nevojë, marrin apo përfitojnë aktualisht shërbimin e duhur mjekësor...”²¹.

Eshte e natyrshme se mbulimi i shërbimeve shëndetësore dhe kujdesi i kualifikuar për njerëzit tregojnë se sa funksionale është ndërtuar infrastruktura e kujdesit shëndetësor.

²¹(OBSH, 2014).

Kjo tregon edhe sesa e kompletuar eshte teknologjia shendetesore dhe ketu e kemi fjalen per pajisjet e ndryshme, aparaturat mjekesore te te gjitha sherbimeve te cilat vihen ne dispozicion per diagnostikimin e semundjeve te ndryshme.

Gjithashtu edhe brenda kesaj infrastrukture ne perfshijme edhe teknikat operatore-kirurgjikale te nderhyrjes tek pacientet.

Sot mjekesia moderne po perdor pajisje elektronike te cilat e kane perjashtuar nderhyrjen fizike ne trupin e pacientit.

Po perdoren teknika operatore te cilat realizojne nderhyrje kirurgjikale ne disa organe te trupit si ne veshka, ne prostate, ne zemer, ne stomak etj.

Me rendesi konsiderohen sot edhe sherbimet mjekesore parandaluese. Per kete arsye tek ne kryhen shume fushata per depistimin e semundjeve te ndryshme.

Natyrisht qe shkalla e ketyre fushatave diagnostikuese e parandaluese jane akoma ne nivele shume te ulta.

Megjithate ne kete drejtim mund te permendim fushatat per depistimin e kancerit te gjirit, fushatat per depistimin e kancerit ne qafen e mitres etj.

Ka patur gjithashtu tek ne edhe fushata te shumta me keshilla e trajtime te ndryshme per grate shtatzana, per trajtimin e vaksinimin e femijeve etj.

Shih (WHO, 2014).”... Megjithatë, duhet theksuar se Shqipëria nuk ka programe për depistimin prenatal dhe neonatal.”²². Tabela 3.3 paraqet nivelin e mbulimit për disa shërbime shëndetësore kryesore në Shqipëri, bazuar mbi një raport të botuar së fundmi (OBSH, *World Health Statistics*, 2014).

²² (OBSH , 2014).

Tabela 3.3 Kushtet mjedisore dhe sanitare të popullatës shqiptare (burimi: WHO, 2014).

Kushtet mjedisore	Prevalenca (në %)	Viti
Popullata që përdor ujë të pijshëm të pastër:	96	2000
	96	2012
Popullata me kushte higjieno-sanitare të përshtatshme:	79	1990
	84	2000
	91	2012

3.3.3 Shpenzimet në shëndetësi

Duke analizuar Shpenzimet e realizuara në Shëndetësi për periudhën 2000-2015 konstatohet se ato janë ndër më të ultat e vendeve të rajonit si dhe me diferencë shumë të madhe me vendet e Europës Perëndimore.

Megjithatë përparimet që bëhen aktualisht apo që janë bërë nga qeveritë e mëparshme në nivelin e shpenzimeve për shëndetësinë vazhdon të jetë shumë i ulët.

Pavarësisht kësaj në situatën e krijuar kanë ndikuar edhe faktorë të tjerë ku tre prej tyre dëshiroj t'i paraqes në mënyrë të shkurtër.

Se pari është keqmenaxhimi i fondeve.

Ne shume raste te publikuara per qendrat te caktuara shendetesore dhe spitale te ndryshme eshte evidentuar fakti se cilesia e sherbimeve shendetesore ne shume raste eshte e lidhur me keqmenaxhimin e fondeve.

Nje situatë e tille shpeshhere kalon pa u vene re sepse ne kete rast nuk kemi te bejme me vjedhje por me nderrimin e kushtezuar te destinacionit te fondeve.

Gjate takimit me nje ish-drejtor te nje spitali rajonal ne mesuam nje fakt interesant.

Fondi i dhene per disa riparime shume te nevojshme te ambjenteve spitalore si dhe per riparimin e disa pajisjeve elektromjekesore nuk ka shkuar fare ne destinacion per faktin se drejtuesit e spitalit kane qene te detyruar ti perdorin ato para per pagesat e disa punonjesve te cilet kane fituar gjyqet per largim te padrejte nga puna.

Raste te tjera ka plot dhe demi shkon direkt per llogari te cilesise se sherbimeve shendetesore.

Se dyti eshte niveli i larte i korrupsionit ne sektorin e shendetesise.

Tashme masivisht qytetaret e dine se niveli i korrupsionit ne sektorin e shendetesise eshte shume i larte.

Kjo eshte e lidhur me pagesat obligative qe duhet te bejne qytetaret per te marre sherbime te caktuara ne shendetesi.

Askush nuk mund te thote se nuk ka paguar mjekun per viziten mjekesore, rralle kush mund te thote se nuk ka paguar kirurgun per operacionin qe ka kryer. Te gjithë e dine se kane paguar para per te blere ilacet te cilat mungojne ne spitalet tona; te gjithë e dine se duhet paguar laboratorin per analizat e kryera si dhe infermierin per sherbimin qe i kryhen familjarit tend megjithese e ka per detyre ta kryej brenda orarit te punes.

Shifrat qe paguhen ne spitalet publike sot, per te marre nje sherbim te dhene megjithe masat shterguese jane perseri te larta dhe shpeshhere te pamundura per tu paguar nga pacientet.

Eshte e turpshme per personelin mjekesor te pasurohen nga sherbimet qe e kane per detyre ti bejne duke shfrytezuar pronen publike dhe privilegjet qe i jep profesioni.

Ne sallat kirurgjikale, prone e shtetit, ne labororet e spitaleve publike, me pajisjet mjekesore te shtetit shqiptar, kryhen sherbime mjekesore me para ne dore te cilat prej 25 vitesh, jane marre nga personeli mjekesor qytetareve ne menyre te padrejte.

Se treti percaktimi i prioriteteve te pastudiuara, ka cuar ne orientimin e gabuar te fondeve per rrjedhoje shpenzimet ne shendetesi ne disa raste, nuk kane qene efikase.

Ketu mund te permendim kontestimet e shumta per projektin e Check-up per te cilen qytetaret ne pergjithesi dhe disa specialiste te njohur, kane patur shume verejtje te cilat kane vene ne dyshim cilesine e ketij lloj sherbimi dhe vecanerisht dobishmerine e tij.

Nje verejtje tjeter per kete projekt ka qene edhe kufizimi ne moshe i kontrolleve mjekesore duke perfshire vetem moshat nga 40-65 vjec.

Eshte thene gjithashtu, se me kete fond shume te larte te nxjerre nga buxheti i shtetit mund te ishte investuar ne drejtime te tjera me te dobishme brenda sektorit shendetesor. Gjithashtu duhet thene se shume specialiste ne kete rast ishin te mendimit se keto para mund te ishin perdorur per investime ne ndertimin e qendrave te reja spitalore ose rinovime ne spitalet ekzistuese te vendit.

Duhet te shtoj se edhe sikur te ishte i drejte dhe i pakontestuar “Projekti i Chech-Up”, lenia jashte ketij kontrolli edhe ashtu sic eshte e moshave mbi 65 vjec eshte konsideruar shume i

gabuar jo vetem ne kontekstin moral por edhe per faktin se pas viteve 65 semundshmeria tek qytetaret eshte shume e larte.

Sipas medias kufiri moshor eshte shtyre deri ne vitet 70 duke lene perseri jashte moshat 71 vjec e lart.

“...Shpenzimet e shëndetit përbëhen nga shpenzimet e qeverisë dhe shpenzimet private përshëndetin²³ (OBSH, 2014). Në Shqipëri, shpenzimet private të shëndetit kryesisht janë “shpenzime nga xhepi”, ndërsa “planet private të sigurimit” janë ende në fazat e para të zhvillimit. OBSH-ja ka mbledhur të dhëna për shpenzimet e shëndetit që në vitin 1999. Në shumë vende të zhvilluara, lista e plotë e shpenzimeve të shëndetit merret nga llogaritë kombëtare të shëndetit (*National Health Accounts*) që mbledhin të dhënat e shpenzimeve. Bazuar në një protokoll ndërkombëtar të standardizuar të emërtuar “sistemi i llogarive shëndetësore”²⁴. Në rastin e Shqipërisë, ende nuk ka një llogari kombëtare shëndetësore. Prandaj, OBSH-ja i mbledh të dhënat për Shqipërinë me anë të kontakteve teknicienë/ekspertë, ose nga dokumentet dhe raportet zyrtare...²⁵” (OBSH, 2014). “...Tabela 6 paraqet disa indikatorë të shpenzimeve të shëndetit në Shqipëri, bazuar në një raport të fundit²⁶.

Nga të dhënat që kemi grumbulluar informacionet përfshijnë periudhën 2000-2011. Për pjesën tjetër 2000-2015 i kemi ende të pambulluara për shkak të mungesës së burimeve. Sic

²³(OBSH, 2014).

²⁴(OBSH, 2014)

²⁵ (OBSH, 2014)

²⁶(OBSH, *World Health Statistics*, 2014)

shikohet nga analiza e te dhenave kuptojme qe vendi yne eshte ne vendin me te fundit ne rajon ndersa Serbia sa i perket shpenzimeve mjekesore ne perqindje ndaj PBB-se mban vendin e pare. Eshte per tu vleresuar Bosnja-Hercegovina per % e larte te ketyre shpenzimeve megjithese eshte nje vend me shume probleme dhe vendi me i varfer i Ballkanit.

Tabela 3.4 Indikatorët e shpenzimeve shëndetësore në Shqipëri në vitin 2000 dhe në vitin 2011 (burimi: OBSH, 2014)

Indikatori	Vlera	Viti
Shpenzimet totale në shëndetësi si përqindje e PBB-së:	6.4	2000
Shpenzimet totale në shëndetësi si përqindje e PBB-së:	6.0	2011
Shpenzimet qeveritare në shëndetësi si përqindje shpenzimeve totale në shëndetësi:	36.1	2000
Shpenzimet qeveritare në shëndetësi si përqindje shpenzimeve totale në shëndetësi:	47.9	2011
Shpenzimet private në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve totale në shëndetësi:	63.9 52.1	2000 2011
Shpenzimet qeveritare në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve totale qeveritare:	7.1 9.8	2000 2011
Burimet e jashtme në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve totale në shëndetësi:	6.0 1.0	2000 2011
Shpenzimet e sigurimeve shoqërore në shëndetësi si përqindje e shpenzimeve qeveritare në shëndetësi:	20.4 74.1	2000 2011
Shpenzimet nga xhepi si përqindje e shpenzimeve private në shëndetësi:	99.9 99.7	2000 2011
Shpenzimet totale për frymë sipas kursit mesatar të këmbimit (në \$US):	70	2000

	243	2011
Shpenzimet totale për frymë në shëndetësi (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	70 243	2000 2011
Shpenzimet qeveritare për frymë në shëndetësi (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	248 534	2000 2011
Shpenzimet qeveritare për frymë në shëndetësi (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	89 256	2000 2011
Shpenzimet qeveritare për frymë në shëndetësi sipas kursit mesatar të këmbimit (në \$US, axhustuar për fuqi blerëse):	25 116	2000 2011

3.3.4 Raport mbi gjendjen shendetesore te popullit ne Shqiperi.

Gjendja shendetesore e popullit ne te gjitha zonat e banuara ne Shqiperi mbetet nje prioritet i dores se pare.

Megjithe perpjekjet e bera, situata nuk ka permiresime te dukshme.

Vecanerisht kjo e lidhur me nivelin e Shpenzimeve te qeverise ne Shendetesi ne periudhen 2000-2015 si dhe e lidhur kjo me nivelin e “pabarazise ne shendet”.

Per keto probleme eshte shkruar edhe ne raportet e OBSH-se per Shqiperine ku eshte theksuar nevoja e zbutjes se pabarazise ne fushen e sherbimeve shendetesore.

Nje problem qe duhet analizuar eshte rritja e Shpenzimeve te qeverise ne shendetesi per periudhen 2000-2011, rritje kjo e nxjerre nga te dhenat e paraqitura nga OBSH-ja ne vitin 2014. Kjo rritje eshte e lidhur me shpenzimet e qeverise si perqindje e shpenzimeve totale te realizuara ne keto vite. Kjo rritje e shpenzimeve shteterore presupozon ulje te shpenzimeve private, ndonese njohja e ketyre shpenzimeve qe qytetaret shqiptare i nxjerrin nga xhepi eshte praktikisht e pamundur meqenese nuk mund te llogariten.

“... Në vitin 2011, rreth 10% e shpenzimeve totale të qeverisë në Shqipëri ishin në sektorin shëndetësor. Shpenzimet e sigurimeve shoqërore përbënin 74% të shpenzimeve të qeverisë në shëndetësi për vitin 2010. Më përjashtim të Greqisë, kjo shifër ishte shumë më e ulët se në vendet e tjera të rajonit të EJT-së, ku varioje nga një minimum prej 89% (në Malin e Zi) në një maksimum prej 94% (në Kroaci). Së fundi, shpenzimi për frymë në shëndetësi është rritur ndjeshëm gjatë dekadës së fundit në Shqipëri. Megjithatë, sektori i shëndetit mbetet i nënfinancuar, siç tregohet dhe nga mungesa e aksesit për disa shtresa në nevojë, ose nga listat e pritjes për disa ekzaminime dhe ndërhyrje, kryesisht për sëmundjet e zemrës. Në vitin 2011, shpenzimet totale për frymë në shëndet (në \$US, të axhustuara për fuqi blerëse) në Shqipëri ishin 534, që përbën shifrën më të ulët në rajon (ku varion nga një minimum prej 784 në Maqedoni, në një maksimum prej 2,423 në Slloveni)...”²⁷.

3.3.4-1Pabarazitë në shërbiminshëndetësor

Pabarazitë në shërbiminshëndetësor janë të dukshme në Shqipëri. Ka ndryshime të rëndësishme në mes të shtresave të ndryshme të shoqërisë, ndryshime në mes të gjinive etj. Një hendek i madh vëhet re midis zonave urbane dhe atyre rurale. Tranzicioni demokratik i këtyre viteve u shoqërua me ndryshime të mëdha në të gjitha fushat. Vecanërisht shtrirja e shërbimit shëndetësor në shkallë vendi u përkeqësua. Mund të themi se u polarizua shërbimi

²⁷(OBSH, 2014)

shendetesor ne mes te zonave rurale ku sot eshte shume i ulet si dhe zonave urbane ku cdo gje eshte perqendruar ne Spitalet rajonale dhe vecanerisht ne kryeqytetin Tirane.* Ne raportin e OBSH-se per Shqiperine eshte theksuar se është thelbësore që të zbuten ***“diferencat e padrejta dhe të shmangshme në shëndet dhe shërbimet shëndetësore”***²⁸.

Eshte e kuptueshme qe ne gjendjen e Sistemit Shendetesor ne Shqiperi eshte shume e veshtire qe te llogariten keto diferenca per faktin e thjeshte sepse pergjithesisht mungojne te dhenat lidhur me shperndarjen e sherbimit shendetesor ne shkalle vendi. Aq me pak eshte e mundur te percaktohet ky ndryshim midis shtresave te ndryshme te popullsise per te cilat nuk kemi te dhena e studime te besueshme. “²⁹...Parametrat kryesorë për të vlerësuar pabarazitë në shëndet dhe shërbimet shëndetësore në kontekstin shqiptar, përfshijnë indikatorët demografikë dhe social-ekonomikë si gjinia, vendbanimi (urban kundrejt rural), niveli i arsimit, ose të ardhurat ekonomike....” .

Sistemi Shendetesor ne Shqiperi eshte kryesisht publik. Shteti siguron pjesen me te madhe te sherbimeve qe i ofrohen popullates si ne fushen e promocionit, parandalimit, diagnostikimit dhe kurimit. Sektori privat ka zhvillime te dukshme dhe mbulon pjesen me te madhe te sherbimit farmaceutik, sherbimit stomatologjik dhe disa klinika diagnostikuese specialitetesh te cilat jane perqendruar kryesisht ne Tirane.

Ne dekadën e fundit ne kryeqytetin Tirane filluan aktivitetin e tyre edhe disa spitale private si spitali Gjerman,spitali Hygeia, Spitali Amerikan, Spitali Uzlllova etj te cilat vazhdojne punen normalisht prej disa vitesh ne Tregun Shendetesor Shqiptar.

²⁸(OBSH, 2014)

²⁹ (Autori, 2016)

Ne sektorin publik rolin e liderit e luan Ministria e Shendetesise e cila eshte hartuese dhe pergjegjese per politikat dhe strategjite e sistemit shendetesor, per rregullimin e tij si dhe per koordinimin e te gjithe aktoreve brenda dhe jashte sistemit.

Sherbimi shendetesor diagnostikues dhe kurues eshte i organizuar ne tre nivele: sherbimi paresor, sherbimi spitalor dytesor, dhe spitalor terciar.

Sherbimet e shendetit publik dhe promocionit ofrohen ne kuadrin e shendetit paresor dhe mbeshteten e mbikqyren nga ISHP.

Krahas ketyre ofrojne sherbimet e tyre edhe nje sere institucioneve nacionale si Qendra Kombetare e Transfuzionit te Gjakut, Qendra Kombetare e Mirerritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit te Femijes, Klinika Stomatologjike Universitare, etj. Ne mbeshtetje te institucioneve shendetesore funksionojne edhe Qendra Kombetare e Inxhinierise Biomjekesore dhe Qendra Kombetare e Kontrollit te Barnave³⁰.

OBSH identifikon tre kategori te medha aktoresh qe influencojne ne performancen e sistemit shendetesor si: Njerzit, Shteti, Aktoret e Sektorit Privat . Njerezit jane ne maje te SH dhe ata kane rol te shumefishte³¹.

Shteti perfshin ministri te ndryshme ,dhe departmente te shendetit te vendosura ne nivel kombetar apo lokal, perfshin te gjitha organizatat dhe institucionet,qe kane te bejne direkt me sistemin shendetesor ,ku perfshihen edhe Ministria e Drejtesise,e Financave e Arsimit etj.

Aktoret e Sektorit Privat perfshijne :

-Organizatate ofruese te sherbimeve me qellime fitimprures dhe jofitimprures.

³⁰ (OBSH, 2016)

³¹ (OBSH, 2016)

-Organizatat qe financojne kujdesin shendetesor si dhe kompanite e sigurimeve apo korporatat private.

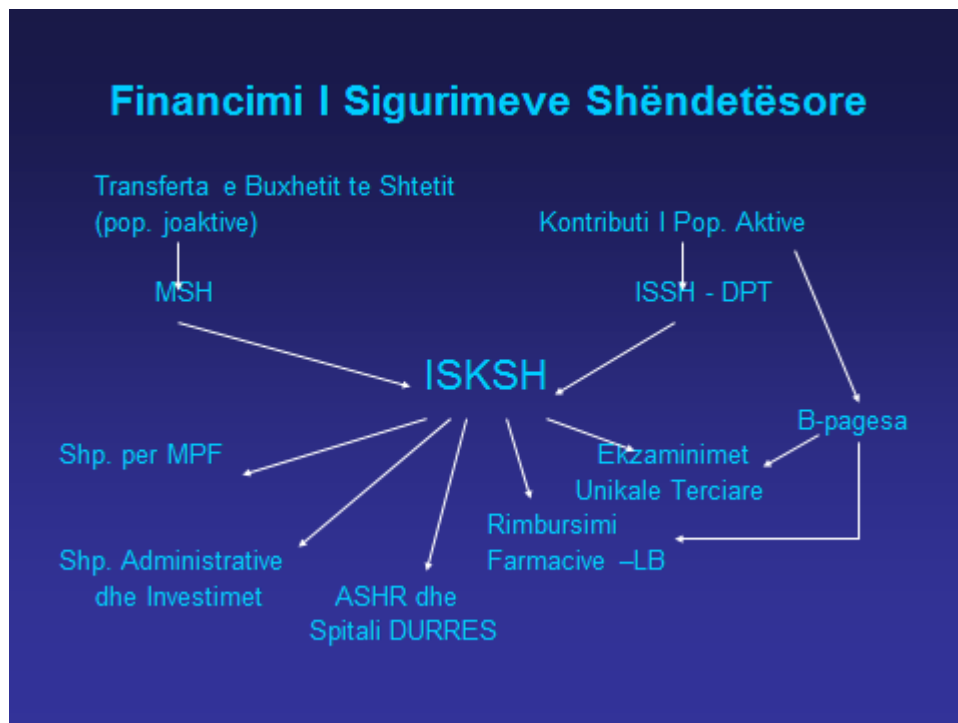


Tabela 3.5 Financimi i Sigurimeve Shendetesore

Nje problem i rendesishem per tu evidentuar eshte edhe klasifikimi i Sistemeve Shendetesore.

Mbeshtetur ne baze te burimeve dhe menyrave te financimit sistemet shendetesore i ndajme ne dy grupe :

Ne grupin e pare hyjne sistemet shendetesore te bazuara ne taksa.

Ne grupin e dyte hyjne Sistemet shendetesore te bazuara ne Sigurimet shoqerore e shendetesore.

3.4 Politikat e strategjite e qeverise shqiptare per forcimin e sherbimeve ne sektorin publik vecmas ne sektorin shendetesor.

Ne Shqiperi nuk kane munguar asnjehere politikat dhe strategjite per forcimin e permiresimin e vazhdueshem te sherbimeve ndaj popullit. Per afro 50 vjet me radhe propaganda komuniste e kishte vendosur sherbimin shendetesor ne qender te vemendjes, ne qender te politikave dhe strategjiqe qe shteti totalitar kishte hartuar per dekada me radhe. Kesisoj, per inerci edhe ne periudhen e demokracise eshte folur e flitet shume per kujdesin ndaj popullit, por nuk duhet te harrojme se me e rendesishmja **eshte qasja reale e konkrete ndaj problemit**. Sot shtrirja e sherbimit shendetesor ne lagjet apo rajonet e qyteteve dhe vecanerisht ne zonat rurale le shume per te deshiruar. Rastet e urgjences ne pergjithesi, lindjet e veshtira , kane nevojte per nderhyrje te menjehershme, nderkohe nga zonat e thella udhetohe me ore “per te prekur” sherbimet spitalore.

Neketo raste te semurit rende jane te rrezikuuar dhe mund te vdesin rruges sepse nuk arrijne te diagnostikohen e te marrin sherbimet e rastit.

Ne periudhen e demokracise sherbimi shendetesor eshte tkurrur e terhequr pergjithesisht ne qendrat e medha qytetare. Sot ne shume zona rurale nuk ka mjeke e per rrjedhoje nuk ka as sherbim shendetesor. Kjo shtuate e ka veshtiresuar shume jeten e fshatareve te cileve ne rrethanat e krijuara u mbetet migrimi drejt qyteteve te medha ku mbarten probleme te shumta qe lidhen me strehimin, punesimin, shkollimin, formimin e femijeve,etj.

3.5 NjeStrategji afatgjate e zhvillimit te Sistemit shendetesor shqiptar.

Afro dymbedhjete vite me pare dhe konkretisht ne prill te vitit 2004 Ministria e Shendetesise hartoi “Strategjia afatgjate e zhvillimit te Sistemit shendetesor shqiptar”. Ky dokument I

rendesishem u mbeshtet nga Organizata Boterore e Shendetesise. Ai u financua nga Departamenti per Zhvillim Nderkombetar i Britanise se Madhe si dhe nga Qeveria Italiane.

Cilat ishin problemet qe u perfshine ne kete strategji kombetare, cila ishte ecuria e tyre ne vite dhe a jemi ne sot perballe realizimit te detyrave dhe perspektivave te cilat zune vend ne faqet e ketij dokumenti qeveritar.

Ideja eshte se pavaresisht rotacionit politik detyrat dhe programet qe rrjedhin nga strategji te tilla duhet te ndiqen ne vijemesi nga institucionet shtetore te cilat e kane per detyre te kujdesen per venien ne praktike te detyrave te programuara me pare.

Cfare eshte realizuar dhe cfare ka mbetur nga kjo strategji afatgjate.

Ne kete dokument te rendesishem ne kapitullin e sherbimeve shendetesore problemet kryesore ne fushen e shendetit publik u perqendruan ne percaktimin e semundjeve me risk me te larte si dhe drejtime te tjera nga ku per pasoje kishim rritje te vdekjeve ne shkalle vendi. Rastet me te larta te vdekshmerise vinin nga keto burime:

Nga semundjet kardiovaskulare te zemres dhe kancerit

Nga Aksidentet e trafikut

Nga dhuna ne shoqeri dhe brenda familjes

Nga problemet e shendetit mendor – vetvrasjet, problemi I drogave dhe alkolit.

Nga Semundjet ngjitesse perfshi HIV/AIDS, Semundjet Seksualisht te transmetueshme etj.

Edhe sot afro 12 vite me pas keto probleme te semundshmerise mbesin perseri neqender te vemendjes dhe shqetesim i madh per shoqerine. Vihet re rritje ne kete periudhe ne llojin e pare te semundjeve, pra ato kardiovaskulare dhe ato te kancerit. Kemi rritje gjithashtu te numrit te vdekjeve si pasoje e rritjes se aksidenteve, si pasoje te rritjes se dhunes ne shoqeri dhe familje, si pasoje te rritjes se perdorimit te alkolit dhe drogave si dhe Semundjeve Seksualisht te Transmetueshme.

Natyrisht analiza e gjendjes dhe shifrat e kesaj periudhe flasin shume. Edhe me vone, pas miratimit te kesaj strategjie, qeveria shqiptare, institucionet e shendetesise dhe ministria e Shendetesise kane hartuar dokumente te rendesishme te cilat kane qene orientuese per sherbimin shendetesor ne Shqiperi.

Eshte punuar ne organizimin e fushatave te promocionit shendetesor. Gjithashtu eshte punuar vecanerisht ne krijimin e nje mentaliteti te ri per jeten duke synuar vendosjen e shendetit ne plan te pare.

Ka patur aktivitete me vlere te cilat kane synuar ne krijimin e cultures se nevojshem sidomos ne drejtim te parandalimit te aksidenteve automobilistike , ne parandalimin e akteve te dhunes ne shoqeri dhe ne familje. Eshte punuar gjithashtu per fuqizimin e kapaciteteve kombetare duke hedhur bazat e arsimit shkollor te shendetit publik dhe te menaxhimit shendetesor. U percaktuan edhe drejtimet e perhershme tek te cilat duhej perqendruar puna e organeve te zgjedhura lokale ne bashki dhe komuna te vendit.

