

## **MATERIAL MËSIMOR**

**Në mbështetje të mësuesve të drejtimit mësimor**

### **SHËRBIME SOCIAL SHËNDETËSORE**

**Niveli III**

**NR. 1**

**Ky material mësimor i referohet:**

➤ **Lëndës profesionale:**

**“Ekonomi shëndeti”, kl.13 (L-17-276-12)**

**Përgatiti:**  
**Vjollca Puci**

**Tiranë, 2018**

## Tema 1: Hyrje në ekonominë e shëndetit

Tre janë komponentët bazë të çdo sistemi ekonomik janë:

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

Marrëdhëniet ekonomike mes qeveri/shtet dhe familje/individë reflektohen në tre elementët e mëposhtëm:

- Taksat
- Tregu i punës (për ato individë të cilët punojnë në shtet)
- Ofrimi i shërbimeve shtetërore apo publike në fushën e edukimit, shëndetësisë, si dhe transporti në dobi të individëve/familjeve.

Marëdhëniet ekonomike mes qeverisë/shtetit dhe firmave / kompanive prodhuese reflektohen në tre element të mëposhtëm:

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

Marrëdhëniet ekonomike mes firmave/kompanive prodhuese dhe familjeve/individëve reflektohen në dy elementët e mëposhtëm:

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

### *Tri dilemat e mëdha ekonomike*

Tri janë pyetjet kryesore të cilave duhet tu përgjigjet çdo sistem ekonomik:

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

Dy pyetjet e para kanë të bëjnë me eficientësinë e një sistemi ekonomik të caktuar. Eficientësi është barazimi i kostos marzhinale të prodhimit me përfitimin (dobinë) që rezulton nga ai produkt. Në gjuhën monetare, eficientësi do të thotë shpenzimi i njësisë monetare të fundit që barazon përfitimin (dobinë) e sjellë (marrë) nga ai produkt. Një sistem ekonomik i caktuar u përgjigjet tri pyetjeve të mësipërme, në njërin nga dy mënyrat e mëposhtme:

1. Alternativë e tregut të lirë: sipas së cilës përgjigjia e tri pyetjeve madhore ekonomike përfitohet në treg të lirë, sisteme ekonomike të tilla quhen “sisteme të tregut të lirë”. Tregu i lirë përgjithësisht është sistem ekonomik më eficient por shpeshherë dështon të shpërndajë në mënyrë të drejtë të mirat material të prodhuara.
2. Alternativa shtetërore: sipas së cilës qeveria / shteti është përgjegjës për zgjidhjen e tre problemeve / dilemave të mëdha ekonomike; sisteme ekonomike të tilla quhen “sisteme të komanduara”.

Sistemet ekonomike të komanduara mundësojnë qeverinë/shtetin të ndërhyjë dhe të përcaktojë çfarë dhe sa duhet prodhuar, të përcaktojë tregun e punës si dhe shpërndarjen e të

mirave materiale (shërbimeve të afuara). Në sistemet ekonomike të komanduara tregjet ekzistojnë, por janë të paaftë për t'u dhënë zgjidhje tri dilemave madhore ekonomike.

### ***Dështimi i alternativës së tregut të lirë***

Në shumë sisteme shoqërore është e pranueshme që të mirat material / shërbimet të shpërdahen në varësi të tregut të lire d.m.th të aftësisë blerëse të individëve/familjeve. Argumentimi që bëhet në këto raste që një sistem i tregut të lirë dështon të afrojë zgjidhje të këndshme të dilemës së tretë ekonomik (drejtësisë apo ekuitetit në shpërndarjen e të mirave materiale). Prandaj, shoqëri të tilla preferojnë që shteti/qeveria të ndërhyjë për të siguruar një shpërndarje sa më të drejtë të të mirave materiale apo shërbimeve të ofruara nga kompanitë/firmat e ndryshme prodhuese. Përveç dilemës së tretë ekonomike (ekuitetit), në disa raste sistemi i tregut të lirë është i paaftë t'u japë zgjidhje të kënaqshme edhe dy dilemave ekonomike të lidhura me *efiçencën e sistemit*. Ky fenomen quhet *dështim i tregut të lirë*. Në këto raste shteti është i detyruar të ndërhyjë për t'u dhënë zgjidhje të drejtë edhe dy problemeve të lidhura me efiçencën e sistemit ekonomik. Dështimi i tregut të lirë vihet re kryesisht në tri rrethanat e mëposhtme:

- Rrethana që lidhet me *praninë e eksternaliteteve* të një malli të caktuar. Ekternalitetet kanë të bëjnë me efektet e jashtme të mallit që shfaqen përtej nivelit të prodhuesit apo konsumatorit.
- *Të mirat materiale publike dhe të mirat materiale 'shoqërisht të vlefshme'*. Të mirat materiale publike konsiderohen ato të mira materiale për të cilat nuk mund të gjykohet ose të thuhet se cili nga individët e shoqërisë i përdorë këto të mira materiale dhe sa shpesh i përdor/shfrytëzon ato. Të gjithë individët e shoqërisë përfitojnë nga të mirat publike dhe asnjë individ nuk mund të privohet nga përfitimi/dobia e të mirave materiale.
- *Mungesa dhe /ose asimetria e informacionit*. Është rrethana e tretë ku shpeshherë vihet re dështimi i tregut të lire. Shteti duhet të ndërhyjë edhe në rastet kur bëhet fjalë për mungesë infërmacioni ndaj mallrave apo shërbimeve të caktuara. Shembuj tipikë janë shërbimet e shëndetit ku shumica e individëve nuk kanë njohuri të mjaftueshme për të gjykuar mbi dobinë ose dëmet e procedurave apo medikamenteve të caktuara mbi shëndetin. Sistemi i tregut të lirë nuk mund ta zgjidhë këtë konflikt për nga vetë karakteri dhe specifikat që e vënë në lëvizje (mekanizmi kërkesë – ofertë). Shteti duhet të ndërhyjë në raste të tilla për të “korrigjuar” mungesën apo asimetrinë e infërmacionit.

### **Analiza kosto-dobi**

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

### **Llogaritja DALY**

- Llogaritja DALY merr parasysh si vdekjen e individëve ashtu edhe paaftësinë fizike dhe mendore që shoqëron individin e popullatës gjatë jetës. Për llogaritjen e vdekjeve duhet të njihet informacioni i mëposhtëm:

- Vdekshmëria specifike nga sëmundje ose gjendje shëndetësore të caktuar sipas moshës;
- Jeta e pritshme në moshën e vdekjes së individit;
- Vlera relative e viteve, moshë 15 dhe 50 vjeç janë vitet më të “çmueshme”
- Faktori reduktues, i cili zakonisht merret tre përqind.
- Incidence specifike nga sëmundje ose gjendje shëndetësore të caktuara sipas moshës;
- Jeta e pritshme sipas moshës së individëve me një sëmundje apo ngjarje shëndetësore të caktuar;
- Niveli apo shkalla e paaftësisë e shkaktuar nga një sëmundje apo ngjarje shëndetësore të caktuar. Shkalla e paaftësisë i referohet një segmenti ku në dy ekstremet janë shëndeti perfekt i individit dhe vdekja, kurse në mes identifikohen gjashtë nivele të paaftësisë fizike dhe / ose mendore.
- Faktori reduktues tre përqind.

**Pagesa e përdoruesve (konsumatori) për shërbimet shëndetësore** - i referohet pagesës së përdoruesit (konsumatorit) të shërbimeve shëndetësore në momentin e marrjes së një shërbimi të caktuar. Kjo pagesë është zakonisht më e vogël se kostoja marzhinale e shërbimit të marrë. Praktika pagesash të tilla, janë shumë të përhapura në vendet në zhvillim. Diferenca mes koston marzhinale dhe pagës së përdoruesit quhet *subsidim*. Në vendet në zhvillim, pagesa e përdoruesit synon që:

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

Pagesa e përdoruesve justifikohet për shërbime me elasticitet të lartë të çmimit. Në këto raste, aplikimi i pagesës së përdoruesit do të ulte kërkesën për këto shërbime shëndetësore duke rritur dobinë apo përfitimin. Nga kjo pikëpamje, aplikimi i pagesës së përdoruesit për shërbime shëndetësore me elasticitet të ulët të çmimit do të ishte pa kuptim. Problemi i ekuitetit i lidhur me pagesat e përdoruesve mund të zgjidhet nëpërmjet aplikimit të metodave *progresive të pagesës*, d.m.th. Pagesave në vartësi të të ardhurave materiale të secilit individ. Kjo metodë quhet ndryshe edhe “solidarizim”, d.m.th. shtresat e pasura të popullatës paguajnë më shumë për të njëjtin shërbim në krahasim me shtresat e varfra. Gjithsesi, metoda progresive në pagesat e shërbimeve shëndetësore është shumë e vështirë për tu aplikuar në praktikë për një sërë arsyesh administrative.

## **Tema 2: Planifikimi i gjendjes shëndetësore ,sektorit shëndetësor dhe i zhvillimit kombëtar**

### **Planifikimi i gjendjes shëndetësore**

#### ***Qëllimi i planifikimit***

Planifikimi shëndetësor është një mision organizimi që realizohet mbi të gjitha në planin kombëtar, lokal ose ndërkombëtar.

Mjekët dhe kategoritë e tjera të personelit shëndetësor nuk kanë veçse rastin për të marrë pjesë në përpunimin e një plani, por ata janë të nevojshëm në mbarvajtjen e tij sepse pjesëmarrja e tyre në numrin e madh të programeve është e nevojshme. Ai është gjithashtu i rëndësishëm për të njohur ecurinë e përgjithshme të planifikimit shëndetësor për të kuptuar përse disa projekte janë lançuar dhe pse të tjetër jo. Planifikimi është përdorim racional, praktik dhe eficient i pasurive të rralla mbështetur mbi objektiva realist që të mund të gjitha nevojat dhe kërkesat për ndërhyrje përparësore në popullatë. Qëllimi i planifikimit shëndetësor është gjithmonë të realizojë aksione të mëdha me metoda dhe logjikë me qëllim që të mbajë një përmirësim të gjendjes shëndetësore në një popullsi të caktuar. Rruga e përdorur në planifikimin shëndetësor është paraqitur përgjithësisht, në etapat e mëposhtme:

- ✓ Identifikimi i problemeve të shëndetit të popullsisë për të shprehur nevojat (p.sh.SIDA,turbekulozi,kanceri i gjirit)
- ✓ Klasifikimi i nevojave përparësore sipas disa kriterëve (p.sh.SIDA tek të rinjtë).
- ✓ Realizimi i programeve të shëndetit për t'iu përgjigjur përparësive (p.sh.përparësia për parandalimin e SIDA-s tek të rinjtë nëpërmjet programeve të informacionit; shpërndarja e fletpalosjeve, afisheve, spotet publicitare etj.)
- ✓ Vlerësimi i efikasiteti të programeve (p.sh. me sondazhe tek të rinjtë mbi përdorimin e kondomëve).

Ndërhyrjet e propozuara për të luftuar kundër një problem të shëndetit të identifikuar mund të jenë ndërhyrje të pastra mjekësore (p.sh.një program vaksionimi për fëmijët ose një program depistimi për kancerin e mushkërive) ose aksione jo mjekësore (p.sh.programi i tharjes së kënetave për të luftuar malarin). Planifikimi i “shëndetit” ose ai “sanitar”është ngatërruar shpesh në planifikimin mjekësor, i cili mbulon rolin që mund të ketë në mjedisin rrethues, ushqimi, higjiena etj.

### ***Përcaktimi i nevojave shëndetësore***

Përcaktimi i nevojave të quajtura sanitare, i korrespondon etapës së parë të madhe të planifikimit. Bëhet fjalë për tu përpjekur të njehsojmë në nivel popullate problemet e mëdha shëndetësore. Nevojat e shëndetit lidhen me diferencën shprehëse midis një gjendjeje shëndetësore të vëzhguar dhe një gjendje shëndetësore të dëshiruar. Ne propozojmë tri metoda për të studiuar nevojat në kuadrin e një planifikimi:

- **Metoda e nevojave normative.** Nevojat teorike janë përcaktuar prej “ekspertëve” (më shpesh mjekët, administratorët apo politikanët) në krahasim me një” normë”. Është një metodë idealiste që kërkon p.sh.të përcaktojë nevojat individuale dhe në grup për të mjekuar disa sëmundje.
- **Metoda e objektivave të pagimit.** Objektivat e prodhimit dhe të shpërndarjës së shërbimeve mjekësore janë përpunuar duke patur parasysh në të njëjtën kohë normat teorike, dëshirat eventuale të individëve dhe kushtet ekonomike. Kjo metodë është e vështirë të realizohet sepse ajo kërkon njohjen e infërmacioneve shumë të thella dhe të larmishme.
- **Metoda e nevojave të dëshiruara nga populli.** Kjo metodë merr në konsideratë nevoja të tilla që mund të jenë ndier nga kategori të ndryshme të popullatës. Kjo metodë është shumë realiste nga përkufizimi, por synon të mbulojë shërbimet e parandalimit. Këto metoda shumë teorike dhe rrallë të përdorura , janë interesante për tu propozuar sepse ato nxjerrin në pah mirë kompleksitetin e problemevetë propozuara nga koncepti i “nevojave të shëndetit”.

### ***Përcaktimi i përparësive sanitare***

Konsiston në bërjen e një seleksioni midis nevojave të ndryshme që do të jenë identifikuar. Ky seleksion do të shërbejë pastaj si bazë në përcaktimin e një programi shëndetësorë (p.sh. vaksinimi), por ndonjëherë në një program kërkimesh (p.sh. ndihma në kërkimin ndaj SIDA-n, sëmundje që disponon pak alternativë zgjedhjeje terapeutike, për të cilën kërkimi i një zgjedhjeje përfundimtare është shndërruar në një nevojë përparësive). Propozohet mbështetja mbi tetë faktorë për të vendosur përparësitë:

- Numri i banorëve të aftë të përfitojnë nga një program sanitar nga ndjekja e një programi;
- Efikasiteti i teknikave të disponueshme ose të mundësisë së hedhjes (lancimit) të programeve;
- Ekzistenca e metodave të sigurta që lejojnë të sigurohet faza e mirëmbajtjes;
- Kosto reale të ekzekutimit të programeve dhe të fazës mirëmbajtëse;
- Rezultati i mundshëm i programeve mbi zhvillimin ekonomik të zonës së mbuluar;
- Dëshira e shprehur nga populli;
- Mundësia e arritjes së fazës mirëmbajtëse të programit.

Këto informacione lejojnë vendosjen e kriterëve të pagesave të nevojave, por ato nuk lejojnë të njihen të gjitha mundësitë e zgjidhjes së problemeve. Është e nevojshme të shqyrtohen gjithashtu mbi atë që është pranuar të quhet "Alternativat e ndërhyrjes". Për shembull, në rastet e kancerit të gjirit alternativat e ndërhyrjes mund të jenë:

- Favorizimi i parandalimit me palpacion;
- Favorizimi i parandalimit me palpacion nga konsultimi i rregullt tek mjeku i përgjithshëm;
- Favorizimi i depistimit me mamografi;
- Favorizimi i parandalimit të komplikacioneve pas një trajtimi të parë etj.

Çdo opsion duhet konsideruar më parë lidhur me efikasitetin e tij. Për tu konsideruar efikase një ndërhyrje duhet të jetë së pari e besueshme dhe e vlefshme:

- Besueshmëria është aftësia e ndërhyrjes që të japë të njëjtat rezultate kur ajo është e përsëritur në kushte të ngjashme (riprodhim të mirë).
- Vlefshmëria është kapaciteti i ndërhyrjes për të mbajtur një rezultat konfort rezultateve të pritura.

Disa prej zgjedhjeve të ndryshme për t'u konsideruar efikase, duhet të shqyrtohen nën këndvështrimin e mundësive të tyre. Këto mundësi janë të 4 tipeve kryesore:

- *Mundësia politike*
- *Mundësia legale*
- *Mundësia organizative*
- *Mundësia etike*

### **Tema 3: Kërkesa dhe oferta në sektorin shëndetësor.**

Loja e ofertës dhe e kërkesës në fushën e shëndetit nuk u bindet të gjitha rregullave si ekonomia e përgjithshme meqë shëndeti nuk është një e "mirë" që mund të konsumohet e shkëmbehet. *Shëndeti* korrespondon më tepër me një objektiv ideal, por që ka filluar të kërkohet në pjesën më të madhe të shteteve si një e drejtë e qenësishme. Kërkesa e shëndetësisë është përpjestimore me intesitetin e shfaqjes së sëmundjeve. Kështu, ajo është e fortë në vendet në zhvillim si rezultat i sëmundjeve që përhapen në mënyrë endemo-epidemike. Studime të shumta janë realizuar në fushën e ofertës e kërkesës së shëndetit dhe është interesante paraqitja e tre faktorëve të mëposhtëm që janë të lidhur ngushtë midis tyre:

- Rolet e sistemit të financimit.

- Faktoret demografik.
- Faktorët kulturor.

Nocioni i kërkesës shpjegohet si një nga karakteristikat specifike të ekonomisë së shëndetit. Ajo në fakt kushtëzohet nga veprime të shumta politike, si kontrolli i demografisë medikale, rregullimi i numurit të shtretërve në spitale etj.

