



UNIVERSITETI I EVROPËS JUGLINDORE
УНИВЕРЗИТЕТ НА ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА
SOUTH EAST EUROPEAN UNIVERSITY

FAKULTET I BIZNESIT DHE EKONOMISË

TEZA E MASTERIT

**DRG SISTEMI DHE SFIDAT E ZBATIMIT TË TIJ NË REPUBLIKË E
MAQEDONISË:
ASPEKTE KRAHASIMORE**

Kandidatja:
Flutra Alija

Mentor:
Akademik Abdylmenaf Bexheti

Maj, 2020

Drejt përbushjes së kërkesës për procesimin e mëtutjeshëm të tezës së masterit, e përcaktuar nga rregullorja e ciklit të dytë të studimeve pranë Universitetit të Evropës Juglindore.

Unë, Flutra Alija, dorëzoj punën e bërë deri tani në temën: ***“DRG sistemi dhe sfidat e zbatimit të tij, në Republikën e Maqedonisë - aspekte krahasimore”***, nën udhëheqjen e Akademik Abdylmenaf Bexhetit, që përbush kriteret e përcaktuara nga rregullorja e këtij cikli.

PËRMBAJTJA:

HYRJE DHE QËLLIMET E STUDIMIT	5
1. Hyrje.....	5
2. Qëllimet e huamtimit.....	7
3. Hipotezat.....	8
4. Metodologjia e hulumtimit.....	9
5. Rëndësia e studimit.....	9
KAPITULLI I: SISTEMI SHËNDETËSOR DHE REFORMAT E SISTEMEVE SHËNDETËSORE	11
1.1. Sistemi shëndetësor: definicioni, kuptimi, financimi, rëndësia	11
KAPITULLI II: SISTEMI SHËNDETËSOR DHE REFORMAT SHËNDETËSORE NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË DHE REPUBLIKËN E SLOVENISË	17
2.1. Reformat e sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë dhe Republikën e Sllovenisë.....	17
2.2. Struktura organizative dhe menaxhimi i sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë dhe të Sllovenisë	18
2.3. Sistemi i kujdesit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë dhe Republikën e Sllovenisë	21
2.3.1. Sistemi i kujdesit shëndetësor primar në Republikën e Maqedonisë	21
2.3.2. Sistemi i kujdesit shëndetësor primar në Republikën e Sllovenisë.....	22
2.3.3. Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar në Republikën e Maqedonisë	24
2.3.4. Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar në Republikën e Sllovenisë	25
2.3.5. Sistemi i kujdesit shëndetësor terciar në Republikën e Maqedonisë.....	26
2.3.6. Sistemi i kujdesit shëndetësor terciar në Republikën e Sllovenisë.....	27
KAPITULLI III: DRG SISTEMI DHE SFIDAT E ZBATIMIT TË TIJ	27
3.1. DRG sistemi: definicioni, kuptimi dhe rëndësia	28
3.2. DRG sistemi në vendet e zhvilluara.....	28
3.2.1. Zbatimi i sistemit DRG në Francë	29
3.2.2. Zbatimi i sistemit DRG në Austri	31
3.2.3. Zbatimi i sistemit DRG në Gjermani	34
3.3. DRG sistemi në vendet në zhvillim.....	37
3.3.1. Zbatimi i sistemit DRG në Shqipëri.....	38
3.3.2. Zbatimi i sistemit DRG në Greqi	39
3.3.3. Zbatimi i sistemit DRG në Slloveni	40
KAPITULLI IV: DRG SISTEMI DHE SFIDAT E ZBATIMIT TË TIJ NË SPITALIN KLINIK TË TETOVËS	43
4.1. DRG sistemi dhe sfidat e zbatimit të tij në Republikën e Maqedonisë, me theks të veçantë në spitalin klinik të Tetovës.....	43

4.2. Modifikimi dhe azhurimi i modelit DRG.....	45
4.3. Bazat / termat / termat në metodologjinë e DRG-së	46
4.4. Analiza e shërbimeve të DRG sistemit në nivel kombëtar	49
4.5. Vështirësitë e zbatimit të DRG sistemit në spitalin klinik të Tetovës	50
4.6. Testimi i hipotezave	55
KONKLuzionet dhe Rekomandimet	57
LITERATURA E SHFRYTËZUAR	63
Libra:	63
Punime shkencore:	64
Ueb faqe:.....	66

ABSTRAKT

Përmirësimi i sistemit shëndetësor vazhdon të mbetet një nga sfidat kryesore jo vetëm në shtetet e zhvilluara, por edhe në shtetet me një zhvillim të mëvonshëm, edhe pse vështirë apo rallëherë mund të arrihet në një sistem shëndetësor që do të mundësoj: mbrojtjen cilësore të shëndetit të popullatës, përmirësimin e reagimit të sistemit shëndetësor ndaj popullatës, si dhe sigurimin e drejtësisë në kontributin financiar. Pra, reformat shëndetësore, gjegjësisht përmirësimet e sistemit shëndetësor ishin më se të nevojshme, duke përfshirë edhe inkorporimin e sistemit të ri pagesor, i njohur ndryshe si DRG sistemi. Duke u nisur nga kjo, ky studim mori përsipër të shkoqit mbi të gjitha efektet e sistemit shëndetësor, për tu ndalur në veçanti në DRG sistemin dhe njëherit implikimet në administrimin e këtij sistemi, pra, sa ky sistem ju shërben nevojave për menaxhimin e të dhënave, rimbursimit dhe krahasueshmërisë, benchmark-ingut dhe llojeve tjera të hulumtimeve.

Fjalët kyçe: reformat shëndetësore, sistemi i kujdesit shëndetësor, DRG sistemi, sfidat, etj

HYRJE DHE QËLLIMT E STUDIMIT

1. Hyrje

Hulumtimi ynë, pikërisht ka të bëjë me sistemin shëndetësor, nganjëherë i referuar edhe si sistem i kujdesit shëndetësor, i cili paraqet organizimin e popullit, institucioneve dhe burimeve, gjegjësisht ofruesve që ofrojnë shërbime të kujdesit shëndetësor - për plotësimin e nevojave shëndetësore të qytetarëve. Ky sistem (sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë), në mes tjerash përfshin të gjitha aktivitetet e ndërmarra, ku si qëllim primar kanë përmirësimin, promovimin dhe rruajtjen e shëndetit të qytetarëve.