Nder me kryesoret u percaktuan:

- Furnizimi i vazhdueshem me uje te pijshem higjienikisht te paster ne te gjitha zonat e banuara te vendit.

- Ndertimi i sistemeve te mbledhjes e te perpunimit te ujrave te zeza ne te gjithë territorin e vendit.
- Grumbullimi i mbeturinave te zonave te banuara ne landfielde te vecanta, trajtimi dhe perpunimi I tyre.
- planifikimi si dhe hartimi I projekteve per ruajtjen e siperfaqeve te gjelberta ekzistuese si dhe rritja e tyre mbi bazen e programeve dhe studimeve te vecanta.
- Organizimi i fushatave promovuese , agresive ne mbrojtje te mjedisit, ne luften kunder pasojave qe sjell perdorimi i alkolit, drogave,duhanit etj³².

Per fat te keq megjithë punen e bere shifrat jane kokeforte e flasin perseri ne keto vitet e fundit per nivele te larta e semundshmerise per nje vend te vogel si ne.

3.6 “Strategjia Kombetare e Shendetesise Shqiptare 2016-2020, (Draft), 30 Maj 2016.

Kjo situatë është e analizuar me kujdes nga Qeveria aktuale. Per kete arsye Ministria e Shendetesise, me date 30 Maj 2016 ka hartuar nje dokumentte rendesishem i cili synon rimekembjen e Sistemit Shendetesor shqiptar. Ky dokument , **“Strategjia Kombetare e Shendetesise Shqiptare 2016-2020, (Draft), 30 Maj 2016** është ne dispozicion te publikutte gjere dhe sipas specialisteve te Shendetesise, me kete dokument jane hedhur baza per permiresime te shpejta e te gjithanshme ne sherbimet mjekesore ndaj popullit.

E rendesishme është se ne kete strategji vihet re niveli i larte i analizes dhe vecanerisht i njohjes se gjendjes ne sektorin e Shendetesise.

³²(Autori, 2016)

Tek pjesa e pare me titullin **“Kushte aktuale”** behet nje analize e hollesishme e gjendjes ne Sistemin Shendetesor Shqiptar.

Njohja e gjendjes natyrisht eshte nje premise e dores se pare. Ajo te krijon mundesine per zgjidhjen e problemeve te shumta qe lidhen me shendetin e popullit dhe vecanerisht per hartimin e politikave te nevojshme ne kete sektor.

Do te ndalem vetem ne nje kapitullte zgjedhur nga ana ime si i rendesise se vecante me titullin **“Mireqeverisja dhe llogaridhenia ne Shendetesi”**, duke qene koshient se kjo eshte porta qe mund te na coje drejt suksesit, duke e lidhur ngushte me krijimin e nje koncepti pergjithesues - **Shendetin ne te gjitha politikat**.

Ne kete dokument me transparence te plote eshte vendosur perfundimi i gjithepranuar se

“... Ne menyre sistematike sherbimet shendetesore publike jane perceptuar si sherbime me cilesi jo te mire, marredheniet mes profesionistev te shendetesise dhe qytetareve jane konsideruar te kompromentuara dhe mitmarrja e perhapur.” 6) Shih **“Strategjia Kombetare e Shendetesise Shqiptare 2016-2020, (Draft), 30 Maj 2016, Kap. I.3.1, |”Mire-qeverisja ne shendetesi” Fq.12³³**.

Eshte pranuar gjithashtu se:

“Llogaridhënia ndaj niveleve të larta të menaxhimit shëndetësor së bashku me një llogaridhënie serioze ndaj qytetarëve është çelësi për efikasitetin e qeverisjes.”

Me rendesi te madhe eshte edhe puna e nisur ne luften kunder korrupsionit i cili eshte kthyer ne nje plage te madhe per krejt shoqerine shqiptare dhe nje barre e rende

³³www.shendetesia.gov.al

morale e financiare per popullin dhe vecanerisht qytetaret e thjeshte te cileve u ka munguar gjithmone “trajtimi i privilegjuar” apo” rrethanatlehtesuese” ne marrjen e sherbimeve shendetesore.

“Prej datës 1 tetor 2014, Ministria e Shëndetësisë ka nisur një fushatë intensive mbi luftën kundër korrupsionit në shërbimin spitalor, qëllimi i te ciles është promovimi i transparencës, integritetit dhe llogaridhënies në sistemin shëndetësor si edhe respektimi i dinjitetit të pacientëve”.

Shih “Strategjia Kombetare e Shendetesise Shqiptare 2016-2020, (Draft), 30 Maj 2016, Shih Strategjia Kap.I.3.1,|”Mire-qeverisja ne shendetesi”,Fq.13.

Ne strategjine e hartuar sic e prekem edhe me lart eshte futur koncepti shume i vyer - ***“Shendeti ne te gjithe politikat”.***

Nese do te kemi angazhim te vertete te shtetit e politikës krijimi i ketij koncepti jetik ne stadin aktual ku ndodhet Shendetesia Shqiptare do i sherbente shume permiresimitte gjendjes ne sektorin e shendetit publik.

Natyrisht nuk mjafton vetem formulimi.Koha do te provoje angazhimin serioz ose jo te qeverise sa i perket qasjes reale ndaj ketij koncepti.

Per realizimin e tij ne praktike te gjitha qeverive do tu duhet:

- Vullnet politik i dores se pare dhe angazhim teresor per zbatimin e “Strategjise Kombetare e Shendetesise Shqiptare 2016-2020.”
- Rritje deri ne trefish te fondeve te Qeverise Shqiptare per Shendetesine.
- Luftë me tolerance zero kunder korrupsionit ne Sherbimin Shendetesor.

“Shendeti ne te gjithe politikat perben nje koncept dhe praktike qeverisje qe nis me ndergjegjesimin e perfaqesuesve te sektoreve te ndryshem te zhvillimit te

shoqërise për ndikimin në shëndetin e popullatës dhe shkon deri në një rol pro-aktiv në formulim politikash dhe veprime me qëllim shëndetin”. Shih “Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë Shqiptare 2016-2020, (Draft), 30 Maj 2016, Shih Strategjia Kap.I.3.2,” Shëndeti në të gjithë politikat “Fq.13.

Aktualisht, sfida kryesore për të ndryshuar perceptimin publik dhe për të krijuar besimin në sistemin shëndetësor shqiptar është “.....*rritja e mundësisë së përdorimit të shërbimit dhe zgjerimi i gamës së shërbimeve shëndetësore, rritja e gatishmërisë së sistemit shëndetësor dhe adresimi i disa çështje të barazisë. Për më tepër, duhet trajtuar çështja e mbrojtjes financiare. Është e rëndësishme të luftohen "diferencat e padrejta dhe të shmangshme në shëndet dhe në ofrimin e shërbimit shëndetësor. Shih “Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë Shqiptare 2016-2020, (Draft), 30 Maj 2016, Strategjia Kap. I.4.2.” Sfidat dhe mësimet e nxjerra”, Fq.16.*

3.7 Disa probleme të financimit e menaxhimit të sektorit shëndetësor në Shqipëri.

3.7-1 Probleme të financimit.

Një objektivi kyç i politikave shëndetësore të shumë vendeve, përfshirë edhe vendin tonë është të kujdesen që popullata të ketë një mundësi të mjaftueshme përdorimi të shërbimeve esenciale të kujdesit shëndetësor dhe që popullata të jetë sa më shumë e mbrojtur kundrejt pasojave varfëruese të shpenzimeve për shëndetin. Qeveria mund t'i influencojë ndjeshëm këto politika përmes programeve të saj për financimin e shëndetësisë. Rritja e mundësive për të përdorur shërbimet dhe mbrojtjen financiare kundrejt rreziqeve shëndetësore influencohet ndjeshëm nga niveli i burimeve që përdoren

për sektorin e shëndetësisë, nga mënyra se si mobilizohen këto burime, nga shtrirja e mbledhjes në një vend të këtyre burimeve dhe nga mënyra se si u shpërndahen burimet pëdoruesve. Përzierja e shpenzimeve publike me ato private, përqindja e fondeve të mbledhura në një vend paraprakisht krahasuar me pagesat nga xhepi të kryera në pikën e ofrimit të shërbimeve, mekanizmat që shfrytëzohen për të shpërndarë fondet publike dhe ato të mbledhura dhe për të paguar ofruesit e shërbimit të gjitha kanë një ndikim të drejtpërdrejtë tek efektiviteti dhe efienca me të cilën sistemi i kujdesit shëndetësor arrin rezultatet shëndetësore dhe përballon mbrojtjen e popullatës kundrejt pasojave varfëruese të luhatjeve të shëndetit.

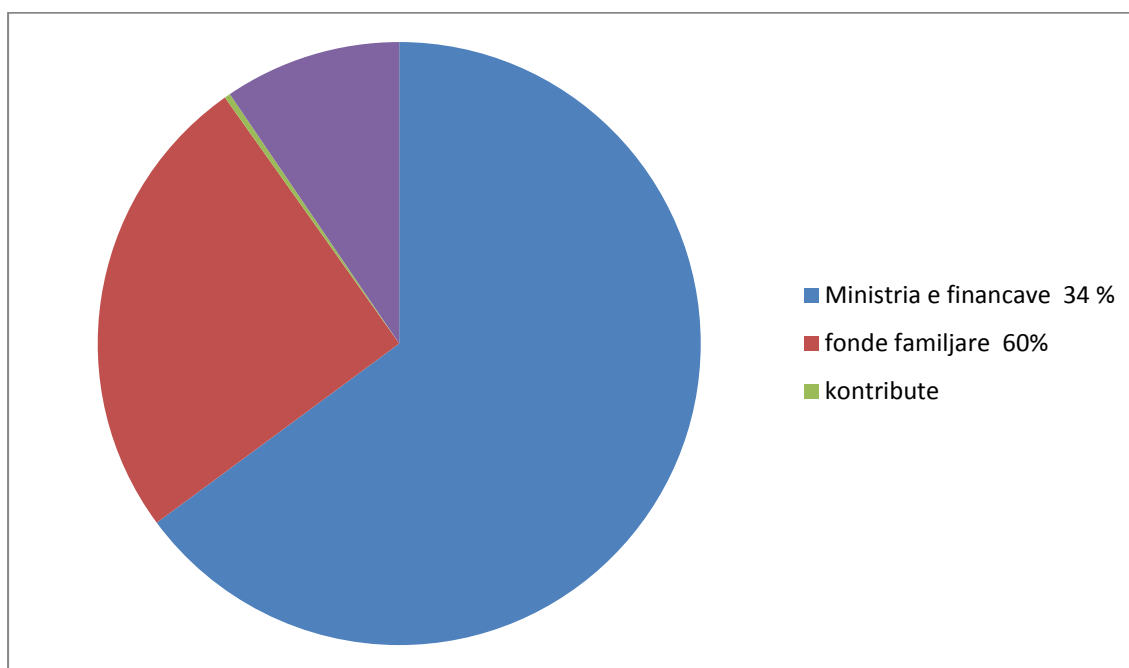
3.8 STRUKTURA E FINANCIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI.

Shqipëria shpenzon rreth 6% të PBB për kujdesin shëndetësor, çka është nën mesataren e Evropës Qendrore dhe Lindore, por e krahasueshme me vende të cilat kanë nivele të ngjashme të ardhurash (mesatarja e të ardhurave të ulëta është 6%). (Tabela 5.1).(grafiku 5.1). Shpenzimi për frymë i Shqipërisë për kujdesin shëndetësor (rreth 126 USD në vitin 2004) është diçka më poshtë se ajo e vendeve të tjera të Evropës Qendrore dhe Lindore, por krahasohet për mirë me shumë prej vendeve të CIS. Përqindja e shpenzimeve të sektorit publik në vleftën gjithsej të shpenzimeve për shëndetësinë është ndjeshëm më pak nga ajo e shumicës së vendeve të tjera në rajon dhe krahasohet për keq me shumë vende që kanë nivele të ngjashme të të ardhurave (mesatarja e të ardhurave të ulëta është 54%).

Përqindja e ulët e shpenzimeve të sektorit publik dhe përqindja e lartë shoqëruese e shpenzimeve nga xhepi ka pasoja të rënda që lidhen me vendosjen e barazisë, me

varfërinë dhe me kujdesin për sektorin shëndetësor. Përqindja e shpenzimeve për kujdesin shëndetësor të sektorit privat (61%) është më e lartë se ajo e vendeve të tjera të rajonit (mesatarja e EAQ është 33%) më e lartë se mesatarja e vendeve me të ardhura të mesme (mesatarja e vendeve me të ardhura të ulëta e të mesme 54%, ajo e vendeve me të ardhura të larta të mesme 42%).(Adhami A, 2014).Për më tepër, pjesa më e madhe e shpenzimeve të sektorit privat janë pagesa nga xhepi të kryera nga familjet në pikën e marrjes së shërbimit. Nevoja për shpenzime të mëdha nga xhepi në pikën e marrjes së shërbimit çojnë në krijimin e pengesave për përdorimin e këtyre shërbimeve nga familjet me të ardhura të pakta. Ajo do ti varfëroje gjithnjë e me shume familjet me të ardhura të pakta nëse preken nga luhajtje të shëndetit të tyre (shih më poshtë). Për më tepër, sa më e lartë të jetë përqindja e shpenzimeve në formën e pagesave nga xhepi, aq më pak mundësi ka Qeveria për të drejtuar sektorin dhe për të përdorur instrumentat financiarë për të drejtuar reformat në shëndetësi të cilat janë mëse të nevojshme për të përmirësuar cilësinë e shërbimit, efikasitetin e sektorit dhe për të përmirësuar së fundmi rezultatet e sistemit shëndetësor.

Figura 3.6: Burimet e Financimit të Sektorit të Shëndetësisë.



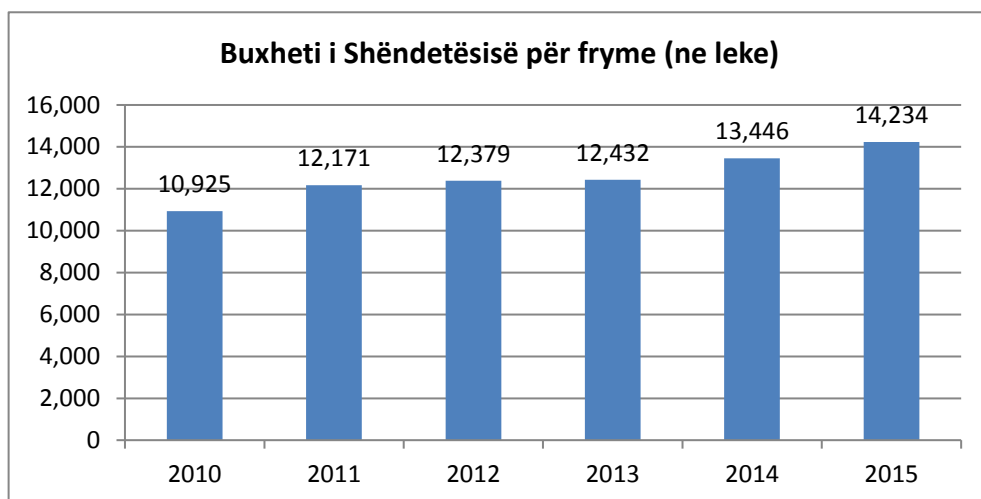
(INSTAT, 2015)

3.9 Te dhena statistikore për Financimin e shërbimit shëndetësor në Shqipëri për periudhën 2000-2015.

Financimi i shëndetësisë për frymë nga Buxheti i Shtetit në vitet 2010-2015

Open Data Albania ka marrë në shqyrtim shumën e shpenzuar nga Buxheti i Shtetit për shëndetësinë në raport me popullsinë në vitet 2010-2015. Financimi total për shëndetësinë nga Buxheti i Shtetit përbëhet nga buxheti i alokuar për Ministrinë e Shëndetësisë dhe të ardhurat kryesisht kontributet, të cilat administrohen nga ISKSH.

Grafiku 1 Buxheti i Shëndetësisë për frymë (në lekë)



Burimi: Ministria e Financave, INSTAT(2015)

Grafiku 1

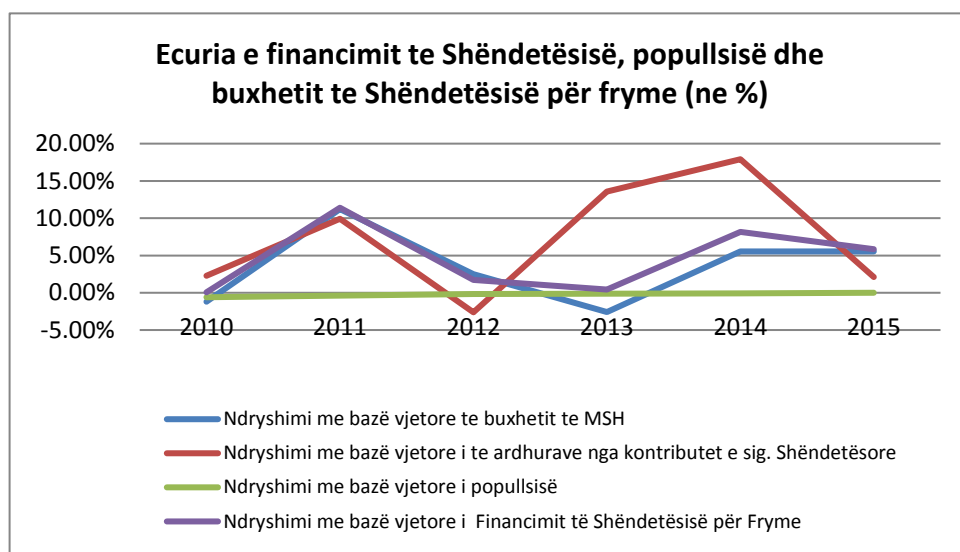
Shuma e shpenzuar për shëndetësinë për frymë ka ardhur në rritje nga viti në vit, ku spikasin vitet 2011, 2014 dhe 2015. Viti 2011 përbën vitin me rritjen më të lartë vjetore të financimit të shëndetësisë për frymë. Këtë vit buxheti për Ministrinë e Shëndetësisë, u rrit me 11.22% apo 2.9 miliardë lekë kundrejt vitit paraardhës.

Vitet 2012, 2013 kanë njohur një rritje modeste të financimit të shëndetësisë për frymë, por situata ndryshoi në vitin 2014. Vlera e tij arriti në 13 446 lekë nga 12 432 që ishte në 2013-n. Kjo rritje u shkaktua thuajse në të njëjtën masë nga rritja e buxhetit të Ministrisë së Shëndetësisë (1.59 miliardë lekë apo 5.55%) dhe rritja e shumës së kontributeve (1.309 miliardë lekë apo 17.9%). Kjo do të thotë se pavarësisht premtimit për shëndetësi falas, rritja e financimit të shëndetësisë gjatë vitit 2014 u mbështet gjerësisht në rritjen e të ardhurave nga kontributet, të cilave gjatë vitit 2014 iu hoq edhe tavani i sipërm për efekt llogaritjeje.

Në vitin 2015 financimi i shëndetësisë për frymë është në 14 234 lekë apo 5.86% më shumë se në vitin 2014. Rritja këtë herë është shkaktuar nga rritja e buxhetit të Ministrisë së Shëndetësisë, ndërsa kontributet pritet të jenë në nivelin e 8.8 miliardë lekëve apo 2% më

shumë së në 2014-n. Buxheti i planifikuar për vitin 2015 karakterizohet nga: Rritja e financimit të Ministrisë së Shëndetësisë në masën 5.5%, po aq sa në vitin 2014; si dhe mbajtja e nivelit të kontributeve të sigurimeve në 8.8 miliardë apo 20% e gjithë financimit total për shëndetësinë.

Grafiku 2. Ecuria e financimit te Shendetesise, popullsisë dhe buxhetit te Shendetesise per fryme (ne %).



(Burimi: INSTAT, 2016)

Tabela 3.7. Ecuria e financimit të Shëndetësisë; Popullsisë dhe Buxheti i Shëndetësisë për frymë.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Buxheti për Ministrinë e Shëndetësisë	25.87 2.835 .000	28.774. 944.00 0	29.49 0.208 .000	28.72 6.330 .000	30.31 9.500 .000	32.420 .542.0 00
Ndryshimi me bazë	- 1,18	11,22%	2,49 %	- 2,59	5,55 %	5,55%

vjetore te buxhetit te MSH	%			%		
Te ardhurat nga kontribute t për sigurimet shëndetës ore	6.014 .000. 000	6.610.0 00.000	6.436 .459. 243	7.310 .000. 000	8.619 .000. 000	8.800. 750.00 0
Ndryshimi me bazë vjetore i te ardhurave nga kontribute t e sig. Shëndetës ore	2,30 %	9,91%	- 2,63 %	13,57 %	17,91 %	2,11%
Financimi total për Shëndetës isë	31.88 6.835 .000	35.384. 944.00 0	35.92 6.667 .243	36.03 6.330 .000	38.93 8.500 .000	41 .2 21 .2 92 .0 00
Ndryshimi me bazë vjetore i financimit për Shëndetës isë	- 0,54 %	10,97%	1,53 %	0,31 %	8,05 %	5,86%
Popullsia	2.918 .674	2.907.3 61	2.902 .190	2.898 .782	2.895 .947	2.895. 947
Ndryshimi me bazë vjetore i popullsisë	- 0,60 %	-0,39%	- 0,18 %	- 0,12 %	- 0,10 %	0,00%
Financimi i Shëndetës	10.92 5	12.171	12.37 9	12.43 2	13.44 6	14.234

isë për fryme						
Ndryshimi me bazë vjetore i Financimit të Shëndetës isë për Fryme	0,06 %	11,40%	1,71 %	0,42 %	8,16 %	5,86%

Burimi: Ministria e Financave, INSTAT

Përpunimi dhe komentet:

Te dhënat e financimit të Shëndetësisë për vitin 2015 i përkasin Buxhetit

Fillestar

Te dhënat e financimit të Shëndetësisë për vitet 2010-2014 i përkasin Buxhetit të

Rishikuar me Aktet Normative

Të dhënat e popullsisë për vitet 2010-2014 janë marrë nga INSTAT, ndërsa për vitin 2015 është supozuar e njëjta popullsi si në vitin 2014. Te dhënat janë shkarkuar me 9.12.2014

3.10 Te dhëna statistikore për Financimin e shërbimit shëndetësor në Shqipëri për periudhën 2000-2015 krahasuar me vendet e tjera të Ballkanit.

Financimi i shëndetësisë për frymë në Shqipëri në vitet 2004-2014 dhe krahasimi i tij me vendet e rajonit.

Open Data Albania ka marrë në shqyrtim se sa është shpenzuar nga Buxheti i Shtetit për shëndetësinë për cdo banor të vendit tonë në vitet 2004-2014. Indikatori është llogaritur si raport i financimit të shëndetësisë me popullsinë përkatëse të atij viti, ecuria e të cilit jepet në grafikun në vijim. Financimi total për shëndetësinë nga Buxheti përbëhet nga buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore, të cilat administrohen nga ISKSH.

Në vitin 2004 është shpenzuar mesatarisht 6 597 lekë nga Buxheti i Shtetit për shëndetësinë, për cdo banor të Shqipërisë dhe që prej këtij viti, ky nivel ka arritur përgjithësisht në rritje.

Në trendin e tij ka ndikuar rritja e buxhetit për shëndetësinë, mbledhja në rritje e kontributeve nga sigurimet shëndetësore dhe ulja e popullsisë nga viti në vit. 2010-a dhe 2013-a janë vitet me rritjen më të ulët të shpenzimeve të shëndetësisë për frymë, si pasojë e uljes së buxhetit të Ministrisë së Shëndetësisë. Efekti negativ i tkurrjes së fondeve për këtë ministri mbi shpenzimet e shëndetësisë për frymë mundi të eliminohej nga rritja e të ardhurave nga sigurimet shëndetësore dhe ulja e popullsisë.

(Burimi: Ministria e Financave, INSTAT)

Vitet 2007, 2009 dhe 2011 spikasin për rritjen e lartë të shpenzimeve të shëndetësisë për frymë, duke shënuar përkatësisht vlerat 8 981 lekë (+16.84%), 11 062 lekë (+13.74%) dhe 12 447 lekë (+12.04%).

Pas këtij viti, shpenzimet e shëndetësisë për frymë kanë njohur një rritje modeste, duke ngelur brenda kufirit të 13 000 lekëve. Përfundimisht bën parashikimi për vitin 2014, ku pritet një rritje e ndjeshme e këtij indikator, me 9.14%.

Kështu, niveli i shpenzimeve të shëndetësisë për frymë mendohet të arrijë në 14 109 lekë, 1 182 lekë më shumë se në 2013-n dhe 1 350 lekë më shumë se në 2012-n. Krahasuar me 10 vjet më parë (2004-n), Shqipëria po shpenzon nga buxheti i saj 2.1 herë më shumë për frymë për shëndetësinë.

Sfida për të rritur financimin e shëndetësisë për frymë në 2014-n ngelet për t'u verifikuar, pasi varet nëse buxheti do të realizojë parametrat fiskal të parashikuar dhe nëse mosrealizimi i tyre do të shoqërohet me tkurrje të financimeve të sektorëve prioritarë, duke përfshirë këtu edhe shëndetësinë, sikurse ka ndodhur në vitet e mëparshme gjatë rishikimit të buxhetit.

Risku për realizimin e këtij objekti në 2014-n është akoma më i lartë po të mbahet parasysh se rritja e shpenzimeve të shëndetësisë për frymë po mbështetet kryesisht në rritjen e të ardhurave nga sigurimet shëndetësore dhe jo nga rritja e buxhetit të Ministrisë së Shëndetësisë.

Grafiku në vijim paraqet ecurinë ndër vite të shpenzimeve të shëndetësisë për frymë, buxhetit të Ministrisë së Shëndetësisë, të ardhurave nga kontributet e sigurimeve shëndetësore dhe popullsisë.