### ***Ndikimi i sistemit të financimit mbi ofertën në shëndetësi***

Sistemet e ndryshme të financimit të shëndetit ndikojnë në karakteristikat e ofertës në shëndet, sidomos në nivel të institucioneve private. Ndërmarrja e një financimi ekstrem si sigurimi për sëmundje, zhvendos në fakt ekuilibrin e ofertës me kërkesën duke futur elementë turbullues. Ekzistenca e sigurimit për sëmundjen shkakton njëkohësisht një rritje të sasive të prodhuara e të konsumuara të kujdesit, një zvogëlim të çmimit të paguar nga konsumatorët dhe një rritje të fitimit të marrë nga prodhuesit. Të gjitha këto interesa të ndryshme konvergojnë drejt një tendence të përgjithshme përmbi prodhim dhe konsum të kujdesit dhe shëndetit. Presionet e ushtruara mbi tarifat e tejkalimet e tepërta apo të pakta janë të pandashme, konstante në të gjitha nivelet. Kategori të shumta personeli që evulojnë në fushën e shëndetit kanë një privilegj original në raport me profesionet e tjera. Pjesa më e madhe e klientelës së tyre (pacientët) paguhen (shpërblehen) për blerjen (kujdesin mjekësor) dhe nuk heziton aspak të kërkojnë maksimumin e shërbimeve. Këtë privilegj do ta kishin zili tregëtarët e shumtë apo shërbimet e tjera që zhvillohen jashtë shëndetit. Por, ky shfaqet në një farë mase si riparim pa vonesë i automobilave, të marrë në ngarkim nga sigurimet tek mekanikët. E gjithë kjo shpjegon qartë numurin e rëndësishëm të institucioneve private të kujdesit në vendet ku popullsia është e siguruar mirë.

### ***Mbi kërkesën e shëndetit***

Është logjike që shtrirja e sistemeve mbuluese kundër riskut të sëmundjeve liberalizon konsumin. Atëherë, pjesa më e madhe e sistemeve të shëndetit mendor në vendet e zhvilluara përdorin mekanizmat e mbrojtjes sociale që kanë për efekt mos shqetësimin e të sëmurit me kërkesën për kujdes mjekësor. Me qëllim mbajtjen e një admistrimi të mirë të tyre, të gjitha kompanitë e sigurimeve do tu duhet të bëjnë variacionin rritës të primit (“premium”) në funksion të rrisqeve që ndodhin. Rritja e kuotizimit do të mund p.sh. të jetë përpjestimore me numrin e personave të mbuluar në një familje. Ky parim futet në një politikë “jo nataliste” meqë ai nuk favorizon familjet e mëdha në numër, personat me rrisht të vecantë (si të moshuarit ose të sëmurët kronikë) që të mund të paguanin më tepër primin e sigurimit të tyre. Këto propozime, që janë të drejta në planin ekonomik nuk janë shumë adekuate në fushën e sigurimeve për sëmundjen meqë ato përdorin nocionet e solidaritetit dhe ndarjes së rrisqeve të mëdha në tërë popullsinë (solidarizimi i rrisikut). Këto dy nocione, meqë përdoren në pjesën më të madhe të sistemeve të shëndetit, i imponojnë në mënyrë të nevojshme popullatës një sigurim të detyrueshëm me qëllim për të përcaktuar një shpërndarje të drejtë të rrisqeve. Zhvillimi i rëndësishëm i sigurimeve private të quajtura “plotësuese” (ose të dyanshme) është një shfrytëzim i kërkesës së popullsisë për një shpërblim total e komplet të rrisikut të sëmundjes. Dëmshpërblimi i shpejtë medical që nuk merret në konsideratë nga sigurimi kryesor i sëmundjes, është i mundur. Ekzistenca e tyre favorizon ndjeshëm konsumin. Këto sigurime kanë si epërsi hyrjen progressive në lojën e konkurrencës në vendet ku sistemi i financimit të shëndetit është në gjendje gati monopol. Megjithatë, këto organizma sanksionojnë rrisqet dhe klientët mbi kritere të ndryshme dhe kështu mund të çojnë në shtimin e pabarabartë të afrimit të kujdesit. Zhvillimi i sistemit në botën e tretë që është parapagimi mbi një marrëdhënie shpenzimi mbi disa sigurime është drejtpërdrejtë i lidhur me evoluimin social ekonomik të vendit. Financimi mund të jetë sigurimi direkt nga shteti (sistemi britaik), nga organizma parapublike (sistemi francez), nga bashkësitë lokale (sistemi

suedez) ose nga sigurimet private (sistemi amerikan). Fenomeni është i mirënjohur sa më tepër personat rimburohen për shpenzimet mjekësore, aq më tepër do të kenë tendencën të mos “sakrifikohen”. Ky konstatim evident “a priori” duhet, në rradhë të parë të ishte i matur, meqë një mbrojtje e mirë sociale lejon në fakt më shumë shtrime në spital.

Nga mosnjohja e këtij fakti dhe vështirësitë e sigurimit të shpenzimeve të funksionimit të sistemit të tyre të shëndeti, shumë vende janë përpjekur të rishqyrtojnë parimin e kujdesit absolut falas, të paktën për:

- Afeksione beninje;
- Nxitjen me rezervë përsa I përket rritje së moderuar të çmimit të suportuar direkt nga individët.

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

### ***Influencia e faktorëve demografik mbi ofertën në shëndet***

Në Francë, një përdorim i detajuar i ofertës së kujdesit tregon një mbulim gjeografik të ndryshëm sipas llojeve të ndryshme të prodhuesve, p.sh.mjekët e përgjithshëm janë realtivisht të shpërndarë mirë në territorin e vendit dhe mjekët specialist janë të përqëndruar në qytete të mëdha. Në vendet ku tarifat janë pak të rregullta si SHBA, kërkesa do të ketë tendencë të zhvillohet në zonat ku popullatat kanë pasuri të madhe. Pagesat sanitare për personelin dhe ndërtesat janë të planifikuara në pjesën më të madhe të vendeve (të zhvilluara ose në zhvillim) sipas një metode të përdor koeficientë të thjeshtë si numri i mjekëve/banorë, numri i shtretërve/ banorë etj. Pranohet aktualisht se këto nocione, megjithëse akoma të përdorura gjerësisht në fushën e shëndetit, janë jo të përshtatshme meqë aktiviteti mjekësor ndryshon nga një vend në tjetrin, nga një krahinë në tjetrën, nga një mjek në tjetrin.

### ***Mbi kërkesën e shëndetit***

Konsumi mjekësor nuk ndahet në mënyrë homogjene me popullsinë. Natyra dhe përbërja e popullsisë janë shumë të rëndësishme të njihen për të kuptuar kërkesën në shëndetësi. Në fakt, kategoritë e ndryshme të popullsisë nuk kanë të njëjtat nevoja dhe nuk konsumojnë të njëjtat tipe të produkteve mjekësore. Personat e shkuar në moshë përdorin, në përgjithësi më tepër shërbime mjekësore si konsultime mjekësore, kujdes infermierie ose konsumim medikamentesh, në analizat biologjike, ditë hospitalizimi apo institucione sociale. Kjo kërkesë e fortë shpjegohet, në rradhë të parë, me faktin se personat e moshuar vuajnë nga një numër aksionesh që rriten me kalimin e moshës (organizim të gjendjes së shëndetit) më tej



nga shtimi i shpresës për jetën në sajë të progresit të geriatrikës p.sh. në fushën farmaceutike, medikamentet kardio-vaskulare, analgjezik dhe antiinflamator konsumohen mbi të gjitha nga personat mbi 70 vjeç. Nga ana tjetër personat e moshuar kanë zakonisht, në pjesën më të madhe të shteteve, një mbrojtje të mirë sociale, e cila i nxit të konsumojnë më tepër.

### ***Ndikimi i faktorëve kulturorë mbi ofertën e shërbimit***

Vendet e zhvilluar kanë më tepër mjekë e spitale se vendet në zhvillim. Niveli i zhvillimit ekonomik ndikon drejtpërdrejt në praktikën e mjekësisë. P.sh. lufta kundër sëmundjeve endemo-epidemike kërkon struktura të rëndësishme të shëndetit publik të formuara më shpesh mbi kujdesin shëndetësorë parësor dhe merret përsipër nga agjentë të thjeshtë sanitarë, infermierë etj.

### ***Mbi kërkesën në shëndet***

Në mënyrë konstante interesi i individëve për trupin e tyre rritet në masën e ngritjes së tij në hierarkinë sociale. Sëmundja konsiderohet nga kjo kategori popullore si një ndryshim i dukshëm dhe i rëndësishëm që pësojnë aftësitë e individit dhe që e bëjnë të pamundur aktivitetin e përditshëm. Ato nuk hezitojnë të shkojnë te mjeku për një çrregullim minimal ose një akt të thjeshtë parandalimi si vaksionimi. Nëse konsumimi mjekësor total varion nga ana sasiore pak në nivelin social ekonomik, struktura e këtij konsumi varion në mënyrë të rëndësishme në grupet e popullatës të konsideruara si “të favorizuara” p.sh. ato kanë një konsumin të shtuar të kujdesit shëndetësor në zonat urbane. Të punësuarit kanë një rol të rëndësishëm në kërkesën e shëndetit, meqë ato përfaqësojnë një pjesë të madhe të popullatës në vendet e zhvilluara. Ata kanë një sjellje tepër të ndjeshme midis kuadrove dhe punëtorëve .faktorët kulturor janë kështu në origjinë të diferencave të sjelljes sanitare të individëve, meqë edhe mënyra e jetesës së tyre është e ndryshme. Janë këto mënyra jetese që shkaktojnë shpenzime të ndryshme ndaj faktorëve të rrishtit të sëmundjeve. Megjithatë, roli i faktorëve kulturor është i vështirë të vlerësohet individualisht, meqë ai mbulohet gjerësisht nga faktorë të tjerë: mënyra e sigurimit, faktorët demografik, regjimi dhe vendet në konsideratë (popullata agrikulturore p.sh. përbëhet, në pjesën më të madhe nga persona në moshë të thyer).

## **Tema 4: Shpenzimet dhe kontrolli i shpenzimeve në sektorin shëndetësor**

Progresioni i shpenzimeve në shëndet, shqetëson më tepër shoqërinë se progresioni i tipave të tjerë të konsumimit. Financimi i shëndetit kolektiv, do të jetë në fakt, gjithmonë e më tepër i vështirë, sigurisht pa limite, sidomos për vendet me rritje të dobët ekonomike. Nëse pjesa më e madhe e analizave ekonomike dëmojnë progresin konstant të shpenzimeve në shëndet, aspektet positive të saj nënvizohen rrallë. Sektori i shëndetit merr pjesë kështu në shumë nivele të zhvillimit ekonomik:

- Në zhvillimin e sektorit të rëndësishëm të industrisë së medikamenteve që kanë një treg të favorshëm në eksportime.
- Në zgjatjen e jetës aktive të individëve që përmirëson produktivitetin e punës.
- Në zhvillimin e vendeve të punës sanitare të lidhur direkt ose indirekt me shëndetin.

### ***Metodat kryesore të analizës së kostos***

Metoda më e përdorur në analizën e kostos është ajo që konsiston në krahasimin e kostos me sasinë e produkteve të shëndetit. Megjithatë, këto janë mjaft të vështira për t'u matur, meqë shëndeti matet me vështirësi nga ana sasiore dhe cilësore. Në spital p.sh. llogaritja e kostos për ditë shtrimi në spital bëhet shpesh. Bëhet fjalë për çmim mesatar në ditë, i cili përfaqëson

vetëm në mënyrë jo të plotë koston reale. Në fakt, një i sëmurë në spital nuk konsumon rregullisht të njëjtën sasi kujdesi çdo ditë qëndrimi në spital. Për më tepër, çdo i sëmurë ka një sjellje dhe një kërkesë të ndryshme në të njëjtin spital, aq më tepër në spitale të ndryshme. Llogaritja e koston për të sëmurë të shtruar në spital është më e saktë, por numri i madh i sëmundjeve, format e stadet e ekonimizimit të tyre kërkon bërjen e një klasifikimi. Kjo do të lejojë marrjen në konsideratë të një kostoje mesatare të sëmundjeve përballë konsumimeve të krahasueshme. Kjo metodë e importuar nga SHBA ka nxitur projektin financiar të medikalizimit të sistemit të infërmacionit, për të cilin do të flitet më poshtë. Një tjetër tip llogaritjeje lejon të ndërtohet një relacion matematik midis mjeteve të përdorura dhe rezultateve të marra në saj të këtyre mjeteve. Ky relacion, i quajtur model, do të lejojë si për të bërë parashikime, ashtu edhe për të studiuar skenarët (simulim i përfundimeve). Cilësia e relacionit matematik verifikohet nga faktet që gjejmë një tregues mbi drejtësinë e lidhjeve midis mjeteve e rezultateve. Modeli më i thjeshtë është modeli i quajtur linear që bazohet mbi relacionin e formës:

$$Y = AX + B$$

Supozojmë që Y të jetë sasia e pacientëve që mund të operohen nga frakturat e kolonës në vit në një spital të dhënë, X –sasia e personelit që punon në shërbimin e kirurgjisë ortopedike të këtij spitali. Është i mundur afrimi i vlerave të koeficientëve A dhe B duke bazuar mbi statistikat e aktivitetit të shërbimit gjatë viteve të mëparshme. Kjo formulë llogarit vlerësimin e pacientëve që mund të operohen nga një frakturë e kolonës gjatë një viti (Y) në funksionin e vlerave të ndryshme të supozuara të sasisë së personelit të nevojshëm (X).

### ***Evolucioni i zakonshëm i shpenzimeve në shëndet***

Shpenzimet e shëndetit rriten me pasurimin e vendeve. Rritja e shpenzimeve të shëndetit (për banorë) përbën kështu shpesh një tregues të zhvillimit ekonomik. Shoqëritë moderne shtyhen gjithnjë e më tepër në bërjen e gjykimeve midis financave të shëndetit, ato të edukimit, të mbrojtjes, urbanizimit etj. Shpesh vërehet se rritja e shpenzimeve në shëndet rritet më shpejt se PBB (prodhimi i përgjithshëm bruto). Kjo ngritje e koston, nëse ajo është krejtësisht e ponderuar nga inflacioni mund të shpjegohet në disa mënyra:

- Shfaqja konstante e teknikave të reja.
- Specializimi në rritje të praktikentëve dhe zhvillimin e medikamenteve të reja.
- Rritja e kërkesës për shëndet të populates.
- Evolucioni i menyrës së jetesës.
- Theksimi i fatkeqësive të reja (SIDA, sëmundja Alzheimer, toksikomanitë).
- Nga zhvillimi i demografisë medikale, përgjegjës i një kërkesë induite.
- Nga mekanizmi i fortë i problemeve sociale lidhur me mungesën e strukturave adapte të pritjes.
- Nga zhvillimi i tepruar i formave të shpenzimit të kotë.

Rritja e koston së shëndetit është e tepruar me që ajo reflekton drejtpërsëdrejti evoluimin e shoqërive. Pjesa e shpenzimeve në shëndet të një vendi është në këtë vështrim, një tregues i zhvillimit të saj.

### ***Problemi tarifikimit***

Përpunimi i një tarifikimi në fushën e shëndetit afron shumë përparësi:

- Ajo përbën një bazë pagese për punën e profesionistëve të shëndetit.
- Ajo lejon krahasimin e akteve e shërbimeve midis tyre.
- Ajo lejon, ndërmjet fiksimit të çmimeve, homogjenizimin e cilësisë së shërbimeve.

Megjithatë, fiksimi i një tarife për një shërbim mjekësor është arbitrar me që shëndeti u largohet rregullave klasike të konsumimit. Çmimet nuk ekuilibrohen nga ata vetë sipas

mekanizmit të kërkesës dhe ofertës, meqë nga një anë fusha e shëndetit është e pasur me situatë monopol dhe nga ana tjetër, individët përfitues të pagesave nuk kanë informacion. Shumë vende si Franca, SHBA ose Kanadaja përdorin pagesën e aktit si mënyrë shpërblymje të praktikës medikale liberale.

### ***Tarifikimi në mjedis hospitalier***

Përpunimi i një tarifikimi hospitalier ka shumë problem për shumë arsye:

Pjesa më e madhe e spitaleve publike në botë subvencionohen tërësisht nga shteti, regjioni, komuna ose organizma bamirëse. Funksionimi i spitaleve evolon në mënyrë të konsiderueshme në kohë. Aktualisht, spitalet e mëdha marrin përsipër funksionet e shërbimit, kujdesit spitalor, konsultat, mësimdhënien si dhe kërkimin shkencor. Një pacient si dhe kujdesi që ai merr për sëmundje e tij në një mjedis të dhënë, përbëjnë çdo herë një ansambël unik që e bën të vështirë përpunimin e kufijve tarifor. Sistemi më i thjeshtë dhe më i përdorshëm është ai i çmimit të ditës së qëndrimit. Ky i faturohet të sëmurit ose siguracionit të tij për çdo ditë të kaluar në spital. Ky system nuk është shumë i mirë meqë ai bën pjesë për një akord që i "përfshin të gjitha", ndërsa çdo i sëmurë nuk kërkon gjithë kohën kujdes në të gjitha shërbimet. Shërbimet kanë prirje për të mbajtur pacientët në shtrat më tepër që i kërkon gjendja e tyre. Në SHBA në fillim të viteve 80 u fut një tarifikim prospektiv i shpenzimeve të shtimit në spital marrë në ngarkim nga shteti për personat e shkuar në moshë dhe personat e varfër. Ky tarifikim bazohet në marrjen në konsideratë të kostos mestare të një tipi sëmundjesh, dhanë sipas grupit homogjen të sëmundjes.