Nga ana tjetër, përmirësimi i sistemit shëndetësor mbetet një nga sfidat kryesore si për vendet në zhvillim poashtu dhe për ato në tranzicion - edhe pse vështirë dhe rrallëherë mund të arrihet në një sistem shëndetësor që do t'u jep qytetarëve mbrojtjen e merituar me mbulim universal dhe do t'u krijoj profesionistëve kushtet e nevojshme për t'i shërbyer me cilësi optimale. Së këndejmi, reformat shëndetësore, gjegjësisht përmirësimet e sistemit shëndetësor, kanë të bëjnë kryesisht me: stilin jo të shëndetshëm të jetesës dhe kushtet e mjedisit jetësor; qasjen jo adekuate dhe të pa drejtë të përdorimit të shërbimeve shëndetësore, në veçanti tek shërbimet për kujdes primar; cilësinë e dobët të kujdesit shëndetësor; sigurimin jo adekuat shëndetësor - si për nga gjerësia, poashtu edhe nga thellësia; konsiderimi i mjekëve si të gjithëfuqishëm dhe trajtimi i pacientëve me pak ose aspak respekt; shërbimi dhe cilësia teknike mjaft e dobët, etj. Andaj, si lëndë hulumtimi kemi zgjedhur sistemin shëndetësor si sfidë kundrejt paradigmës së cilësisë dhe trajtimit të ulët të kujdesit shëndetësor.

Deri më sot, nuk ekziston një marrëveshje në lidhje me atë se çfarë në fakt paraqesin reformat shëndetësore, megjithatë, mund të thuhet se që viti 1990 e këndeje, kjo periudhë paraqiste një dekadë të reformave shëndetësore - posaçërisht për vendet në tranzicion. Duke marrë shembullin e Sllovenisë, Rumanisë, për të vazhduar me reformat në Republikën e Maqedonisë, do të vërejmë se të njëjtat janë nxitur nga këto iniciativa, sikurse: nevoja për përmirësimin e sistemit shëndetësor dhe parandalimin e sëmundjeve, reduktimin e pabarazive në shëndetësi, forcimin e shëndetësisë primare si temel për mbrojtjen shëndetësore,

riorganizimin dhe përmirësimin e mbrojtjes shëndetësore sekondare dhe terciare, modernizimin e shërbimeve shëndetësore publike, planifikimin dhe menaxhimin më të mirë të resurseve humane në kujdesin shëndetësor, etj. Si rrjedhojë, projektimi dhe zhvillimi i një sistemi shëndetësor duhet të bëhet në përputhje me nevojat dhe burimet e atij shteti - edhe pse si elemente të përbashkëta pothuajse në të gjitha sistemet shëndetësore, vazhdojnë të mbeten masat e kujdesit shëndetësor parësor dhe shëndeti publik.

Siç e përmendëm edhe më lartë, viti 1990 e këndej, kjo periudhë paraqiste një dekadë të reformave shëndetësore, në veçanti për shtetet në tranzicion. Republika e Sllovenisë si një shtet në tranzicion, menjëherë pas fitimit të pavarësisë (në vitin 1991), hasi në reforma të mëdha shëndetësore. Ky vrull i vazhdueshëm i reformave shëndetësore është mbajtur nga viti 2002 deri në vitin 2007, dhe i njëjti bazohej në një letër të bardhë, të publikuar nga Ministria e shëndetësisë, si dhe në projektin e Bankës botërore, të titulluar *“Një model menaxhimi ose kujdesi shëndetësor”*. Si rrjedhojë, reformat shëndetësore përfshinin: reformën e financimit të kujdesit shëndetësor (p.sh. pagesa për shërbimet spitalore që tani është i bazuar në DRG-sistemin); futjen e udhëzimeve klinike nga Ministria e shëndetësisë për të rritur cilësinë e kujdesit shëndetësor; anulimin e sigurimit të detyrueshëm; si dhe prezantimin e mëvonshëm të programit të konvergjençës - për të kufizuar shpenzimet nga Instituti i sigurimit shëndetësor të Sllovenisë.

Rumania, poashtu që nga revolucioni i vitit 1989, kaloi nëpër një periudhë të ndryshimit të shpejtë, në çdo sektor, duke përfshirë edhe ndryshimet në kujdesin shëndetësor. Megjithatë, reformat më të mëdha filluan në vitin 1989 dhe në vitin 1998, ku sistemi i mëparshëm i centralizuar që bazohej në tatimet, u shndërrua në një sistem sigurimi shëndetësor social - i decentralizuar dhe pluralist (i administruar dhe rregulluar nga Fondi kombëtar i sigurimeve shëndetësore), me marrëdhënie kontraktuale mes blerësve, fondeve të sigurimit shëndetësor dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor. Nga ana tjetër, Republika e Maqedonisë me fitimin e pavarësisë (në vitin 1991), trashëgoi një sistem të mirë shëndetësor, me një disponueshmëri të mirë gjeografike dhe financiare, me një eksperiencë pozitive ndaj sigurimit shëndetësor (që mbulonte pothuajse popullsinë e përgjithshme), staf të kualifikuar për kontroll ndaj

sëmundjeve ngjitëse, si dhe pothuajse përfshirje të përgjithshme të popullsisë në programin kombëtar për imunizim. Megjithatë, sistemi ynë shëndetësor, aktualisht, vazhdon të përballët me sfida të shumta në lidhje me përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullsisë, sigurimin e një pakete bazë të shërbimeve shëndetësore, ofrimin e kujdesit shëndetësor, shëndetin publik, planifikimin, menaxhimin dhe zhvillimin e burimeve njerëzore, sigurimin e cilësisë dhe financimin e kujdesit shëndetësor, si dhe me sigurimin e një sistemi të qëndrueshëm shëndetësor.

2. Qëllimet e huamtimit

Siç e dimë, qëllimi kryesor i sistemit shëndetësor të Republikës së Maqedonisë vazhdon të mbetet edhe më tej kujdesi shëndetësor primar, i orientuar drejt individit, familjes dhe komunitetit, si dhe plotësimi i menjëhershëm i nevojave të qytetarëve. Kjo e fundit, na bën të qartë rëndësinë dhe së këndejmi na i përcakton qëllimet e hulumtimit tonë. Punimi ynë, ka për qëllim të shkoqit mbi të gjitha efektet e sistemit shëndetësor, për tu ndalur në veçanti në DRG sistemin dhe njëherit implikimet në administrimin e këtij sistemi, pra, sa ky sistem ju shërben nevojave për menaxhimin e të dhënave, rimbursimit dhe krahasueshmërisë, benchmark-ingut dhe llojeve tjera të hulumtimeve.