Interes të vecantë paraqet krahasimi i nivelit të shpenzuar për shëndetësinë për frymë nga Shqipëria me vendet e tjera të rajonit. Grafiku në vijim jep një pamje të këtij indikator, të

Indicators		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Albania	147	162	174	189	221	245	219	256	258
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Bosnia and Herzegovina	298	308	361	425	508	585	591	632	660
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Bulgaria	395	438	434	489	568	545	586	597	663
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Croatia	778	921	1.017	1.226	1.338	1.268	1.240	1.123	1.161
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Greece	1.219	1.397	1.598	1.624	1.945	2.040	1.754	1.534	1.584
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Hungary	925	1.003	1.052	976	1.022	1.028	1.072	1.099	1.101
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Montenegro	486	505	588	566	554	471	552	573	608
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Serbia	346	509	560	642	741	719	732	728	764
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Slovenia	1.360	1.428	1.525	1.545	1.803	1.830	1.751	1.786	1.774
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	Macedonia	355	384	436	421	502	503	493	499	535

shprehur sipas Paritet të Fuqisë Blerëse, në dollarë korrent.

Më poshtë jepet informacioni në mënyrë tabelare për shpenzimet e shëndetësisë për frymë bazuar në të dhënat e Buxhetit të Shtetit ndër vite dhe më tej, në nivel rajoni.

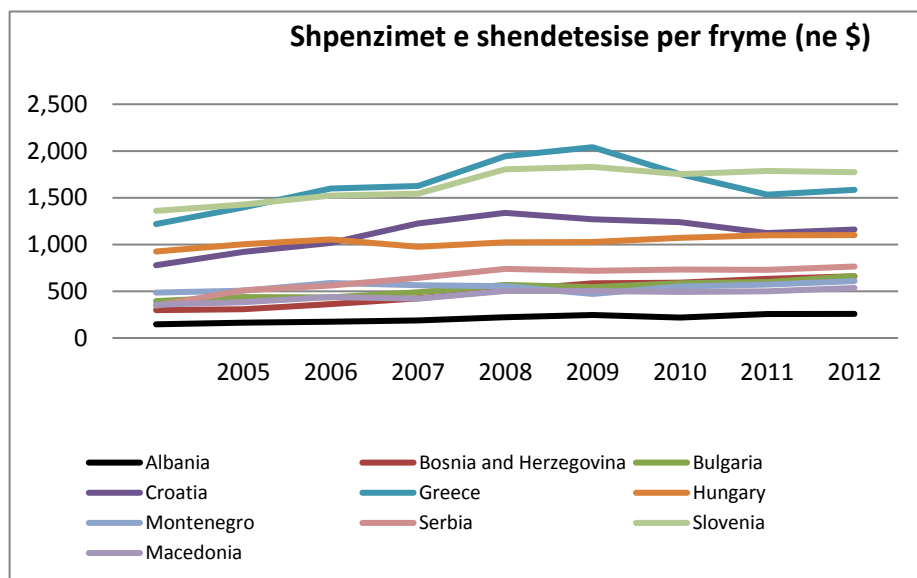
Tabela 38 Shpenzimet e shëndetësisë për frymë bazuar në të dhënat e Buxhetit të Shtetit ndër vite dhe më tej, në nivel rajoni.

(Adham, 2015)

Sikurse mund të vihet re, deri në vitin 2012, Shqipëria ka qënë në mënyrë konstante vendi me shpezimet ndjeshmërisht më të ulta të buxhetit qëndror për shëndetësinë për frymë, në gjithë rajonin.

Në 2012-n, sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, Shqipëria ka shpenzuar mesatarisht 258\$ për frymë, ndërkohë që vendi i dytë pas saj, i mbajtur nga Maqedonia shpenzonte 2-fishin, 535\$.

Hendeku thellohet akoma më tej nëse krahasohemi me Malin e Zi, i cili shpenzon 2.3 herë më shumë apo 535\$ për frymë, Bosnje dhe Hercegovinën (2.56 herë më shumë apo 660\$) dhe Serbinë (3 herë më shumë apo 704\$).



Burimi: Organizata Botërore e Shëndetësisë.(OBSh 2013)

Grafiku 3. Shpenzimet e Shendetesise per fryme (ne \$).

3.11 Zgjerimi i bazes se burimeve financiare si dhe rritja e fondeve publike per shendetesine.

Si ne te gjithë sektoret, vecmas ne sektorin e shendetesise e te sherbimeve shendetesore burimet financiare jane te dores se pare. Duhet mbajtur ne kembe nje administrate e tere qe punon ne institucionet e shendetit publik, duhen financuar te gjitha nevojat e sherbimit spitalor, duhen financuar studimet per perspektiven, dhe ne fund duhet investuar ne pergatitjen e specialisteve te rinj te cilet ne kontakt me vendet me te zhvilluara do te mundesojne aplikimin e teknologjive te reja ne mjekesi. Ne keto kushte do ta kemi me te lehte diagnostikimin dhe me pas sherbimet e sherimin e pacienteve.

Tashme eshte vertetuar se sektori I shendetit ka ndikimin e vet ne zhvillimin ekonomik te vendit.

Ai jo vetem konsumon por edhe i jep mundesi ekonomise shqiptare per zhvillim.

Sektori i shendetit ndikon ne shume drejtime nga te cilat vecojme:

Ne zhvillimin e sektorit te industrise se prodhimit te medikamenteve mjekesore.

Ne zgjatjen e jetes aktive te individeve duke rritur e permiresuar produktivitetin e punes.

Ne rritjen e vendeve te punes te sektorit shendetesor publik e privat.³⁴

Ne rritjen e prodhimit te produkteve cilesore agroushqimore.

Ne rritjen dhe fuqizimin e tregut te sigurimeve shoqerore e shendetesore duke rritur numrin e vendeve te punes.

Ne rritjen e investimeve te huaja direkte ne fushen e farmaceutikes, te sherbimit spitalor privat dhe te gjithave ekonomive ndihmese qe lidhen me keto sherbime.

Pa u futur thelle ne detajimin e ketyre kontributeve do te ndalemi vetem ne nje pjese te marredhenies, ne ate te financimit shteteror per shendetin publik si dhe shpenzimet per fryme te popullsisë.

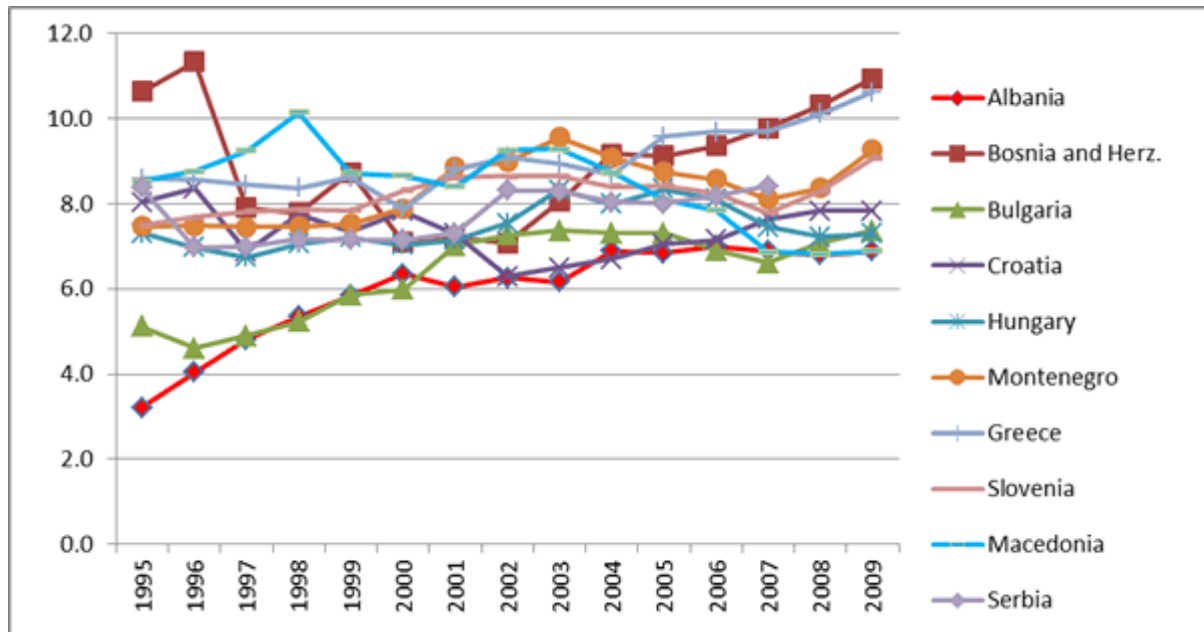
Duke krahasuar shpenzimet e akorduara nga shteti ne buxhetet vjetore gjate ketyre viteve ne demokraci ne Shqiperi, me shtetet e tjera te Gadishullit Ballkanik dhe me gjere me ato te BE, kuptojme se ka nje ndryshim te konsiderueshem me ndikim ne shtrirjen e sherbimeve shendetesore dhe vecanerisht ne cilesine e tyre.

[Raport krahasimor i Shqipërisë me vendet e rajonit për % e Shpenzimeve Totale për Shëndetësinë ndaj PBB-së dhe Shpenzimeve Totale për Shëndetësinë për frymë \(per capita\).](#)

Qysh ne fillim deshirojme te theksojme se keto te dhena qe paraqiten ne kete kapitull jane marre direct nga interneti dhe I perkasin OBSH. Sigurisht te dhenat e tjera te periudhes 2009-2013 nuk kemi mundur ende ti sigurojme. I kemi vendosur ne studim per te kuptuar trendin e zhvillimeve per dy nga indikatorët me te rendesishem per shendetesine e nje vendi dhe konkretisht:”.....

perqindjen e shpenzimeve totale per shendetesine ndaj PBB si dhe shpenzimet totale per shendetesine per fryme.....”.

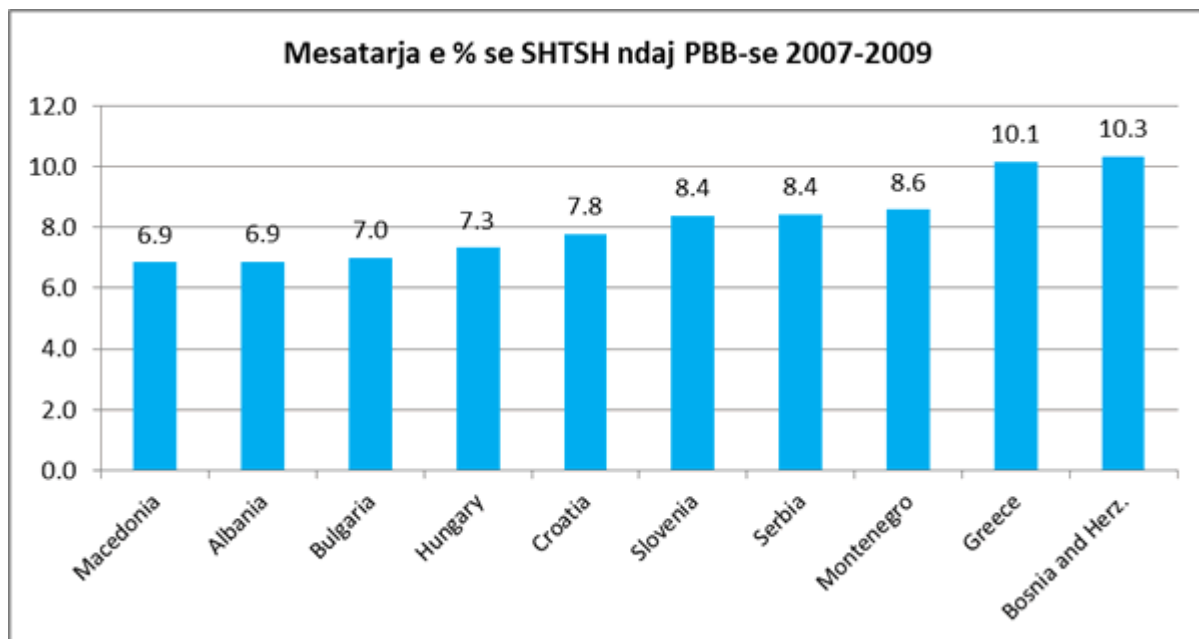
Per fat te keq grafiket dhe shifrat e vendosin Shqiperine ne nivele te ulta cka flet se kemi shume per te bere ne kete drejtim.



Burimi: Organizata Botërore e Shëndetësisë(OBSH 2012)

Grafiku 4

Sic shihet edhe ne kete grafik vendi yne eshte I fundit ne renditjen e vendeve te rajonit. Diferenca me vendet e para Kroacine dhe Bosnje-Hercegovinen eshte e dukshme.



Burimi: Organizata Botërore e Shëndetësisë **Grafiku 5** (OBSh 2010)

Ajo që mund të thuhet nga komentet e mëtejshme të dhënave është niveli i ulët i shërbimit shëndetësor në Shqipëri në krahasim me vendet e rajonit, pra jemi ende larg standarteve të kërkuara, krahasuar me vendet e rajonit dhe me gjere.

Nga tabela e mëposhtme shohim disa të dhëna të tjera shumë të rëndësishme të nxjerra nga OBSh për Shqipërinë, numri i mjekëve dhe shtriteve spitalore për 1000 banorë.

Tabela 3.10 Nr. I mjekëve dhe Shteteve spitalore për 1000 banorë.

(Burimi: INSTAT, 2015)

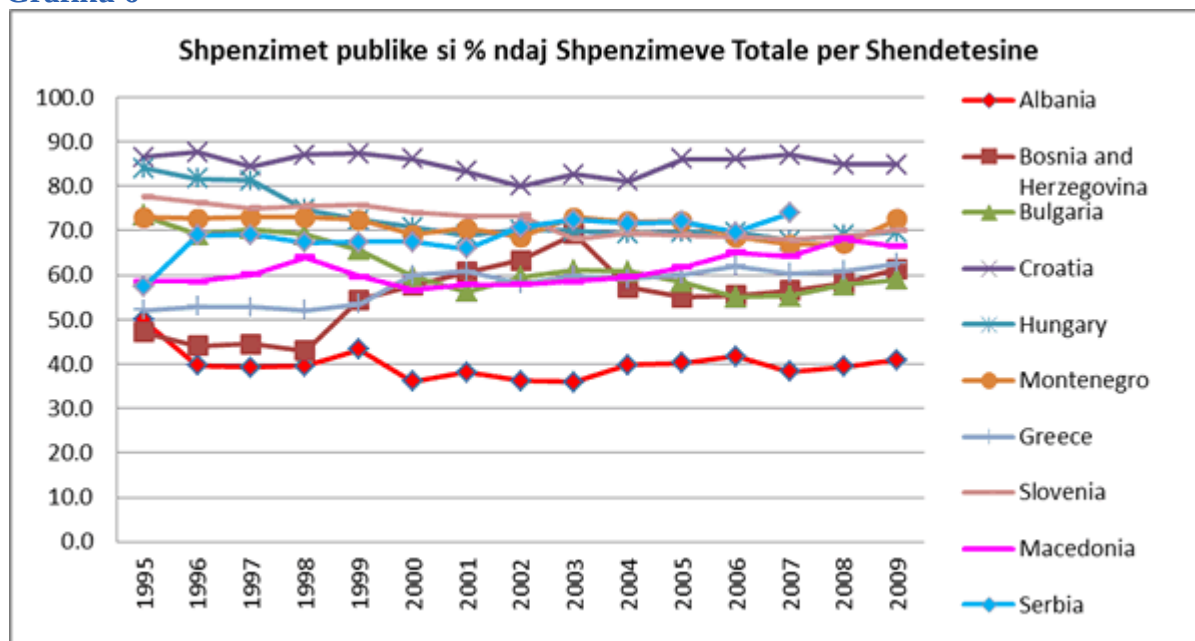
Viti	Mjeko/1000 banorë	Shtete spitalore/1000 banorë
1983	1.41	4.09
1984	1.41	4.14
1985	1.41	4.14
1986	1.41	4.07
1987	1.41	3.97
1988	1.41	3.94
1989	1.4	4.13
1990	1.37	4.02
1991	1.47	4
1992	1.65	4.01
1993	1.43	3.83
1994	1.32	3.02
1995	1.31	3.19

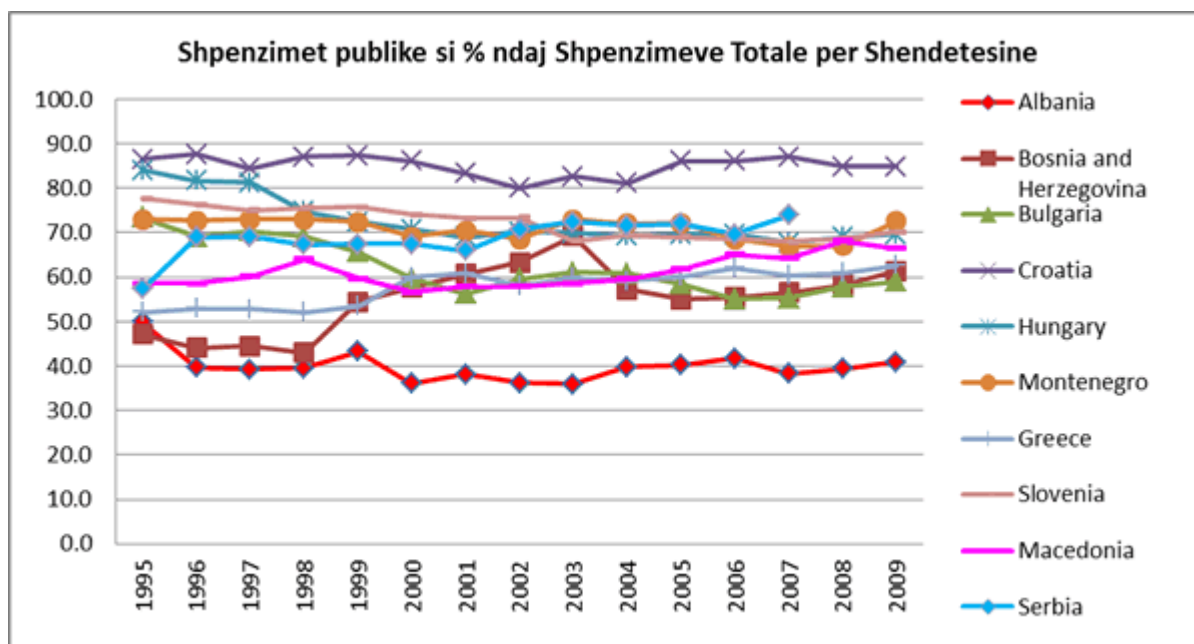
1996	1.35	3.14
1997	1.3	3.05
1998	1.29	3.05
1999	1.28	3.03
2000	1.39	3.26
2001	1.39	3.26
2002	1.31	3.26
2003	1.39	3.1
2004	1.39	3.1
2005	1.31	3
2006	1.15	2.97
2007	1.15	2.92

Viti Mjeke/1000 banore Shteter spitalore/1000 banore

Raport krahasimor i Shqipërisë me vendet e rajonit për peshën që zënë Shpenzimet për Shëndetësinë në Buxhetin e Shtetit.

Grafiku 6 (OBSh, 2016)





Grafiku 7(OBSH 2010)

Cilat mund te ishin disa nga ruget qe mund te ndikonin ne rritjen e financave shtetereper sektorin e shendetit publik.

-Se pari, jam i mendimit se eshte detyre e politikës te gjeje ruge e mundesi per rritjen e menjehershme,se paku dyfishimin e burimeve nga buxheti i shtetit per sektorin e shendetesise.

Kjo eshte e mundur duke ulur shpenzimet ne drejtime te tjera dhe duke luftuar ne menyre agresive korrupsionin. Miliona leke jane tretur nga trajtimi jo profesional i ilaceve ne magazinat e spitaleve tona. Afatet e skadimit kane cuar drejt tregut te zi apo drejt asgjesimit, ilace me vlere monetare te konsiderueshme. Ka ardhur koha qe personat pergjegjes te mbajne pergjegjesi ligjore e te paguajne per demet qe i sjellin pasurise shtetere dhe shendetit publik.

Blerjet te behen me komision me pergjegjesi ligjore.

Per sa kohe qe keto gjera nuk rregullohen me ligj dhe ne menyre te prere e taksative, situata nuk mund te ndryshoje. Gjithashtu mendoj se shperdorimet me ilacet dhe sherbimet shendetesore duhen bere publike me transparence te plote per opinionin.

Magaziniere, infermiere apo mjeke, drejtore te larte apo menaxhere te sherbimit shendetesor te cilet kane manipuluar me ilacet dhe sherbimet shendetesore, duhet ti njohe opinioni publik. Nepermjet njoftimeve ne media, administrata perkatese, ve ne dijeni opinionin per personat qe kane demtuar vlera te caktuara materiale apo kane demtuar me veprimet e tyre sektorin e shendetit publik. Ne keto raste, nuk ka pse te pritet vendimi i gjykatave shqiptare i cili zgjat me vite duke humbur aktualitetin dhe vlerat e vete denimit administrativ. Njerez te tille ,duhet te largohen menjehere nga puna pa mundur ti shpetoje nje gjykates apo nje prokuror i korruptuar.

-Se dyti,nje burim tjeter te ardhurash per sektorin shendetesor publik mund te jete vendosja e siguracionit shendetesor shteteror ne plan te pare. Per kete arsye mendoj se ne kushtet qe kalon Shqiperia kjo do te ishte nje mase e rendesishme. Per fat te keq kompanite private manipulojne lirshem tregun e sigurimeve nderkohe kur kontrolli e monitorimi shteteror i tyre eshte i vaket.

Pas nje eksperience jo te mire te tregut te sigurimeve private, shume shqiptare jane te zhgenjyer dhe ne gjykatat e drejtesise jane depozituar me qindra ne mos me mijera kallezime e padi kunder shoqerive te siguracionit ne Shqiperi. Pervet pasurimit vetjak ne shifra te frikshme ato kane krijuar nje mije e nje probleme ne tregun e sigurimeve shendetesore. Sipas bisedave konfidenciale me specialiste te fushes nje nga fushat korruptive eshte edhe shitja e policave te sigurimit.

Ne kete rast shiten me shume dhe raportohen me pak prane organeve shteterore. Ne keto kushte kompania e vetme shteterore e sigurimeve nuk mund te jete konkurrencte ne treg.

Le te ndalemi tek disa avantazhe te siguracionit shendetesor shteteror.

-Qytetaret pas njezet vitesh demokraci kur privatet kane bere cfare kane dashur, kane kthyer koken perseri nga shteti. Kemi kontaktuar me shume kliente te shoqerive te siguracionit privat dhe jo pak prej tyre jane te pakenaqr nga sherbimet e ketyre kompanive.

Ne variantin me te keq ato shprehen tekstualisht:”..... Me mire ti marre shteti parate tona te siguracionit sesa te majmen e te pasurohen padrejtesisht privatet vendas apo te huaj. Ata I perdorin te tera mjetet per te mos na paguar apo per te paguar sa me pak e disa muaj vonese.....”. Me pak fjale tregu shendetesor publik jep me shume siguri per qytetaret.

Njekohesisht sipas opinioneve te ekonomistev, specialist te fushes, ky sektor nese do te reformohet , te forcohet e te perkrahet nga shteti rezulton te jete fitimprures.

-Forcimi e modernizimi i sistemit aktual te siguracionit shendetesor publik do te ishte frytdhenes per qytetaret. Ai do te ishte dhe nje vlere e shtuar e konkurrenciale ne tregun e siguracioneve ne Shqiperi. Ne perspektive, do te ishte tregu dhe vete shqiptaret qe do te vendosnin per te ardhmen e tij.

-Sistemi i siguracionit shendetesor publik do te ishte nje faktor i rendesishem ne goditjen e korrupsionit. Si mjeku ashtu dhe pacienti do te komunikonin nepermjet dokumentave baze te cilat do te mbesheteshin tek rekomandimi i mjekut te familjes, libreza shendetesore apo ne perspektive tek krijimi e perdorimi i kartes se shendetit.

Qytetaret paciente, do ta ndjenin vehten me te qete sepse kane paguar me pare, per vizitat mjekesore dhe per sherbimet e tjera shendetesore;ndersa mjeku ne kete rast kur komunikimi me lekun eshte zeruar e ka shume te veshtire te kerkoje apo te pranoje para.

-Ngritja e ketij sistemi sigurisht kerkon kontroll e monitorim te plote nga strukturat e tjera shteterore por jemi te bindur se koshienca e qytetareve do te rritet dhe sistemi ne pak vite do te futet ne normalitet dhe do te jape rezultate.

-Se treti, shfrytezimi me elegance e profesionalizem i marredhenieve me Bashkimin European mbetet nje rruge tjeter ku shendetesia shqiptare mund te siguroje fonde te konsiderueshme per zhvillimin e ketij sektori.Sigurisht qe kjo rruge eshte e njohur dhe publike por ajo qe duhet ti shtojme eshte fusha e studimit dhe e projektimit e cila aktualisht eshte shume minore.

E kemi fjalen per hartimin e studimeve dhe projekteve per zhvillim me te cilat mund te merreshin kompanite private vendase dhe te huaja. Dhe baza per hartimin e tyre ekziston meqenese drejtimet e zhvillimit te shendetesise shqiptare jane hartuar dhe hedhur tashme ne Strategji te zhvillimit shendetesor shqiptar. Ideja eshte se kur BE ofron fonde per investime ne duhet ti pergjigjemi me projekte te gatshme te cilat jane hartuar me pare dhe jo projekte te castit, te mangeta e te pathelluara.

Rezultatet e ketyre studimeve dhe projekteve do ti sherbenin qeverise shqiptare per planifikimin dhe orientimin e fondeve ne shendetesi. Gjithashtu disponimi i tyre ne gjendje te gatshme do te ishte nje argument me shume dhe do te rriste performancen e kerkesave te Shqiperise ne institucionet e Bashkimit European.

- Se katerti, nxitja dhe perkrahja e iniciativave te biznesit shqiptar per sipermarrje ne fushen e sherbimeve shendetesore, do te ishte nje burim I rendesishem I te ardhurave dhe investimeve ne kete sektor. Krijimi i kushteve lehtesuese per biznese qe i mungojne tregut shendetesor ne Shqiperi do te plotesonte gjithnje e me mire nevojat e pacienteve dhe te konsumatoreve. Ne kete rast kontrolli dhe monitorimi i cmimeve dhe i cilesise se sherbimeve do te ishte domosdoshmeri dhe detyre e institucioneve shteterore.