### ***Përfaqja e kostos me sëmundjen***

Problem i kostos së sëmundjes është një fushë mjaft e rëndësishme e ekonomisë së shëndetit. Vlerësimi i kostos për çdo patologji lejon, gjithashtu të krahasohen sëmundjet midis tyre dhe të realizohen përparësitë në kuadrin e një planifikimi sanitarë. Ky tip studimi është gjithashtu mjaft i rëndësishëm për të treguar që shpenzimet e shëndetit, nëse ato janë adekuate, nuk përbëjnë shpenzime "kot", "bosh" për shoqërinë, por mund të konsiderohen si një investim i vështirë financiarë.

### ***Kostoja direkte***

Këto kosto direkte përfaqësojnë atë të kujdesit të konsultimeve, të medikamenteve, të shtrimit në spital, shpenzimet e transportit etj. Edhe më delikate është marrja në konsideratë e kostos së amortizimit të vlerave mobilare që kanë kushtuar shumë para direkt në kujdesin ndaj të sëmurit. Në të gjitha rastet përdorimi i tarifikimeve të caktuara zyrtare nuk rekomandohet me që ato respektojnë vetëm koston reale të shpenzimeve.

### ***Kostoja indirekte***

Një sëmundje ka një kosto ekonomike më të rëndësishme se ajo e shpenzimeve të thjeshta mjekësore, një pacient i sëmurë është në fakt gati gjithmonë i detyruar të ndërpresë aktivitetin e tij profesional për një periudhë që është e dëmshme për punëdhënësin dhe indirekt për shoqërinë. Për më tepër sëmundja është përgjegjëse për shpenzime të shumta ose hargjim kohe shtesë për të sëmurin dhe mjedin e tij. Të gjitha këto shpenzime duhet të merren në konsideratë në koston totale të sëmundjes. Ajo përbën koston indirekte dhe konsiderohen nga ekonomistët si një kosto e vërtetë sociale nga humbja e mundshme e prodhimit. Shuma e kostos direkte dhe indirekte përfaqëson koston totale të sëmundjes. Është e mundur të llogaritet për pacient ose për sëmundje në një unitet si rajon ose shtet. Njohja e kostos së çdo sëmundje lejon realizimin e krahasimeve midis patologjive ose për të njëjtën patologji midis vendeve. Këto krahasime janë të vlefshme për krahasimin e impakteve në shoqëri, aq të nevojshme për të drejtuar vendimet e politikës sanitare. Koncepti i kostos së sëmundjes çon

në çdo rast në funksionin e individit në shoqëri. Ky funksion ka një çmim dhe shtron problem universal të çmimit eventual të jetës modern.

## **Tema 5: Finacimi i sektorit shëndetësor**

### ***Informacioni ekonomik dhe politikat shëndetësore***

Shteti është tashmë i përfshirë në financimin, planifikimin dhe menaxhimin e shërbimeve shëndetësore, të cilat janë pranuar gjerësisht si e drejtë themelore nga shtetet anëtare të OBSH-së në deklaraten Alma-Ata, si dhe në angazhimin e “Shëndetit për të gjithë vitin 2000”. Në të njëjtën kohë, kostot dhe shpenzimet e shërbimeve shëndetësore në vendet e zhvilluara janë rritur në mënyrë të ndjeshmë shumë se GNP (prodhim i përgjithshëm kombëtar) gjatë deklaratës së fundit, aq sa kjo përshkruhet me termin “ekspozim i kostos së shërbimeve shëndetësore. Nëse vendet në zhvillim nuk shfaqin të njëjtin përshkallzim në shpenzimet e sektorit të shëndetësor, kjo ndodh për shkak të pamjaftueshmërisë së burimeve të nevojshme gjithësesi, këto vende duhet të përballojnë presione të ngjashme. Objektivi i maksimalizimit të dobisë neto për shoqërinë nënkupton gjykime mbi vlerat relative shoqërore të rezultateve të ndryshme. Këto gjykime lidhen me zgjedhjet e nevojshme për sa më poshtë vijon:

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

Struktura të ndryshme financiare kanë kosto të ndryshme dhe shpërndarje të ndryshme të efekteve të përfitimit, të cilat duhet të mbahen në konsideratë. Pasi të jenë gjykuar vlerat e mësipërme, duhet konsideruar një sërë aspektesh të lidhura me eficientësinë e shpërndarjes dhe atë operative për rritjen e të ardhurave dhe shpërndarjen e shpenzimeve. Kjo përfshin sa më poshtë vijon:

1. Përformanca e financimit.
2. Pranueshmëria sociale dhe politike.
3. Besueshmëria.
4. Fleksibiliteti.
5. Zhvendosja.
6. Impakti mbi shëndetin dhe sjellja ndaj sëmundjeve.
7. Efektet në afrimin dhe funksionimin e shërbimeve shëndetësore.
8. Efektet në ekonomi.

Finacimi dhe shpenzimet e vendeve të ndryshme mund të kenë efekte të rëndësishme në ekonomi. Kjo përfshin:

- a) Inflacionin p.sh. nëpërmjet rritjes së pagesave për personelin.
- b) Problem të shkëmbimit të marëdhënieve me vendet e tjera p.sh. nëpërmjet marrjes hua apo pengesave të mëdha për importin.
- c) Mungesë stimulimi për investime p.sh. nëpërmjet taksave të mëdha në sektorë të caktuar të ekonomisë.
- d) Kosto opurtune p.sh. thithja e fuqisë punëtore në shëndetësi në kurriz të sektorëve të tjerë të ekonomisë.
- e) Përmirësimi i produktivitetit ekonomik p.sh. nëpërmjet uljes së paaftësisë së parandalueshme dhe vdekjes në popullatën e punësuar.

### ***Zhvillimi i studimeve mbi financimin dhe shpenzimet në sektorin shëndetësor***

Gjatë viteve 1950 ka ekzistuar një interes në rritje për shpenzimet dhe kostot e shërbimit shëndetësor. Filluan të bëhen studime kombëtare, por këto ishin të përqëndruara në vendet e zhvilluara dhe tentonin të mbulonin vetëm disa burime të financës. Analiza e parë sistematike u organizua për të përfutur një raport financiar relativisht të plotë të të gjithë burimeve madhore të financave dhe shpenzimeve në shërbimet shëndetësore duke përfshirë edhe vendet në zhvillim, Sri-Lanka dhe Kili. Rezultatet e kësaj analize ishin aq inkurajuese sa që u ndërmor një studim i dytë akoma më i thellë, duke mbuluar 29 shtete. Për këtë u përdor një version i përmirësuar i pyetësorit. Ndër shtetet e studiuara, 21 ishin vende në zhvillim.

### ***Përkufizimi i sektorit shëndetësor:***

“Përcaktimi i saktë i shërbimeve dhe aktiviteteve që kompromentojnë sektorin shëndetësor është thelbësor. Kriteri praktik më i përdorur është që shpenzimet në sektorin e shëndetësor përfshijnë shpenzimet kapitale dhe të momentit në aktivitete synimi parësor i të cilave (pavarisht efektiv) është të përmirësojë shëndetin. P.sh. shpenzimet në mjekësinë tradicionale janë përfshirë, megjithëse dihet se disa prej tyre nuk janë efektive. Kjo, sepse synimi parësor i këtyre shpenzimeve është gjithësesi përmirësimi i shëndetit. Në mënyrë më të përgjithshme, këto studime përfshijnë parandalimin dhe përpjestimin shëndetësor, diagnozën, trajtimin e kujdesin dhe rehabilitimin lidhur me sëmundjen, paaftësinë ose dëmtimin. Ato prekin si shërbimin modern ashtu dhe atë tradicional. Gjithashtu, duhen përfshirë edhe shpenzimet për arsimin dhe trajtimin e stafit shëndetësor, si dhe për kërkimet shkencore në fushën e mjekësisë.” Shërbimet e zakonshme ambulatorë dhe spitalore kanë efidencat e tyre pa patur nevojë për demonstrim të mëvonshëm, kështu që ato nuk përfshihen si kategori, por duhet mbajtur në mend që këto shërbime mund të sigurohen nga një radhë bordesh, biznesi kryesor i të cilave nuk është shëndeti, të tilla si Ministria e mbrojtjes, Ministria e brendshme, Ministria e arsimit, rinisë dhe sportit, Ministria e punëve të jashtme dhe Ministria e zhvillimit Rural, Pushteti local, industria dhe organizatat private. Gjithashtu, shërbimet mbështetëse, siç janë ato të transportit dhe të ndërtimit, mund t’i sigurohen Ministrisë së shëndetësisë nga ministri të tjera. Shërbimet promovuese dhe parandaluese, të tilla si edukimi, vaksinimi dhe imunizimi, duhet të llogariten mirë. Ekzistojnë shërbime më pak të kuptueshme, por të ngashme si p.sh. kontrolli i zonave nga Ministria e bujqësisë disa prej të cilave, vërtet duhen bërë pjesërisht për të mbrojtur shëndetin e njeriut. Më të vështira për të vendosur në lidhje me të, janë shpenzimet për furnizimin me ujë, ushqim, kushte sanitare, ndotjen ambientale dhe sigurinë profesionale (në punë). Mund të bëhet një grupim për të përfshirë gjithë këto shpenzime, është e natyrshme që përmirësimi i shëndetit ka synim parësor sigurimin e ujit të pastër për përdorim shtëpiak si dhe kanalizimeve të sigurta. Përfshirja e çështjeve të tilla shton shumë vlerën e shpenzimeve shëndetësore dhe si rrjedhim lë totalisht në hije çështjet më të zakonshme. Kështu, mund të kërkohet një kriter shtesë për të shmangur këtë dilemë. Një i tillë i cili është edhe praktik, është i pranuar gjerësisht, është që shpenzimet promovuese dhe parandaluese duhen përfshirë nëse synimi i tyre është të sjellë në një standard minimal të

pranueshëm, individ apo popullata me një defiçensë shëndetësore të identifikuar. Sikurse dhe për arsimin e trajnimin e stafit të kujdesit shëndetësor dhe kërkimet biomjekësore, kriteri kyç në veçimin e atyre shpenzimeve që duhen përfshirë është përsëri fakti nëse synimi parësor i tyre është përmirësimi i shëndetit. Sipas këtij arsytimi, arsimi i përgjithshëm, si i doemosdoshëm për një trajnim specific mjekësor apo paramjekësor, nuk duhet përfshirë. Gjithashtu, nuk duhen përfshirë as kërkime shëndetësore bazë në biologji, pasi nuk janë aq specifike për shëndetin saqë të justifikojnë përfshirjen.

## **Tema 6: Metodatat dhe instrumentat e vlerësimit ekonomik**

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

- *Instrumentat e krahasimit*
- *Studimet kosto-fitim.*
- *kosto efikasitet.*
- *kosto-debi.*

Specifikat dhe mangësitë që karakterizojnë tregun e shëndetit diktojnë metodat të cilat bëjnë të mundur sqarimin e vendimeve dhe përcaktojnë zgjedhjen që duhet bërë. Këto metoda e kanë pikënisjen nga disa të tjera të përdorura disa vite më parë dhe që njihen me emrin “racionalizimi i zgjedhjeve buxhetore” (RZB) në Francë dhe “planifikimi, racionalizimi dhe buxhetimi i sistemeve (PRB) në Amerikë. Për të vlerësuar një politikë shëndeti, një strategji të ndihmës mjekësore ose një program parandalimi, duhet të japësh mbi vlerën e tyre. Ky përkufizim është jo shumë i qartë, ndaj duhet përcaktuar mirë. Është e rëndësishme të njohësh se kush e bën gjykimin, si është marrë ky gjykim, cila është shkalla e vlerësimit që përdoret, domethënë cili është “instrumenti” që na lejon të krahasojmë një vendim me të tjerë të mundshëm. Ky instrument do të na mundësonte klasifikimin e vendimeve të mundshme në raport me njëri - tjetrin dhe ndonjëherë, edhe në shprehim ndonjë shkallë preference. Është e qartë se zgjidhja e instrumentit të krahasimit dhe e të gjitha politikave dhe strategjive që krahasohen do të kushtëzojnë rezultatin e këtij vlerësimi. Prandaj, duhet njohur se kush e zgjedh instrumentin dhe se si strategjitë alternative janë përgjedhur. Instrumente të krahasimit janë të shumta por ato të gjitha ngrihen mbi të njëjtin parim. Një sërë kriteresh përcaktohen për të përshkruar rrjedhojat e çdo strategjie që është në vlerësim. Këto kriteret zgjidhen në mënyrë që të jetë e mundur të klasifikosh në raport me secilin prej tyre rrjedhojat e strategjive që duam të krahasojmë.

### ***Problemet teknike që hasim gjatë përpilimit të procesit të vlerësimit.***

Problem parësor është ai i metodave të matjes. Si mund të përcaktohet shuma e shpenzimeve të duhura gjatë përdorimit të një strategjie të dhënë? A mund të përcaktohet duke u nisur nga një protokoll i ndihmës mjekësore teorike ose nga një studim i shpenzimeve të kryera mbi një grup pacientësh të zgjedhur me kujdes? Në këtë rast, a duhet të përdoret një shpenzim mesatar apo të bazohet në klasifikimin duke u nisur nga cilësitë e shpërndarjes statistikore të shpenzimeve? Në të njëjtën mënyrë, do të duhet të përcaktohet protokollit statistikor që do të çojë në përfundimin se probabiliteti i shërimit me një strategji të caktuar është më i madh se

ai i një strategjie tjetër. Zgjidhja e këtyre problemeve nuk është e thjeshtë, për këtë na vijnë në ndihmë metodat statistikore, kalkulimet e probabilitetit, epidemiologjia dhe ekonometria. Problem i dytë lidhet me transformimin (shndërrimin) e klasifikimeve të strategjive sipas çdo kriteri, në një klasifikim të vetëm dhe global që mundëson përcaktimin e strategjisë më të mirë (në funksion të procesit të vlerësimit të adaptuar paraprakisht). Ky problem quhet “agregati i preferencave”. Një ndër të parët që e studioi ishte markezi i Condorcet.

### ***Studimet kosto-fitim***

Studimet kosto-fitim kryhen për të realizuar lidhjet që kanë kostot e një veprimi mjekësor me rrjedhojat e tyre të shprehura në vlera monetare. Këto shpenzime përcaktojnë një nomenklaturë që i shpreh të gjitha kriteret në terma monetare. Për secilin nga këto kritere, llogaritet vlera absolute e diferencës midis modalitetit që afrohet strategjia që vlerësohet. Kostoja e strategjisë del duke mbledhur vlerat absolute të këtyre ndryshimeve (diferencave) për kriteret në rastin e të cilëve, situata e referimit parapëlqehet ndaj strategjisë në fjalë. Fitimi del duke mbledhur vlerat absolute të diferencave për kriteret në rastin e të cilëve strategjia në fjalë parapëlqehet ndaj situatës së referimit. Për t’u ilustruar marrim shembullin e mëposhtëm:

Duke vlerësuar dy strategji parandaluese të osteoporozës nëpërmjet një trajtimi hormonal (zevendësues) tek gruaja në menopauzë.

- Strategjia e parë konsiston në dhënien e grave, që nuk paraqesin ndonjë kundër-indikim, një trajtim hormonal përgjatë 15-viteve duke filluar nga moshja 50 vjeç.
- Strategjia e dytë ka të bëjë me dhënien e të njëjtit trajtim përgjatë gjithë jetës grave të moshës 50-vjeç e lart që nuk paraqesin ndonjë kundër-indikim.
- Situatë e referimit konsiston në faktin që nuk ndërmarrim asnjë veprim.

Vlerësimi bëhet nga organizmi që financon ndihmën mjekësore dhe kurën hormonale. Kriteret e sanksionuar janë:

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

Gjatë shembujve të ndryshëm për koston dhe fitimin për gjatë gjithë jetës del:

Kostoja = 1127

Fitimi = 905

Duhet të vendoset se cilat nga strategjitë do të pëlqejmë. Ne mund të zgjedhim një nga dy procedurat e qajtura agregate:

1. ***Agregati kosto-fitim absolut.*** Agregati kosto-fitim absolut konsiston në zgjedhjen e strategjisë që jep fitim më të lartë d.m.th.diferenca më e madhe midis fitimit dhe koston.
2. ***Agregati kosto-fitim relative.*** Në prespektivën e një agregati kosto-fitim relative, strategjia e trajtimit gjatë gjithë jetës parapëlqehet kësaj radhe ndaj strategjisë së trajtimit për 15 vjet.

Sado të përpikta, këto metoda llogaritjeje japin rezultate të kundërta duke e lënë vëzhguesin në mëdyshje. Në fakt, në ekonominë e shëndetit më shumë se në çdo vend tjetër, intesiteti paraqesin jo aq rezultatet” bruto”se sa vetë diskutimi i këtyre rezultateve në funksion të hipotezave që kanë qenë formuluar. Çdo konkluzion mund të vihet në pikëpyetje nga zbatimi i një metodologjie tjetër të bazuar në hipoteza të ndryshme.

### ***Studimet kosto-efikasitet***

Studimet kosto-efikasitet hedhin dritë mbi lidhjen që ekziston midis kostove të një veprimi mjekësor dhe rrjedhëve të tij të shprehura në njësi fizike. Në këto studime përdorim një procedurë agregati nomenklatura e të cilit përbëhet nga një kriter jomonetar (kriter i

efikasitetit) dhe nga disa kriteret, njesitë e të cilëve shprehen në sasi monetare. Kriteret monetare përfshihen në një kriter të vetëm, që është fitimi i strategjive në fjalë në raport me një strategji referencë. Çdo strategji e bashkëgjitet fitimi që sjell efikasitet në raport me situatën e referimit.