DRG, janë grupe pagese të dizajnuara për përfituesit medicinal. Pacientët të cilët kanë karakteristika të ngjashme klinike dhe shpenzime të njëjta trajtimi, caktohen për një DRG grup. Nga ana tjetër, DRG - sistemi është i lidhur me një sasi të pagesës fikse - bazuar në koston mesatare të trajtimit të pacientëve në atë grup. Pra, pacientët mund të caktohen në një DRG grup, në bazë të diagnozës së tyre, procedurave kirurgjikale, moshës, dhe informacioneve tjera. Si rrjedhojë, spitalet e japin këtë informacion në Fondin për sigurim shëndetësor (gjatë përcjelljes së faturës), ku njëherit përcaktohet edhe shuma që ky i fundit duhet t'i paguaj spitalit.

Në Republikën e Maqedonisë, rreth 60% e shpenzimeve për kujdes shëndetësor, u dedikohen spitaleve. Me këto shpenzime spitalore, Maqedonia bën pjesë në grupin e vendeve të Evropës Perëndimore, ku shpenzimet në fjalë sillen rreth 50%, kurse në vendet në tranzicion

kjo shumë arrin deri në 70%. Pra, edhe përkundër faktit të hyrjes në përdorim të mënyrës së re të pagesës së shërbimit shëndetësor (DRG – sistemi, i cili hyri në fuqi nga 01.01.2009), spitalet dhe klinikat, prapë se prapë kanë gjeneruar borxh, edhe atë deri në vlerë prej 3 milion Euro.

Po ashtu, përmes DRG-sistemit, konkurnca duhet të shndërrohet në mjet, më të cilën spitalet si ofrues të shërbimeve shëndetësore, do të konkurrojnë për pjesën e tregut, gjegjësisht për pjesën e pacientëve të siguruar. Duke u nisur nga kjo, Ministria e shëndetësisë duhet të vetëdisohej se bëhet fjalë për sektorin e shëndetësisë (jo për një ekonomi të pastër ku qeverisën dora e padukshme e tregut), pra, për një sektor që kujdeset për shëndetin e njeriut dhe mirëqenien e pacientit. Andaj, gjatë menaxhimit të spitaleve është me rëndësi që tek menaxhmenti, në thelb, të zhvillohet një ndjenjë e të qenit pjesë e një vizioni të përbashkët, e cila njëherit duhet edhe të zbatohet.

Por, çfarë ndodh në fakt me DRG sistemin; Pse ky sistem është treguar si joefektive në ofrimin e shërbimeve shëndetësore; Pse DRG sistemi ndiqet nga shpenzimet jo transparente dhe nga jo barazia në alokimin e buxhetit - në përputhje me vëllimin dhe llojin e shërbimit shëndetësor; Çfarë ndodh me mungesën e motivimit të personelit shëndetësor - gjatë ofrimit të shërbimeve shëndetësore; Çfarë ndodh me indikatorët për monitorimin e kualitetit të shërbimeve shëndetësore; Pikërisht, këto janë pikëpyetjet ku do të përqendrohet i gjithë qëllimi i këtij hulumtimi, dhe shtylla ku do mbështetur hipoteza kryesore dhe hipotezat ndihmëse.

3. Hipotezat

Hipoteza kryesore:

- DRG sistemi dhe sfidat e zbatimit të tij, në Republikën e Maqedonisë

Hipotezat ndihmëse:

- Zbatimi i DRG-ve, çon në racionalizimin e përdorimit të burimeve të kufizuara, zgjerimin e hapësirave të ofruesve publik e jopublik të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, përmirësimin e llogaridhënies, si dhe rritjen e transparencës.

- DRG - sistemi, praktikisht, në njëhën stimulon politikën mjekësore, kurse në anën tjetër mundëson krijimin e një sistemi indeksi kostosh për sistemin shëndetësor.

4. Metodologjia e hulumtimit

Në përpunimin e këtij punimi hulumtues - shkencor, duke parë lëndën dhe qëllimet e hulumtimit janë përdorur metoda dhe teknika të përgjithshme dhe të veçanta shkencore me ndihmën e të cilave është arritur deri në konkluzë dhe rekomandime. Përdoret **metoda e analizës**, si pjesë e hulumtimit që është bazuar në dokumente dhe raporte zyrtare, punime shkencore, artikuj të ndryshëm, ligje dhe akte ligjore, në lidhje me ndryshimet esenciale të sistemit shëndetësor, në Republikën e Maqedonisë.

Prej metodave të përgjithshme shkencore është përdorur **metoda statistikore**, ku në mënyrë kuantitative jepen tabela dhe grafikone, në lidhje me ndryshimet e sistemit shëndetësor gjatë dekadës së fundit.

Po ashtu, është përdorur **metoda komparative (krahasuese)**, ku shqyrtohen ngjashmëritë dhe dallimet e sistemit shëndetësor të Maqedonisë, me Slloveninë - dy shtete në tranzicion që futën në përdorim mënyrën e re të pagesës së shërbimeve shëndetësore, gjegjësisht DRG-sistemin.

Metodë apo teknikë tjetër që është përdorur është **intervista**. Kemi realizuar intervistë me udhëheqësin e Fondit të sigurimit shëndetësor - shërbimi rajonal Tetovë, me drejtorin e spitalit të Tetovës dhe udhëheqësit e reparteve, në lidhje me vështirësitë gjatë zbatimit të sistemit të ri pagesor, respektivisht sistemit DRG.

5. Rëndësia e studimit

Rëndësia e këtij hulumtimi konsiston në faktin se si nëpërmjet përmirësimit të sistemit shëndetësor mund të arrijmë në, forcimin dhe përmirësimin e shërbimeve shëndetësore, parandalimin e sëmundjeve, reduktimin e pabarazive në shëndetësi, forcimin e shëndetësisë primare, riorganizimin dhe përmirësimin e kujdesit shëndetësor, modernizimin e shërbimeve shëndetësore, sigurimin kualitativ dhe efektiv, arritjen e efikasitetit dhe qëndrueshmërisë

financiare, për të vazhduar deri në arritjen e një kombinimi më të përshtatshëm të shërbimit shëndetësor publik dhe atij privat.

Siç dihet, sistemi ynë shëndetësor përfaqëson një përzjerje komplekse të disa institucioneve private dhe publike. Nga ana tjetër, kompleksiteti, lidhja ndërsektoriale dhe pronësore e tyre, më lehtë kuptohen vetëm nëse mbikëqyren nga 5 komponentët kryesore, edhe atë: organizimi dhe menaxhimi, edukimi, sigurimi i shërbimeve, përfshirja e ofruesve privat dhe publik, financimi dhe shëndeti publik. Pra, secila nga këto komponentë, kontribuon në mënyra të ndryshme, në sistemin shëndetësor të vendit tonë.