Keto ishin disa nga burimet apo mundesite e financimit te sektorit shendetesor ne Shqiperi. Natyrisht keto u pane te arsyeshme te vendoseshin ne kete artikull krahas shume te tjerave qe jane pjese e studimit shkencor.

3.12 Disa ide mbi permiresimin e strukturave menaxheriale ne spitalet publike.

3.12-1 Disa te dhena per strukturat menaxheriale në sherbimin shendetesor sot.

Nga analizat e bera ne periudhen e studimit rezulton se pergjithesisht ne pozicionet drejtuese ne spitalet e vendit kane qene mjeke te profileve te ndryshme.

Ne periudhen 2000-2015 perqindja dermmuese ne drejtimin e ketyre institucioneve ne te gjitha spitalet e vendit kane qene mjeke profesioniste. Edhe keto mjeke ne pjesen dermmuese te rasteve kane qene te zgjedhur nga partite politike qe kane drejtuar dikasterin e Shendetesise te cilet kane vene militante te tyre ose simpatizante.

Ne kete periudhe, sipas informacioneve qe kemi grumbulluar ne drejtimin e tyre nuk ka patur specialiste te fushes se menaxhimit shendetesor.

Edhe ato shume pak specialiste qe mund te kene mbaruar ne kete profil nuk jane vene apo nuk kane preferuar te marrin ne dore drejtimin e ketyre spitaleve ne vend.

“....Sistemi yne shendetesor zoteron kapacitete te pakta ne fushen e menaxhimit shendetesor. Egziston nje numer teper i kufizuar specialistesh te formuar (jashte vendit) ne teknikat e menaxhimit te sherbimeve shendetesore dhe nje pjese e tyre punojne jashte sektorit publik te terhequr nga pagat e larta. Strukturat organizative te institucioneve shendetesore jane te njehshme me komponentin klinik te zhvilluar mire e komponentin menaxherial te atrofi zuar ku menaxhereve nuk u eshte lene hapësira e nevojshme per te realizuar funksionin e tyre....”.

Duhet theksuar se vendosja e mjekëve specialiste ne drejtimin dhe menaxhimin e institucioneve shendetesore, e ka demtuar dhe jo e ka cuar me tej punen ne sherbimin shendetesor te vendit. Keto specialiste te fushes se shendetesise pergjithesisht nuk kane patur dhe as nuk kane njohuri ekonomike dhe vecmas njohuri te menaxhimit shendetesor. Kryerja e detyrave ndaj pacienteve i ka larguar drejtuesit nga detyrat e perditshme te menaxhimit te punes. Per rrjedhoje punet e perditshme kane perfunduar ne duar jo kompetente shpeshhere te njerezve te korruptuar dhe rezultati eshte ky qe kemi sot. “....Tradicionalisht, ne rolin e menaxhereve te institucioneve tona shendetesore jane angazhuar kliniciste te shquar (kirurge, kardiologe etj.) te cileve, shpesh, u kane munguar edhe konceptet baze te menaxhimit. Po keshtu, ne parim kjo zgjidhje ka konfliktin e interesit pasi nje klinicist eshte i interesuar me shume per ecurine e te semurit e me pak per menaxhimin e rrepte. Nga ana tjeter, angazhimi i tij eshte gjithmone i mangët (part-time) pasi puna ne klinike i merr kohe te konsiderueshme. Ministria e Shendetesise po pergatit nje reforme te thelle ne kete drejtim per zevendesimin e

te gjithë drejtuesve të institucioneve shëndetësore me menaxhere të trainuar. Sektori i shëndetësisë ende nuk ka përpunuar modele bashkëkohore të drejtimit dhe menaxhimit....³⁵”

”...Nuk egzistojnë standarte të menaxhimit modern mbi të cilat të mbështetet praktika e menaxhimit të shërbimeve shëndetësore, vecanërisht shërbimeve spitalore, të cilat janë komplekse dhe të kushtueshme. Sistemet e informacionit klinik e financiar janë pak të zhvilluara dhe kjo vështireson futjen e praktikave të përparuara të menaxhimit modern. Edhe ai informacion që mblidhet nuk shfrytëzohet sa e si duhet për mirëmenaxhimin e institucioneve. Janë të pakët specialistët e fushës së menaxhimit të informacionit shëndetësor..”

Në një fushë të tillë siç është ajo e menaxhimit shëndetësor, me shumë probleme edhe në vendet e zhvilluara përendimore duhet punë e madhe dhe vullnet politik për të ju qasur apo për tju afruar zgjidhjes.

Më pare duhet filluar me krijimin e një fakulteti të vecantë i cili do të kishte një dege të posaçme për menaxhimin shëndetësor sepse shërbimi shëndetësor në Shqipëri e kërkon dhe e ka të nevojshme plotësimin me specialiste të këtij sektori.

“...Nuk egziston ende një shkollë menaxhimi shëndetësor apo shëndeti publik. Departamenti i Shëndetit Publik i Fakultetit të Mjekësisë u ofron elemente baze të menaxhimit shëndetësor studenteve të ciklit të ulët universitar, por akoma nuk është ngritur një program post-universitar për formimin e kuadrove në këtë fushë. Megjithatë përpjekjet e bëra, sidomos këto

³⁵(Autori, 2016)

vitet e fundit, kapacitetet mesimdhenese dhe pedagogjike te ketij departamenti jane te kufizuara....”³⁶.

3.12-2 Situata aktuale e menaxhimit ne spitale, poliklinikat dhe qendrat shendetesore ne shqiperi.

Ne procesin e punes te grumbullimit te te dhenave te kerkimit shkencor kam bere kujdes edhe per marrjen e informacioneve ne pese spitale rajonale te vendit lidhur me drejtimin e puneve dhe menaxhimin e ketyre institucioneve ne periudhen 2000-2015.

Sipas burimeve gojore qe rrjedhin nga konsultat me specialiste te vjeter te sherbimit shendetesor ne keto qytete rezulton se thuajse ne te gjitha rastet ne drejtimin e tyre kane qene jo menaxhere te sektorit shendetesor por mjeke te fushave te ndryshme te cilet jane vendosur ne keto pozicione drejtuese fale lidhjeve me pushtetin dhe politiken.

Qarkullimi i elitave ka ndodhur vetem ne rastet ku kane ndryshuar pozicionet “ne ndarjen e tortes qeverisese”.

Megjithatë perpjekjet nga keto spitale nuk arrihem te siguronim te dhena zyrtare per drejtimin e tyre ne periudhen 2000-2015 me te dhenat perkatese.

Gjithashtu nga konsulta me juriste qe kane punuar ne sektorin e Shendetesise na eshte deklaruar se legjislacioni shqiptar duhet rregulluar ne menyre te detajuar qe ti hape rrugen ardhjes ne drejtimin e puneve ne Sistemin e Shendetesise te menaxhereve te specializuar per sherbimin shendetesor.

³⁶(Autori 2016)

Me kete rast duhet theksuar se nje kerkese e tille duhet shoqeruar paraprakisht edhe me pergatitjen e kuadrove te nevojshem te specializuar ne fushen e menaxhimit shendetesor.

Per kete qellim eshte e domosdoshme realizimi i nje studimi kompleks nepermjet te cilit te synohet:

Njohja e situates konkrete ne te gjithat spitalet rajonale te Shqiperise,per te ndertuar database e gjendjes i cili do te jape nje raport te perafert ne mes te menaxhereve dhe specialisteve te mjekesise ne drejtimin dhe menaxhimit e administrates publike ne sektorin shendetesor.

Studimi gjithashtu do te konsideroje e analizoje “karakterin e emerimeve” ne institucionet shendetesore ne Shqiperi, per te rekomanduar e imponuar nepermjet ligjit qarkullimin e elitave ne sektorin e shendetesise.

- Rregullimi i kuadrit ligjor per ta perafuar me legjislacionin europian dhe per ta vene ne sherbim te ndryshimeve qe ka pesuar Sistemi shendetesor ne Shqiperi.

3.12-2 Disa ide mbi permiresimin e strukturave menaxheriale ne spitalet publike

Me poshte po jap disa ide mbi permiresimin e strukturave menaxheriale ne spitalet publike.

a.Do te krijohet profesioni i menaxherit te shendetesise nepermjet ketyre rrugeve:

1. Stimulimit dhe thithjes se profesionisteve te formuar jashte vendit ne pozicione drejtuese e qe aktualisht punojne jashte sistemit shendetesor shtetesor 2. Shtimit te numurit te kuadrove te formuar jashte me kontrata detyruese per tu kthyer e sherbyer ne vend.

3. Pergatitjes se menaxhereve nga Shkolla e Shendetit Publik dhe e Menaxhimit Shendetesor, qe do te krijohet ne vend.

b. Do te forcohen kapacitetet menaxheriale te mjekeve te kujdesit shendetesor paresor. Profesionistet e kujdesit paresor duhet te mesojne nocionet baze te menaxhimit te njerezve financave dhe te sherbimeve. Per kete qellim do te ndertohen dhe do te institucionalizohen kurse trajnimi me teknikat e mikro-menaxhimit te sherbimeve te kujdesit paresor, per t'iu pergjigjur nevojave konkrete te ketyre sherbimeve ne Shqiperi. Kurset e trajnimit do te vihen ne jete, se pari ne rajonin e Tiranes, ku projekti i Bankes Boterore po jep ndihme ne kete drejtim. Me pas, do te institucionalizohet me qellim qe te ofrohet ne vazhdimesi ne te gjithë territorin e vendit.

c. Do te forcohen kapacitetet menaxheriale te drejtuesve te shendetesise ne nivele te ndryshme si psh. Autoritetet shendetesore rajonale, drejtuesit ne nivel rrethi apo qarku, institucionet shendetesore kombetare etj.

d. Do te forcohen kapacitetet menaxhuese spitalore permes ketyre masave:

1. Perpunimit te nje modeli te ri te « spitalit autonom » brenda vitit 2005. Ky model do te perpunohet dhe do te zbatohet fillimisht ne spitalin rajonal te Durrës, duke çuar me tej inisiativen e filluar. Do te perpunohen edhe mekanizmat e autonomise spitalore per t'u zbatuar ne Qendren Spitalore Universitare te Tiranes.

2. Perpunimit te nje « modeli te ri te menaxhimit spitalor », te pershtatur per kushtet e spitaleve te Shqiperise. Ky model do te perfshije:

- Struktura organizative te ekuilibruar me 2 pole, mjekesor dhe menaxherial. Drejtori mjekesor me stafin e tij do te zgjidhe problemet teknike ndersa Menaxheri me stafin e tij do te menaxhoje burimet financiare e materiale.
- Decentralizim funksional brendaspitalor, ku cdo sherbim te kete autonomi ne menaxhimin e te gjitha burimeve (edhe financiare).
- Ngritje te sistemeve bashkekohore te informacionit klinik e financiar si kerkesa te domosdoshme per nje menaxhim efektiv.
- Vendimmarrje kolektive duke i bere funksionale e te pergjegjshem borde drejtuese te spitaleve.

e. Do te ngrihet Shkolla e Shendetit Publik dhe e Menaxhimit Shendetesor, e cila do te bejne te mundur edukimin ne vazhdimesi te kuadrove te reja ne fushat e menaxhimit te sherbimeve shendetesore.³⁷

3.14 Disa ide per organizimin e sistemit te siguracioneve ne Shqiperi.

3.14-1 Informacion i shkurter per Sistemin e siguracioneve shendetesore.

Qysh ne fillimet e privatizimit te ekonomise shqiptare, nisen te organizohen edhe shoqerite e para te siguracioneve. Pervec kompanise shteterore INSIG filluan aktivitetet e tyre edhe kompanite private te sigurimeve si INTERALBANIAN, SIGMA, ATLANTIK etj. Disa prej tyre filluan edhe bashkepunimin me homologet e tyre europiane. Keshtu ne Shqiperi u futen ne nje bashkepunim joint-venture kompanite e sigurimit austriake si UNIQA GROUP AUSTRIA, AUSTRIAN WIENERSTATISCHE etj. Gjate vitit 2016 u privatizua edhe Kompania e vetme shteterore ne fushen e Sigurimeve Shendetesore “INSIG”. Me kete vendim tregu I Sigurimeve ne Shqiperi eshte 100% privat duke lehtesuar shtetin nga aktiviteti ne fushen e Sigurimeve.

Tregu shendetesor i sigurimeve tashme teresisht i privatizuar nuk me ka larguar nga disa argumente te cilat e mbeshtesin prezencen e Kompanive shteterore ne fushen e sigurimeve. Ne kete konkluzion kam arritur edhe mbi disa eksperienca personale dhe vecanerisht nga kontaktet me specialiste te fushes, juriste te afirmuar dhe sidomos qytetare te ndryshem te vendit te cilet kane ndare eksperienca negative me disa nga Kompanite e Sigurimeve Shendetesore ne vend.

³⁷(Autori, 2016)

Kjo situatë reale në tregun e Sigurimeve ka kthyer tek une bindjen se tregu i Sigurimeve Shëndetësore duhet të jetë bipolar dhe paralel me njëri-tjetrin në bashkëpunim dhe në konkurrencë të plotë duhet të veprojnë edhe kompanitë shtetërore dhe ato private.

3.15 Korrupsioni në Sistemin Shëndetësor në vend dhe ndikimi i tij në cilësinë e shërbimeve ndaj popullit.

Një problem tjetër që mund të përmendim në sistemin shëndetësor është edhe fenomeni i korrupsionit.

Në rezultatet e sondazheve të Transparency International, të organizatave vendore e ndërkombëtare rezulton se shëndetësia është një nga sektorët më të korrumpuar krahas sistemit të drejtësisë, administratës shtetërore, policisë, arsimit etj.

Një nga faktorët kryesorë që e ka çuar sistemin e shëndetësisë në këto nivele është mungesa e kontrollit shtetëror dhe keqadministrimi. Sot në spitalet shtetërore ka rastë kur mjekët e përdorin orarin e punës për të pritur pacientë dhe për të orientuar me pas drejt klinikave të tyre private.

Furnizimet me baze materiale dhe vecanërisht me pajisje mjekësore dhe ilaçe është kthyer në një biznes fitimprurës për drejtuesit e korrumpuar në shëndetësi. Për rrjedhojë ilaçet e shtetit dhe të shërbimeve spitalore vidhen dhe shiten në farmacitë private, ndërsa nevojat e pacientëve i plotësojnë me para në dorë familjarët e tyre nevojtarë.

Në shumë raste, pacientët paguajnë shumën të konsiderueshme për shërbimet që kryejnë në spitalet apo poliklinikat e vendit, paguajnë me para në dorë për çdo operacion dhe për çdo vizitë mjekësore.

Korrupsioni ka kapur me të gjitha duart, sektorin e punësimit në shëndetësi dhe emerimet në funksionet drejtuese. Partitë politike të cilat menaxhojnë sektorin e shëndetësisë diktojnë dhe orientojnë vendimmarrjen. Megjithatë përpjekjet që po bëhen në këtë drejtim nga qeveria për të reformuar sistemin e shëndetësisë rezultatat ende nuk janë të dukshme.

Te gjitha keto problematika kane prekur rende cilesine e sherbimeve shendetesore ndaj popullit.

3.16 Raporti optimal ne mes te sherbimit publik dhe atij privat.

Raporti optimal ne mes te sherbimit publik dhe atij privat nuk eshte vetem nje problem per shendetesine shqiptare. Ky eshte nje problem profesional e shkencor i dores se pare dhe per kete problem ka studime, informacione, dilema ende te pazgjidhura edhe ne vendet me te zhvilluara demokratike. Per permiresimin e sherbimeve ne fushen e sigurimeve shendetesore, pas nje hulumtimi te gjere kam arritur ne perfundimet se ky sherbim nuk duhet te privatizohet 100 perqind, duke qene koshient se sherbimet e sigurimeve shendetesore publike duhen forcuar. Kjo ka ardhur si pasoje e diskutimeve me punonjes te sektorit si dhe nga rezultatet e 100 pyetesoreve te shperndare ne pese rrethe te vendit.

3.16 Disa argumente në mbështetje të shërbimit shëndetësor publik.

Mbështetur në atë që u tha më lart, më poshtë dëshiroj të jap disa argumenta në favor të shërbimit shëndetësor publik:

- Orientimi I publikut drejt shtetit si nje institucion me I garantuar, me I sigurte dhe me afatgjate.
- Ne dukje te pare orientimi duket te kete karakter psikologjik, por ne fakt ai eshte perforcuar fale performances te ulet te disa kompanive private te sigurimit.
- Administratat e institucioneve te kompanive te sigurimit shendetesor, ne rastin kur ato jane publike, nuk kane interesa per ti ulur demshperblimin klienteve sepse ajo zgjedhje nuk I sjell perfitime personale. Kesisoj specialistet e kesaj administrate prihen pergjithesisht drejt nje vleresimi te sakte e rigoroze te demeve.
- Ne rastin kur administrata eshte ne sherbim te privatit, pronari nepermjet te gjitha formave, eshte I interesuar drejt maksimizimit te fitimit, per rrjedhoje te uljes sa me shume te jete e mundur te demshperblimeve ndaj klienteve. Dashje pa dashje

punonjesit e departamentit te demshperblimeve do te orientohen drejt interesave te pronarit dhe sipermarrjes ku atapunojne.

-Numri shume i larte i padive ne gjykatat e Shqiperise i klienteve kunder kompanive te sigurimit eshte nje argument me shume dhe nje prove e gjalle per nevojen e rritjes e konsolidimit te faktorit shtetror ne fushen e sigurimeve shendetesore.

KAPITULLI IV

4. Gjetjet konkrete dhe Analizat e Arritjeve te Studimit.

4.1 Dy Skema te thjeshta- reale ne menaxhimin e vizitave mjekesore

Per te konkretizuar rendesine e menaxhimitte puneve ne Sektorin e Shendetesise kemi marre ne analize Menaxhimin e vizitave mjekesore ne Spitalin e Urologjise ne Paris-France dhe Spitalin Gulhane Askeri ne Ankara- Turqi.

Per kete arsye kemi marre kontakte direkte me paciente shqiptare te cilet per nevoja shendetesore jane trajtuar prane ketyre Qendrave Spitalore.

Pacienti i pare eshte trajtuar per rastin e nje bazilome nasale ku kerkohej nderhyrje kirurgjikale prane repartit te Dermatologjise ne Paris ndersa personi tjetër eshte trajtuar per probleme te Hernies Diskale prane Spitalit Ushtarak Gulhane Askeri ne Ankara- Turqi.

Ne te dy rastet pacientet kane qene universitare dhe kane shenuar te gjithë proceduren te cilen ata e kane ndjekur per te realizuar viziten mjekesore prane ketyre Spitaleve.

4.1-1 Spitali I Urologjise ne Paris-France. Skema e menaxhimit te vizitave mjekesore ne Spitalin e Urologjise ne Paris.

a. Hapi I pare..... Marrja e numrit te kuponit per viziten mjekesore

b. Hapi I dyte..... Leximi ne monitor I numrit te sportelit ku duhet te drejtohesh per viziten mjekesore, I cili korrespondon me numrin e kuponit.

- c. Hapi I trete.....Marrja e numrit te dhomes si dhe emri I mjekut qe duhet te kryeje viziten mjekesore.
- d. Hapi I katert.....Kontakti me sekretarine e Sherbimit ku merret fatura per pagesen ne Euro.
- e. Hapi I peste..... Pagesa tek kasa e spitalit.
- f. Hapi I gjashte..... Rezultatet e vizites dhe analizave vijne zyrtarisht ne adresen e Shtepise.

4.1-2 Spitali Gulhane Askeri ne Ankara- Turqi.

Skema e menaxhimit te vizitave mjekesore ne Spitalin Gulhane Askeri ne Ankara te Turqise.

- a. Hapi i pare.....Kontakti me sportelin e pritjes.
- b. Hapi i dyte.....Ulja ne sallën e sherbimit ne pritje te rrades per viziten mjekesore.
- c. Hapi i trete.....Ftesa per vizite mjekesore me ze nga nje punonjese e repartit dhe shoqerimi tek dhoma e mjekut.

Sherbimi behet pa pagese dhe vetem me libezen shendetesore ne dore.

Sic shihette gjitha veprimet qe kryen nje pacient si percaktimi i numritte vizitorëve, zgjedhja e mjekut per vizite, pagesa e te hollave, etj te gjitha kryhen pa prezencen e mjekut Kirurg ose mjekut qe ben vizitat mjekesore.

Nga menyra se si funksionon kjo skeme qe nga marrja e numri te Kuponit per viziten mjekesore e deri tek pagesa dhe marrja e rezultatit e vizites e te analizave, te gjitha keto behen pa asnje nderhyrje si dhe duke paguar vleren e percaktuar per keto sherbime.

Ne spitalin **Gulhane Askeri** punet per nje vizite mjekesore nuk shkojne njelloj si tek spitali i Parisit por gjithsesi edhe aty po te ndjekim hapa qe pacientet marrin per nje vizite mjekesore edhe ketu perjashtohet kontakti i personelit te sherbimeve per lekun apo per privilegje te tjera qe lindin nga marredheniet e punes.

Per ta konkretizuar edhe me heret problemin une kam shperndare edhe pyetesorin nr.5 nga i cili kemi nxjerre konkluzione shume interesante.

Rreth 85 perqind e njerezve kane pohuar ndikimin e skemave efikase te menaxhimit ne sherbimin shendetesor, 10 perqind kane argumentuar per jo, ndersa 5 perqind duke thene nuk e di.

4.2 Analiza e gjetjeve per objektin e studimit.

Nje nder instrumentat e perdorur per mbledhjen e te dhenave ishin pyetsoret te zhvilluara ne pese qytete te Shqiperise, perkatesisht ne qytetin e Tiranes, Durres, Shkoder, Elbasan dhe Korce.

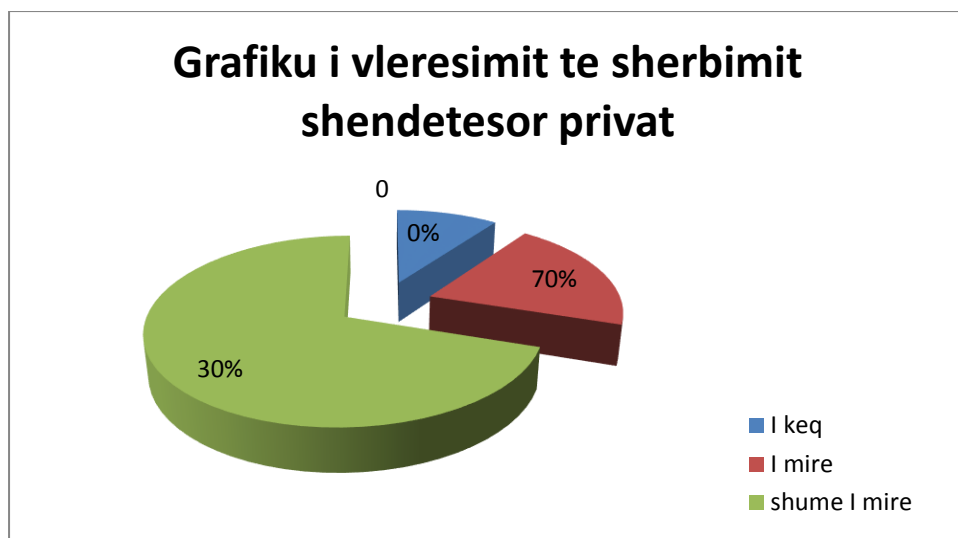
Te dhenat qe u mblodhen nga mostra probabilitare, e thjeshte rastesore, u intervistuan nga njeqinde individe per cdo qytet.

U perdor i njejti format pyetsori ne pese qytete te vendit nga i cili u analizuan kater pyetje te pyetsorit nga te cilat rezultoi:

a) Qyteti i Durresit

Ne qytetin e Durresit nga 100 te intervistuar ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor publik 16.6 % e tyre mendojse se ky sherbim eshte keq, 76.6 % mendojne se ky sherbim eshte ne nivelin i mire dhe 6.66 % mendojne se ky sherbim eshte shume i mire.

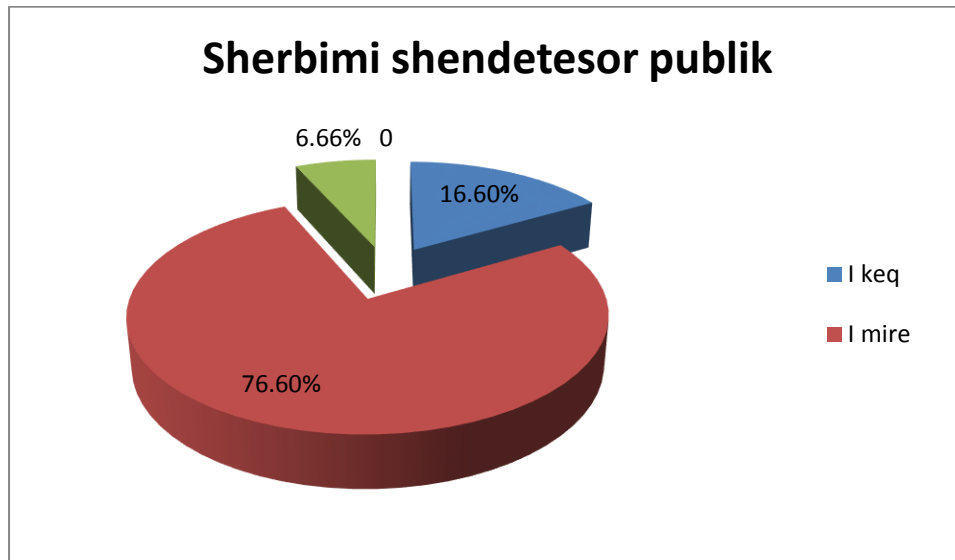
Grafiku nr.8 ; Niveli i sherbimit shendetesor privat sipas pyetsorit ne qytetin e Durresit.



Ndersa pyetjes ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor privat asnje nga te intervistuarit nuk u shprehen se ky sherbim eshte i keq, 70 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte i mire dhe 30 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte shume i mire.