Ekzistojnë dy procedura për të ndihmuar të marrjen e një vendimi:

- *Agregati kosto-efikasitet i marrë mesatarisht.*
- *Agregati kosto-efikasitet marzhinal.*

Edhe njëra edhe tjetra strategji kanë të njëjtin objektiv atë të daljes në një situatë ku efikasiteti i të dy strategjive është i njëjtë dhe pastaj të krahasohen kostot e tyre respektive. Është e nevojshme të supozohet se për çdo strategji që fitimi është funksion i nivelit të efikasitetit të fituar.

Në *agregatin kosto-efikasitet mesatar* supozohet që ky funksion të jetë i tipit linear. Është pra, e mundshme llogaritja e fitimit të një njësie efikasiteti dhe strategjia do të jetë ajo strategji, fitimi i së cilës për një njësi efikasiteti do të jetë më i madh. Në rastet e shpeshta, ku kjo strategji nuk mund të përmbushet, mund të përdoret *agregati kosto-efikasitet marzhinal*. *Agregati kosto-efikasitet marzhinal* nxjerr vështirësi në vënien në përdorim, sepse ai supozon që fitimet dhe efikasitetet e të dy strategjive që krahasohen të jenë të përafërta. Nga ana tjetër, është e nevojshme të përcaktohet se për secilin nga të dy nivelet e efikasitetit do të kryhet klasifikimi i fitimeve, në nivelin e efikasitetit të strategjisë së parë apo të së dytës.

### ***Studimet kosto-dobi***

Studimet kosto - dobi nxjerrin në pah lidhjen midis kostove të një aksioni mjekësor me pasojat e tij të shprehura në variabël cilësor. Këto studime përdorin një nomenklaturë që përmban më shumë se një kriter monetar. Është rasti p.sh. kur kriterit i bashkëgjitet cilësina e jetës për këto vite të fituara. Është e nevojshme të bashkohen këto dy kriteret në një të vetëm. Le të përiqemi të ndërtojmë një funksion debie kardinal mbi çiftet “numri i viteve të jetës “dhe cilësia e jetës gjatë këtyre viteve. Ky funksion lejon p.sh. llogaritjen e nivelit të dobisë së 10 viteve jetë me një lëvizshmëri të kufizuar ose 5 viteve jetë me një lëvizshmëri mesatare. Mbase kemi ndërtuar funksionin e utilitetit, ndeshemi me të njëjtat probleme që hasen me *agregatin kosto-efikasitet*, nivelet e efikasitetit zëvendësohen vetëm me nivelet e utilitetit.

### ***Metoda ekonometrike***

Ekonometria është një mënyrë shkencore të vepruarit qëllimi i së cilës është identifikimi, shpjegimi dhe parashikimi i fenomeneve të natyrës ekonomike. Për këtë, ajo mbështetet në instrumente të formalizuara për të krijuar, matur, strukturuar dhe modelizuar informacionin që lidhet me këto fenomene. Të marrim disa shembuj për të ilustruar rëndësinë e kësaj metode. Konsumimi farmaceutik është një nga preukopimet e mëdha të organizatave të ngarkuar për financimin e tyre. Mirëpo lexohet shpesh në shtyp se në Shqipëri konsumohen shumë ilaçe. Kjo është e vërtetë, por duhet provuar dhe kjo s’është e thjeshtë.

Nëqoftëse duhen sjellë disa elemente njohëse që hedhin dritë mbi konsumimin e ilaçeve, do të duhet që në fillim të përcaktohet qartë se për çfarë po flitet. Vetëm me këtë kusht do të jetë i mundur përdorimi i metodës ekonometrike. Një ekonometrist duhet t’i njohë në mënyrë të saktë konceptet ekonomike me të cilat do të punojë dhe të dijë se në çmënyrë do t’i mund t’i llogaritë ato. Nuk ka shumë rëndësi nëse punohet me një koncept konsumimi farmaceutik tërësor. Në fakt, të ndjekësh evoluimin e këtij konsumimi në kohë, nuk paraqet ndonjë interes në qoftëse nuk e shpjegohet dhe nuk i bashkëgjiten koncepte efikasiteti terapeutik. Për këtë është e nevojshme të punosh për konsumim e në klasa farmaceutike apo në patologji.



## **Tema 8: Tregu shëndetësor dhe liberalizimi i tij**

### ***Kufizimet e zgjedhjes së konsumatorit***

Çështja për furnizimin me çdo të mirë apo shërbim nga kontraktuesit private individuale dhe firma është se konkurrenca del me çmime, shërbime dhe cilësi për të cilat konsumatori është i gatshëm të paguajë. Prodhuesit japin ato që konsumatori i gjykon të vlefshme për paratë e paguara. Të tjerë prodhues që janë më pak të sukseshëm në arritjen e kësaj, mund edhe të falementojnë. Pak shtete kanë ligje të cilat përcaktojnë se kasapët apo berberët duhet të kalojnë një ekzaminim dhe të rregjistrohen. Një berber që, sipas konsumatorëve afron një shërbim të mirë, mund të rritë çmimin. Një berber, shërbimet e të cilit, vlerësohen më pak të mira, nuk mund të tërheqë konsumatorët, sepse është i lire ose përndryshe do të falementojë. Pra tregu privat së fundi kontrollohet nga shitjet e konsumatorëve. Kjo deklarata shumë e thjeshtë për avantazhet për një sistem tregu privat të nevojave, sigurisht, modifikohet në shumë drejtime. Prodhuesit përpiqen që t'i bindin konsumatorët të dëshirojnë atë që më parë nuk e dëshironin ose të dëshirojnë më tepër. Ata, gjithashtu, përpiqen të eliminojnë konkurrencën duke zotëruar tregun. Për shumë lloj të mirash në praktikë ka pak furnitorë dhe këto nuk mund të konkurrojnë në të njëjtën mënyrë si një fermer i vogël, i cili i çon mallrat në tregun e fshatit dhe i shet me çmim më të mirë që mundet. Ky i fundit, me përkufizim është nga shumë fermerë që furnizon tregun. Klientët që blejnë klasën e mallrave që ai shet e dinë se çfarë po blejnë dhe fermeri nuk është në një pozitë që t'i bindë njerëzit që të duan mallrat e tij më tepër se mallrat e të tjerëve. Çmimi që ai vendos për mallrat e tij varet në atë çka duan konsumatorët dhe nga mallrat e tjerë konkurrues në treg. Nëse këto mallra janë të cilësisë së lartë ai do të kërkojë më shumë. Nëse janë cilësi e dobët, ai do të kërkojë më pak. Kjo ndodh sepse klientët e vlerësojnë cilësinë. Këtë e mësojnë nga ekperiencia nga ato që parapëlqejnë dhe kështu janë të gatshëm të paguajnë më tepër për t'i pasur. Është vlerësimi i një shtëpiake dhe jo ai i një shkencëtari, ai që përcakton se çfarë shpërblimi do të marrin fermerët nga një produkt i caktuar. Ky pasqyrim disi i idealizuar i tregut ushqimor të fshatit i zgjedhur për shkak të thjeshtësisë së tij të rrallë mund të përdoret për të nxjerrë 3 pika të rëndësishme, të cilat dallojnë tregun për shërbime mjekësore:

***Së pari***, kërkesa kryesore për të përdorur burimet mjekësore imponohet nga mjeku e jo nga konsumatori.

***Së dyti***, konsumatorët janë vetëm në një masë të vogël të aftë të vlerësojnë cilësinë e shërbimeve mjekësore që marrin.

***Së treti***, ndërkohë që konsumatorët shpesh i kërkojnë urgjentisht shërbimet mjekësore, ulet mundësia e tyre për të vëzhguar tregun dhe për të bërë një blerje më të mirë. Furnizimi I të mirave apo shërbimeve të pa tatuara do të sjellë normalisht një rritje të madhe në kërkesë dhe kështu ose do të kemi racionim ose krijim të radhës, e cila është vetëm një formë tjetër racioni. Përrjashtimet janë vetëm të mirat si ajri dhe uji, të cilat janë të bollshme, të paktën në pjesën më të madhe të botës ku ekonomistët punojnë. Por njerëzit nuk pijnë ujë aq sa munden, sepse ai është falas ose sepse pagesa është e njëjtë sado që ata të kenë pirë. Ata kanë mënyra të tjera për të kaluar kohën, dhe pirja e ujit përtej kufirit sjell pak dobi. Në të njëjtën kohë, njerëzit nuk duan me doemos që ta shpenzojnë kohën duke biseduar me mjekun rreth shëndetit të tyre dhe me çështje të tjera që lidhen me shëndetin. As nuk do të konsumojnë aq medikamente sa munden, vetëm pse ato janë falas. Ka shumë njerëz që vizitohen te mjeku shumë më tepër se sa e kërkon shëndeti dhe konsumojnë medikamente në sasi më të mëdha nga ç'nevojiten. Por ky ankth i tyre për shëndetin është në vetvete një problem mjekësor, megjithëse i vështirë për tu kuruar. Për më tepër, njerëzit presin më shumë, në krahasim me atë ç'ka kujdesi mjekësor mund t'u bëjë atyre. Ai nuk mund të riparojë "rrënimin" e kohës ose të kthejë prapa efektet e një jete me sjellje shkatërruese apo humbjeje.

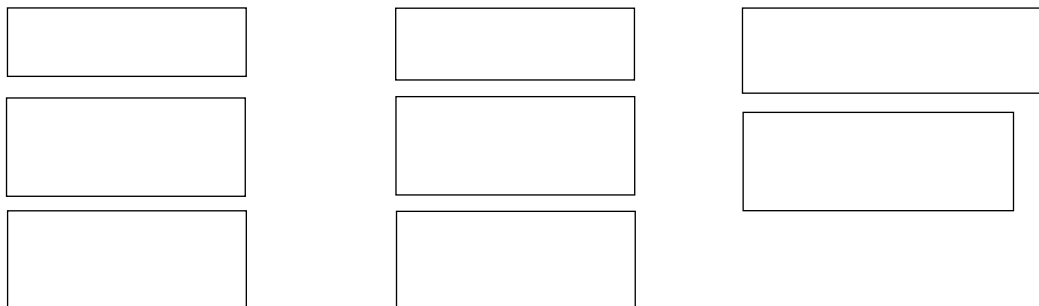
Megjithëse një mjek ose një dentist mund t'i kërkojë një pacienti që të vijë për një ekzaminim ose imunizim shëndetësorë, pacientët normalisht fillojnë përdorimin e medikamenteve si pasojë e presionit dhe këshillave të miqve dhe të afërmëve. Kjo nuk është e vërtetë për pacientë që sillen pa ndjenja në spital ose për pacientë që mbahen me detyrim në spitalet psikiatrike.

## **Tema 9: Sistemet shëndetësore në Bashkimin Europian**

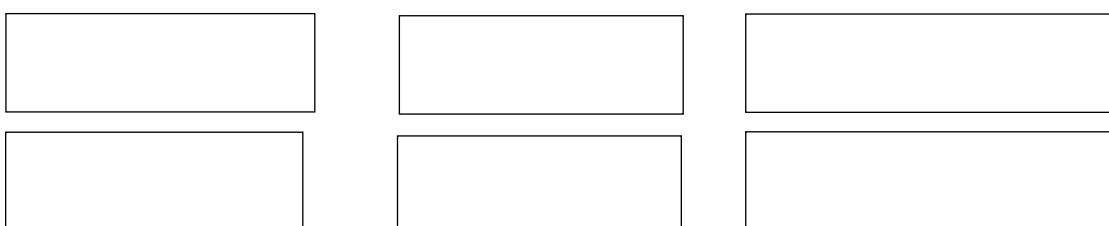
Meqenëse çdo popullsi synon të ketë një shëndet të mirë, çdo vend vendos një mënyrë organizimi për t'u përgjigjur kësaj kërkesë. Ky organizim koordinon veprimtarinë e profesioneve të shëndetësisë me atë të partnerëve të ndryshëm që kontribuojnë për financimin e shërbimeve mjekësore. Ky rregull kompleks, quhet sistem “shëndetësor” i shëndetit dhe duhet të provojë të pajtojë lirinë dhe solidaritetit. Pra, çdo vend ka organizuar sistemin e vet të shëndetit sipas punimeve të veta historike, politike e morale. Meqenëse asnjë organizim nuk mund të jetë i përsosur, një studim krahasues i sistemeve është i çmueshëm në kuadrin e studimit paraprak të ekonomisë së shëndetit. Ai lejon në fakt një qasje transversale ndaj problemeve, ç'ka kultivon shpirtin kritik, krahas vizionit të sistemit të vet. Për këtë arsye më poshtë jepet një paraqitje përshkruese e ngjeshur e sistemeve të shëndetit të dymbëdhjetë vendeve të Komunitetit Europian. Duke thjeshtësuar çështjet në maksimum, do të mund të thuhej se organizimi i një sistemi të shëndetit mund të përngjasojë me një lojë ndërtimi të tipit Lego që do të përbante katër kuti pjesësh. Do të quajmë “Ofertë për kujdesjesh” kutinë e parë. Ajo përmban një numër pjesësh që mund të kombinohen ndërmjet tyre dhe që paraqiten në figurat e mëposhtme:



Kutia e dytë është kutia “Financimi”. Edhe ajo përmban një numër pjesësh:



Kutia e tretë quhet “Kërkesë për ndihmë mjekësore”. Ajo përmban pjesët e mëposhtme.



Kutia e katërt dhe e fundit “Pjesët e lidhjes”, që lejojnë të lidhen pjesët e tri kutive të mëposhtme:

- Flukset e monedhës.
- Flukset e personave drejt ofertës së ndihmës mjekësore ose drejt strukturave të financimit.
- Flukset e infërmacionit.

Të ndërtosh një sistem shëndeti do të thotë të realizosh “montazh” me pjesët që përmban këto kuti. Ky “montazh” duhet të respektojë një numër kushtesh të caktuara nga shoqëria: kënaqja e nevojave, lehtësia e një numri sa më të madh njerëzish për të marrë ndihmë mjekësore, solidariteti, respektimi i ekuilibrave financiar, paanësia, rregullat etike etj. Pra, përcaktimi i një sistemi të shëndetit gjithmonë është një zgjidhje e shoqërisë.

### ***Sistemi shëndetësor Belg***

Sistemi shëndetësor belg, karakterizohet nga një sektor liberal dominues. Shërbimi i kujdesit ambulator, i përket tërësisht sektorit privat, kurse sektori spitalor, është i përzier. Spitalet publike dhe klinikat private ndryshojnë në pak gjëra, që kanë të bëjnë me mënyrën e menaxhimit dhe financimit. Konkurenca është e ashpër midis mjekëve të praktikave të përgjithshme, specialistëve dhe spitaleve. Në fakt në Belgjikë pacienti është i lirë të zgjedhë mjekun e tij, qoftë ky i përgjithshëm apo specialist, që do të thotë që pacienti do të shkojë direkt te specialisti. Shteti ndërhyt në këtë treg vetëm si rregullator nëpërmjet një zyre. Ky organizim ka dy detyra kryesore:

- E para ka të bëjë me shpërndarjen e fondeve të domosdoshëm për aktivitetet e këtyre shoqatave humanitare që mbulojnë rrezikun shëndetësor. Këto fonde mbledhen nga Zyra Kombëtare e Sigurimeve Shoqërore, nga rrogat dhe nga pundhënësit e tyre, nga të vetpunësuarit dhe nga shteti.
- E dyta ka për qëllim survejimin e marrëveshjeve që bëhen ndërmjet organizatave humanitare dhe profesionistëve të shëndetit.

Rregulli është ndryshe për spitalet, qofshin shtetërore apo private. Pacienti paguan një biletë me çmim të ulët dhe kostoja e shpenzimeve financohet nga shoqata ose shteti.

### ***Sistemi shëndetësor Britanik***

Më 1948 sistemi shëndetësor britanik mbështetej në Shërbimin Kombëtar Shëndetësor që zëvendësoi Sistemin Shoqëror të Sigurimeve që ishte themeluar pas vitit 1911. Ky organizim i ri mbështetej në parimet e mëposhtme:

- Shteti afron kujdesje falas për të gjithë personat që kanë nevojë.
- Autonomia respektohet për profesionistët mjekësor në nivel të lirisë së vendosjes, praktikat private publike ose të përziera.

Shërbimi Shëndetësor Kombëtar ka bërë reformë më 1974 dhe 1982. Financimi i këtij sistemi kryesisht sigurohet nga Shteti nëpërmjet drejtimit të taksave, bilanci, duke qenë në ngarkim të Fondit Kombëtar të Solidaritetit “ushqehet” nga kuotat e rrogave dhe ekonomia. Mjeku është i lirë të marrë pjesë në Shërbimin Shëndetësor Kombëtar ose jo. Në qoftëse vendos, ai bën një kontratë me këtë të fundit dhe specifikon tipin e kujdesit që ai do të japë, kohën që do të kushtojë Shërbimit Shëndetësor Kombëtar dhe pagesën e tij. Kjo përbëhet nga një kompesim bazë që mbulon shpenzimet fikse dhe nga shpërblime të ndryshme.

### ***Sistemi shëndetësor Danez***

Sistemi shëndetësor danez karakterizohet nga një sektor publik shumë i zhvilluar dhe nga mungesa e organizimit të Sigurimit Shoqëror. Shëndeti i popullsisë është çështje e shtetit dhe, në teori çdo njeri duhet të marrë kujdes kur ai ka nevojë pa shpërblyer nga ana e tij profesionistët e shëndetit.