Sistemi shëndetësor mbetet shtylla kryesore në këtë hulumtim. E gjithë kjo për faktin se sistemi në fjalë, është ai që siguron: shërbime shëndetësore publike të orientuara nga komuniteti dhe nga individ, krijimin e resurseve financiare dhe humane, mbledhjen dhe grumbullimin e mjeteve financiare shëndetësore dhe metodat e përshtatshme për pagesën e të njëjtave, si dhe siguron një udhëheqje e cila përfshin organizimin efektiv dhe efikas gjatë menaxhimit me sektorin e shëndetësisë. Pikërisht edhe për këtë arsye, do të përqendrohemi në analizën e faktorëve që ndikojnë drejtpërsëdrejti në abuzimin e këtij sistemi.

Rëndësi të madhe përgjatë hulumtimit paraqet edhe fakti që, në veçanti, do të fokusohemi në DRG sistemin – si një mënyrë e re e faturimit dhe përcjelljes së të dhënave deri në Fondin për sigurim shëndetësor. Ky i fundit, njëherit shërben edhe si dëshmi për kryerjen e shërbimeve shëndetësore, pasi që me përcjelljen e faturës vijon edhe specifikacioni në të cilën përfshihen të gjitha DRG shërbimet për person, lartësia e DRG shërbimit, përlogaritja gjegjësisht participimi për pagesë. Në mes tjerash, do përpiqemi të dëshmojmë se pikërisht DRG - sistemi është njëri nga mekanizmat me ndihmën e të cilit praktikisht stimulohet politika mjekësore. Po ashtu, nëpërmjet këtij hulumtimi do të gjenerohen njohuri shtesë, të cilat priten të kontribuojnë në identifikimin e mekanizmave tjerë që do të ndikojnë në uljen e abuzimit të sistemit shëndetësor dhe ngritjen e cilësisë në përgjithësi.

KAPITULLI I: SISTEMI SHËNDETËSOR DHE REFORMAT E SISTEMEVE SHËNDETËSORE

1.1. Sistemi shëndetësor: definicioni, kuptimi, financimi, rëndësia

Sistemi shëndetësor nganjëherë i referuar edhe si sistemi i kujdesit shëndetësor nënkupton organizimin e popullit dhe burimeve tjera të cilat japin shërbime të kujdesit shëndetësor, për të plotësuar nevojat shëndetësore të popullsisë. Po ashtu, sistemi i kujdesit shëndetësor është një nga nënsistemet e ralla në shoqëri që funksionon për të mbrojtur shëndetin e njerëzve që nga lindja deri në vdekje, ose thënë ndryshe gjatë gjithë jetës së tyre. Në bazë të kësaj, sistemi i kujdesit shëndetësor jo vetëm që është i rëndësishëm, por edhe i domosdoshëm për shëndetin, zhvillimin e shëndetit të individit, të familjes dhe komunitetit kudo që ato ekzistojnë¹.

Në mbarë botën ekziston një shumëllojshmëri e gjërë e sistemeve të kujdesit shëndetësor. Në disa vende kujdesi i sistemit shëndetësor ka evoluar dhe nuk ka qenë i planifikuar, kurse në disa vende tjera është bërë një përpjekje e madhe nga qeverite, sindikatat, orgnizatrat bamirëse, fetare për të ofruar shërbimet e planifikuara shëndetësore që janë në shënjestër të popullatës².

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë qëllimet e sistemit shëndetësor janë: përmirësimi i shëndetit të popullatës, përmirësimi i reagimit të sistemit shëndetësor ndaj popullatës që i shërben dhe sigurimi i drejtësisë në kontributin financiar d.m.th. shkallën në të cilën barra e pagimit për sistemin shëndetësor shpërndahet në mënyrë të drejtë në të gjitha familjet. Duckett (2004), propozoi një qasje dimensionale për vlerësimin e sistemeve të kujdesit shëndetësor, edhe atë: cilësinë, efikasitetin dhe pranueshmërinë në një anë dhe barazinë në anën tjetër³.

¹ Për më shumë rreth sistemeve shëndetësore shërbehuni me linkun vijues:

<http://hera.org.mk/wp-content/uploads/2014/12/Romski-Mediator-print-finalen.pdf>

² Për më shumë rreth shumëllojshmërive të sistemeve shëndetësore shërbehuni me linkun vijues: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_system

³ Për më shumë rreth qëllimeve të sistemit shëndetësor shërbehuni me linkun vijues: <http://www.liverpool-ha.org.uk/health-care-system.html>

Po ashtu, duhet të cekim se si ofruet të kujdesit shëndetësor janë institucionet, apo individët që ofrojnë shërbime të kujdesit shëndetësor. Individët (përfshirë këtu edhe profesionistët shëndetësor), mund të jenë të punësuar privat ose punonjës në një spital, klinikë, ose institucion tjetër shëndetësor, që kryejnë operacionet shtetërore, private fitimprurëse apo private jo-fitimprurës (p.sh jo shtetërore). Për më tepër, ato mund të punojnë edhe në ndonjë laborator mjekësor, apo ndonjë institucion trajnues shëndetësor që nuk ka të bëjë me përballjen direkte të kujdesit të pacientëve. Shembuj të punëtorëve shëndetësor janë mjekët, infermierët, dentistët, terapistët, punëtorë shëndetësor të komunitetit dhe të tjerë.

Po rrjedhojë, financimi i shërbimeve shëndetësore mund të bëhet përmes pesë mënyrave, ku secila prej tyre bart në vete përparësitë dhe mangësitë e saj, sikurse⁴:

1. **Tatimi i përgjithshëm** i referohet të ardhurave tatimore direkte dhe indirekte të grumbulluara nga qeveria për të financuar, përveç tjerave edhe kujdesin shëndetësor.

Përparësitë:

- shumë efikas;
- siguron qasje universale në shërbime, pavarësisht nga aftësia për të paguar
- kosto të ulëta administrative
- ndihmon individët në periudha të vështira kur ata janë të pa aftë të përballojnë pagesa nga xhepi ose sigurim privat;
- tërheq të ardhurat nga një bazë e gjerë, duke ndihmuar kështu në minimizimin e shtrembërimeve në sektorë të veçantë të ekonomisë.

Mangësitë:

- qeveria ka një nxitje të fortë dhe aftësi për të kontrolluar kostot që mund të rezultojnë në shërbime të dobëta;
- për shkak se shërbimi është falas mund të inkurajojë përdorime të tepërta dhe pritje të mëdha;
- financimi përmes tatimit mund të çënoj sistemin shëndetësor në kohë të vështirësive ekonomike dhe fiskale.

⁴ Për më shumë rreth mënyrave të financimit të shërbimeve shëndetësore, shërbehuni me linkun vijues:

Pra, shkalla e zgjedhjes individuale ka tendencë të jetë relativisht e kufizuar.