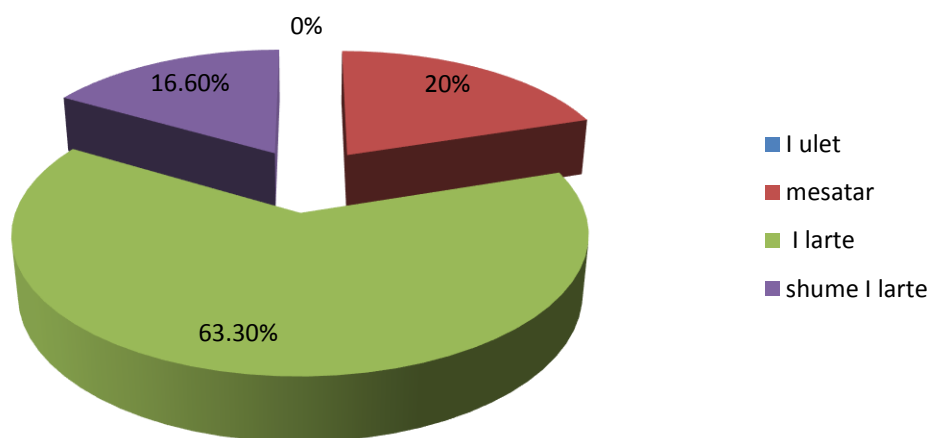
Rezultate qe tregojne se sherbimi shendetesor ne spitalet private ka arritur standarte te larta kjo fale aplikimit te teknologjise se larte te aplikuar , paisjeve dhe aparaturave kryesisht perendimore si dhe produkte te firmave te njohura te prodhimeve mjekesore.

Grafiku nr.9 : Niveli i sherbimit shendetesor publik sipas pyetsorit ne qytetin e Durrresit.

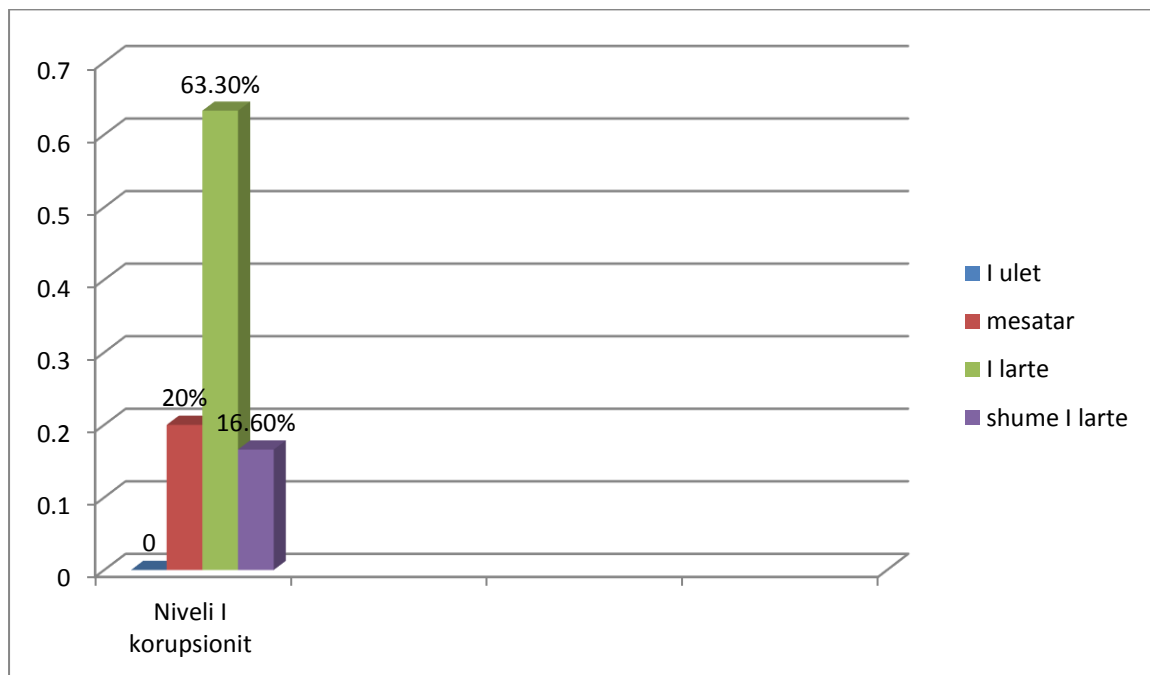


Grafiku nr. 10. Niveli i korrupsionit ne sistemin shendetesor ne pyetsoret e qytetit te Durrresit

Niveli i korrupsionit ne sherbimin shendetesor

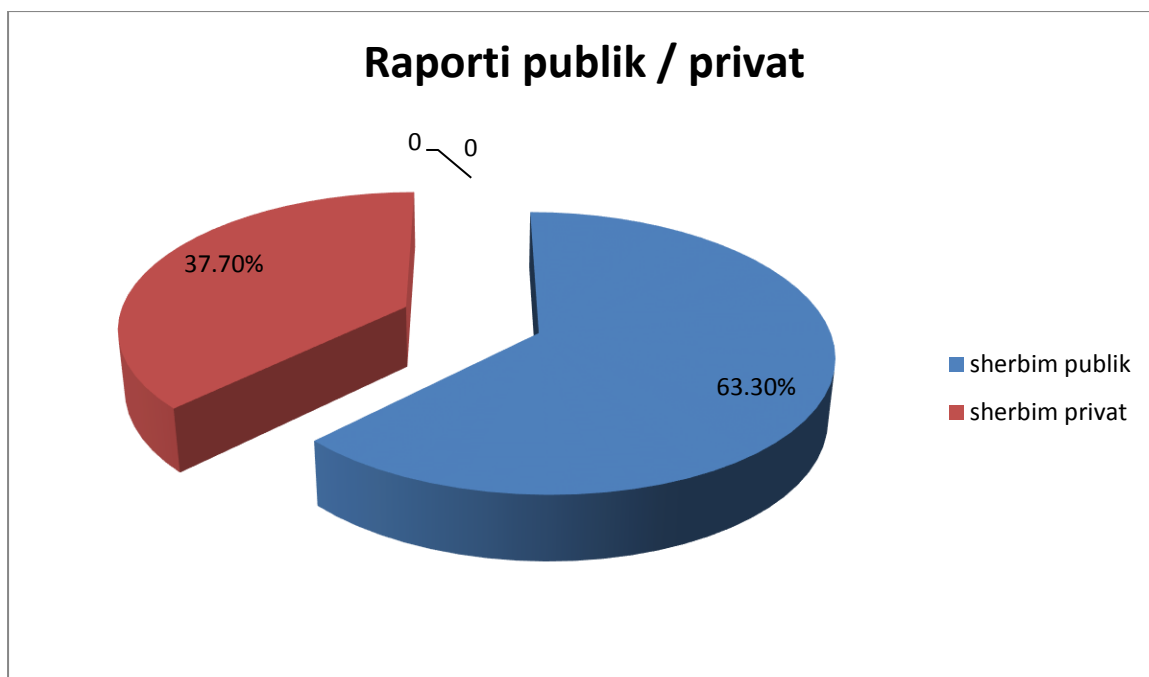


Grafiku 12



Ne lidhje me perceptimin e te intervistuarve mbi nivelin e korrupsionit ne sherbimin shendetesor, asnje prej tyre nuk e cileson te ulet kete nivel ndersa 20 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte mesatar, 63.3 % eshte i larte dhe 16.6 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte ne shifra shume te larta.

Grafiku nr.13 Prioriteti i sherbimit shendetesor, Raporti publik / privat :

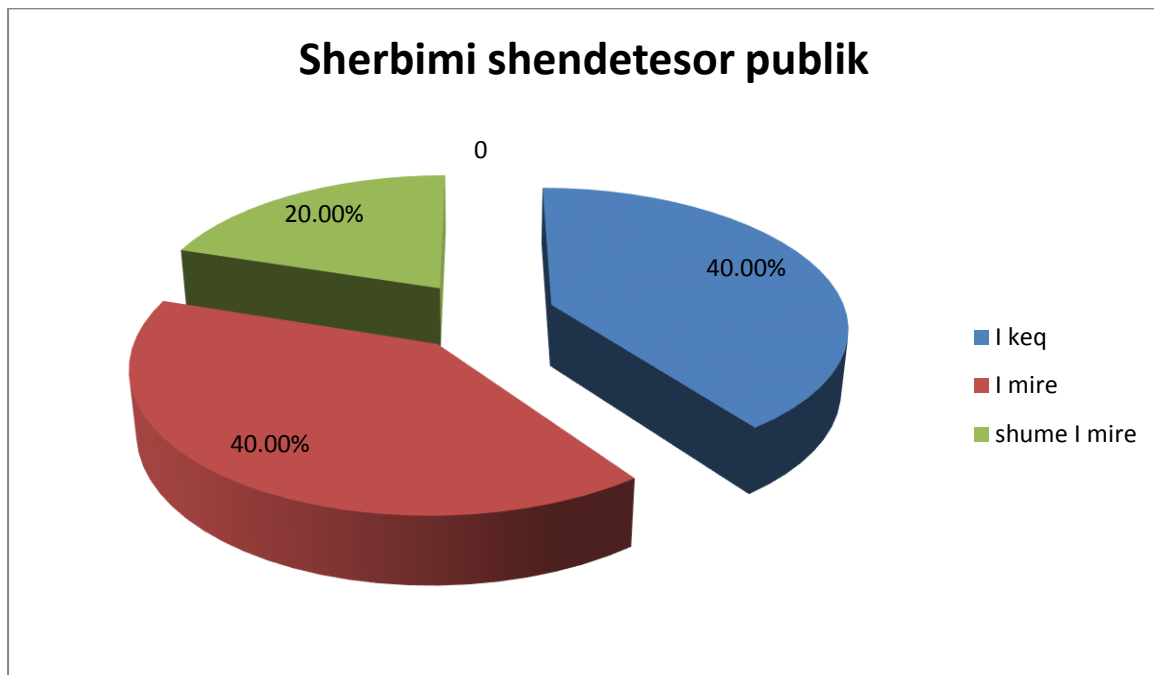


Nje pike kyce ne vleresimin e perceptimit te raportit publik / privat, pra ofrimit te sherbimit ne nivel publik apo privat 63.3 % mendojne se ky sherbim duhet te jete public dhe vetem 37.7 % mendojne se ky sherbim duhet te jete privat.

b) Qyteti i Shkodres:

Ne qytetin e Shkodres nga njeqind te intervistuar ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor publik 40 % e tyre mendojse se ky sherbim eshte keq, 40 % mendojne se ky sherbim eshte ne nivelin i mire dhe 20 % mendojne se ky sherbim eshte shume i mire.

Grafiku nr.14:Niveli i sherbimit shendetesor publik sipas pyetsorit ne qytetin e Shkodres.



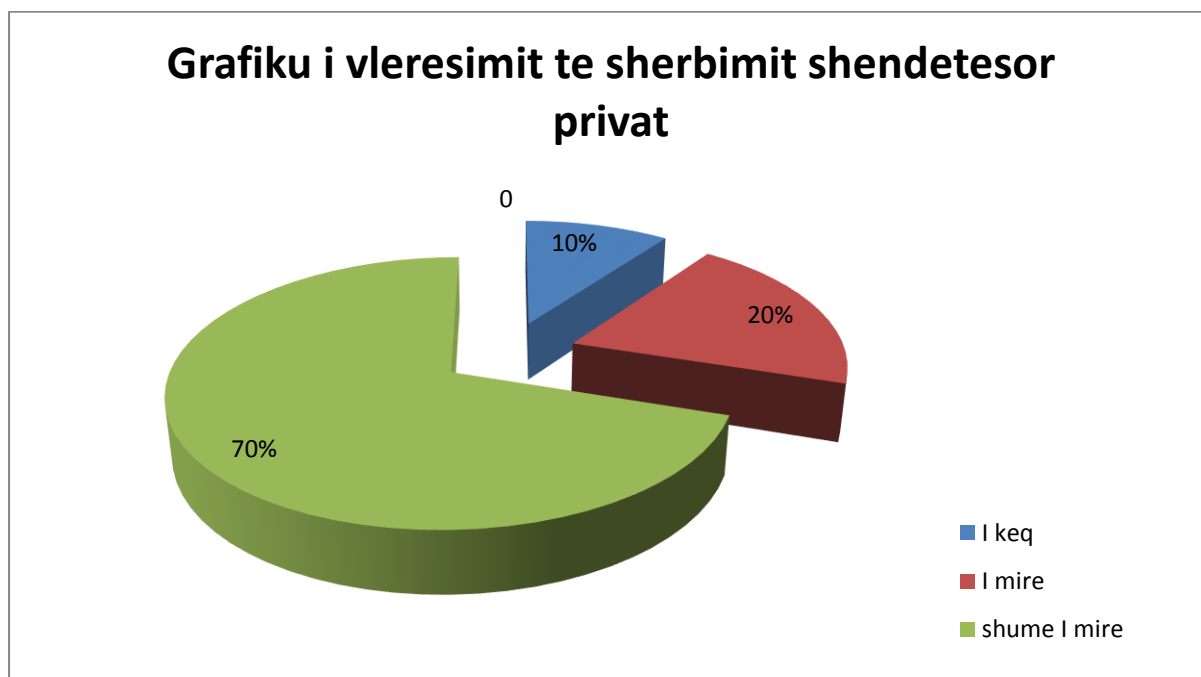
Ne qytetin e Shkodres nga njeqind te intervistuar ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor publik 40 % e tyre mendojse se ky sherbim eshte keq, 40 % mendojne se ky sherbim eshte ne nivelin i mire dhe 20 % mendojne se ky sherbim eshte shume i mire.

Grafiku nr.15 Niveli i sherbimit shendetesor privat sipas pyetsorit ne qytetin e Shkodres

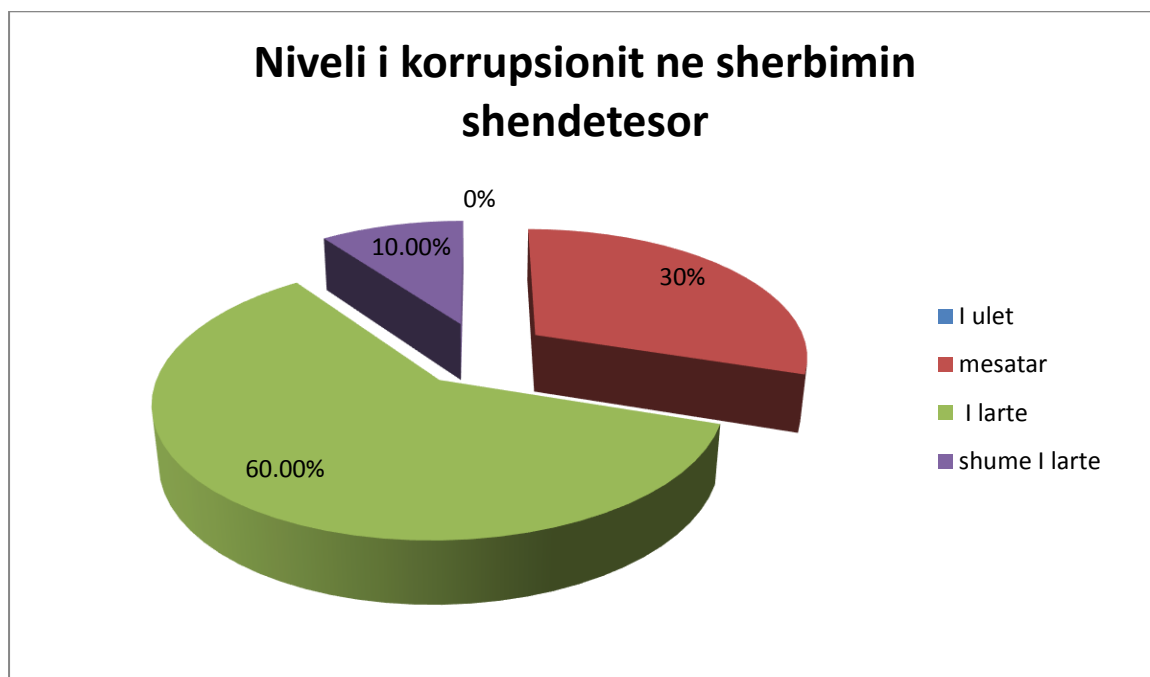
Ndersa pyetjes ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor privat 10% nga te inetervistuarit u shprehen se ky sherbim eshte i keq, 20 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte i mire dhe 70 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte shume i mire.

Rezultate qe tregojne se sherbimi shendetesor ne spitalet private ka arritur standarte te larta kjo fale aplikimit te teknologjise se larte te aplikuar , paisjeve dhe aparaturave kryesisht perendimore si dhe produkte te firmave te njohura te prodhimeve mjekesore.

Grafiku 15

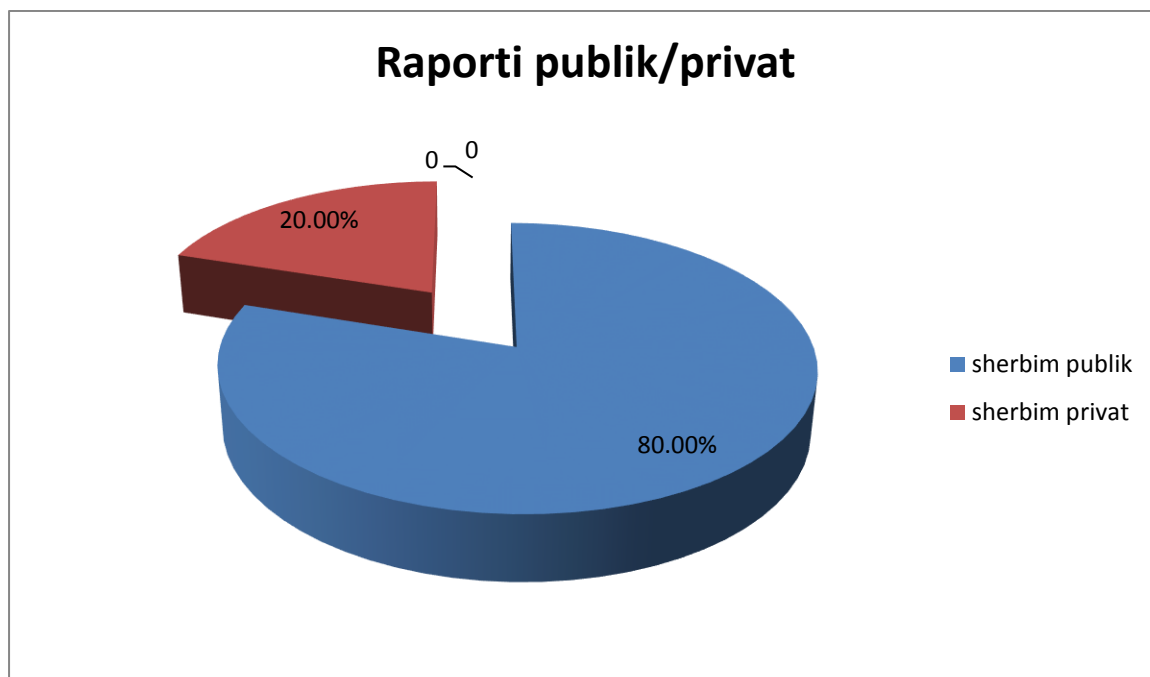


Grafiku nr. 16 Niveli i korrupsionit ne sistemin shendetesor ne pyetsoret e qytetit te Shkodres.



Ne lidhje me perceptimin e te intervistuarve mbi nivelin e korrupsionit ne sherbimin shendetesor, asnje prej tyre nuk e cileson te ulet kete nivel ndersa 30 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte mesatar, 60% eshte i larte dhe 10 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte ne shifra shume te larta.

Grafiku nr. 17 Prioriteti i shërbimit shëndetësor, Raporti publik / privat



Një pikë kyçe në vlerësimin e perceptimit të raportit publik / privat, pra ofrimit të shërbimit në nivel publik apo privat 80 % mendojnë se ky shërbim duhet të jetë publik dhe vetëm 20 % mendojnë se ky shërbim duhet të jetë privat.

c) Qyteti i Tiranës:

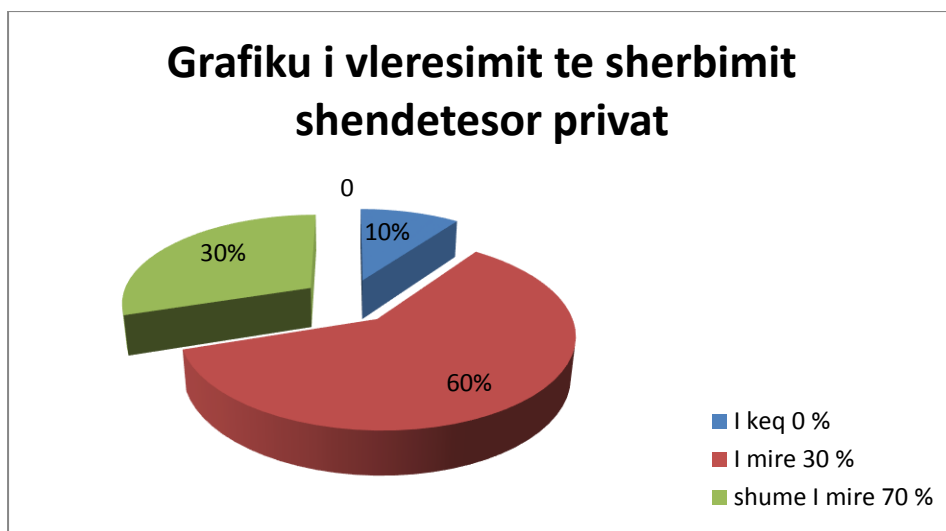
Ne qytetin e Tiranës nga njëqind të intervistuar në lidhje me vlerësimin e shërbimit shëndetësor publik 20 % e tyre mendojnë se ky shërbim është keq, 50 % mendojnë se ky shërbim është në nivelin e mirë dhe 30 % mendojnë se ky shërbim është shumë i mirë.

Grafiku nr.18 : Niveli i shërbimit shëndetësor privat sipas pyetsorit në qytetin e Tiranës.

Ndërsa pyetjes në lidhje me vlerësimin e shërbimit shëndetësor privat 10% nga të intervistuarit u shprehën se ky shërbim është i keq, 60 % e tyre u shprehën se ky shërbim është i mirë dhe 30 % e tyre u shprehën se ky shërbim është shumë i mirë.

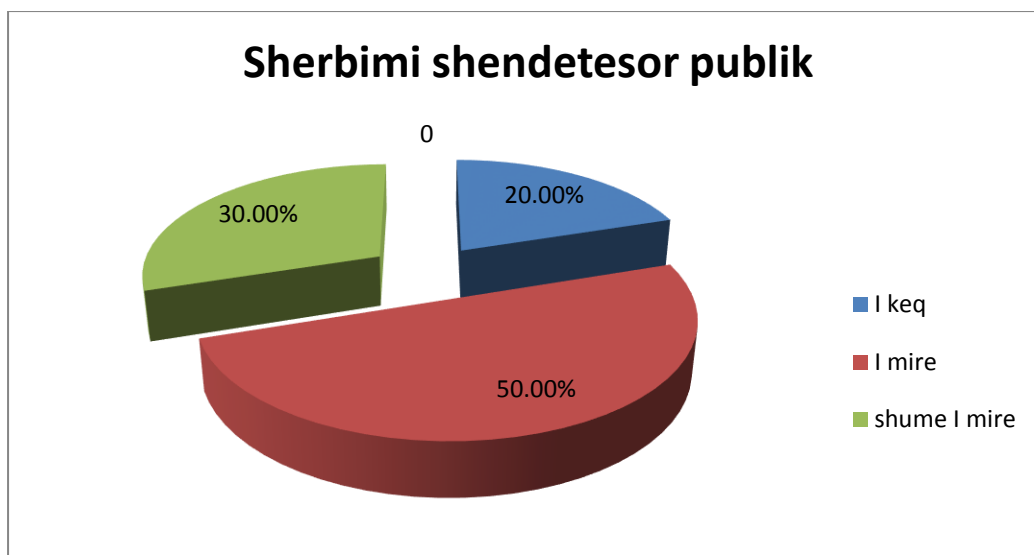
Rezultate që tregojnë se shërbimi shëndetësor në spitalet private ka arritur standarte të larta kjo falë aplikimit të teknologjisë së lartë të aplikuar, pajisjeve dhe aparaturave kryesisht perendimore si dhe produkte të firmave të njohura të prodhimeve mjekësore.

Grafiku 19



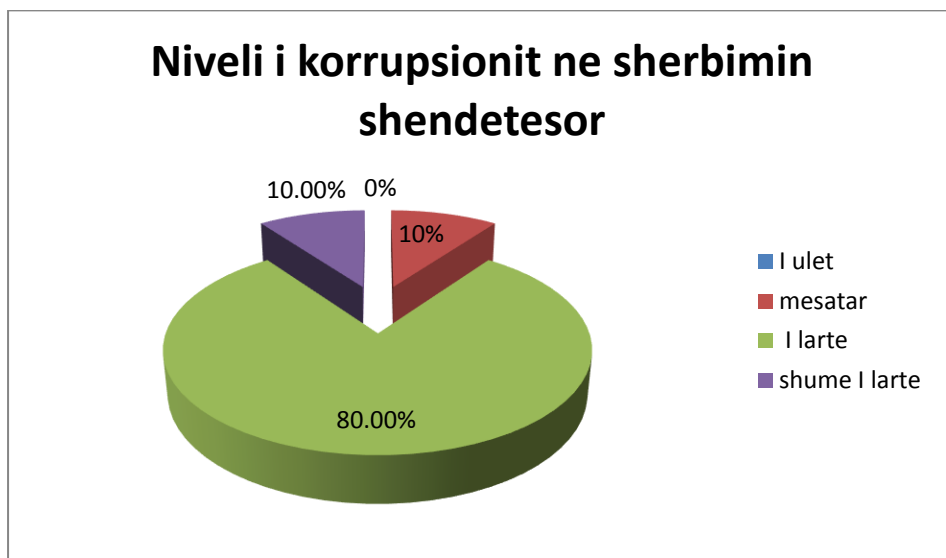
Grafiku nr. 20 : Niveli i sherbimit shendetesor publik sipas pyetsorit ne qytetin e Tiranes.