Danimarka është e ndarë në 16 provinca që qeverisen nga këshillat rajonale të zgjedhura çdo 4 vjet. Këto province kanë në ngarkim programet e shëndetit që i përkasin popullatës dhe financimit të tyre duke filluar nga taksat që ato marrin. Për të zbuluar pabarazinë që rrjedhin nga diferencat demografike ose ekonomike të rajoneve, bëhet një rishpërndarje ndërmjet provincave. Çdo rajon ka spitalet e tij, një grupim të mjekëve të përgjithshëm, specialistë dhe infermierë që mund të shkojnë edhe në shtëpi. Medikamentet shpërndahen nga një rrjet dyqanesh në të gjithë vendin. Danezët kanë të drejtë të zgjedhin dy tipa të mbulesës shoqërore. Ata mund të zgjedhin të bëjnë pjesë në grupin e parë dhe të dytë. Nëse ato kanë zgjedhur grupin e parë, shpenzimet e tyre për shëndetin, medikamentet dhe disa proteza janë të gjitha falas. Nëse kanë zgjedhur grupin e dytë, ata janë pjesëmarrës pjesërisht në financim për kujdes kur ata kanë nevojë, por kanë liri zgjedhjeje për mjekun e tyre dhe mund të shkojnë drejtpërdrejt te specialist. Ekziston në Danimarkë një sektor i vogël i sigurimeve private aktiviteti i të cilit është i dobët. Ky sektor i përket kryesisht fushës të shpenzimeve që nuk janë plotësisht të marra në ngarkim nga shërbimi kombëtar.

### ***Sistemi shendetësor Spanjoll***

Sistemi shendetësor spanjoll është aktualisht në një zhvillim të plotë. Kjo bëhet sipas parimeve që përmbahen në 'ligjin e përgjithshëm të shëndetësisë të votuar në prill 1986. Ky ligj ka për objekt harmonizimin e sistemit shendetësor në nivel të kompetencave institucionale, burimeve të financimit dhe mënyrave të shpërndarjes së kujdesit. Në fakt, aktualisht, tri ministri kanë kompetenca mbi problemet shendetësore:

- Ministria e Shëndetësisë dhe e konsumit.
- Ministria e Edukimit (administrimi i spitaleve universitare).
- Ministria e Mbrojtjes.

Nganjëherë qeverisjet e provincave kanë kompetenca në sektorin psikiatrik dhe marrin në ngarkim personat pa përkrahje, ndërkohë që qeverisja vendore bashkiake ka në ngarkim programet e shëndetit publik dhe të parandalimit në nivel vendor. Sistemi shendetësor spanjoll karakterizohet nga ekzistenca e dy sektorëve: sektori publik dhe sektori privat. Sektori publik financohet nga ndërhyrja e sigurimit shoqëror që i merr mjetet e tij nga shteti (80%) nga rrogat dhe ndërmarrjet. Në këtë term, vetëm shteti nëpërmjet tërheqjes së taksave duhet të financojë sektorin publik.

### ***Sistemi shendetësor Francez***

Sistemi shendetësor francez provon parimet e liberalizimit dhe solidaritetit nëpërmjet sistemit shoqëror të financimit. Financimi i sistemit shendetësor sigurohet në pjesën më të madhe të tij nëpërmjet Sigurimit Shoqëror, organizëm privat i krijuar me 1945, por në realitet është pothuaj publik pasi drejtohet nga Ministria e Shëndetësisë. Marrin pjesë në financimin edhe shoqatat, shteti, vetëpunësimi dhe sigurimet private. Më 1987, sigurimet shoqërore mbulonin 74% të shëndetësisë, shoqatat 5.1%, shteti 1.4%, vetëpunësimi dhe sigurimet private 19.1%. Hyrjet (të ardhurat) e sigurimit shoqëror vijnë kryesisht nga punëdhënësit dhe të siguruarit dhe një pjesë të vogël (10%) nga subvencioni nga shteti. Lidhja me sistemin e Sigurimit Shoqëror është e detyrueshme dhe mbulon të gjithë popullatën franceze.

### ***Sëmundja, familja, pleqëria***

Nga pikëpamja financiare nuk janë të ndara. Dega e sëmundjeve mbulon rreziqet me të njëtin emër. Ajo përbëhet nga klasa të ndryshme që karakterizohen nga një aktivitet profesional i zyrave që i bashkohen rrogat, punëtor bujqësie, punëtorë të pavarur dhe artizanë, minatorë funksionarë etj. Shërbimet afrojnë një shërbim nga një arkë tek tjetra. Më përpara parimi i kompesimit të burimeve ndërmjet kasave është kapërcyer. Afrimi i kujdesit karakterizohet nga një bashkë ekzistencë e sektorit publik dhe e sektorit privat. Më 1988, 55% e mjekëve kishin

një aktivitet të pastër liberal. Shumica e mjekëve me rrogë punonin në spital dhe 70% ishin specialist. Dy mundësi u afrohen mjekëve të pranojnë një marrëveshje që përfshinë dy sektorë ose të refuzojnë atë:

- Pranimi i marrëveshjes së sektorit 1 vendos praktikën e honorarit fiks rregullisht të negociuar nga sendikatat me Sigurimet Shoqërore.
- Bashkimi me sektorin 2 lejon përfitimin e një të drejtë që i kalon honoraret e zakonshme.

Mjeku do të ketë atëherë në ngarkim të tij kontribute shoqërore shumë të larta dhe rimbursimi i kujdesit për klientin e tij do të llogaritet duke rritur honoraret në sektorin 1. Mjekët janë të lirë të zgjedhin vendin e tyre të punës dhe recetat e tyre. Më përpara numri i mjekëve ishte jashtëzakonisht i kontrolluar. Më 1990 sektori spitalor përbëhet nga spitale publike (1077 godina ku përfshihen 363115 shtretër, pa përfshirë vendet e shtrimit të pjesshëm dhe për trajtimin e personave të mëshuar dhe nga godina private (2390) godina që përfshijnë 195578 shtretër, pa përfshirë vendet e shtrimit pjesshëm dhe shtëpitë për trajtimin e moshave të thyera. Këto të fundit në spitale private pa pa qëllim fitimi dhe në spitale private me qëllim fitimi. Spitale private dhe publike i nënshtroheshin si rregull buxhetit global.

### ***Sistemi shëndetësor Grek***

Në vitin 1983, Greqia vendosi Shërbimin Kombëtar të Shëndetësisë. Deri në këtë kohë sistemi shëndetësor grek karakterizohej nga një ekstremitet ndryshimesh në tipat që afronin kujdes dhe mënyrat e mbulimit të shpenzimeve të shëndetit. Kjo ka çuar në një shpërdarje të ofrimit të kujdesit shumë të pabarabartë ndërmjet zonave urbane dhe rurale dhe një mbi prodhim të diplomave të mjekëve, një nënprodhim të diplomave të infermierëve dhe një çmim të rritur të hospitalizimit dhe medikamenteve. Një sektor publik i dobët ndeshet me një sektor privat të fortë. Financimi i shpenzimeve për shëndetin sigurohej atëherë nga tre burime:

- Shteti nga zhvillimi dhe funksionimi i spitaleve publike, si dhe nga programet e shëndetit publik;
- Arkat e Sigurimit Shoqëror janë rreth 380. Më të rëndësishmë janë INA (Arkat – sigurimi i punëtorëve dhe punëdhënësve privat), OGA (Arka e Bujqëve), si dhe Arka e funksionarëve. Nga popullata, që shlyen një pjesë të shpenzimeve të pambuluara nga sigurimet, si dhe nga integraliteti i tyre kur janë përdorur shërbimet e sektorit privat. Pas vitit 1983, u vendos Shërbimi Kombëtar i Shëndetit.

Në nivel institucional, është krijuar Komiteti Qëndror i Shëndetësisë, i cili është ngarkuar të këshillojë qeverinë mbi politikat kombëtare rajonale të shëndetësisë. Objektivi i kësaj reforme është të krijojë një sektor publik të fortë për të përmirësuar pabarazinë gjeografike dhe financiare të aksesit të kujdesit për popullatën greke. Reforma, aktualisht në zhvillim, propozon:

- Unifikimin e shërbimeve që merren nga shumë arkashërbimi të Sigurimit Shoqëror;
- Marrja nën kontroll e të gjithë sektorit spitalor;
- Krijimin e rrjetit të qendrave të shëndetit të kujdesit parësor. Në këto qendra do të punësohen mjekë me rrogë me kohë të plotë (dhe që nuk mund të ushtrojnë profesionin privat);
- Krijimin e një ndërmarrjeje farmaceutike që të prodhojnë antibiotikët kryesorë;

Ligji nuk ndalon:

- ✓ Krijimin e ndërmarrjeve private që afrojnë shërbime diagnostikimi që përdorin teknologji të lartë.
- ✓ Mjekësinë e lire.
- ✓ Prodhimin e barnave nga firmat private.
- ✓ Hapja e sektorit privat të sigurimeve.

Ligji lejon që arkat e Sigurimeve Shoqërore, pas autorizimit shtetëror, të kalojnë kontratat me klinikat dhe mjekët privat.

## **Tema 10: Mjedisi ideologjik në sektorin shëndetësor**

Mjedisi ideologjik orienton në të gjitha nivelet zhvillimin e sistemeve të shëndetit në botë duke kushtëzuar alternativat dhe vendimet publike. Megjithatë, ashtu sikurse çdo ideologji nuk munt të jetë një çelës magjik, asnjë lloj sistemi shëndeti nuk mund të jetë i përsosur. Kështu, shtrohen shumë problem të karakterit etik, nga të cilat kryesori është vetë koncepti i ekonomisë së shëndetit.

### ***Rëndësia e ideologjive në evoluimin e sistemeve të shëndetit***

Studimi i shkencave shoqërore dhe ekonomike ndihmon për të bërë krahasime pasi objekti i tij është kërkimi i të shpjeguarit se si shoqëritë e ndryshme kanë interpretuar dhe aplikuar organizimin e tyre. Interesi i tij është pra i përqëndruar në dallimet dhe diversitetet e këtyre shoqërive. Koncepti i ideologjisë mund të konsiderohet si tërësia e përfaqësimeve mendore që dalin në pah sapo njerëzit hyjnë në marrëdhënie me njëri tjetrin. Mitet, fetë, parimet etike, zakonet dhe programet politike janë ideologji, të para në këtë perspektivë. Por, popujt kanë përdorur gjithmonë ideologjinë pasi ata kanë pasur nevojë të pozicionohen në një përfaqësim kohor të botës, d.m.th. të propozojnë përgjigje për pyetjet që shtrojnë. Kështu, bëhet fjalë në një farë mënyre për një nevojë interpretimi të botës, një lloj çmimi për t'u paguar nga njerëzit për të ndërtuar të ardhmen e tyre në mes të pasigurive dhe konflikteve. Këto dallime të perceptimit të botës influencojnë kështu në mënyrë direkte mbi organizimin e shërbimeve të shëndetit. Në këtë perspektivë, përvijohet një konflikt midis popullsisë aktive dhe tërësisë së popullatave inaktive që synojnë të përfitojnë të njëjtat kushte jetese si edhe popullata aktive. Ky konflikt është i pranishëm në të gjitha luftërat shoqërore dhe ushqen një frikë kolektive në fusha të ndryshme:

- Fundi i kapitalizmit, nëse kërkesat e njerëzve joproduktive janë shumë të mëdha.
- Mospbesim ndaj popullsisë fatkeqe që mund të abuzojnë duke kërkuar shërbime që s'u takojnë.
- Tema e prishjes mjedisore, aq shumë e dashur për ekologjistët.

### ***Shoqëritë e quajtura “në zhvillim e sipër”***

Në bashkësitë primare, ideologjitë janë të bazuara në një pjesë të madhe në parimin e autoritetit (kryefamilari, kryeplaku apo kryetari i fisit). Zhvillimi i këtyre shoqërive është ngurtësuar pasi parimi i autoritetit ka të bëjë me riprodhimin e sjelljeve, dhe jo të prodhimit të diçkaje të re. Meqë e vërteta është thënë tashmë, përdoruesi konsiderohet si një kërcënim në intergritetin e grupit. Nocionet e sëmundjeve, por edhe të vdekjes, konsiderohen si të natyrshme dhe si të pashmangëshëm, çka shpjegon mundësinë e sistemit të vërtetë të shëndetit si dhe këmbënguljen e një mjekësie në të shumtën e rasteve soditëse. Përsa i përket organizimit shoqëror të shoqërive në zhvillim e sipër, të moshuarit kanë një funksion të rëndësishëm në trasmetimin e ideologjisë, ndërsa gratë shpesh nuk vlerësohen dhe merren kryesisht me detyrat e të ushqyerit. Të rinjtë, përkundrazi, konsiderohen si një forcë e vërtetë e grupit, sepse janë ata që kanë detyrën e riprodhimit të së shkuarës në një të tashme të përjetshme.

### ***Shoqëritë e quajtura “të zhvilluara”***

Bashkësitë e tipit perendimor janë zhvilluar sepse infrastrukturat ekonomike kanë qenë të bazuar gjithnjë në shkëmbime komplekse. Ideologjitë e ndryshme që vijnë njëra pas tjetrës

nuk ia kanë dalë asnjëherë mbanë të vendosin në shoqëri të tashmen e të përjetshmen dhe progresi konsiderohet më tepër si një premtim se sa një kërcënim. Kjo shpresë e një bote “më të mirë” ka lejuar mjekësinë të zhvillohet për të luftuar sëmundjet në vend që t’i pësojë ato. Në fakt, këto shoqëri nuk janë zhvilluar në mënyrë të rregullt. Ideologjia zyrtare, që nga momenti që ajo është e detyrueshme, i kompromenton vlerat njerëzore. Ashtu si në shoqëritë në zhvillim e sipër, nocionet e përsëritjes janë future, për të aplikuar në këtë rast në një shoqëri komplekse. Në këto rrethana totalitare sistemi shëndetësor është refleksi i ideologjisë dominuese:

- Programet e shëndetit që favorizojnë fëmijët janë të privileguara, pasi fëmija edukohet në mënyrë konservative dhe përfaqëson të ardhmen përsëritëse.
- Nocioni i familjes idealizohet dhe inserohet në nocionin e atdheut, ndërsa të gjitha sjelljet në kontraditë me politikën “nataliste” luftohen (lufta kundër abortit, apo kontracëpsionit).
- Personat e konsideruar të padëshirueshëm, si të moshuarit ose të sëmurët jo autonomë, nuk favorizohen pasi individit duhet të mbetet i dobishëm në grup.
- Personat në kontraditë me ideologjinë dominuese konsiderohen ose si të padëshirueshëm, ose si të sëmurë mendor.
- Profesionistët e shëndetit kalojnë në shërbim të shtetit dhe nuk i shërbejnë më individit.

Këto shembuj skematik ilustrojnë rolin themelor të historisë ideologjike të një bashkësie në zhvillimin e sistemit të tij shëndetësor. Aktualisht, në fakt, shoqërive demografike u bëhet apel të orientohen drejt një politike “sociale” të shëndetit. Sipas historisë së tyre shumë vende i menaxhojnë këto dy orientime sipas një përzierje “subtile”:

- Sistemi shëndetësor francez tenton të pajtojë një mjekësi liberale me një mbrojtje sociale të shtrirë.
- Sistemi shëndetësor anglez lejon bashkëjetesën e një sistemi tërësisht social pranë një sistemi tërësisht liberal.
- Sistemi amerikan u rezervon mbrojtjen e tij sociale publike vetëm të moshuarve dhe personave pa trashëgimi.

Megjithatë, të gjitha këto sisteme njohin vështësi të mëdha ekonomike me progresionin constant të shpenzimeve të tyre për shëndetin. Ata janë kështu të detyruar të bëjnë gjithnjë zgjedhje dhe të privilegjojnë në mënyrë direkte ose indirekte një kategori të caktuar të popullsisë në kurriz të një tjetre, gjë që në fushën e shëndetit shkakton problem të rënda të karakterit etik.

## **Tema 11: Vlerësime të përgjithshme mbi shëndetin**

### **Koncepti i shëndetit**

Shëndeti është një aspekt shumë i rëndësishëm i jetës njerëzore. Madje, në mënyrë disi filozofike, shpeshherë njerëzit i referohen konceptit të shëndetit si “një qëllim më vete i ekzistencës. Sidoqoftë, gjatë jetës së përditshme njerëzit i referohen herë pas here një apo disa komponentëve të shëndetit të tyre në situata dhe në kontekste të ndryshme, duke e konsideruar shëndetin si kapitalin më të çmuar në jetë.

### ***Këndvështrimi bio-mjekësor mbi shëndetin***

Kufizimi i termit bio-mjekësor qëndron në faktin se, shëndeti konsiderohet si “negativ” i sëmundjes, ndërkohë që shumë autorë argumentojnë se shëndeti është shumë më tepër se kaq. Pra, koncepti i sëmundjes si “fenomeni i kundërt i shëndetit” është shumë i cunguar. Nga ky këndvështrim, probleme të tilla si, varfëria apo pa drejtësia sociale duhen marrë parasysh në konsideratë sa herë që i referohemi të “kundërtës së shëndetit”.