2. Taksa e hipotekuar (Hypothecated tax) është një komponent i tatimit të përgjithshëm, zakonisht i bazuar në të ardhura dhe që vendoset për t'u përdorur për një qëllim të veçantë.

Përparësitë:

- njerëzit zakonisht janë të gatshëm të paguajnë nëse kanë qasje të shohin se çfarë po marrin nga kjo taksë;
- ekziston një lidhje e identifikueshme midis parave të paguara dhe shërbimit të marrë;
- skema është progresive në mënyrë që ata që marrin më shumë paguajnë më shumë;
- asnjëri nuk përjashtohet nga shërbimi sepse nuk mund të paguajë - shërbimi mbetet falas në pikën e ofrimit;
- lejon të financohen shërbimet parandaluese.

Mangësitë:

- mund të inkurajojë përdorimin e tepërt;
- përdorimi i tepërt mund të përkeqësohet nëse njerëzit duan të kthejnë atë që kanë paguar;
- me kalimin e kohës mund të mos rritet fondi nëse kontributi nga tatimi i përgjithshëm tërhiqet, ndërsa rriten taksat e hipotekuara;
- mund të kërkojë një administrim të veçantë dhe të komplikuar, si dhe të kushtueshëm.

3. Shfrytëzuesi paguan nga xhepi i referohet personit që mbulon tërë koston e trajtimit

Përparësitë:

- mund të ndihmojë për të inkurajuar një përdorim më të përgjegjshëm të burimeve duke kufizuar aktivitetin e kotë dhe të panevojshëm, ngase njerëzit mendojnë para se të shpenzojnë paratë e tyre për kujdesin shëndetësor.

Mangësitë:

- personat që kanë më shumë nevojë për një shërbim të tillë nuk mund ta përballojnë që ta paguaj;
- aty ku ekzistojnë pagesa të plota nga shfrytëzuesit, përqindja e PBB-së së shpenzuar për shëndetësi është e lartë;
- njerëzit me kushte stigmatizuese, ose ata që nuk kanë njohuri për problemet e tyre shëndetësore (sëmundje mendore) mund të shmangen nga kërkimi i ndihmës;
- shërbimet parandaluese mund të humbasin në terma të financimit të shërbimeve kurative.

4. Sigurimi shëndetësor privat drejtuar nga kompanitë për realizimin e fitimit ku kontributet paguhen nga individët

Përparësitë:

- kostot e çdo aspekti të kujdesit shëndetësor bëhen më të qarta;
- kompanitë e sigurimeve mund të menaxhojnë kujdesin shëndetësor për të siguruar që përdoren vetëm format efektive të trajtimit.

Mangësitë:

- ata që kanë nevojë më shumë për sigurim shëndetësor privat më shpesh nuk mund ta përballojnë atë, p.sh. i varfëri, i sëmuri kronik;
- punëdhënësit shpesh e ofrojnë këtë si përfitim, duke çuar në dëm të dyfishtë për të papunët;
- mund të rrisë kërkesën pasi njerëzit kërkojnë të marrin atë që paguajnë;
- shërbimet parandaluese mund të humbasin në kushtet e financimit të shërbimeve akute / kuruese;

- akoma duhet të ketë një sistem për të mbuluar ata që nuk mund të përballojnë sigurimin;
- njerëzit do të paguajnë derisa të marrin atë që dëshirojnë, duke shkaktuar rritjen e kërkesës mes disa sektorëve.

5. Sigurimi social i referohet sistemit ku punëdhënësit dhe të punësuarit jpaguajnë kontribute të cilat janë të detyrueshme konform ligjit për sigurim shëndetësor.

Në përgjithësi, njerëzit duhet të paguajnë për shërbime, pastaj të bëjnë një kërkesë dhe rimbursimi mund të mos jetë i plotë.

Përparësitë:

- financimi i shërbimeve shëndetësore ka tendencë të hiqet nga arena politike;
- një sistem pagese dhe kërkesë retrospektive mund të kufizojë kërkesën;
- pagesa nga punëdhënësit mund të veprojnë si nxitje për shëndetin dhe sigurinë nëse ndëshkohen për shëndet të dobët;
- ashtu si me sistemet e financuara nga taksat, qasja në shërbime shëndetësore është zakonisht universale ose afër universale dhe nuk bazohet në aftësinë për të paguar.

Mangësitë:

- mund të mos kufizojë kërkesën pasi ekziston një element i vlerës për kontributin e paguar;
- mund t'i pengojë punëdhënësit të marrin punonjës të sëmurë ose me aftësi të kufizuara;
- një pjesë e madhe e kërkesës nuk është e mbuluar (të moshuar, të papunë, të sëmurë kronikë, fëmijë);
- skema e pretendimeve mund të jetë e ndërlikuar dhe të pengojë vërtet të sëmurët të kërkojnë ndihmë, veçanërisht rastet me sëmundje mendore;
- mund të çojë në shtrembërime ekonomike dhe dekurajime pasi baza e të ardhurave është më e përqendruar në punësim;

- sistemet e sigurimeve sociale gjithashtu mund të jenë të prekshme nga periudhat e rënies ekonomike të cilat mund të rezultojnë në ulje të të ardhurave në fondet e sëmundjeve;
- sigurimet sociale nuk janë aq përparimtare sa tatimi i përgjithshëm dhe mund të jetë regresive nëse grupet më të sëmura duhet të paguajnë primet më të larta;
- përgjegjësia për financimin e shërbimeve shëndetësore parandaluese dhe publike është e paqartë.

Shumica e vendeve shfrytëzojnë një përzierje të mënyrave të financimit të shërbimeve shëndetësore. Studimet e fundit të bazuara nga të dhënat e OECD-së, kanë aritur në përfundim se, të gjithë llojet e financimit të kujdesit shëndetësor janë në përputhje me një sistem efikas shëndetësor.

Pra, sistemi i kujdesit kontribuon në përmirësimin e shëndetit dhe në sigurimin e mirëqenies. Cilësia e kujdesit shëndetësor mund t'i adresohet përmirësimit të transparencës së informacionit të kujdesit shëndetësor dhe duke lidhur rimbursimin në punën e ofruesve të kujdesit shëndetësor.

KAPITULLI II: SISTEMI SHËNDETËSOR DHE REFORMAT SHËNDETËSORE NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË DHE REPUBLIKËN E SLOVENISË

2.1. Reformat e sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë dhe Republikën e Sllovenisë

Sistemi shëndetësor në Republikën e Maqedonisë mund të shërbejë si shembull i sistemit decentralizues (komunist), i cili në periudhën e kalimit në demokraci kaloi në menaxhim të centralizuar, por duke ruajtur strukturat e decentralizuara. Mirëpo, si rezultat i Marëveshjes Kornizë së Ohrid Maqedonia përsëri u decentralizua.