Ne qytetin e Tiranes nga njeqind te intervistuar ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor publik 20 % e tyre mendojse se ky sherbim eshte keq, 50 % mendojne se ky sherbim eshte ne nivelin i mire dhe 30 % mendojne se ky sherbim eshte shume i mire.



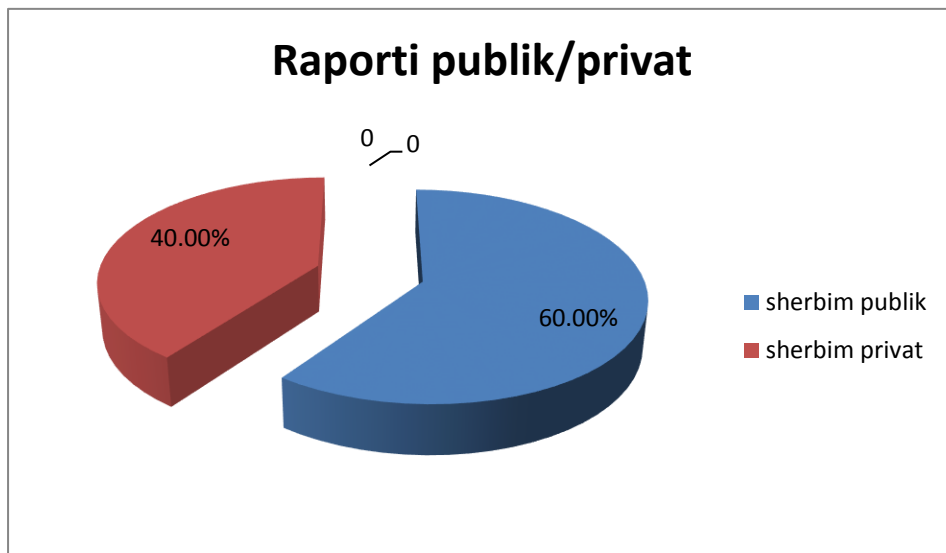
Ne lidhje me perceptimin e te intervistuarve mbi nivelin e korrupsionit ne sherbimin shendetesor, asnje prej tyre nuk e cileson te ulet kete nivel ndersa 10 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte mesatar, 80 % eshte i larte dhe 10 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte ne shifra shume te larta.

Grafiku nr. 21:Niveli i korrupsionit ne sistemin shendetesor ne pyetsoret e qytetit te Tiranes



Nje pike kyce ne vleresimin e perceptimit te raportit publik / privat, pra ofrimit te sherbimit ne nivel publik apo privat 60 % mendojne se ky sherbim duhet te jete public dhe vetem 40 % mendojne se ky sherbim duhet te jete privat.

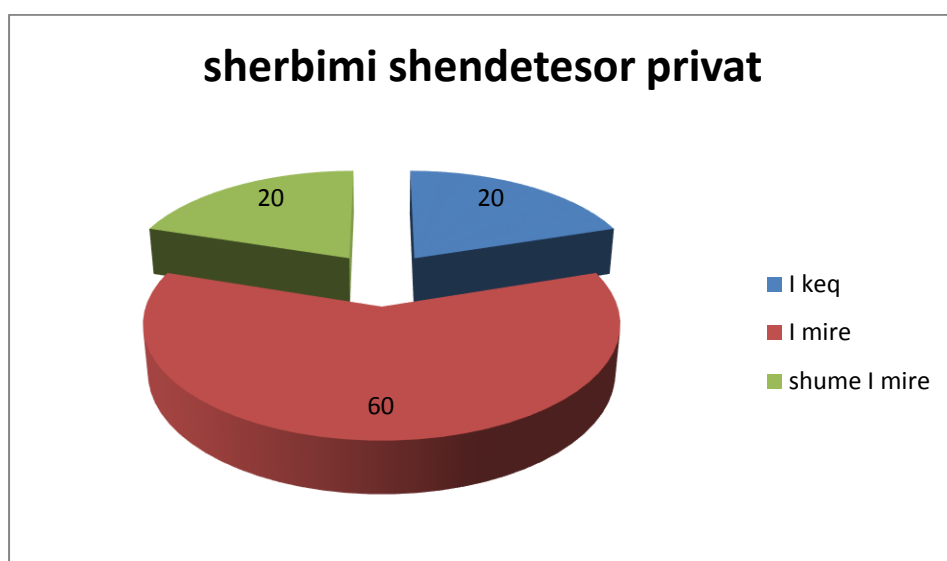
Grafiku nr. 22:Prioriteti i sherbimit shendetesor, Raporti publik / privat :



d) Qyteti i Elbasanit

Ne qytetin e Elbasanit nga njeqind te intervistuar ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor publik 20 % e tyre mendojne se ky sherbim eshte keq, 50 % mendojne se ky sherbim eshte ne nivelin i mire dhe 30 % mendojne se ky sherbim eshte shume i mire.

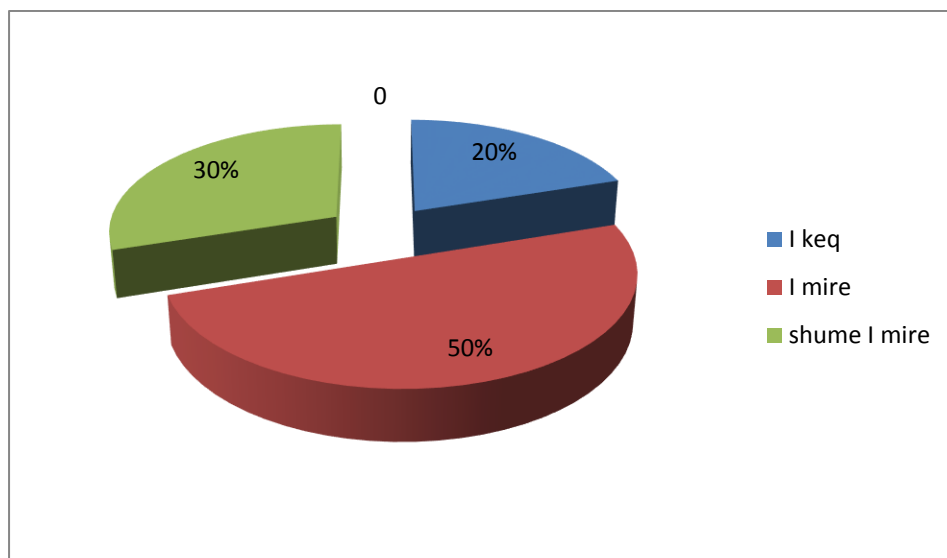
Grafiku nr.23 : Niveli I sherbimit shendetesor privat sipas pyetsorit ne qytetin e Elbasanit.



Ndersa pyetjes ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor privat 20% nga te inetervistuarit u shprehen se ky sherbim eshte i keq, 60 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte i mire dhe 20 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte shume i mire.

Rezultate qe tregojne se sherbimi shendetesor ne spitalet private ka arritur standarte te larta kjo fale aplikimit te teknologjise se larte te aplikuar , paisjeve dhe aparaturave kryesisht perendimore si dhe produkte te firmave te njohura te prodhimeve mjekesore.

Grafiku nr. 24 : Niveli i shërbimit shëndetësor publik sipas pyetsorit në qytetin e Elbasanit.



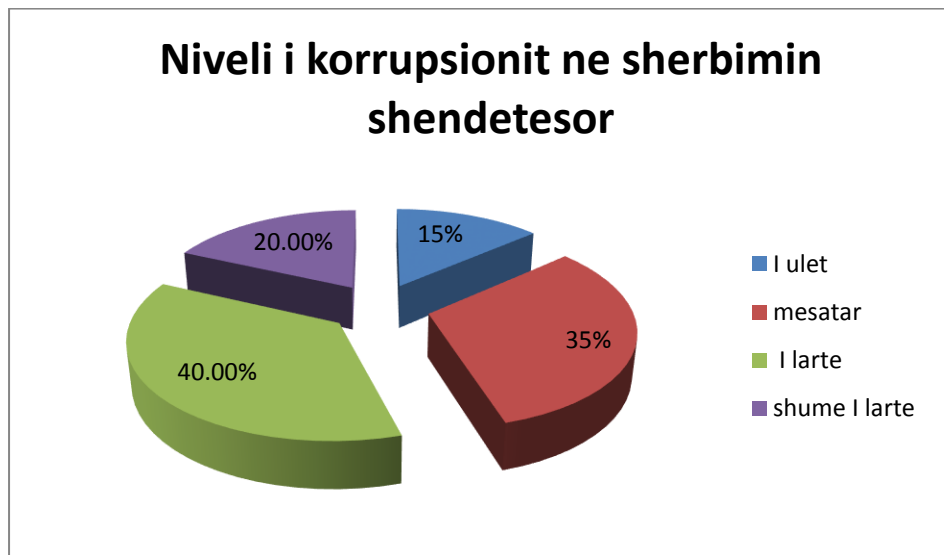
Në qytetin e Elbasanit nga njëqind të intervistuar në lidhje me vlerësimin e shërbimit shëndetësor publik 20 % e tyre mendojnë se ky shërbim është keq, 50 % mendojnë se ky shërbim është në nivelin i mirë dhe 30 % mendojnë se ky shërbim është shumë i mirë.

Ndërsa pyetjes në lidhje me vlerësimin e shërbimit shëndetësor privat 20% nga të intervistuarit u shprehën se ky shërbim është i keq, 60 % e tyre u shprehën se ky shërbim është i mirë dhe 20 % e tyre u shprehën se ky shërbim është shumë i mirë.

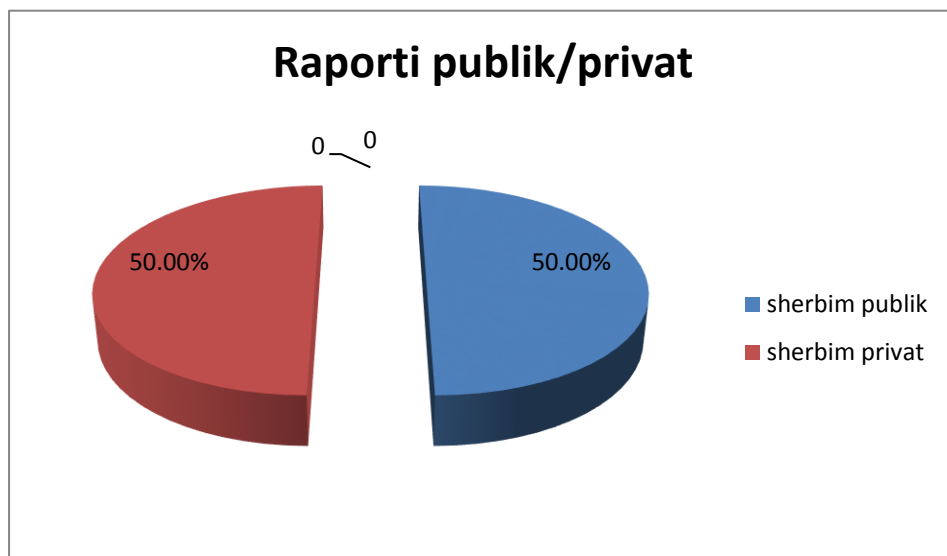
Rezultate që tregojnë se shërbimi shëndetësor në spitalet private ka arritur standarte të larta kjo falë aplikimit të teknologjisë së lartë të aplikuar, pajisjeve dhe aparaturave kryesisht perendimore si dhe produkte të firmave të njohura të prodhimeve mjekësore.

Në lidhje me perceptimin e të intervistuarve mbi nivelin e korrupsionit në shërbimin shëndetësor, 15% e cileson të ulët këtë nivel ndërsa 35 % e tyre mendojnë se niveli i korrupsionit është mesatar, 40 % është i lartë dhe 20 % e tyre mendojnë se niveli i korrupsionit është në shifra shumë të larta.

Grafiku nr. 25: Niveli i korrupsionit ne sistemin shendetesor ne pyetsoret e qytetit te Elbasanit.



Nje pike kyce ne vleresimin e perceptimit te raportit publik / privat, pra ofrimit te sherbimit ne nivel publik apo privat 50 % mendojne se ky sherbim duhet te jete public dhe vetem 50 % mendojne se ky sherbim duhet te jete privat.

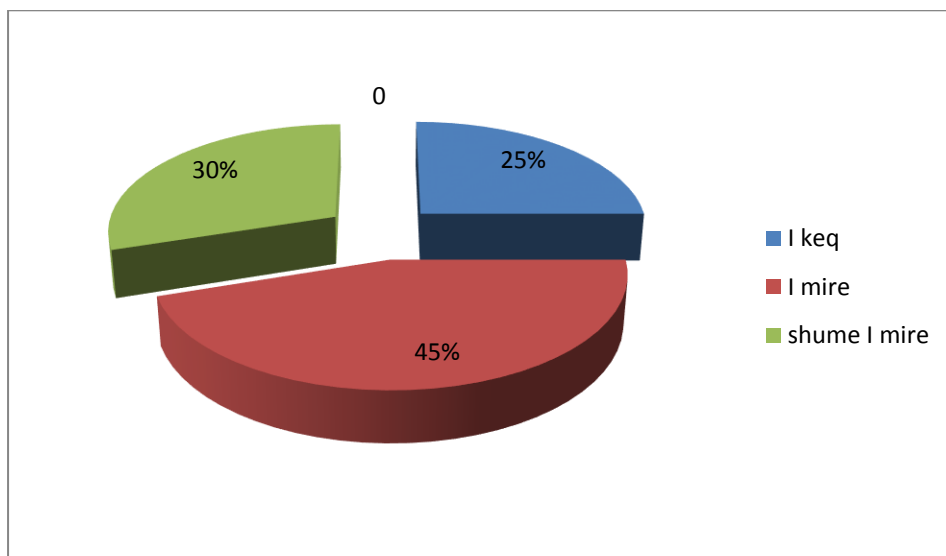


e) Qyteti i Korces

Ne qytetin e Korces nga njëqind të intervistuar në lidhje me vlerësimin e shërbimit shëndetësor publik 25 % e tyre mendojnë se ky shërbim është keq, 45 % mendojnë se ky shërbim është në nivelin i mirë dhe 30 % mendojnë se ky shërbim është shumë i mirë.

Ne qytetin e Korces nga njëqind të intervistuar në lidhje me vlerësimin e shërbimit shëndetësor publik 25 % e tyre mendojnë se ky shërbim është keq, 45 % mendojnë se ky shërbim është në nivelin i mirë dhe 30 % mendojnë se ky shërbim është shumë i mirë.

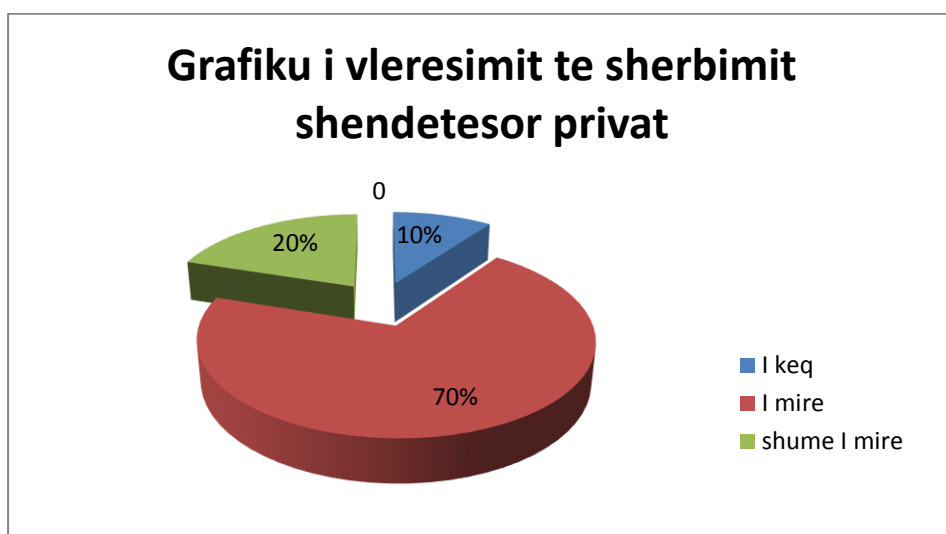
Grafiku nr.27: Niveli I sherbimit shendetesor publik sipas pyetsorit ne qytetin e Korces



Ndersa pyetjes ne lidhje me vleresimin e sherbimit shendetesor privat 10% nga te inetervistuarit u shprehen keq, 70 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte i mire dhe 20 % e tyre u shprehen se ky sherbim eshte shum

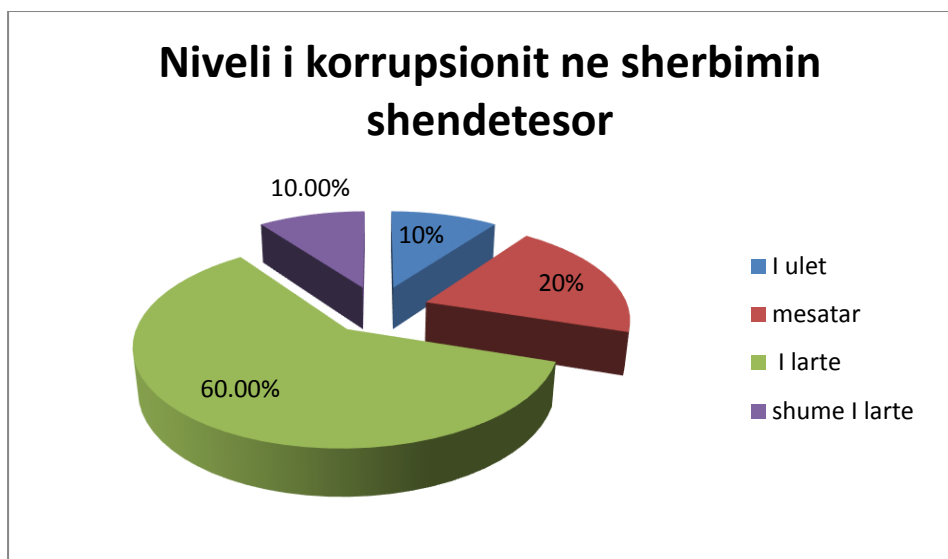
Rezultate qe tregojne se sherbimi shendetesor ne spitalet private ka arritur standarte te larta kjo fale aplikimit te teknologjise se larte te aplikuar.

Grafiku nr.28: Niveli i sherbimit shendetesor privat sipas pyetsorit ne qytetin e Korces.

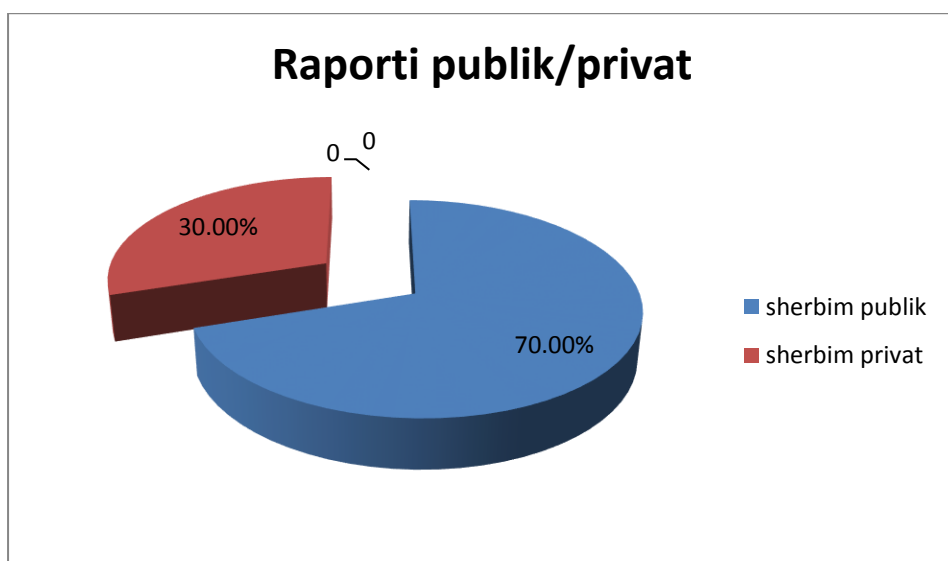


Ne lidhje me perceptimin e te intervistuarve mbi nivelin e korrupsionit ne sherbimin shendetesor, 10% e cileson te ulet kete nivel ndersa 20 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte mesatar, 60 % eshte i larte dhe 10 % e tyre mendojne se niveli i korrupsionit eshte ne shifra shume te larta.

Grafiku nr. 29. Niveli i korrupsionit ne sistemin shendetesor ne pyetsoret e qytetit e Korces:



Grafiku nr. 30 Prioriteti i sherbimit shendetesor, Raporti publik / privat :



Nje pike kyce ne vleresimin e perceptimit te raportit publik / privat, pra ofrimit te sherbimit ne nivel publik apo privat 70 % mendojne se ky sherbim duhet te jete public dhe vetem 30 % mendojne se ky sherbim duhet te jete privat.

Tabela Nr. 5.1 Vleresimi i sherbimit shendetesor privat sipas pyetsoreve ne pese qytete:

Qytete	I keq	I mire	Shume i mire
Durres	0 %	70 %	30 %
Shkoder	10 %	20 %	70 %
Tirane	10 %	60 %	30 %
Elbasan	20 %	60 %	20 %
Korce	10 %	70 %	20 %

Burimi : *Autori, 2016*

Sic shihet nga tabela e mesiperme, qellimi i intervistave ka qene vleresimi i Sherbimit Shendetesor privat ne pese qytete te Shqiperise.

Vleresimi i ketij sherbimi eshte i pergjithshem dhe i referohet klinikave mjekesore dhe Stomatologjike ne qytetet perkatese, pjese e ketij studimi.

Vleresimi i sherbimit shendetesor privat ka te perfshire edhe cilesine e sherbimit shendetesor Privat kryesisht ne spitalet private ne kryeqendren Tirane.

Intervistat e qytetareve te cilet nuk kane patur eksperienca me spitalet private ne Tirane nuk jane marre parasysh.

Grafiku nr.31 Vleresimi ne % i sherbimit shendetesor privat ne pese qytete

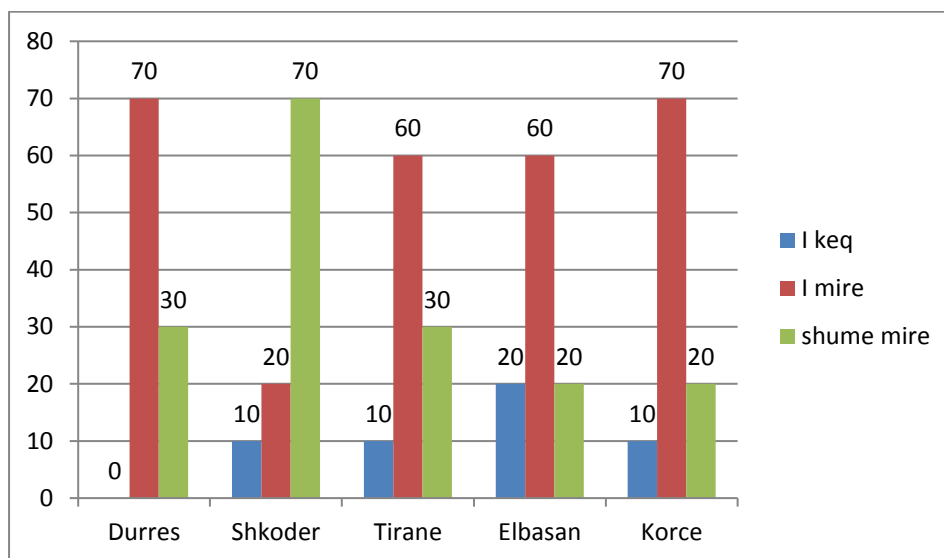


Tabela Nr. 5.2 Vleresimi i sherbimit shendetesor publik sipas pyetsoreve ne pese qytete:

Qytete	I keq	I mire	Shume i mire
Durres	17 %	77 %	6%
Shkoder	40 %	40 %	20 %
Tirane	20 %	50 %	30 %
Elbasan	20 %	50 %	30 %
Korce	25 %	45 %	30 %

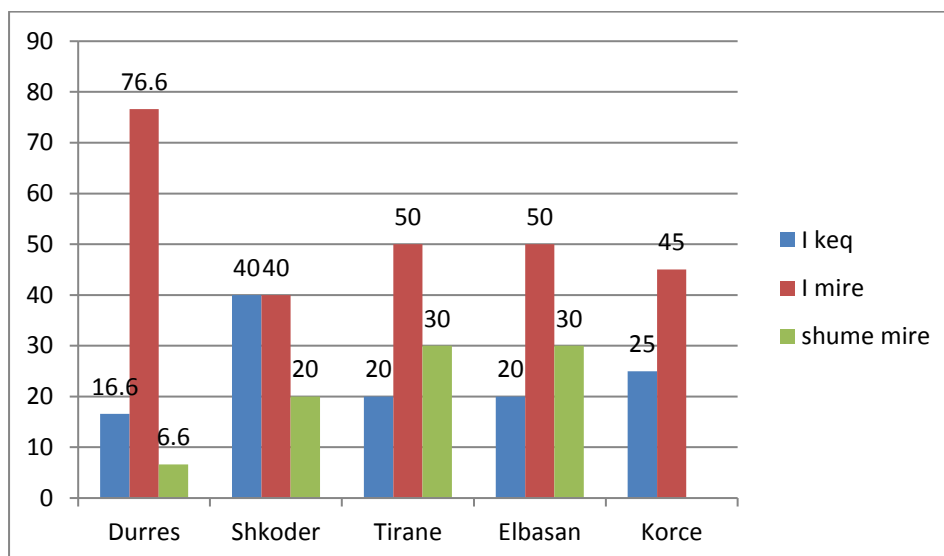
Burimi : Autori, (2016)

Duke verejtur me kujdes tabelen e rezultateve te intervistave rezulton se sherbimi shendetesor public eshte vleresuar ne menyre komplekse nga qytetaret.

Ndryshe nga sherbimi privat ku vleresimi negativ mungon tek sherbimi public konsideratatvariojne per te tre shkallet ne menyra te ndryshme.