### ***Përkufizimi i shëndetit nga Organizata Botërore e Shëndetësisë***

Siç u përmend më lart, sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë shëndeti është: ***“Gjendja e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore dhe jo thjesht mungesa e sëmundjeve apo e pa fuqisë fizike të organizmit”***. Siç shihet, përkufizimi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë përfshin jo vetëm sferën e mirëqenies fizike, por edhe atë mendore dhe shoqërore, në ndryshim nga këndvështrimi bio-mjekësor i cili fokusohet vetëm në aspektin fizik të shëndetit. Ky përkufizim (deri diku) gjithë-përfshirës i shëndetit ka, megjithatë, shumë kufizime të cilat, në njëfarë mënyre, janë të kundërtat e modelit bio-mjekësor. Së pari, një gjendje mirëqenieje të plotë është një koncept shumë ideal për t’u realizuar në praktikë. Kjo do të thotë se, sipas këtij koncepti, vështirë se mund të gjenden në popullatë individë plotësisht të shëndetshëm. Nga ana tjetër, edhe nëse për një moment pranohet se një gjendje e tillë ideale ekziston, atëherë në më të mirën e rasteve kjo gjendje do t’i referohej thujse ekskluzivisht subjekteve 20-30 vjeçarë të privuar nga çdo sëmundje, në kulmin e energjive dhe të aktivitetit të tyre fizik, si dhe me kushte të kënaqshme socio-ekonomike. Mirëpo, me kalimin e viteve, thjesht si rezultat i moshimit njerëzit do të “devijonin” gradualisht nga kjo gjendje ideale. Nga kjo, intuitivisht mund të konkludohet se, përfundimi i një gjendjeje mirëqenieje të plotë sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë do t’i referohej, në rastin më të mirë, vetëm subjekteve me moshë të re. Pra, sipas këtij këndvështrimi, shëndeti i plotë është një nocion i lidhur pa zgjidhshmërisht me moshën “ideale” të individit, çka e bën atë një fenomen shumë të pa qëndrueshëm dhe tejet kalimtar për jetën e njeriut. Në fakt, një konotacion i tillë i përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë do të ishte i gabuar, sepse shumë individë në moshë të mesme madje edhe në moshë të thyer mund të gëzojnë një gjendje mirëqenieje të kënaqshme fizike, mendore dhe shoqërore. Madje, shumë autorë argumentojnë se, mirëqenia mendore, shoqërore, shpirtërore dhe emocionale në shumë raste “akumulohen” dhe përmirësohen me kalimin e viteve. Prandaj, duket e gabuar që të konkludohet se, mirëqenia e plotë fizike në moshë të re mund të jetë e pa krahasueshme me mirëqenien psiko-emocionale, mendore dhe shpirtërore të “maturuar” në vite. Kështu që, një mesazh i tillë i Organizatës Botërore të Shëndetësisë sipas të cilit, “është e vështirë të gëzosh shëndet të plotë në moshë të thyer”, do të ishte shumë deprimues për individët e moshës së tretë. Një kritikë e fundit e përkufizimit të shëndetit nga Organizata Botërore e Shëndetësisë do të ishte shpërfillja e aspekteve shpirtërore dhe emocionale, si dy dimensione shumë të rëndësishme të mirëqenies së plotë të individit. Shumë autorë argumentojnë se, mos konsiderimi i këtyre dy faktorëve përbën një cungim thelbësor të përkufizimit të shëndetit si gjendje “ideale” apo “mirëqenieje e plotë” e organizmit. Koncepti i shëndetit si “funksionim normal i organizmit” kundërt konceptit të shëndetit si “mirëqenie e organizmit”. Ndërlidhja mes këtyre dy koncepteve mbi shëndetin ka qenë dhe vazhdon të mbetet objekt i një debati të gjerë në literaturën mbarë botërore në këtë fushë. Në njëfarë mënyre, funksionimi normal i organizmit i përafrohet shumë ndjesisë apo perceptimit të “mirëqenies”. Një subjekt, organizmi i të cilit funksionon normalisht, në një sens socio-biologjik mund të konsiderohet si i privuar nga çdo sëmundje, çka është edhe një parakusht themelor për mirëqenien e individit. Ky këndvështrim tenton, në njëfarë mënyre, që të përafrojë dy përkufizimet e parashtruara më lart mbi shëndetin. Mirëpo, disa autorë, duke konsideruar problemin e raportit të shëndetit me mirëqenien, shtrojnë pyetjen: “A është mirëqenia pjesë përbërëse e konceptit mbi shëndetin, apo mos vallë ajo (mirëqenia) është një koncept deri diku i ngjashëm, por megjithatë i ndryshëm nga shëndeti”? Ky është një problem shumë i rëndësishëm, sidomos për objektin e punës dhe sferën e aktiviteteve në fushën e promovimit shëndetësor. Kështu, Downie (1990) pretendon që: “Koncepti i ‘shëndetit’ dhe ai i ‘mirëqenies’ kanë mbivendosje dhe janë të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin; megjithatë, këto dy koncepte janë të ndryshëm dhe nuk mund të integrohen kurrsesi në një



koncept të vetëm”. Kjo ide, sa interesante aq edhe spekulative, e mbështetur edhe nga autorë të tjerë, argumentohet mbi bazat e mëposhtme:

- Së pari, koncepti i shëndetit si “mungesë e sëmundjes” dhe, nga ana tjetër, koncepti i shëndetit si “gjendje mirëqenieje të plotë” nuk mund të shihen si dy pole të kundërta në një shkallë lineare.

Më lart u përmendën dy shembuj:

- rrethanat ku një pacient me sklerozë multipleks mund të gëzojë një sens mirëqenieje të plotë mendore, psiko-emcionale dhe shpirtërore;
- rrethanat ku subjekte “jo të sëmurë” mund të mos gëzojnë megjithatë mirëqenie mendore dhe/ose shoqërore si rezultat i problemeve të mprehta socio-ekonomike, shpirtërore, apo psiko-emocionale.

Këto dy shembuj sugjerojnë faktin se, në një shkallë lineare, mungesa e sëmundjes dhe mirëqenia mund të mos jenë dy komponentë të të njëjtit koncept.

- Nga ana tjetër, nëse shëndeti nuk konsiderohet si një “shkallë lineare”, por “multi dimensionale”, atëherë “mungesa e sëmundjes” dhe “mirëqenia” mund të unifikohen në konceptin e “shëndetit”.

Ndryshimi thelbësor i këndvështrimit “shumë përmasor” të shëndetit kundrejt atij “drejtvizor” konsiston në faktin e konceptimit të shëndetit si një fenomen shumë faktorial, d.m.th. si një gjendje e organizmit e influencuar jo vetëm nga prania ose, mungesa e sëmundjes, por edhe nga prania ose mungesa e një sensi mirëqenieje mendore, psiko-emocionale, shpirtërore dhe shoqërore. Sipas këtij këndvështrimi, gjendja shëndetësore për një individ të dhënë në një moment kohor të caktuar do të përfaqësonte “shumatoren” e të gjithë dimensioneve apo komponentëve të parashtruar më lart. Vetëm në këtë mënyrë do të mund të shpjegohej “paradoksi” i perceptimit si “i shëndetshëm” i një individi me sklerozë multipleks dhe, nga ana tjetër, perceptimi si “jo i shëndetshëm” i një individi jo të sëmurë fizikisht, por “jo të mirëqenë” psiko-emocionalisht ose jo të realizuar në jetë. Kështu, një person mund të ketë një shkallë të caktuar “shëndeti” dhe “sëmundjeje” në të njëjtën kohë, duke qenë ose jo “fizikisht i sëmurë”. Mirëpo, nëse mungesa e sëmundjes dhe mirëqenia shihen si dy pole të kundërt në një shkallë drejtvizore, kjo përjasje nuk do të ishte e mundur për faktin se, për të gëzuar një gjendje “mirëqenieje” subjekti duhet të jetë patjetër i privuar nga çdo sëmundje. Nga ana tjetër, nëse pranohet fakti se shëndeti është një koncept shumë dimensional, atëherë sëmundja dhe mirëqenia e individit mund të “bashkëjetojnë” përgjatë dimensioneve të ndryshme të shëndetit fizik, mendor, shpirtëror, psiko-emocional dhe shoqëror.

- Arsyeja e dytë sipas së cilës shëndeti dhe mirëqenia janë të ndër-lidhura por megjithatë dy koncepte të ndryshme nga njëri tjetri, argumentohet me faktin se, mirëqenia e individit është një koncept më shumë i lidhur me dimensione të tilla si “kënaqësia”, “gëzimi”, apo “lumturia” sesa i lidhur me shëndetin e tij.

Prandaj edhe sipas këtij këndvështrimi, përftimi i një mirëqenieje të plotë shpirtërore, psiko-emocionale dhe shoqërore duhet të jetë objekt i punës jo vetëm të sektorit të shëndetësisë, por i të gjithë sektorëve të tjerë të shoqërisë, duke përfshirë sferën e edukimit, transportit, ekonomisë dhe bujqësisë.

### ***Shëndeti si koncept “tërësor”***

Sipas këtij këndvështrimi, shëndeti konsiderohet si koncept “tërësor” duke i u referuar shumë elementëve si: “tërësisë së individëve” të një shoqërie, “tërësisë së komuniteteve”, “tërësisë së dimensioneve të shëndetit”, apo “tërësisë së faktorëve përcaktues të shëndetit”. Kështu, sipas këtij koncepti, “trupit”, “mendja”, “shpirti” dhe “emocionet” ndërveprojnë dhe funksionojnë si “një e tërë”. Gjithashtu, në këtë konceptim të shëndetit, theksohet edhe ndërvarësia (marrëdhëniet reciproke) mes individëve me njëri-tjetrin. Një vëmendje e veçantë i

kushtohet të gjithë dimensioneve të shëndetit dhe të gjithë faktorëve përcaktues të shëndetit në mënyrë të tillë që, shëndeti fizik dhe ai mendor konsiderohen njëloj të “çmuar”. Koncepti “tërësor” i shëndetit përshkohet nga një filozofi e unitetit mes dimensioneve dhe aspekteve të ndryshme që përcaktojnë shëndetin e individit në veçanti, dhe të popullatës në tërësi. Sipas këtij konceptimi, fokusi përqëndrohet në karakterin sinergjik të shëndetit, individit dhe shoqërisë, ku të gjithë elementët përbërës ndërveprojnë në mënyrë sinergjike duke përfutur një “tërësi” që është më e madhe sesa shuma e të gjithë elementëve përbërës. Prandaj, këndvështrimi “tërësor” i shëndetit është shumë i rëndësishëm përse i takon evokimit të karakterit ndërveprues të të gjithë komponentëve të shëndetit, individëve, shoqërisë dhe botës në tërësi. Kjo përjasje “tërësore” ndaj shëndetit është përfaqëuar nga shumë shkolla perëndimore gjatë këtyre dekadave të fundit. Kështu, njerëzit po bëhen gjithnjë e më të ndërgjegjshëm për lidhjen e ndërsjellë mes “trupit” dhe “mendjes” mbi çështjet e lidhura me shëndetin. Koncepti “tërësor” mbi shëndetin aludon gjithashtu për një ekuilibër mes të gjitha pjesëve përbërëse të shëndetit. Nga kjo pikëpamje, “ekuilibri” i këtyre komponentëve, sipas shumë autorëve, është edhe thelbi i shëndetit. Koncepti “tërësor” i shëndetit është i një rëndësie vendimtare për një shoqëri që pretendon të jetë progresive. Kështu, preokupimi i një shoqërie vetëm për sëmundje të karakterit fizik do të ishte shumë defektoz dhe i njëanshëm. Të gjitha shoqëritë në mbarë botën deri në dekadat e fundit, vunë theksin në trajtimin e sëmundjeve pas shfaqjes së tyre dhe/ose mënjanimin të faktorëve “klasikë” të rrezikut. Vitet e fundit, gjithnjë e më shumë po i mëshohet studimit të faktorëve të tjerë përcaktues të shëndetit, përfshi nivelin e edukimit, të ardhurat materiale, strehimin, apo punësimin.

## **Tema 12: Konceptet dhe parimet e përgjithshme të shëndetit publik**

### ***Shëndeti si koncept “tërësor”***

Sipas këtij këndvështrimi, shëndeti konsiderohet si koncept “tërësor” duke j’u referuar shumë elementëve si: “tërësisë së individëve” të një shoqërie, “tërësisë së komuniteteve”, “tërësisë së dimensioneve të shëndetit”, apo “tërësisë së faktorëve përcaktues të shëndetit”. Kështu, sipas këtij koncepti, “trupi”, “mendja”, “shpirti” dhe “emocionet” ndër-veprojnë dhe funksionojnë si “një e tërë”. Gjithashtu, në këtë konceptim të shëndetit, theksohet edhe ndërvarësia (marrëdhëniet reciproke) mes individëve me njëri-tjetrin. Një vëmendje e veçantë i kushtohet të gjithë dimensioneve të shëndetit dhe të gjithë faktorëve përcaktues të shëndetit në mënyrë të tillë që, shëndeti fizik dhe ai mendor konsiderohen njëloj të “çmuar”. Koncepti “tërësor” i shëndetit përshkohet nga një filozofi e unitetit mes dimensioneve dhe aspekteve të ndryshme që përcaktojnë shëndetin e individit në veçanti, dhe të popullatës në tërësi. Sipas këtij konceptimi, fokusi qendror përqëndrohet në karakterin sinergjik të shëndetit, individit dhe shoqërisë, ku të gjithë elementët përbërës ndër-veprojnë në mënyrë sinergjike duke përfutur një “tërësi” që është më e madhe sesa shuma e të gjithë elementëve përbërës. Prandaj, këndvështrimi “tërësor” i shëndetit është shumë i rëndësishëm përse i takon evokimit të karakterit ndër-veprues të të gjithë komponentëve të shëndetit, individëve, shoqërisë, dhe botës në tërësi. Kjo përjasje “tërësore” ndaj shëndetit është përfaqëuar nga shumë shkolla Perëndimore gjatë këtyre dekadave të fundit. Kështu, njerëzit po bëhen gjithnjë e më të ndërgjegjshëm për lidhjen e ndërsjellë mes “trupit” dhe “mendjes” mbi çështjet e lidhura me shëndetin. Koncepti “tërësor” i shëndetit është i një rëndësie vendimtare për një shoqëri që pretendon të jetë progresive. Kështu, preokupimi i një shoqërie vetëm për sëmundje të karakterit fizik do të ishte shumë defektoz dhe i njëanshëm. Ky ka qenë rasti i pothuajse të gjitha shoqërive në mbarë botën deri në dekadat e fundit, ku theksi i vihej vetëm trajtimin të sëmundjeve pas shfaqjes së tyre dhe/ose mënjanimin të faktorëve “klasikë” të rrezikut (p.sh. ndotjes mjedisore, apo përmirësimit të kushteve higjieno-sanitare). Vitet e

fundit, gjithnjë e më shumë po i mësohet studimit të faktorëve të tjerë përcaktues të shëndetit, përfshi nivelin e edukimit, të ardhurat materiale, strehimin, apo punësimin.

### ***Përkufizimi i shëndetit publik***

Përherë e më shumë, edhe në Shqipëri, tashmë, po “zë vend” termi shëndet publik. Madje, në mesin e viteve 1990, të gjitha institucionet që zhvillojnë aktivitetet në këtë fushë e ndryshuan emërtimin në përputhje me këtë terminologji të “re”. Kështu, Instituti i Higjienës dhe i Epidemiologjisë u riemërtua “Instituti i Shëndetit Publik”, Drejtoritë e Higjienës dhe të Epidemiologjisë në Tiranë dhe në rrethe tashmë quhen “Drejtori të Shëndetit Publik”, ashtu sikurse ish-Katedra e Higjienës pranë Fakultetit të Mjekësisë në Tiranë emërtohet “Departamenti i Shëndetit Publik”. Duke lënë mënjanë terminologjinë, në mënyrë të natyrshme lind nevoja e përkufizimit të shëndetit publik. Prandaj, më poshtë paraqiten në mënyrë sintetike disa përkufizime “madhore” të shëndetit publik, që nga zanafilla e përpjekjeve për artikullimin shkencor të këtij koncepti në fillimin e shekullit të 20-të. Kështu, në vitin 1920, Winslow EE formuloi këtë përkufizim për shëndetin publik: “Shëndeti publik është shkenca dhe arti i parandalimit të sëmundjes, zgjatjes së jetës dhe promovimit të shëndetit fizik nëpërmjet përpjekjeve të organizuara të shoqërisë për pastrimin e mjedisit, parandalimin e sëmundjeve infektive, edukimin shëndetësor të popullatës, organizimin e shërbimeve shëndetësore për parandalimin, diagnostikimin e hershëm dhe trajtimin e sëmundjeve, si dhe zhvillimin e një ‘makinerie’ shoqërore për t’i mundësuar çdo individ të popullatës një standard jetese të përshtatshëm për të gëzuar një shëndet të plotë. Shëndeti publik, pra, është organizimi i të gjithë këtyre shërbimeve në mënyrë të tillë që çdo individ të gëzojë të drejtën themelore të të qenit i shëndetshëm dhe të të jetuarit sa më gjatë”. Vlen të theksohet se, ndonëse rreth 70 vjet më vonë nga ky përkufizim i dhënë nga Wislow, Organizata Botërore e Shëndetësisë në vitin 1998 nuk duket se bën ndonjë “hov” të madh cilësor në përkufizimin e saj mbi shëndetin publik: “Shëndeti publik është një veprimtari shoqërore dhe politike me qëllim përmirësimin e shëndetit, zgjatjen e jetës, si dhe përmirësimin e cilësisë së jetës të të gjithë popullatës përmes aktiviteteve të promovimit shëndetësor, parandalimit të sëmundjeve, si dhe të gjithë shërbimeve të tjera shëndetësore”. Siç shprehet qartë në të dy përkufizimet, thelbi i shëndetit publik qëndron në përfaqësimin komunitar, në ndryshim nga mjekësia klinike ku fokusi kryesor përqendrohet në individë të veçantë. Ky argument eksplorohet më në detaje në rubrikën e mëposhtme.