Ky sistem në shtetin tonë u është dorëzuar institucioneve shëndetësore dhe është organizuar në tri nivele, edhe atë:

- parësor;
- dytësor;
- tretësor.

Siç e dimë, sistemi i kujdesit shëndetësor në kohën para demokratizimit ka qenë autonom dhe i decentralizuar, ku njëherit shërbimet dhe financimi kanë qenë të kontrolluara dhe të organizuara në nivel komunal. Po ashtu, shërbimet shëndetsore kanë qenë në pronësi të tridhjetë komunave dhe të qytetit të Shkupit, kurse projektet e mëdha kanë qenë të planifikuara dhe realizuara nga niveli qëndror.

Me kalimin e shtetit në demokraci dhe shtet të pavarur u paraqit nevoja për planifikim të centralizuar të shendetit. Nga këto rethana, Ministria e shëndetësisë në vitin 1991 formoi Ligjin për Shëndetësi me anë të së cilit filloi procesi i centralizimit, financimit dhe menaxhimit, ku me ç'rast u arrit të ruhej autonoma e strukturave shëndetësore në nivel komunal. Kjo vleu deri në vitin 2005 kur spitaleve filluan tu ndahen fonde, ku me ç'rast edhe drejtorët dhe menaxherët fituan pavarësinë e tyre.

Comment [AB1]: Draftoi dheparlamenti miratoi

Për më tepër, spitalet që kanë të lidhur marëveshje me Fondin e sigurimit shëndetësor kanë themeluar indikatorët e suksesit me qëllim të përmirësimit dhe monitorimit të sistemit shëndetësor. Institucionet shëndetësore duhet të kenë autonomi më të madhe në planifikimin e burimeve njerëzore, të pranojnë ndonjë punëtor të ri apo ta lëshojnë punëtorin jo adekuat nga puna⁵.

Sa i përket reformave të kryera në sistemin shëndetësor të Sllovenisë, në vitin 2002 Ministria e shëndetësisë kreu reformën e kujdesit shëndetësor. Rreth kësaj të fundit, u propozua një dokument i ashtuquajtur "Letra e Bardhë" e cila tregoi fushat e nevojshme për reformat dhe llojin e reformave për të cilat kishte nevojë shteti i Sllovenisë. Disa ide dhe sugjerime në lidhje me reformat e kujdesit shëndetësor, po i sjellim në vijim:

- ndarja e fondeve për kujdesin shëndetësor në mënyrë të drejtë;
- shpërndarja e fondeve të mbledhura sipas nevojave të qytetarëve;
- përmirësimi i qasjes në shërbimet e kujdesit shëndetësor;
- zhvillimin e një sistemi adekuat shëndetësor;
- përmirësimin e efektivitetit në regullimin dhe menaxhimin e sistemit shëndetësor;
- forcimin e kujdesit shëndetësor publik.

Po ashtu, duhet të cekim se u përgatit një listë me ndryshime duke përfshirë edhe rikonstruimin e gjithë sistemit shëndetësor, ku në shënjestër kishte: sigurimin shëndetësor, ofrimin e kujdesit shëndetësor publik dhe përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore. Pra, institucionet e kujdesit shëndetësor publik do të transformoheshin në kompani gjysmë publike⁶.

2.2. Struktura organizative dhe menaxhimi i sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë dhe të Sllovenisë

Pas pavarësisë në fillim të viteve 1990, ish Republika e Maqedonisë ngriti një sistem të sigurimit shëndetësor bazuar në qeverinë dhe Ministrinë e shëndetësisë, i cili sguroi kornizë

⁵ Për më shumë rreth reformave të sistemit shëndetësor të RM-së, shërbehuni me linkun vijues:
www.crpm.org.mk/wp-content/uploads/.../KnigahealthMAK1.pdf

ligjore për funksionimin dhe administrimin e tij, ku me ç'rast fondi i sigurimeve shëndetësore mbetet përgjegjës për mledhjen e kontributeve, alokimin dhe mbikqyrjen e fondeve dhe kontraktimin e ofruesve.

Sistemi i sigurimit shëndetësor është ballafaquar me një numër sfidash të cilat përfshinë nevojën për të racionalizuar strukturat e ofruesve, për të reduktuar personelin e tepërt në sektorin e shëndetësisë dhe për të siguruar financim të qëndrueshëm shëndetësor. Ministria e shëndetësisë dhe Fondi i sigurimit shëndetësor pritej të forcojnë kapacitetet e tyre në formulimin e politikave, zbatimin dhe monitorimin e tyre.

Fillimisht sistemi i shërbimeve shëndetësore është menaxhuar nga komunat dhe qyteti i Shkupit (e ekzaminuar më lartë). Mirëpo, duke marr për bazë të ardhurat e parapara dhe të pamjaftueshme për dhënien e kujdesit shëndetësor, Ministria e shëndetësisë formoi Ligjin për kujdes shëndetësor - ligj ky, që përcakton të drejtat dhe përgjegjësitë e ndryshme, si për qytetarët, punëdhënësit, ashtu edhe për shtetin sa i përket shëndetit dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor. Sipas këtij të fundit (ligjit), individi është përgjegjës për shëndetin e tij, punëdhënësi për sigurimin e një ambienti të shëndetshëm pune, përfshirë edhe kujdesin specifik të punëtorëve, kurse shteti përgjegjës për një mjedis të shëndetshëm jetësor.

Për më tej, Fondi për sigurim shëndetësor me zyrë qendrore në Shkup dhe me filialet e saj në nivele lokale, është ngritur për të lehtësuar grumbullimin e kontributeve për sigurim shëndetësor. Në fillim të vitit 2000 (me miratimin e ligjit për sigurim shëndetësor), Fondi i sigurimit shëndetësor bëhet një institucion i pavarur dhe i cili kontrollohet nga Ministria e shëndetësisë, kurse vendimet sillen nga Bordi drejtues i Fondit për sigurim shëndetësor (përbërja është përcaktuar me ligj)⁷.