Duke vleresuar se bashku dhe ne menyre te permbledhur rezultatet ne keto pese qytete nxjerrim perfundimin se **24.4%** e te intervistuarve kane gjykuar se sherbimi publik eshte i keq, **52.4 %** e kane vleresuar te mire ndersa **23.2 %** e kane vleresuar shume te mire.

Grafiku nr. 33 Vleresimi i sherbimit shendetesor publik ne pese qytete.



Ne kete pasqyrim grafik e kemi pare te arsyeshme ti vendosim se bashku rezultatet per te ndihmuar ne perceptimin direct e te thjeshtezuar te rezultateve te arritura nga anketat. Si konkluzion perfundimtar mund te nxjerrim eshte se me shume se gjysma e qytetareve te intervistuar e konsiderojne te mire Sherbimin Shendetesor Publik.

Tabela Nr.5.3 Vleresimi i nivelit te korrupsionit sipas pyetsoreve ne pese qytete:

Qytetet	I ulet	Mesatar	I larte	Shume i larte
Durres	0 %	20 %	63.3 %	16.6 %
Shkoder	0 %	30 %	60 %	10 %

Tirane	0 %	10 %	80 %	10 %
Elbasan	15 %	35 %	40 %	20 %
Korce	10 %	20%	60 %	10 %

Burimi : *Autori, 2016*

Nje tregues shume i rendesishem me ndikim te drejtperdrejte ne cilesine dhe koston e sherbimitShendetesor eshte shkalla e Korrupsionit ne Sistemin e Shendetesise.

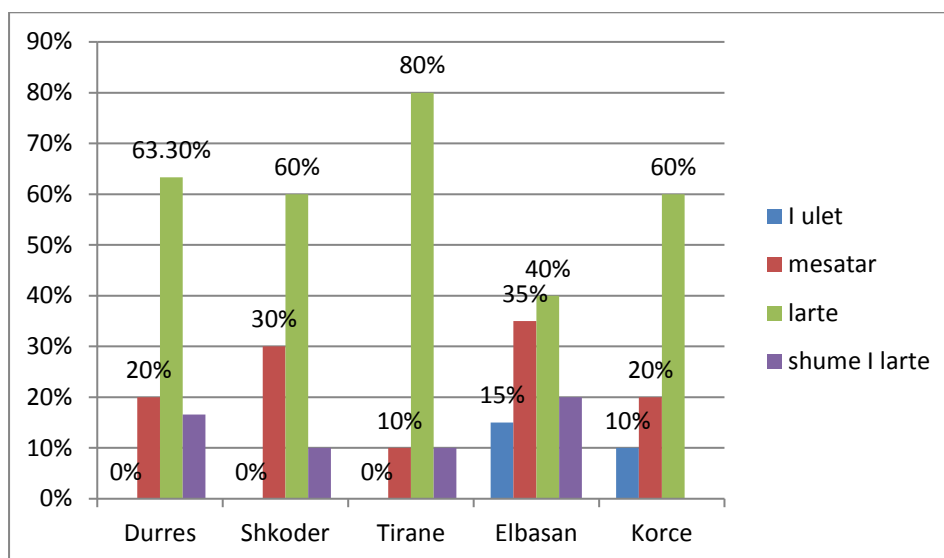
Jemi perpjekur qe intervistat tona ti perzgjedhim nga qytetare me arsim te mesem e te Larte. Gjithashtu kemi marre intervista edhe nga banore te fshatrave si nga fshatrat e Vaqarrit,Surrelit, ne rrethin e Tiranes si dhe nga fshatrat Velipoje, Barbullush, Bushat e Berdice ne rrethin

e Shkodres.

Sic shihet nga rezultatet e llogaritura behet fjale per nje shkalle te larte dhe shume te larte te Korrupsionit ne Shendetesi pa bere dallim nese ky korrupsion eshte i lidhur me sherbiminShendetesor privat apo ate public.

Edhe kur jemi perpjekur te bejme dallimin ne mes tyre pergjigjet me te shpeshta kane qene: Ne publik parate ti marrin nen dore, ndersa privati ti merr parate nepermjet nivelit shume te larte te cmimeve per sherbimet shendetesore.

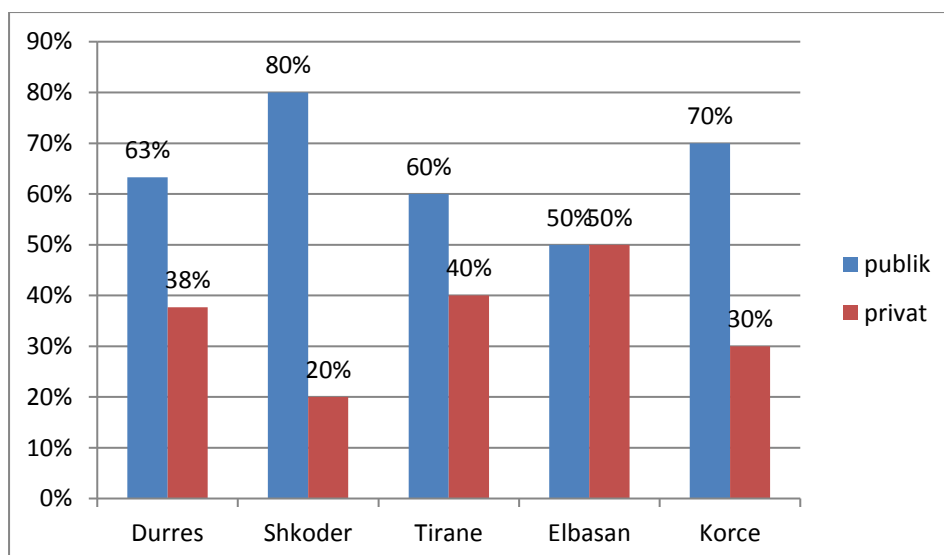
Grafiku nr. 33 Niveli i korrupsionit ne pese qytete :



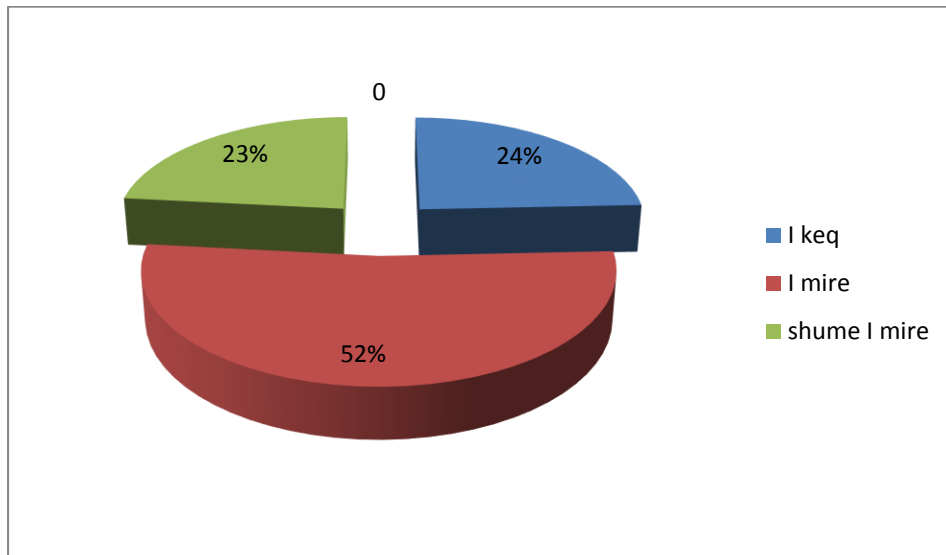
Ashtu si edhe per rastet e tjera kjo paraqitje grafike eshte bere per te krahasuar, konkretizuar e thjeshtezuar rezultatet e anketave per Korrupsionin.

Duke bere llogaritjen e ketyre rezultateve konkludojme se ne te gjitha qytetet ku jane realizuar intervistat niveli i korrupsionit eshte perfshire ne % dermuese ne shkalle mesatare dhe ilarte, perkatesisht 23 % dhe 61 %.

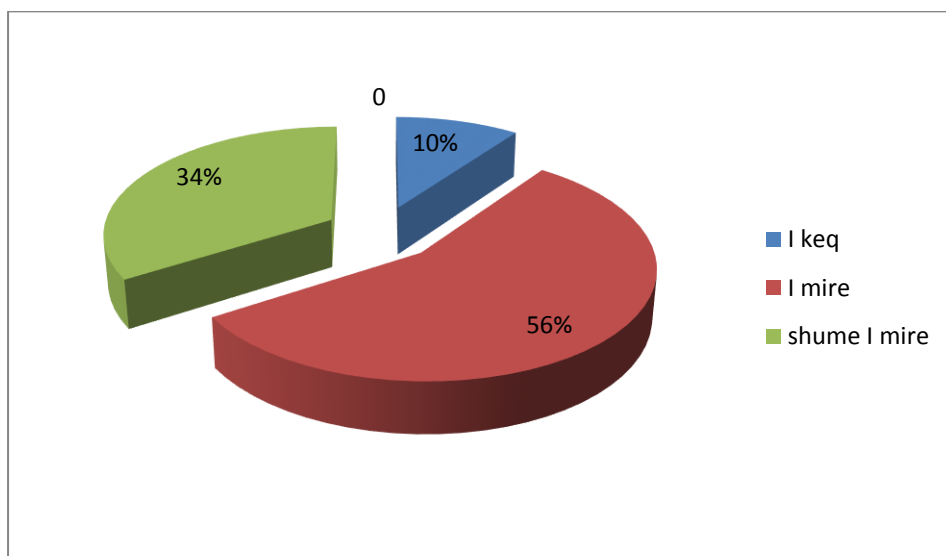
Grafiku 34 : Prioriteti i sherbimit shendetesor, Raporti publik / privat :



Grafiku nr. 35 : Niveli isherbimit shendetesor publik sipas pyetesorit ne pese qytete:



Grafiku nr.36 : Niveli i sherbimit shendetesor privat sipas pyetesorit ne pese qytete:



Grafiku Nr.37Niveli i korrupsionit ne sistemin shendetesor ne pyetsoret e qytetit te Korces

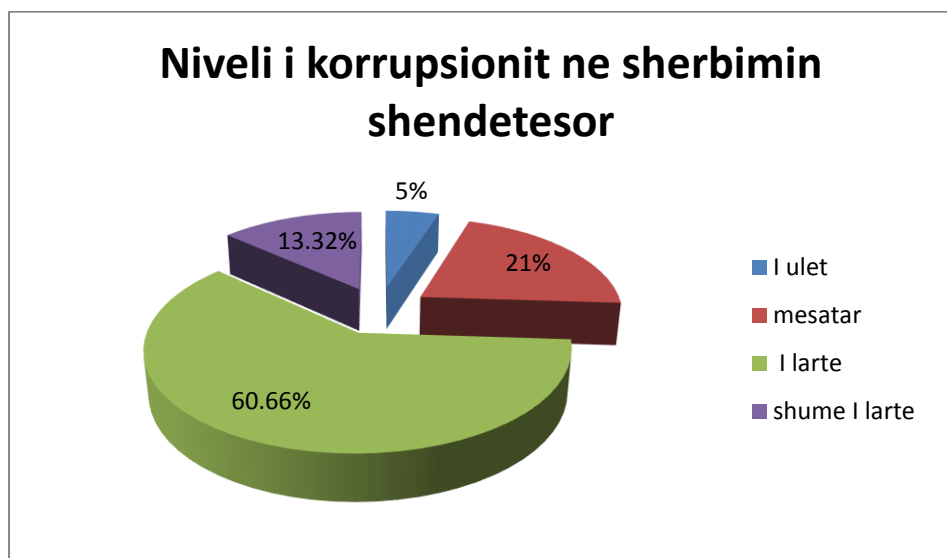


Tabela Nr.5.4 Prioriteti i sherbimit shendetesor, Raporti publik / privat :

Qytetet	Publik	Privat
Durres	63.3 %	37.7 %
Shkoder	80 %	20 %
Tirane	60 %	40 %
Elbasan	50 %	50 %
Korce	70 %	30%

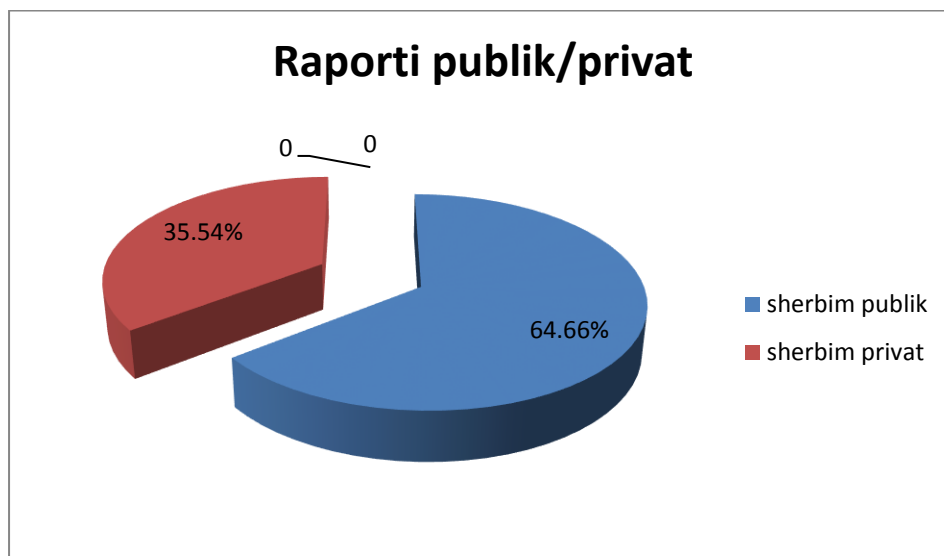
Burimi : *Autori, (2016)*

Duke vleresuar tabelen e mesiperme arrijme ne konkluzionet se pjesa derrmuese e qytetareve te intervistuar jane shprehur ne favor te sherbimit shendetesor publik.

Megjithë epersine qe sherbimet private kane sa i perket cilesise perseri qytetaret preferojne sherbimin publik ku sic dihet kostoja eshte shume me e ulet ndersa ndryshimi ne cilesine e ketyre sherbimeve eshte jo aq i dukshem dhe absurd per nivelin e cmimeve.

Ka nje tendence dhe nje pakenaqesi ne rritje per koston e sherbimeve shendetesore private te bera present publikisht nga media shqiptare.

Grafiku nr. 38 Prioriteti i sherbimit shendetesor, Raporti publik / privat



KAPITULLI V

Konsiderata, Perfundime dhe Rekomandime.

Duke patur ne konsiderate rendesine e njohjes se problematikave te sistemit shendetesor ne Shqiperi dhe duke qene i bindur se kerkon nje studim te vecante me grup specialistesh jam mjaftuar ne studimin tim vetem me pasqyrimin e ketyre problematikave duke shtruar per opinionin shkencor vetem 3 probleme:

- **A duhet privatizuar totalisht sherbimi shendetesor ne Shqiperi dhe percaktimi i prioriteteve te zhvillimit publik/privat.**
- **A duhet zgjerimi i bazës së financimit të sektorit shëndetësor nga fondet publike.**
- **A duhen forcuar strukturat menaxheriale në institucionet shëndetësore nëpërmjet krijimit të modeleve bashkëkohore të menaxhimit shëndetësor.**

Objektivi kryesor i temes time eshte njohja sa me e gjere e tregut Shendetesor ne Shqiperi, cilet jane protagonistet qe veprojne ne kete treg, cilet jane aktoret e tjere te interesuar, problematikat dhe cilat mund të jenë rrugët për përmirësimin e situatës.

Ku mbeshtetet Sistemi shendetesor ne Shqiperi

Sistemi shendetesor ne Shqiperi mbeshtetet ne keto kolona kryesore:

- Burimet njerezore

Ashtu sic kemi argumentuar ne Kapitullin e trete rekomandojme nje kujdes te vecante ndaj burimeve njerezore ne Sektorin e Shendetesise.

Eksperienca 25-vjecare ka treguar se ky sektor here me shume e here me pak ka qene nen tutelën direkte te politikës duke imponuar ardhjen ne drejtimin e puneve te specialisteve dhe punonjesve te tjere kryesisht te lidhur me politiken.

Nje marredhenie e tille ne shumicen e rasteve ka funksionuar ne dem te cilesise se sherbimeve shendetesore ndaj popullit.

Megjithë përfshirjen e kesaj kategorie ne skandalet e ndryshme financiare ndeshkimi ka qene nje fenomen i rralle.

Kesisoj korrupsioni ka lulezuar nen mbrojtjen e politikës e te drejtesise shqiptare.

Per te patur rezultate ne kete sektor sa i perket ardhjes ne drejtimin e institucioneve te sherbimit shendetesor duhet te reduktojme ne maksimum nderhyrjen e politikës ne emerimin e specialisteve e te punonjesve te fushes.

Per kete rekomandojme:

- a. Punonjesit e sherbimit shendetesor te behen pjese e nje statusi te vecante i cili te mbrohet me ligj duke veshtiresuar ndikimin e politikës ne levizjen e personelit dhe ne ndikimin e saj ne sektorin e burimeve njerezore ne shendetesi.
- b. Personeli drejtues i administrates shendetesore ne te gjitha nivelet(me perjashtim te kuadrit politik) te kene kryer studimet per menaxhim shendetesor i cili duhet te jete kusht per emerimet ne kete sektor.
- c. Te ndalohet me ligj emerimi i mjekeve specialist ne postet drejtuese te institucioneve te ndryshme te sherbimit shendetesor duke i krijuar mundesine ti sherbejne me mire

pacienteve ndersa menaxhereve tu lihet ne dore drejtimi i administratres, ne te gjitha komponentet e veta duke perfshire nevojat per baze materiale burimet e furnizimit me energji elektrike, uje, pajisje mjekesore si dhe i te gjitha problemeve te tjera qe kane nevojte institucionet e ndryshme te fushes se mjekesise duke i rregulluar te gjitha me ligj.

Rekomandimi yne me pak fjale konsiston ne ndarjen e prere e te perhershme te profesionisteve te fushes se mjekesise nga administratoret e ketij sektori duke i dhene nje frymemarje te re sherbimeve shendetesore.

-Burimet e sherbimeve shendetesore

Me fillimin e proceseve demokratike Shqiperia u perfshi ne ndryshime intensive e te gjithanshme.

Nisen levizjet masive nga zonat agrare drejt qendrave qytetare.

Sistemi i sherbimeve shendetesore i kohes se diktatures nuk mund te funksiononte me.

Zona te tera u boshatisen nga banoret duke shuar ne menyre te plote sherbimin shendetesor ekzistues.

Pergjithesisht qendrat shendetesore ne keto zona u braktisen dhe ato familje fshatare qe vazhduan te banonin atje mbeten pa sherbim shendetesor.

Infrastruktura e shkaterruar, mungesa e mjeteve te transportit dhe te nderlidhjes, largimi i punonjesve te sherbimit shendetesor i vuri banoret e ketyre aneve ne gjendje shume te rende.

Ne te njejten kohe spitalet rajonale dhe qendrat shendetesore, ne zonat urbane u ngarkuan se tepermi me pune duke krijuar probleme te te gjitha llojeve.

Tirana, vecanerisht u mbingarkua dhe te semuret nga e gjithë Shqipëria vazhdojnë të vijnë çdo ditë për trajtim mjekësor.

Në këto kushte problemi kërkon zgjidhje duke e trajtuar problemin e shërbimit shëndetësor në çështje të emergjencës.

Nga analiza e të dhënave si dhe njohja relative e gjendjes rekomandoj:

- a. Realizimi i një studimi terësor në fushën e shërbimeve shëndetësore duke evidentuar problematikat me qëllim njohjen e gjendjes dhe marrjen e masave të nevojshme administrative dhe ligjore.
- b. Rritja e investimeve në spitalet rajonale të vendit me qëllim të shpërndarjes së ngarkesave në trajtimin dhe kurimin e sëmundjeve të ndryshme duke patur në konsideratë vecanerisht pajisjet e kontrollit mjekësor për të cilat njëzëri marrin rruget drejt kryeqytetit apo jashtë vendit.
- c. Marrja e të drejtave të studimit për punonjësit e shëndetësisë si mjekë, infermiere, laborante, etj të kushtëzohet me një afat pesë vjeçar të shërbimit brenda territorit të Republikës duke zvogëluar efektet negative të rrjedhjes së specialistëve të shëndetësisë drejt tregut evropian menjëherë me mbarimin e studimeve.
- d. Në një studim të vecantë nga një grup specialistësh të përcaktohen për çdo rreth të vendit ngritja e qendrave shëndetësore të reja në fshatrat me popullsi të dendur me qëllim identifikimin e shpejtë të sëmundjeve, parandalimin e tyre si dhe zvogëlimin e sorrollatjeve të kota drejt spitaleve rajonale të vendit.

- **Shpenzimet ne sektorin e Shendetesise**

Ashtu sic kemi argumentuar ne kapitujt e ketij studimi problemi kryesor nuk qendron tek shpenzimet e kryera ne sektorin e shendetesise apo fondet e dhena ne dispozicion nga buxheti i shtetit.

Megjithese te pamjaftueshme, shpenzimet ne shendetesi, nuk kane qene produktive mbi te gjitha sepse prej 25 vitesh ne kete vend kemi patur raste te vazhdueshme te keqmenaxhimit te fondeve, raste te nivelit te larte te korrupsionit si dhe shperndarje te fondeve ne projekte te pastudiara mire, ne projekte te cilat nuk kane konsideruar nevojat reale e perspektive te sektorit shendetesor.

Ne keto situata rekomandoj:

- a. Hartimi i nje kuadri ligjor te vecante i cili te synoje zvogelimin ne maksimum te keqmenaxhimit te fondeve e te shperdorimeve si pasoje e korrupsionit te larte ne Shendetesi.
- b. Komisionet e tenderimit te menaxhohen nga institucione jashte sistemit te shendetesise.

Ne perberje te tyre te jene specialiste te mirefillte te Ministrise se Drejtesise, te Ekonomise, dhe te financave ndersa projektet te cilat konkurrojne per fitimin e fondeve te jene produkt i Ministrise se Shendetesise.
- c. Ne menyre te vecante per demet qe i shkaktohen sektorit te shendetesise ne sherbimet shendetesore ndaj popullit, masat ndeshkuese te parashikuara me ligj, te jene me te larta se per sektoret e tjere te ekonomise e te kultures.

Punonjesit te cilet shkaktone deme materiale ne sektorin e shendetesise te perjashtohen nga ky sektor duke pamundesuar rikthimin e tyre ne pune.

- d. Drejtuesit e sektorit shendetesor te ngarkohen me pergjegjesi ligjore dhe me shlyerjen e demeve te cilat kane ardhur si pasoje e keqmenaxhimit te puneve ne sektorin ku ata drejtojne ose kane drejtuar.

Per raste te kesaj natyre te aplikohet komunikata e institucioneve e cila te jete publike dhe te percaktoje ne te gjitha rastet demin e shkaktuar ne shendetesi dhe emrat e personave pergjegjes.

Cilat jane prioritetet e zhvillimit ne fushen e shendetit publik?

Ne situaten qe kalon Shqiperia sot ne fushen e shendetit nuk eshte e lehte te percaktohen prioritetet e zhvillimit per faktin se keto duhet te jene, ne kushte normale, rrjedhoje e studimeve te imta per vete kushtet ne te cilat ndodhet Shendetesia shqiptare sot.

Megjithë perpjekjet dhe strategji te hartuara nga qeverite shqiptare ne kohe te ndryshme nuk kemi patur rezultate domethenese.

Nuk ka mjaftuar rruga ku duhet te ecim, as ka mjaftuar percaktimi i prioriteteve te zhvillimit.

Ketyre dy kolonave u ka munguar vullneti politik per ti cuar deri ne fund projektet, i ka munguar mireadministrimi i fondeve, i ka munguar gjithashtu mbrojtja ligjore e investimeve dhe ndeshkimi i keqberesve.

Dihet se shpenzimet e shendetit perbehen nga shpenzime qeveritare me burim nga buxheti i shtetit si dhe shpenzimet private per shendetin.

Ndersa te dytat jane te lidhura me shpenzimet personale apo sic quhen ndryshe “shpenzime nga xhepi” dhe mireadministrohen, shpenzimet qeveritare rrjedhin

kryesisht nga taksapaguesit shqiptare dhe ne keto kushte mireadministrimi dhe menaxhimi i tyre merr nje rendesi te vecante.

Ne keto kushte rekomandoj:

- a. Projektet me vlere kombetare te cilat kane nevojte per shuma te medha parash duhet te jene produkt i studimeve profesionale dhe i miratimit paraprak te shoqerise civile, specialisteve te fushes dhe qytetareve. Menyra e thithjes te mendimeve, verejtjeve e rekomandimeve te rregullohet me ligj.
- b. Te percaktohen me ligj limitet e fondeve te projekteve qe mund te miratohen nga qeveria apo dikasteret perkatese, ato qe duhet te kalohen ne parlament apo te ndjekin rruge te tjera ne perputhje me ligjin.

Per mendimin tim fondet me vlere mbi 10 milion dollare duhet te behen publike nje vit me pare, duhet te merret mendimi i komunitetit dhe te miratohen ne komisione te posacme te Kuvendit te Shqiperise.

Pse eshte kaq i larte korrupsioni?

Jo vetem tek ne ne Shqiperi, por edhe ne shtete me demokraci te konsoliduar korrupsioni ka qene dhe mbetet nje problem shqetesues.

Ministra e deputete, kryeministra e presidente te vendeve me te zhvilluara te botes kane qene protagoniste ne skandalet me te medha te kohes.

Edhe ne Shtetet e Bashkuara te Amerikes skandalet kane qene prezente dhe kane mbetur ne historine e ketij vendi te zhvilluar.

Watergate, Irangate, etj. e tronditen boten financiare te kohes dhe mbeten njolla te zeza ne historine e ketij vendi.

Sigurisht qe tek ne si nje vend i vogel dhe me ekonomi te pazhvilluar, Korrupsioni ka ndikim te drejtperdrejte dhe shume frenues ne zhvillimin e reformave dhe barriere e pakapercyeshme per integrimin ne Bashkimin European.