Disa nga ndryshimet mes “shëndetit publik” dhe “mjekësisë” paraqiten si më poshtë:

#### **Shëndeti publik**

- Fokusi kryesor në popullatë.
- Theksi në promovimin shëndetësor dhe parandalimin e sëmundjeve.
- Inicianitiva në shëndetin publik është e specialisteve.
- Marrëdhënia specialist-popullatë është shtetërore demonstronhet "forca" e shtetit.
- Marrëdhënia specialist-popullatë është e pranishme gjatë gjithë kohës dhe me të gjithë
- Përfaqësim multi-sektoriale.

#### **Mjekësia**

- Fokusi kryesor në individë të veçantë.
- Theksi në diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve.
- Në mjekësi iniciativa është e pacientit.
- Marrëdhënia mjek-pacient është private demonstronhet aftësia e mjekut.
- Marrëdhënia mjek-pacient është marrëdhënie e kufizuar, d.m.th. në një kohë të caktuar dhe vetëm me pacientin.
- Mbështetje vetëm në sistemin e shërbimeve shëndetësore.

### ***Një “historik” i shkurtër i shëndetit publik***

Historia “moderne” e shëndetit publik, i ka fillesat diku nga mesi i shekullit të 19-të me përpjekjet dhe veprimtaritë e organizuara për përmirësimin e kushteve higjieno-sanitare, përmirësimin e kushteve të banimit dhe punësimit, me synim kryesor parandalimin e zhvillimit të sëmundjeve infektive. Veprimtari të tilla u ndërmorrën në shumicën e vendeve të zhvilluara të asaj kohe, por veçanërisht impresionuese ishin zhvillimet në fushën e shëndetit publik në SHBA dhe në Angli. Kështu, në Anglinë e epokës Viktoriane (gjysma e dytë e shekullit të 19të) disiplinat e shëndetit publik morën një hov të spikatur duke manifestuar një karakter të dukshëm “veprues” dhe me efikasitet të lartë. Sipas kronikave të kohës, në të gjithë Anglinë, por sidomos në Londër, u vu re një lulëzim i ndjeshëm i programeve dhe aktiviteteve në fushën e shëndetit publik. Zyra e Përgjithshme e Regjistrimit u themelua në vitin 1836, kohë në të cilën Parlamenti Anglez vendosi krijimin e një zyre qendrore për regjistrimin e lindjeve, vdekjeve, dhe martesave. Kjo zyrë mori një zhvillim të vrullshëm nën drejtimin e Eëlliam Farr-it i cili e zhvendosi ndjeshëm fokusin e punës së këtij institucioni drejt shëndetit publik. Nëpërmjet informacionit rreth treguesve shëndetësorë të popullatës u mundësuan veprime konkrete për përmirësimin e situatës epidemiologjike. Në vitin 1849, John Snow vëzhgoi se nivelet e kolerës ishin veçanërisht të larta në ato zona të Londrës që furnizoheshin me ujë nga kompanitë Lambeth dhe Southëark & Vauxhall, ku që të dyja e merrnin ujin nga lumi Tamiz në një vendndodhje shumë të ndotur nga shkarkimet e ujërave të zeza. Në vitin 1854, kur ndodhi një tjetër epidemi e madhe kolere, një zonë prej afro dy të tretave të popullsisë së atëhershme të Londrës në Jug të Tamizit e merrte ujin nga dy kompanitë e përmendura më lart. Snoë përftoi të dhënat e nevojshme nga zyra e Eëlliam Farr-it dhe, pas një vëzhgimi të kujdesshëm, konkludoi se ekzistonte një “helm” kolere që transmetohej nëpërmjet ujit. Arritja e shkëlqyer e John Snow-t u bazua në logjikën organizuese të të dhënave, në vëzhgimin sistematik, si dhe në përqasjen sasiore në analizën e sëmundshmërisë së popullatës së Londrës. Ndikimi i publikimit të Snow-t ishte shumë më i madh nga sa çfarë u mendua fillimisht. Ky publikim çoi në filtrimin e detyrueshëm të ujit nga të gjitha kompanitë në vitin 1857, pra vetëm dy vjet pas publikimit të eksperiencës së kolerës në Londër. Megjithëse shkaktari i kësaj sëmundjeje u zbulua më vonë (në vitin 1883 nga Robert Koch), shembulli i John Snow-t është një mishërim i shkëlqyer i misionit final të Epidemiologjisë, si disiplina bazë e shëndetit publik: ndërmarrjes së masave parandaluese për përmirësimin e shëndetit të popullatës edhe në mungesë të evidencës shkencore përfundimtare të shkaktarëve të sëmundjeve. Zhvillimet e mëvonshme në fushën e shëndetit publik i referohen revolucionit bakteriologjik që kulmoi rreth fund-shekullit të 19-të. Sipas këndvështrimit bakteriologjik, shkaktarët e sëmundjeve lidheshin me praninë e bakterieve; ky nocion shënoi një kthesë shumë të rëndësishme pasi, për herë të parë, u dhanë shpjegime shkencore të etiologjisë së sëmundjeve duke mundësuar në këtë mënyrë ndërhyrje racionale në shëndet publik. Megjithatë, revolucionin bakteriologjik shënoi edhe një sfidë të madhe për shëndetin publik. Kështu, me njohjen e shkaktarëve të sëmundjeve, sfida më e madhe epidemiologjike kishte tani të bënte me mënyrën e përhapjes së sëmundjeve në popullatë. Në fund-shekullin e 19të dhe në fillimin e shekullit të 20-të, epidemiologët u përpoqën të shpjegonin përhapjen e sëmundjeve nëpërmjet identifikimit të personave të parë të sëmurë, me shpresën që të arrinin në burimin e vërtetë të përhapjes së sëmundjes në popullatë.

### **Shëndeti publik i “ri” kundrejt shëndetit publik të “vjetër”**

Historiku i shkurtër i parashtruar më lart i korrespondon asaj çka shumë autorë sot e konsiderojnë si shëndet publik të “vjetër” apo, shëndet publik “tradicionial”. Gjatë 2-3 dekadave të fundit të shekullit të 20<sup>të</sup>, fokusi i shëndetit publik u zgjerua shumë duke përfshirë, përveç objektit tradicional të punës, edhe shumë aktivitete të tjera. Në këtë mënyrë, u artikulua edhe një “mision” i ri i shëndetit publik. Ndryshimet në objektin e punës të

shëndetit publik të “ri” dhe atij “tradicional” sintetizohen më poshtë (burimi: Tulchinsky TH dhe Varavikova E, 2000):

“Shëndeti publik i ‘vjetër’ konsiston në pastrimin e mjediseve të ndotura, përmirësimin e kushteve higjieno-sanitare, sigurinë ushqimore, përmirësimin e cilësisë së ajrit, dezinfektimin e ujit të pijshëm, zhdëmtimin e plehrave të lëngëta dhe të ngurta, si dhe në ‘asgjësimin’ e mbeturinave toksike. Nga ana tjetër, shëndeti publik i ‘ri’ konsiston në sintezën e shëndetit publik tradicional me menaxhimin dhe administrimin e shërbimeve shëndetësore në nivel individual dhe komunitar sipas një përqsasjeje ‘holistike’ (tërësore)”.

Nga ana tjetër, Frenk (1993) ka dhënë përkufizimin e mëposhtëm për shëndetin publik të “ri”:

“Shëndeti publik i ‘ri’ adreson përpjekjet sistematike për identifikimin e nevojave shëndetësore dhe organizimin e integruar të shërbimeve shëndetësore në një popullatë të caktuar. Në këtë mënyrë, aktivitetet në fushën e shëndetit publik të ‘ri’ përfshijnë procesin e mbledhjes së informacionit të nevojshëm për karakterizimin e gjendjes shëndetësore të popullatës dhe mobilizimin e burimeve ekzistuese për përmirësimin e treguesve shëndetësorë. Nga kjo pikëpamje, esenca e shëndetit publik është shëndeti i popullatës në tërësi, prandaj aktivitetet në këtë fushë përfshijnë përgatitjen dhe organizimin e personelit dhe të qendrave shëndetësore për t’i ofruar popullatës të gjitha shërbimet shëndetësore të nevojshme për promovimin shëndetësor, parandalimin e sëmundjeve, diagnozën dhe trajtimin e sëmundjeve, si dhe rehabilitimin fizik, mendor dhe social”.

Aktivitetet e shëndetit publik justifikohen nga parimet e mëposhtme, të pranuar gjerësisht dhe të reflektuara në të gjitha politikat publike:

- Shëndeti është një e drejtë njerëzore fundamentale.
- Shëndeti është një “e mirë publike”.
- Qeveritë e kanë për detyrë të garantojnë shëndetin e popullatës.
- Shëndeti duhet të konsiderohet si një qëllim i rëndësishëm shoqëror nga të gjithë individët, sektorët dhe institucionet e një vendi.
- Shëndeti i popullatës mund të përmirësohet vetëm nëpërmjet përpjekjeve të përbashkëta të komunitetit dhe të gjithë sektorëve të shoqërisë në bashkëpunim të ngushtë me qeverinë.

Dokumenti “Makro-ekonomia dhe Shëndeti’ investim në shëndetësi për zhvillim ekonomik” (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 2001) ofron në mënyrë sintetike të njëjtin argument, të servirur në një mënyrë pak më racionale duke theksuar se: “Shëndeti duhet të jetë një qëllim absolutisht prioritar, ashtu sikurse është edhe një ‘input’ themelor për zhvillimin ekonomik të shoqërisë”.

Disa nga parimet etike bazë të shëndetit publik të “ri” konsistojnë në sa më poshtë:

- **Barazia dhe solidariteti:** një jetë e gjatë dhe e shëndetshme është objektivi kryesor i çdo individi; nga kjo pikëpamje, pa barazitë në shëndet konsiderohen si shoqërisht të pa drejta, të pa nevojshme dhe plotësisht të shmangshme. Pabarazitë në shëndet, krijojnë tensione sociale, të cilat nga ana e tyre frenojnë zhvillimin ekonomik të shoqërisë. Për më tepër, individët jo të shëndetshëm nuk mund të marrin pjesë në mënyrë aktive në proceset e vendim marrjes lidhur me problemet më të rëndësishme shoqërore dhe, në raste ekstreme, as për problemet e lidhura drejtpërdrejtë me jetën e tyre. Në trashëgiminë evropiane shëndeti konsiderohet si një e mirë e përbashkët, përfundi i së cilës është një përgjegjësi sa individuale, aq edhe kolektive.
- **Qëndrueshmëria dhe vazhdimësia:** një tjetër princip bazë etik i referohet qëndrueshmërisë dhe vazhdimësisë së zhvillimit të shoqërisë që gjithsesi, nuk duhet të kompromentojë shëndetin e brezave të ardhshëm. Ky parim është me vlerë të madhe për shtetet në vështirësi ekonomike, siç janë ish-vendet komuniste apo vendet në zhvillim.

- **Pjesëmarrja:** përgjegjësia kolektive për shëndetin nuk duhet të interferojë me autonominë individuale. Parimi mbi të cilin mund të zgjidhet kjo “kontradiktë” në dukje, është ai “pjesëmarrjes” i formuluar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë në shumë dokumente të dekadave të fundit: “Pjesëmarrja e të gjithë individëve në vendim marrje është një komponent themelor për përmirësimin e shëndetit dhe të kushteve të jetesës së popullatës. Prandaj, krijimi i mjediseve të shëndetshme të banimit dhe të punësimit duhet të mbështetet në vendim marrjen e gjerë nga ‘poshtë’ d.m.th. nga të gjithë individët e shoqërisë”.
- **Eficienca:** burimet në fushën e shëndetësisë janë, fatkeqësisht, kurdoherë të kufizuara, sepse aktivitetet dhe programet e promovimit shëndetësor si dhe avancimet teknologjike gjithnjë i tejkalojnë burimet në dispozicion të shoqërisë. Kjo nënkupton se, çdo abuzim apo përdorim jo optimal i burimeve financiare është i pa moralshëm (jo etik), sepse kjo çon në pakësim akoma më të madh të burimeve disponibël. Prandaj, shërbimet e financuara nga fondet publike (si: taksat, sigurimet e detyrueshme shoqërore apo shëndetësore) duhet të përdoren sipas prioriteteve të bazuara në evidencë dhe të formuluar në mënyrë racionale.

Shëndeti publik karakterizohet nga:

- Aplikimi i parandalimit si strategji bazë ndërhyrëse.
- Aplikimi i njëkohshëm i shumë disiplinave shkencore.
- Mbështetja dhe përqafimi i një filozofie të bazuar në drejtësinë shoqërore.
- Marrëdhëniet dhe ndër-veprimet me qeverinë dhe me politikën publike.

Disa nga funksionet kryesore të shëndetit publik të “ri” përfshijnë:

- Monitorimin, vlerësimin dhe analizën e gjendjes shëndetësore të popullatës.
- Survejancën e gjendjes shëndetësore të popullatës, si dhe punën kërkimore për identifikimin e faktorëve të rrezikut.
- Aktivitete dhe programe në fushën e promovimit shëndetësor.
- Sigurimin e pjesëmarrjes së gjerë të komunitetit në zgjidhjen e problemeve shëndetësore.
- Hartimin e politikave dhe kapaciteteve institucionale për planifikimin dhe menaxhimin e burimeve materiale dhe njerëzore.
- Forcimin e kapaciteteve institucionale për rregullimin dhe kontrollin e aktiviteteve në fushën e shëndetit publik.
- Vlerësimin dhe promovimin e aksesit të barabartë për shërbimet shëndetësore për të gjitha segmentet apo grupet e popullatës.
- Zhvillimin e burimeve njerëzore dhe sigurimin e trajnimit në fushën e shëndetit publik.
- Garantimin e shërbimeve shëndetësore si në nivel individual, ashtu edhe në nivel komunitar.
- Udhëheqjen e punës kërkimore-shkencore në fushën e shëndetit publik.
- Reduktimin e impaktit negativ në popullatë të fatkeqësive dhe katastrofave natyrore dhe/ose njerëzore.

Disa nga fushat kryesore të punës së shëndetit publik të “ri” përfshijnë:

- Adoptimin e një përqasjeje komunitare.
- Adoptimin e një përqasjeje multi-faktoriale lidhur me shkaktarët e sëmundjeve në popullatë dhe përqafimin e një filozofie “tërësore” mbi konceptin e shëndetit të komunitetit.
- Forcimin e infra-strukturës së shëndetit publik në nivel lokal dhe qendror.
- Identifikimin e partnerëve dhe krijimin e aleancave të qëndrueshme ndërmjet të gjitha institucioneve dhe sektorëve të shoqërisë.

- Zhvillimin e sistemeve të kontrollit dhe të transparencës publike mbi të gjitha çështjet e lidhura me shëndetin e popullatës.
- Mbështetjen dhe hartimin e politikave të bazuara në evidencë.
- Forcimin dhe përmirësimin e sistemit të informacionit dhe komunikimit në të gjitha nivelet.

Disa nga sfidat e fundit, me të cilat duhet të përballlet shëndeti publik i “ri” përfshijnë

- Armët e shkatërrimit në masë:
    - “Proliferimi” i disa llojeve të reja të armëve të shkatërrimit në masë;
    - Katastrofat terroriste, në veçanti bio-terrorizmi.
  - “Rilindja” e sëmundjeve infektive:
    - Kërcënimet e reja patogjenike;
    - “Rilindja” e sëmundjeve të “vjetra”;
    - Rezistenca ndaj antibiotikëve.
  - Sëmundjet jo të transmetueshme:
    - Pandemia e sëmundjeve të shkaktuara nga duhanpirja;
    - Problemi global i obezitetit.
- Disa kushte “pjellore” për kërcënime të reja për shëndetin publik:
- ✓ Globalizimi;
  - ✓ Dëmtimi i infra-strukturës së shëndetit publik.

Por, në çdo rast, aktivitetet dhe programet në fushën e shëndetit publik të ndërmarra në ditët e sotme duhet të jenë në përputhje me maksimën: “Zhvillim në përputhje me nevojat e së tashmes, pa kompromentuar aftësinë e brezave të ardhshëm për të plotësuar nevojat e tyre”.

## **Tema 13: Parimet bazë të promocionit shëndetësor**

### ***Përkufizimi i promocionit shëndetësor***

Termi “promocion shëndetësor” daton nga fillimi i viteve 1980. Që në fillim duhet përmendur se, literatura lidhur me konceptet dhe praktikën e promocionit shëndetësor në këto njëzet vitet e fundit është shumë-kuptimëshe dhe nganjëherë e pa qartë lidhur me përkufizimin, parimet dhe praktikën në këtë fushë. Në vitin 1985, Tones e përkufizoi promocionin shëndetësor si: “Çfarëdo aktiviteti apo veprimtari që synon garantimin e shëndetit”. Tre vjet më parë (1982), në fakt, Dennis e kishte përkufizuar promocionin shëndetësor në mënyrë pak a shumë të ngjashme, duke nënvizuar se: “Promocioni shëndetësor mbulon të gjitha aspektet e aktiviteteve dhe programeve që synojnë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të individëve dhe komunitetit në tërësi”. Karta e Otavës (Kanada, 1986) jep këtë përkufizim për promocionin shëndetësor: “Promocioni shëndetësor është procesi i aftësimin të individëve për të rritur kontrollin e tyre mbi shëndetin, si dhe për t’u përmirësuar atë (shëndetin)”. Nga ky këndvështrim, arritja e një mirëqenieje të plotë fizike, mendore dhe shoqërore kërkon që individët të jenë të aftë të identifikojnë aspiratat dhe nevojat, në mënyrë që të aftësohen për arritjen dhe plotësimin e suksesshëm të tyre. Shëndeti pra, shihet si një “kapital” në jetën e përditshme, dhe aspak si një “objekt” i të jetuarit. Sipas Kartës së Otavës, shëndeti është një “koncept pozitiv”, me theks drejt kapitalit fizik dhe mendor në nivel individual dhe shoqëror. Prandaj edhe, promocioni shëndetësor nuk është përgjegjësi vetëm e sektorit të shëndetësisë, por e të gjithë shoqërisë.