Figura 1: Struktura organizative e sistemit shëndetësor

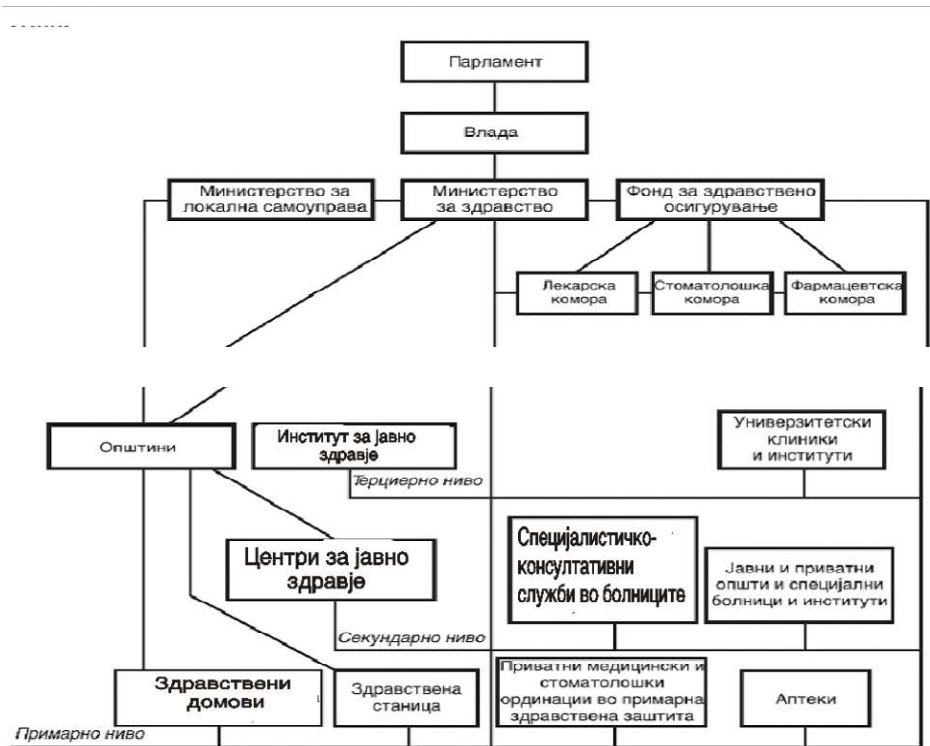
⁶ Për më shumë rreth reformave shëndetësore në Slloveni, shërbehuni në linkun vijues:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607

⁷ Për më shumë rreth structures organizative të sistemit shëndetësor, shërbehuni me linkun vijues:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79004/E89275.pdf

Comment [AB2]: Njejt si komenti paraprak



Burimi: Ministria e shëndetësisë

Pra, nga figura më sipër konstatojmë se struktura organizative është e themeluar nga Ministria e shëndetësisë dhe nga qeveria e cila është përgjegjëse për formulimin dhe zbatimin e politikave shëndetësore, kurse Fondi i sigurimeve shëndetësore është përgjegjës për mledhjen dhe menaxhimin e fondeve. Objektet shëndetësore dhe qendrat e kujdesit shëndetësor bëjnë pjesë në nivelin primar, institutet rajonale në nivelin sekondar, kurse klinikat universitare dhe institutet në nivelin terciar.

Comment [AB3]: Krijuar nga Qeveria me propozim te Ministrise së shëndetësisë në bazë të Aktit (Rregullores) për organizim dhe sistematizim të sistemit shëndetsor në suaza të Ministrisë së shëndetsisë.

2.3. Sistemi i kujdesit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë dhe Republikën e Sllovenisë

2.3.1. Sistemi i kujdesit shëndetësor primar në Republikën e Maqedonisë

Sistemi i kujdesit shëndetësor primar organizohet dhe kryhet në nivel komunal dhe përfaqëson kontaktin e parë të pacientit me shërbimet e kujdesit shëndetësor. Mjeku i përgjithshëm i kujdesit shëndetësor parësor është i kualifikuar për të vepruar në mënyrë parandaluese duke i zgjedhur nevojat shëndetësore prioritate që i ka popullata.

Po ashtu, ky lloj sistemi përbëhet nga:

- mjekësia e përgjithshme;
- mjekësia profesionale;
- kujdesi shëndetësor për fëmijë (pediatri për fëmijë 0-6 vjet);
- mjekësia shkollore për fëmijët e shkollave dhe të rinjtë 7-18 vjet;
- kujdesi shëndetësor i grave (gjinekologji me obstetrikë).

Në zonat rurale, kujdesi shëndetësor parësor ofrohet nga qendrat shëndetësore të pajisura me një mjek dhe infermiere, kurse shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor mund të përfshijnë edhe shërbimet e emergjencës dhe trajtimin në shtëpi, shërbimet për të moshuarit, laboratorë dhe kujdesin dentar⁸. Po ashtu, në shumë vende në tranzicion kemi privatizimin në sektorin e stomatologjisë dhe farmacisë, ku shumë mjekë vendosën të ushtrorjnë profesionin e tyre në mënyrë private.

Për rrjedhojë, qytetarët e siguruar janë të detyruar të zgjedhin një mjek në sektorin primar shëndetësor qoftë në ndonjë institucion privat apo publik. Parimi i zgjedhjes së mjekut në kujdesin parësor shëndetësor në Maqedoni varet nga mosha dhe gjinia e përdoruesit. Secili anëtar i familjes zakonisht ka disa mjek te zgjedhur sikurse: mjekun e përgjithshëm, gjinekologun dhe pediatri. Mirëpo, mjeku i zgjedhur nuk është i njëjtë si mjeku i familjes, andaj për të shmangur fragmentimin e sistemit të kujdesit shëndetësor parësor, Ministria e

⁸ Për më shumë rreth sistemit shëndetësor të Maqedonisë, shërbehuni me linkun vijues: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79004/E89275.pdf

Shëndetësisë synon krijimin e ekipeve multidisiplinare, ku mjekët e ndryshëm të një familje duhet të bashkëpunojnë dhe të jenë në kontakt të drejtpërdrejtë me njëri tjetrin.

2.3.2. Sistemi i kujdesit shëndetësor primar në Republikën e Sllovenisë

Në Republikën e Sllovenisë sistemi i kujdesit shëndetësor përbëhet nga ofruesit publik dhe privat. Institucionet publikë përfshijnë qendrat shëndetësore dhe stacionet shëndetësore. Vendndodhjet e qendrave shëndetësore korespondojnë me vendet e ish qeverisjes së komunitetit, kurse vendodhjet e stacioneve shëndetësore korespondojnë me qendra të rëndësishme lokale ku përfshihen qytetet e vogla, fshatrat, etj. Qendra e parë shëndetësore në Slloveni është themeluar në vitin 1926 dhe ideja kryesore e themelimit ishte që, të sëmurit që marin pjesë në kujdesin shëndetësor parësor të sillen në komunitetet lokale, ndërsa llojet e ndryshme të kujdesit shëndetësor të ofrohen në një qasje të integruar, të destinuara për grupe të caktuara të popullsisë.