Mendoj se disa nga shkaqet kryesore te nivelit te larte te korrupsionit ne sektorin e shendetesise jane:

1. Ne Shqiperi interesat e biznesit dhe politikës janë njëhuar. Per rrjedhojë aferat korruptive ne Shendetesi realizohen nga biznesi, mbrohen nga politika dhe nuk ndeshkohen nga Sistemi i Drejtesise.
2. Monopolizimi i financave ne duart e Politikës ka krijuar mundesi per grabitjen e fondeve publike dhe pasurimin e frikshem te nje grupi te vogel njerezish dhe te klaneve afer tyre.

Me miliona euro kane tretur pa gjurme dhe pa dhene rezultate ne permiresimin e sherbimeve shendetesore ndaj popullit.

Shembuj te shumte jane dhene nga media e shkruar dhe ajo vizive, nga Kontrolli i Larte i Shtetit, por ndeshkime nuk ka patur.

Ne keto kushte rekomandoj:

1. Forcimin e kuadrit ligjor ne fushen e investimeve ne Shendetesi dhe mireadministrimin e fondeve publike.
Ne aktet nenligjore sa i perket demeve te shkaktuara ne sherbime ndaj popullit duhen vendosur ndeshkime te rrepta per autoret e tyre dhe personat pergjegjes.
2. Ndeshkimi publik i mjekeve dhe i personelit ndihmes per raste e konstatuara korruptive, te marrjes se parave per sherbime shendetesore dhe heqja e te drejtes per ushtrimin e profesionit.

3. Mjeket qe disponojne klinika private te perjashtohen nga sherbimi publik.

Ata duhet te deklarohen ose punonjes te shtetit, te sektorit publik te Shendetesise ose pronare te klinikave private.

Cili eshte optimumi midis sektorit privat dhe shteteror?

Duke njohur rendesine e ketij raporti si dhe duke qene me prane me opinionet e qytetareve per sherbimet private dhe ato publike kam krijuar bindjen se ky raport eshte i nje rendesie te vecante dhe kerkon pa asnje medyshje, studime te vecanta ne kete fushe.

Personalisht nuk kam marre persiper ne studimin tim ta zberthej kete ceshtje apo te percaktoj optimumin e raportit **publik/privat** ta zeme 70%/30%; 60%/40% e te tjere ne menyre te detajuar per arsyen e thjeshte se eshte e pamundur te realizohet nga nje studiues dhe ne materialet e nje teme shkencore.

Nga ana tjeter kete ceshtje e kam vendosur tek Rekomandimet sepse e konsideroj shume te nevojshme realizimin e nje studimi te tille ne nivel kombetar.

A ekzistojne mundesite qe shteti shqiptar te rrise financat per sektorin shendetesor shqiptar etj.

Duke patur parasysh gjendjen ekonomike ne te cilen ndodhet Shqiperia sot eshte e veshtire rritja e fondeve ne te gjithë sektoret e ekonomise, te kultures e te Shendetesise.

Nga ana tjeter duke u ballafaquar me rritjen e semundshmerise, vecanerisht ato te kancerit, zemres, diabetit, HIV-AIDS, e te tjere jam i mendimit se duhet rishikuar problemi i nivelit te investimeve ne fushen e Shendetesise.

Permiresimi i standarteve te sherbimit shendetesor ndaj popullit duhet te jete prioritar dhe i krahasueshem me vendet me ekonomi te zhvilluar.

Sigurisht eshte e veshtire qe vende me ekonomi te dobet te arrijne standarte te larta ne kete fushe por nga ana tjeter eshte e mundur permiresimi i gjendjes sepse ka rezerva te cilet nuk jane shfrytezuar.

Roli i investimeve te huaja direkte ne Sektorin e Shendetesise.

Lidhur me impaktin e investimeve te huaja direkte dhe impaktin e tyre ne Sektorin Shendetesor, rekomandoj:

1. Nxitjen e investimeve te huaja direkte ne sektorin e Shendetesise eshte e domosdoshme dhe ploteson nje boshllek ne tregun shendetesor te vendit.

Problemet me tarifat e vendosura, kontrolli ne teresi i cmimeve ne raport me sherbimin qe ofrohet ne keto spitale jane probleme te administrates shqiptare e cila duhet te mbroje konsumatorin me kete rast pacientet ne spitale private te vendit nga abuzimi me cmimet, cilesia e sherbimit, ilacet qe perdoren, niveli i personelit mjekesor e te tjera si keto.

2. Ne veprimtarine e tyre, ne periudhen 2000-2015 ne spitale private me kapital te huaj ka patur verejtje nga pacientet ne disa raste sa i perket nivelit profesional te mjekëve te huaj si dhe pajisjeve qe kane perdorur ne operacionet e pacienteve shqiptare.

Jane konstatuar raste vdekje te pacienteve sic eshte rasti i nje vajze te re ne Spitalin Francez nga nje mjek i huaj, operacioni me instrumente artizanale te nje specialisti grek ne spitalin Gjerman si dhe rastet e tjera te bera prezent nga media.

Rastin e fundit ne fjale e beri problem Shoqata Kombetare Shqiptare e Otorinolaringologjise e cila kerkoi ndalimin e operacioneve te mishit ne hunde ne kete spital.

Rekomandoj qe ne planet e kontrollit te Ministrise se Shendetesise si dhe institucioneve ne varesi te saj te perfshihen edhe kontrollet permanente te spitaleve dhe klinikave private ne vend.

Investimet e huaja direkte ne sektorin e Shendetesise kane patur gjithashtu impakte ne keto drejtime:

1. **Ne kontributin e IHD ne GDP e vendit.**
2. **Ne futjen e teknologjise se larte ne sektorin shendetesor.**
3. **Ne rritjen e llogarise kombetare te kontabilitetit si rrjedhoje e rritjes ne vlere financiare te aseteve te sektorit shendetesor.**
4. **Ne rritjen e cilesise se personelit shendetesor.**
5. **IHD-te ne Shendetesi deshmojne per liberalizimin e Tregut shendetesor ne vend.**

Eshte e natyrshme, qe ketyre shume problemeve te shtruara per zgjidhje perpara shendetesise shqiptare, nuk mund ti jape pergjigje shteruese nje autor apo nje studim i vetem. Duke i bashkuar rezultatet, rekomandimet e vleresimet tona edhe me punime shkencore te specialisteve te tjere problemet do te marrin rruge. Pergjigja e gjithe ketyre pyetjeve do te sjelle para opinionit shkencor nje panorame te qarte per keto probleme, njehere do te hape mundesine per perballimin qe ofron situata e sotme.

Disa rekomandime lidhur me permiresimin e strukturave menaxheriale ne sistemin shendetesor.

a.Do te krijohet profesioni i menaxherit te shendetesise nepermjet ketyre rrugeve:

1. Stimulimit dhe thithjes se profesionistev te formuar jashte vendit ne pozicione drejtuese e qe aktualisht punojne jashte sistemit shendetesor shteteror 2. Shtimit te numurit te kuadrove te formuar jashte me kontrata detyruese per tu kthyer e sherbyer ne vend.

3. Pergatitjes se menaxhereve nga Shkolla e Shendetit Publik dhe e Menaxhimit Shendetesor, qe do te krijohet ne vend.

b. Do te forcohen kapacitetet menaxheriale te mjekeve te kujdesit shendetesor paresor. Profesionistet e kujdesit paresor duhet te mesojne nocionet baze te menaxhimit te njerezve financave dhe te sherbimeve. Per kete qellim do te ndertohen dhe do te institucionalizohen kurse trajnimi me teknikat e mikro-menaxhimit te sherbimeve te kujdesit paresor, per t'iu pergjigjur nevojave konkrete te ketyre sherbimeve ne Shqiperi. Kurset e trajnimit do te vihen ne jete, se pari ne rajonin e Tiranes, ku projekti i Bankes Boterore po jep ndihme ne kete drejtim. Me pas, do te institucionalizohet me qellim qe te ofrohet ne vazhdimesi ne te gjithë territorin e vendit.

c. Do te forcohen kapacitetet menaxheriale te drejtuesve te shendetesise ne nivele te ndryshme si psh. Autoritetet shendetesore rajonale, drejtuesit ne nivel rrethi apo qarku, institucionet shendetesore kombetare etj.

d. Do te forcohen kapacitetet menaxhuese spitalore permes ketyre masave:

1. Perpunimit te nje modeli te ri te « spitalit autonom » brenda vitit 2005. Ky model do te perpunohet dhe do te zbatohet fillimisht ne spitalin rajonal te Durrës, duke çuar me tej inisiativen e filluar. Do te perpunohen edhe mekanizmat e autonomise spitalore per t'u zbatuar ne Qendren Spitalore Universitare te Tiranes.

2. Perpunimit te nje «modeli te ri te menaxhimit spitalor », te pershtatur per kushtet e spitaleve te Shqiperise. Ky model do te perfshije:

- Strukture organizative te ekuilibruar me 2 pole, mjekesor dhe menaxherial. Drejtori mjekesor me stafin e tij do te zgjidhe problemet teknike ndersa Menaxheri me stafin e tij do te menaxhoje burimet financiare e materiale.
- Decentralizim funksional brendaspitalor, ku cdo sherbim te kete autonomi ne menaxhimin e te gjitha burimeve (edhe financiare).
- Ngritje te sistemeve bashkekohore te informacionit klinik e financiar si kerkesa te domosdoshme per nje menaxhim efektiv.
- Vendimmarrje kolektive duke i bere funksionale e te pergjegjshem borde drejtuese te spitaleve.

e. Do te ngrihet Shkolla e Shendetit Publik dhe e Menaxhimit Shendetesor, e cila do te bejne te mundur edukimin ne vazhdimesi te kuadrove te reja ne fushat e menaxhimit te sherbimeve shendetesore.³⁸

Pavec rekomandimeve te mesiperme ne permbyllje te temes time kam renditur disa konkluzione te cilat do te ndihmojne ne njohjen me te mire te gjendjes si dhe do te sherbejne si baze per studiues te tjere qe do te punojne ne kete fushe:

1. Ne kete studim shkencor shtruam disa probleme te Tregut Shendetesorne Shqiperi, natyrisht ne ato permasa te cilat i mundesojne rregullat e punimeve shkencore.

³⁸(Autori, 2016)

2. Kontaktet ne kerkim te materialeve shkencore, statistikave, botimeve e te tjere, kontaktet me specialiste te ekonomise, te menaxhimit e te mjekesise na kane krijuar bindjen se problemet qe lidhen me TSHSH, jane probleme te dores se pare, me shume vlere dhe me interes per publikun e gjere.

3. Problemet e ruajtjes dhe te trajtimit te pacienteve me profesionalizmin dhe pergjegjesine qe kerkon koha nuk jane me probleme te vetem qeverise apo institucioneve shteterore. Ato duhen konsideruar si probleme te krejt shoqerise dhe qe prekin ne themel interesat e saj.

4. Si probleme shume te rendesishme te Tregut Shendetesor Shqiptar - TSHSH kemi evidentuar:

4.1 Nevoja e hartimit te njeKuadri ligjor te plote per mirefunksionimin e tregut shendetesor ne Shqiperi, ballafaqimi me ligjet e BE.

4.2 Zgjerimi i bazes se burimeve financiare si dhe rritja e fondeve publike per shendetesine.

4.3 Forcimi i kapaciteteve menaxheriale te institucioneve shendetesore nepermjet krijimit te modeleve bashkekohore te menaxhimit shendetesor.

4.4 Probleme te optimizimit te raportit publik/privat ne sherbimin shendetesor e te tjere duhet te jene objekt I thelluar studimi i shkencave te ekonomise dhe te mjekesise shqiptare.

5. Rekomandojme hapjen e nje dege te vecante te menaxhimit shendetesor publik prane Fakultetit te Mjekesise te Universitetit te Tiranës ose prane Fakultetit te Ekonomise te ketij Universiteti.

6.Orientimi dhe shperndarja e fondeve per sektorin e shendetit publik duhet te planifikohen e te realizohen pas konsultimeve intensive me shoqerine civile. Vetem ajo eshte direkt e

interesuar sepse mbart mbi supe problemet e shumta dhe pasojat e shërbimit shëndetësor në Shqipëri.

7. Tregu shëndetësor në Shqipëri, është si vetë periudha e tranzicionit të zgjatur, është një treg me karakteristikat e vetë tranzicionit, në ndryshim dhe evoluim të vazhdueshëm.

Si i tillë ai kërkon monitorim të vazhdueshëm nga strukturat shtetërore.

8. Tregu shëndetësor në Shqipëri është një treg kompleks i cili mbështetet mbi dy kolona kryesore. Shërbimin shëndetësor publik dhe ai privat.

9. Nga testimet e bëra rezulton se në tregun shëndetësor në Shqipëri dhe vecanerisht në sektorin publik korrupsioni është në nivele shumë të larta dhe për rrjedhojë është prekur cilësia dhe standartet e shërbimit shëndetësor ndaj qytetarëve.

10. Megjithatë reformat e ndërmarra në sektorin e shëndetësisë si dhe rezultatet e arritura mbetet shumë punë për të bërë. Sistemi ka nevojë për një reformim të thellë e të gjithanshëm.

Me shumë konsiderate për kolegët dhe profesorët e mi i ftoj të behen pjesë e këtij problemi madhor me ndikim të drejtperdrejtë në të ardhmen e Shqipërisë dhe shqiptarëve. I ftoj ta gjykojnë me dashamirësi dhe tolerancë përpjekjen time të parë në këtë fushë.

Do të deshiroja gjithashtu që ato të behen pjesë e një debati të gjërë publik e shkencor sepse jam i bindur që mendimet e tyre të vëra të profesionale do të orientojnë vendimmarrjen e qeverisë shqiptare.

REFERENCA DHE LITERATURA

1. Frank H.R. and Bernanke S. B. (2004). Principles of Economics, Second Edition, New York, USA, by the McGraw-Hill Companies.
- 2.Hysa, B. (2004). “Basic principles of the economy of health”, SHBLU Tirana, pp.119 and 271.
3. Jacobs, P. (2003). The *Economics of Health* and Medical Care.
4. King, R. (2003). Across the sea and over the mountains: documenting *Albanian migration*, in: Scottish Geographical Journal 119 (3), 283-309.
5. Ministry of Health (2004). Long term Strategy of the Development of the Albanian Health Sector. Chapter “Health Services”, Tirana, p. 32.
- 6.Scalera, F. (2011).“Peugeot Celebrates its 200 Years of Life. History, Strategies, Organization and Future Prospects of the French Car Company. A Comparison with Fiat Auto,*Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Elsevier, Vol. 24, p. 1253. On-line ISSN: 1877-0428; DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.09.031.

7. Stephen, P. R. and DeCenzo, D.(2012). “Management Foundations, Concepts and Basic applications”, UET PRESS publication, Tirana, pp.37-38.
8. Stephen, P. R. and DeCenzo, D.(2012). “Management foundations, Concepts and basic applications”, UET PRESS, Tirana, p. 35.
9. Uruci, E.(2006). “Albanian migration and Labor Market”, 3rd Publication, International Conference, “Regional Economic Cooperation in South East Europe”, Bulgaria, pp. 264-283.
10. Uruci, E. and Kuniqi, E. (2014). “Health market and policies of the public sector in Albania”, scientific article in the international Conference “Toward EU single market: Experiences, models and proposals in the integration process”, “Aleksander Xhuvani” University, Elbasan.
11. Uruci, E., Mema, M. and Sokoli, J.(2011). “Economics Managerial”, TOENA publications, Tirana.
12. Uruci, E. and Scalera, F. (2014). “Health market in Albania, problems and challenges”, scientific article in the international scientific Conference “Economic Policy and EU integration”, UAMD, Durres, pp. 2.
13. Womack, J. and Jones, D. (1997). “Lean Thinking”, Guerini & Associati, Milano, p. 59.
14. World Bank/IMF (2004). “Albania: Joint Staff Assessment of the Poverty Reduction Strategy Paper Annual Progress Report”.
15. Prof. Dr. Bakllamaja Arben- Disa vleresime e konsiderata mbi temen e doktoratures te studentit doktoral Enis Uruci “Tregu shendetesor ne Shqiperi, probleme dhe sfida”. (2014).
16. “Strategjia afatgjate e sistemit shendetesor ne Shqiperi”, (2004), Botim I Ministrise se Shendetesise.
17. Strategjia afatgjate e Zhvillimit te Sistemit Shendetesor Shqiptar. Kapitulli “Sherbimet Shendetesore”.

18. Prof. Dr. Bajram Hysa "Parimet baze te ekonomise se shendetit", (2004).
19. Stephen P. Robbins & David DeCenzo "Bazat e menaxhimit, Koncepte dhe aplikime themelore", Botim I UET PRESS.
20. PhD. Cand. Uruci Enis- Prof. Dr. Scalera Francesco, "Tregu shendetesor ne Shqiperi, probleme dhe sfida", Artikull shkencor ne Konferencen shkencore nderkombetare "Economic Policy and EU integration", UAMD, Durres, (2014).
21. Phd. Cand. Uruci Enis- MSc. MD Kuniqi Emirjeta, " Tregu shendetesor dhe politikat e sektorit publik ne Shqiperi", Artikull shkencor ne Konferencen nderkombetare " Toward EU single market: Experiences, models and proposals in the integration process", Universiteti "Aleksander Xhuvani", Elbasan, (2014).
22. Prof. Dr. Uruci Esmeralda, Prof. Dr. Mema Mit'hat, MSc. Sokoli Julinda "Ekonomiks Menaxherial", Botime TOENA, Tirane (2011).
23. Prof. Dr. Uruci Esmeralda , "Albanian migration and Labor Market", Botim I 3rd International Conference, "Regional Economic Cooperation in South Eastern Europe", (2006), Bulgaria.
24. Frank H. Robert, Bernanke S. Ben, Principles of Economics, Second Edition, (2004), New York, USA, by the McGraw-Hill Companies.
25. Stephen P. Robbins & David DeCenzo "Bazat e menaxhimit, Koncepte dhe aplikime themelore", UET PRESS.
26. Adam Smith –Pasurite e kombeve (1776).
- Frederik Taylor –Parimet e menaxhimit shkencor (1911).
- Katermbedhete parimet e menaxhimit nga Fayol.
- Burokracia ideale e Weberit.
- Hugo Munsterberg –Psikologjia dhe eficensa industriale (1913).
- Chester Barnard- Funksionet e drejtuesve ekzekutiv (1938).
27. FDI, Theory, evidence and practise-Imaad A. Mossa (2002)
28. Dunning, John H. (2004). "The eclectic paradigm as an envelope for economic and business theories of MNE activity". Retrieved 2011-10-12.

- 29.UNCTAD UNDP Albania- Raporti i Investimeve te Huaja Direkte ne Shqiperi (2010)
- 30.UNCTAD UNDP Albania- Raporti i Investimeve te Huaja Direkte ne Shqiperi (2011)
- 31.OECD"South East Europe - Investment Reform Index(2010): Monitoring Policies and Institutions for Direct Investment", Paris: OECD
- 32.UNCTAD (WIR10). World Investment Report (2010): New York and Geneva: United Nations.
- 33.Banka Botërore, IFC, Të bësh biznes, (2011):Të sjellësh ndryshimin për sipërmarrjet, botim i përbashkët i Palgrave MacMillan, IFC dhe Bankës Botërore (Uashington D.C.: Bank
- 34.Stjepan Tanic- Eastern Europe and Central Asia Agroindustry Development Country brief, ALBANIA FAO Regional Office for Europe and Central Asia.
- 35.Banka e Shqiperise-Analizë e zhvillimeve në sektorin e jashtëm të ekonomisë-2012, O. Mitre, M.Boka, Departamenti i Politikës Monetare, (Prill 2013)

Burime nga interneti:

AIDA/ Agjencia Shqiptare e Zhvillimit te Investimeve www.aida.com

Xhaferaj E. (2005), “Investimi i Huaj Direkt në vendet në zhvillim të Evropës Lindore: Rasti i Shqipërisë”,

http://www.bankofalbania.org/web/Investimi_i_huaj_direkt_ne_vendet_ne_zhvillim_te_Evro_pes_Lindore_Rast_3127_1.php?kc=0,22,11,7,0

QKL - <http://www.qkl.gov.al/History.aspx>

KURUMI <http://www.kurumdemir.com.tr/al/kurumdemir.htm>

Apendiks1

LISTA E TABELAVE dhe grafikeve.

Tabela 2 Pikpamja liberale dhe Egalitare

Tabela 2.1 Pergjegjesia personale, preokupimi shoqeror, liria dhe barazia.

Tabela 3 Burimet njerezore ne Sektorin e Kujdesit shendetesor ne Shqiperi.

Tabela 3.1 Pabarazia ne Shperndarjen e mjekeve te Pergjithshem ne Shqiperi per 2011.

Tabela 3.2 Infrastruktura dhe teknologjia shendetesore ne Shqiperi.

Tabela 3.3 Kushtet mjedisore dhe Sanitare per Popullaten Shqiptare

Tabela 3.4 Indikacionet e Sherbimit Shendetesor ne Shqiperi, ne vitin 2000 dhe 2011.

Tabela 3.5 Financimi i Sigurimit Shendetesor

Figura 3.6 Burimet e financimit te Sektorit te Shendetesise

Grafiku 1 Buxheti i Shendetesise per fryme (ne leke)

Grafiku 2 Ecuria e financimit te Shendetesise, popullsise dhe Buxhetit te Shendetesise per fryme (ne %).

Tabela 38 Shpenzimet e Shendetesise per fryme bazuar ne te dhenat e Buxhetit te Shtetit nder vite dhe me tej ne nivel rajoni.

Grafiku 3 Shpenzimet e Shendetesise per fryme (ne \$)

Tabela 39 Te dhena te OBSH per zhvillimin demografik ne Shqiperi.

Grafiku 4 Raport krahasimor i Shqiperise me vendet e rajonit per % e Shpenzimeve Totale per Shendetesine ndaj PBB dhe Shpenzimeve totale per fryme.

Grafiku 5 Mesatarja e % se shpenzimeve totale per shendetesine ndaj PBB ne periudhen 2007-2009.

Tabela 3.10 Nr i mjekeve dhe shtreterve per 1000 banore.

Grafiku 6 Raport Krahasimor i Shqiperise me vendet e Rajonit per peshen qe zene shpenzimet per Shendetesine ne Buxhetin e Shtetit.

Grafiku 7 Shpenzimet publike si % ndaj Shpenzimeve Totale per Shendetesine

Grafiku 8 Niveli i Sherbimit Shendetesor Privat sipas pyetesorit ne Durres.

Grafiku 9 Niveli i Sherbimit shendetesor Publik sipas pyetesorit ne Durres.

Grafiku 10 Niveli i Korrupsionit ne Sherbimin shendetesor ne pyetesoret e Durresit.

Grafiku 11 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pyetesoret e Durresit.

Grafiku 12 Niveli i Sherbimit shendetesor Publik sipas pyetesorit ne Shkoder.

Grafiku 13 Niveli i Sherbimit shendetesor privat sipas pyetesorit ne Shkoder.

Grafiku 14 Niveli i Korrupsionit ne Sherbimin shendetesor ne pyetesoret e Shkodres.

Grafiku 15 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pyetesoret e Shkodres.

Grafiku 16 Niveli i Sherbimit shendetesor Publik sipas pyetesorit ne Tirane.

Grafiku 17 Niveli i Sherbimit shendetesor privat sipas pyetesorit ne Tirane.

Grafiku 18 Niveli i Korrupsionit ne Sherbimin shendetesor ne pyetesoret e Tiranes.

Grafiku 19 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pyetesoret e Tiranes.

Grafiku 20 Niveli i Sherbimit shendetesor Publik sipas pyetesorit ne Elbasan.

Grafiku 21 Niveli i Sherbimit shendetesor privat sipas pyetesorit ne Elbasan.

Grafiku 22 Niveli i Korrupsionit ne Sherbimin shendetesor ne pyetesoret e Elbasanit.

Grafiku 23 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pyetesoret e Elbasanit.

Grafiku 24 Niveli i Sherbimit shendetesor Publik sipas pyetesorit ne Korce.

Grafiku 25 Niveli i Sherbimit shendetesor privat sipas pyetesorit ne Korce.

Grafiku 26 Niveli i Korrupsionit ne Sherbimin shendetesor ne pyetesoret e Korces.

Grafiku 27 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pyetesoret e Korces

Tabela 5.1 Vleresimi i Sherbimit shendetesor Privat ne 5 qytete.

Tabela 5.2 Vleresimi i Sherbimit shendetesor Publik ne 5 qytete.

Tabela 5.3 Vleresimi i nivelit te Korrupsionit ne 5 qytete.

Grafiku 30 Niveli i Korrupsionit ne pese qytete.

Grafiku 31 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pese qytete.

Grafiku 32 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pese qytete.

Grafiku 33 Niveli i Sherbimit Shendetesor Privat

Grafiku 34 Niveli i Korrupsionit ne Sistemin Shendetesor ne qytetin e Korces.

Tabela 5.4 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pese qytete.

Grafiku 35 Prioriteti i Sherbimit Shendetesor, Raporti Publik/Privat ne pese qytete.

Apendiks 2

LISTA E SHKURTIMEVE

EU European Union

HI Health Insurance

HII Health Insurance Institute

HS Hospital Service

LTSDAHS Long Term Strategy for the Development of the Albanian Health System

MoES Ministry of Educational Services

MoF Ministry of Finance

MoH Ministry of Health

PH Public Health

PHC Primary Health Care

RHA Regional Health Authority

SHC Secondary Healthcare (hospital sector)

USAID USA International Development

WB World Bank

WHO World Health Organization

TSHSHTregu shendetesor shqiptar

SSHSistemi shendetesor

Apendiks 3

Pyetesi i zhvilluar ne 5 qytete te vendit.

1. Si e vleresoni ju sherbimin shendetesor ne Shqiperi?

Sherbimet shendetesore private.

- I keq - I mire - shume I mire²

2. Sherbimi shendetesor publik ;

- I keq - I mire - shume I mire

3. Cili eshte niveli i korrupsionit ne Sherbimin shendetesor?

- I ulet - Mesatar - I larte - Shume I larte

4. Cili nga sherbimet spitalore duhet te jete prioritar ne vendin tone dhe ne cfare perqindje duhet te jene ndaj njeri-tjetrit.

- Sherbimi spitalor publik..... %

- Sherbimi spitalor privat..... %