### ***Parandalimi i sëmundjeve kundrejt promocionit shëndetësor***

Promovimi i një mënyre jetese të shëndetshme nënkupton ndërmarrjen e veprimeve në dy linja kryesore: parandalimin e sëmundjeve dhe promocionin shëndetësor. Ndonëse ka mbivendosje ndërmjet këtyre dy linjave, parandalimi fokusohet më shumë në sëmundje

specifike dhe mbështetet kryesisht në punën dhe aktivitetet e drejtpërdrejta të punonjësve të shëndetësisë. Në fakt, fatkeqësisht, ka akoma specialistë që pretendojnë se programet që synojnë parandalimin e sëmundjeve nuk mund të jenë të efektshme, pasi është e vështirë që të ndryshohen sjelljet dhe mënyra e jetesës së individëve. Ky koncept është natyrisht i gabuar: përvoja botërore ka dëshmuar qartë se me dhjetëra milion njerëz çdo vit ndryshojnë sjelljet dhe praktikat e tyre të jetesës. Kështu, një përqindje e madhe e disa sëmundjeve kronike është parandaluar në mënyrë efektive në vendet e zhvilluara gjatë dekadave të fundit si rezultat i ndryshimit të stilit të jetesës së popullatës. Nga ana tjetër, promovimi shëndetësor përfshin sjelljet individuale, praktikat familjare, si dhe politikat publike në nivel komuniteti të cilat i mbrojnë individët ndaj shumë rreziqeve mbi shëndetin, si dhe gjenerojnë një sens përgjegjshmërie individuale për mbrojtjen e shëndetit. “Parandalimi i sëmundjes është, në thelb, një aktivitet në fushën mjekësore që lidhet me individë të caktuar apo nën-grupe të popullatës me rrezik të lartë për zhvillimin e një sëmundjeje”. Parandalimi synon që të ruajë shëndetin e individëve, dhe nga ky këndvështrim ai nuk përfaqëson një koncept “pozitiv” mbi shëndetin d.m.th. nuk është një fenomen që sheh përpara, por synon thjesht ruajtjen e një ‘status quo-je’. Promocioni shëndetësor, nga ana tjetër, i ka rrënjët në popullatë në kontekstin e jetës së tyre të përditshme, duke mos përzgjedhur individë apo nën-grupe të caktuara të popullatës. Synimi i promovimit shëndetësor është përmirësimi i shëndetit”. Një ndarje edhe më të theksuar të këtyre dy koncepteve e bën Departamenti i Shëndetësisë, Edukimit dhe Mirëqenies i SHBA-së: “Parandalimi fillon kur ka një kërcënim ndaj shëndetit – një sëmundje apo një faktor rreziku mjedisor – dhe synon që të mbrojë sa më shumë njerëz që të jetë e mundur ndaj pasojave negative të rrezikut që i kanoset. Promocioni shëndetësor, nga ana tjetër, fillon me popullatën që besohet se është e shëndetshme dhe synon zhvillimin e aftësive të individëve dhe të komunitetit për adaptimin e mënyrave dhe të një stili jetese të tillë që do t’i mundësojë përmirësimin e mirëqenies dhe shëndetit të tyre”. Promocioni shëndetësor, nga ana tjetër, ka një konotacion “pozitiv”, d.m.th. përveç parandalimit të sëmundjes synon edhe forcimin dhe përmirësimin e shëndetit dhe të mirëqenies së individëve. Një shembull ilustrativ lidhur me ndryshimin e parandalimit dhe promovimit shëndetësor do të ishte vaksinimi ndaj fruthit (parandalim i sëmundjes) kundrejt aktivitetit fizik (shembull tipik i një programi të promovimit shëndetësor që synon përmirësimin e shëndetit dhe të cilësisë së jetës të individëve të komunitetit). Megjithatë, nuk mund të ketë një ndarje kaq të prerë mes këtyre dy koncepteve (parandalimit të sëmundjes dhe promovimit shëndetësor), përse kohë që ushtrimi i aktivitetit fizik jo vetëm që përmirëson shëndetin dhe cilësinë e jetës, por gjithashtu parandalon edhe zhvillimin e p.sh. sëmundjes ishemike të zemrës. Prandaj, disa autorë nuk bëjnë dallim mes parandalimit të sëmundjes dhe promovimit shëndetësor. Ajo çka autorë si Downie dhe bp. përjashtojnë nga sfera e aktiviteteve të promovimit shëndetësor është trajtimi i sëmundjes pas zhvillimit të saj; pra, këta autorë preferojnë që promovimi shëndetësor mos të konceptohet brenda sferës së parandalimit tretësor. Pra, tentativa për të ndarë qartë sferat e “influcës” së shërbimeve kuruese dhe promovimit shëndetësor mund të ndihmojë për të thithur investime në fushën e parandalimit dhe promovimit të shëndetit në nivel komunitar. Kjo do të ndihmonte në balancimin e strukturës së investimeve në fushën e shëndetësisë, të cilat në të gjitha vendet dhe kulturat janë akoma të fokusuara drejt shërbimeve kurative. Gjithsesi, ky koncept i Downie dhe bp. mbi “divorcin” e promovimit shëndetësor nga shërbimet terapeutike është problematik, sepse aktivitetet dhe masat e promovimit shëndetësor mund të kenë efektin e dëshiruar në popullatë vetëm të ndërmarrja përgjatë gjithë ciklit jetësor, përfshi edhe periudhat në mes të sëmundjeve. Prandaj edhe Organizata Botërore e Shëndetësisë e shikon spherën e promovimit shëndetësor shumë të gjerë, duke arritur deri atje sa të përfshijë edhe elemente që lidhen me politikat e punësimit, strehimit, sigurisë ushqimore, apo shërbimeve sociale.



Megjithatë, pavarësisht nga fokusi gjithëpërfshirës, Organizata Botërore e Shëndetësisë thekson se: “Aktivitetet dhe programet e promovimit shëndetësor duhet të fokusohen kryesisht drejt shëndetit dhe mirëqenies së individëve, dhe jo ndaj shërbimeve terapeutike”. Organizata Botërore e Shëndetësisë në vitin 1986 i ka formuluar parimet bazë të promovimit shëndetësor si më poshtë vijon:

- Promocioni shëndetësor përfshin popullatën në tërësi;
- Promocioni shëndetësor fokusohet në faktorët përcaktues të sëmundjeve;
- Promocioni shëndetësor kombinon metoda dhe përjasje të ndryshme, por që gjithsesi plotësojnë njëra-tjetrën;
- Promocioni shëndetësor ka synim kryesor përfshirjen dhe bashkëpunimin konkret dhe të drejtpërdrejtë të popullatës;
- Megjithatë, punonjësit e shëndetësisë luajnë një rol të rëndësishëm në të gjitha aktivitetet e promovimit shëndetësor.

Këto parime në fakt, ishin një thirrje për ndryshime në perspektivën dhe në pikëpamjet e përmirësimit të shëndetit të popullatës. Dy parimet e para theksojnë një perspektivë “holistike” mbi shëndetin: në vend që të fokusohen në individët e sëmurë apo në subjektet me rrezik të lartë për zhvillimin e sëmundjeve të caktuara, punonjësit e shëndetësisë duhet të drejtojnë vëmendjen e tyre nga popullata në tërësi, me synimin kryesor parandalimin e sëmundjeve dhe përmirësimin e cilësisë së jetës në nivel komunitar. Dy parimet e fundit, nga ana tjetër, theksojnë faktin se garantimi i shëndetit të popullatës nuk është as “privilegj” dhe as detyrim vetëm i punonjësve të shëndetësisë, por është “privilegj” dhe përgjegjësi e të gjithë individëve të komunitetit. Parimi i pjesëmarrjes dhe bashkëpunimit aktiv të të gjithë komunitetit, përbën ndryshimin rrënjësor të perspektivës dhe strategjisë për përmirësimin e qëndrueshëm të shëndetit dhe mirëqenies së popullatës në tërësi. Karta e Otavës mbi Promocionin Shëndetësor i shqyrtoi akoma më në detaje parimet e parashtruara më lart dhe përcaktoi strategjitë dhe metodat e nevojshme për zbatimin efektiv dhe të qëndrueshëm të këtyre parimeve. Kështu, Karta e Otavës evokoi drejtësinë shoqërore dhe barazinë e individëve si parakushte kryesore për përmirësimin e qëndrueshëm të shëndetit të popullatës duke theksuar se: “Promocioni shëndetësor synon arritjen e barazisë në shëndet për të gjithë individët e komunitetit. Aktivitetet dhe programet në fushën e promovimit shëndetësor synojnë reduktimin dhe zbutjen a pa-barazive në treguesit shëndetësorë të nën-grupeve të ndryshme të popullatës, si dhe në krijimin e mundësive të barabarta për të gjithë individët në mënyrë që ata të gëzojnë shëndet të plotë”. Nga ana tjetër, Karta e Otavës paraqet interes të veçantë edhe për faktin se përpiqet të shpjegojë qartë se çfarë nënkuptojnë veprimtaritë dhe programet në fushën e promovimit shëndetësor. Këto përfshijnë:

- Hartim të politikave publike të shëndetshme;
- Krijim të mjediseve mbështetëse për shëndetin;
- Forcim të veprimtarisë dhe pjesëmarrjes së komunitetit;
- Zhvillim të aftësive personale që promovojnë shëndetin;
- Riorientim të shërbimeve shëndetësore, me theks të veçantë drejt parandalimit dhe promovimit shëndetësor.

Esenca e aktiviteteve të parashtruara më lart qëndron në faktin se, promovimi shëndetësor nuk konsiderohet si një “program i ri” apo një “tufë aktiviteteve të reja”, por si një strategji dhe metodë që synon integrimin e të gjitha aktiviteteve drejtpërdrejtë dhe me pjesëmarrjen e plotë të popullatës.

### ***Vlerat ekonomike dhe njerëzore të parandalimit dhe të promovimit shëndetësor***

Shëndeti është kapitali më i çmuar i individit dhe i shoqërisë. Shëndeti fizik, mendor dhe social i një popullate është burimi i saj natyror bazë. Nëse shëndeti i popullatës përkeqësohet, atëherë industria dhe bujqësia do të degradojnë gradualisht. Nga ana tjetër, nëse shëndeti

është privilegj vetëm i të pasurve, atëherë shoqëria do të ketë një të ardhme shumë të pa sigurtë. Të varfërit do të luftojnë për barazi, dhe të “kamurit” gjithsesi nuk do të jenë në gjendje të gëzojnë realisht pasuritë e tyre të shumta. Shëndeti është shtylla kryesore që garanton rritjen, zhvillimin, mirëqenien personale, arritjet dhe pasurimin e shoqërisë, zhvillimin ekonomik, si dhe bashkëjetesën paqësore të të gjithëve. Nga ky këndvështrim, vetëm nëpërmjet përmirësimit të shëndetit dhe mundësive të arsimimit të brezit të ri, mund të ndërtohet infrastruktura më e çmuar për të ardhmen e një shoqërie të drejtë dhe të shëndetshme. Prandaj, parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi shëndetësor marrin një rëndësi të dorës së parë për të garantuar rritjen dhe zhvillimin e shëndetshëm të brezit të ri. Nga ana tjetër, masat parandaluese dhe promovionale synojnë edhe mbrojtjen e shëndetit të të rriturve, çka mundëson një produktivitet ekonomik nga ana e tyre deri në moshën e pensionit. Programet parandaluese dhe të promovimit shëndetësor mund të zbatohen me kosto-efektivitet në të gjithë popullatën. Këto programe bartin potencialin e ndalimit të zhvillimit të sëmundjeve, ose së paku të pakësimit të shpeshtësisë së tyre. Programet efektive të mbrojtjes së fëmijëve nga aksidentet dhe dhuna do të mundësojnë një krah pune të shëndetshëm për të ardhmen, duke pakësuar në këtë mënyrë numrin e personave me pa-aftësi fizike që do të kërkojnë medoemos shërbime shëndetësore të vazhdueshme dhe me një kosto të lartë për shoqërinë. Gjithashtu, ndërsa proporcioni i të moshuarve rritet gradualisht në shumicën e vendeve të zhvilluara dhe në zhvillim, bëhet gjithnjë e më e rëndësishme që të garantohet një shëndet sa më i mirë edhe për individët e kësaj grup moshe (“mosha e tretë”). Tashmë pranohet gjerësisht se, është më mirë që të parandalosh sesa të trajtosh një sëmundje pas zhvillimit të saj. Parandalimi i kursen individëve dhe familjarëve të tyre dhimbjet, vuajtjet, çrregullimet fizike, pa-aftësinë afatgjatë, apo vdekjen e parakohshme.

Disa programe parandaluese kursejnë gjithashtu edhe para, në varësi të tipit të aktiviteteve, sëmundjes, si dhe popullatës. Për shumë sisteme shoqërore ky është një mesazh i çmuar sepse kostoja e shërbimeve shëndetësore po njëjtë rritje marramendëse në këto dekadat e fundit. Rrethanat kur parandalimi i sëmundjes mund të jetë më i kushtueshëm sesa trajtimi i saj mund të përmbushen vetëm kur sëmundja është shumë e rrallë, si dhe kur ajo (sëmundja) ka një dekurs shumë të shpejtë negativ (d.m.th. çon në vdekje të shpejtë të individëve të prekur). Por, argumentimi i parandalimit dhe i promovimit shëndetësor nuk mund dhe nuk duhet të bëhet nga këndvështrimi ekonomik. P.sh. edhe pse vdekshmëria nga sëmundja ishemike e zemrës ka pësuar një rënie të ndjeshme që nga vitet 1970 (nga 30 deri në 50% në disa vende të Europës Perëndimore), kostoja e trajtimit të çdo rasti me infarkt miokardi është rritur sepse teknologjitë e reja kanë mundësuar ekzaminime dhe procedura trajtimi të reja të cilat janë shumë të kushtueshme. Gjithashtu, fakti që në çdo shoqëri vihet re një rritje graduale e numrit të kardiologëve, e bën të pa përfillshëm përfitimin (potencial) ekonomik të parandalimit të sëmundjes ishemike të zemrës. Prandaj, pa u nisur aspak nga principe ekonomike, argumentimi dhe logjika e parandalimit dhe e promovimit shëndetësor është fakti se, ato pakësojnë vuajtjet dhe dhimbjet, ulin pa-aftësinë afatgjatë, zgjasin shumë moshën e zhvillimit të sëmundjeve në subjektet e popullatës, duke mundësuar kështu zgjatjen e jetës si dhe përmirësimin e ndjeshëm të cilësisë së jetës. Prandaj edhe një figurë e shquar e mjekësisë parandaluese, Prof.Goffrey Rose, ka thënë se: “Është më mirë të jesh i shëndetshëm sesa i sëmurë apo i vdekur. Ky është fillimi dhe fundi i argumentit të vetëm (të qenësishëm) për sa i takon parandalimit. Dhe ky argument është i mjaftueshëm!”. Politikë-bërësit duhet të kenë parasysh gjithashtu se, shumë sëmundje edhe në Shekullin e 21-të nuk trajtohen me sukses, ndërkohë që janë krejtësisht të parandalueshme. Disa sëmundje të tilla përfshijnë AIDS-in, disa lloje tumoresh, aksidentet automobilistike, si dhe shumë sëmundje të tjera dhe vdekje të parakohshme të shkaktuara nga duhanpirja, konsumi i ekzagjeruar i alkoolit, apo përdorimi i drogave. Prandaj, politikë-bërësit në të gjitha nivelet duhet t’a kenë të qartë mirë se, për sëmundje të tilla, parandalimi është “mjekimi” i vetëm.

## **Tema 14: Detyrat e shëndetit publik**

Detyrë e shëndetit publik është që të menaxhoje dhe të shfrytëzojë burimet materiale dhe njerëzore me eficiency dhe me efektivitet të lartë:

- Të nxisë qeveritë për rritjen e fondeve në mbrojtjen dhe përmirësimin e shëndetit të gjithë shtresave të popullatës.
- Të ketë përfaqësim të barabartë në qeveri për të gjithë përfaqësitë e pushtetit vendor, në mënyrë që shpërndarja e fondeve të kryhet me akses të barabartë për të gjitha rrethet e Shqipërisë.
- Ti bëjë të ditur qeverisë zonat më me risk në Shqipëri, që të ketë investime serioze me qëllim parandalimin e sëmundjeve, sigurimin e jetës dhe përkrahje shëndetsore, në këtë drejtim
- Tu krijohen kushte specialistëve (baza materile, vlerësim të punës së tyre, trajnime të vazhdueshme, "pagesa" të përshtatshme) të shëndetit publik që të kryejnë punën e tyre për promovimin e stileve të shëndetshme jetësore dhe kërkimet shkencore për parandalimin e sëmundjeve.