Për më tej, sot në bazë të ligjit dhe praktikës një qendër e kujdesit shëndetësor është një institucion që ofron kujdesin parandalues dhe kurativ shëndetësor parësor, për grupe të ndryshme të banorëve, sidomos ndaj atyre që janë në rezik të lartë nga pikëpamja e shëndetit publik.

Llojet e kujdesit shëndetësor parësor përfshijnë:

- ndihmat emergjente mjekësore;
- kujdesin shëndetësor për gratë;
- kujdesin për fëmijët dhe të rinjtë;
- shtëpitë e pleqve;

Comment [AB4]: Në këtë pjesë ndoshta duhet të shikohen dhe elaborohen edhe përgjegjësitë e vetqeverisjes lokale (komunave) në sistemin e shëndetësisë parësore që realizohet në mikrostrukturë gjeografike (lokacione rurale...)-aspekti i funksionimit dhe financimit!

- laboratorët dhe objektet tjera diagnostikuese;
- kujdesin dentar parandalues dhe kurativ për fëmijë dhe të ritur;
- shërbimet e farmacisë;
- terapitë fizike dhe shërbimet e ambulancës, etj⁹.

Po ashtu, personeli duhet të ofrojë kujdesin e shëndetit parësor i cili përfshijnë: mjekët e përgjithshëm ose mjekët e familjes, dentistët, infermierët, farmacistë, terapistët, psikologët dhe specialistët psikiatër, si dhe profesionistët tjerë që janë të nevojshëm të kryejnë funksionimin e qendrës shëndetësore. Specialistët punojnë në qendrat e kujdesit shëndetësor me orar të pjesshëm, në bazë të kontratës që kanë me qendrën shëndetësore.

Në vitin 1999, Sllovenia kishte 64 qendra të kujdesit shëndetësor dhe 69 stacione shëndetësore. Sa i përket praktikës së punës, në zonat rurale një mjek i familjes mund të kishte 3000 pacientë, kurse në kryeqytet në Lublanë një mjek mund të kishte më së paku 750 pacientë. Numri mesatar i pacientëve për mjek të përgjithshëm ishte përafërsisht 1800.

Sot, qendrat e kujdesit shëndetësor janë të drejtuara nga një ose më shumë bashkësi vetqeverisëse, të cilat sigurojnë fonde për të ruajtur objektet, që do të thotë se, qendrat e kujdesit shëndetësor janë në pronësi publike. Të gjithë të punësuarit marrin rrogë në bazë të kontratës së përgjithshme për punonjës në sektorin publik, si dhe një kontrate të veçantë për kujdes shëndetësor.

Përveç ofruesit të kujdesit shëndetësor publik ekziston edhe kujdesi shëndetësor privat i cili është i ofruar nga individ profesionistë të shëndetit. Sa i përket periudhës kur u prezantua praktika private, mund të themi se e ardhmja e kujdesit shëndetësor parësor ishte mjaft e paqartë, edhe atë për disa arsye:

- kishte një politikë të paqartë në zhvillimin e mëtejshëm dhe ekzistencën e qendrave të kujdesit shëndetësor në përgjithësi;

- për shkak të faktorëve gjeografik dhe përmasave të popullatës, shumë komunitete vetqeverisëse u bënë gjithnjë të fragmentuar dhe disa prej tyre nuk ishin në gjendje të mbajnë përgjegjësitë e tyre të funksionimit dhe investimit në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor;
- kishte një mungesë të një strategjie të qartë kombëtare për qasjen në ofrimin e kujdesit shëndetësor privat dhe në objektivat që duhej të arrihen për realizimin adekuat dhe të pranueshëm të kujdesit shëndetësor ose si kombinim i të dyjave.

Sidoqoftë, rregullat e sigurimit të kujdesit shëndetësor të detyrueshëm i japin të dejtë pacientit të zgjedhur mjekun personal të kujdesit shëndetësor parësor.

2.3.3. Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar në Republikën e Maqedonisë

Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar në Republikën e Maqedonisë ofrohet në:

- spitalet e përgjithshme;
- klinikë;
- spitale të specializuara;
- poliklinika;
- qendra për shëndet publik, si dhe;
- qendra për rehabilitim.

Kujdesi shëndetësor sekondar është organizuar në nivel rajonal, i përbërë nga disa komuna. Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar kërkon që qasja në kujdesin spitalor të kanalizohet përmes udhëzimeve të lëshuara nga mjekët në nivelin e kujdesit parësor. Mirëpo, rastet me emergjencë pranohen pa udhëzime (pastaj lëshohen udhëzimet në mënyrë retrospektive), ngase ndihma mjekësore urgjente ofrohet në kuadrin e kujdesit shëndetësor parësor.

⁹ Për më shumë rreth sistemit shëndetësor të Sllovenisë, shërbehuni me linkun vijues:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96368/E76966.pdf

Për më tej, konsultimi i veçantë është një nivel i ndërmjetëm i shërbimit mes kujdesit shëndetësor parësor dhe spitaleve, që fillon me kontrollet mjekësore dhe me ekzaminimet objektive. Pastaj, në bazë të rezultateve specialistët marrin vendim për trajtim spitalor ose për t'u kthyer në kujdesin parësor për trajtim të mëtutjeshëm me diagnozë dhe rekomandime të sakta.

Kujdesi shëndetësor sekondar përfshinë:

- mjekësinë interne,
- kirurgjinë,
- pediatriinë,
- gjinekologjinë me obstetrikën dhe
- anesteziologjinë.

Spitalet kanë edhe departamente shtesë për oftalmologji dhe psikiatri dhe gjithashtu ofrojnë trajtim mjekësor, rehabilitim, 24 orë mbikqyrje për pacientët e hospitalizuar, si dhe trajnim për pjesën praktike për profesionistët e ardhshëm të shëndetit.

Sipas të dhënave zyrtare të Ministrisë së shëndetësisë në Republikën e Maqedonisë, në vitin 2009 kishte gjithësej dhjetë Qendra për shendet publik dhe katërbëdhjetë spitale të përgjithshme të vendosura në qytetet e mëdha dhe të shpërndara njëtrajtësisht në të gjithë rajonin. Për më tej, nënvizojmë se kujdesi shëndetësor sekondar është dorëzuar në tre spitale klinike, shtatë Qendra për rehabilitim dhe në tetë spitale të specializuara në fushën e sëmundjeve kardiovaskulare, tuberkulozës dhe sëmundjeve të mushkërive, ortopedi, psikiatri, dhe për gjinekologji me obstetrikë.

2.3.4. Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar në Republikën e Sllovenisë

Kujdesi shëndetësor sekondar në Republikën e Sllovenisë kryhet në spitale dhe poliklinika. Shërbimet mjekësore pacientëve të jashtëm u japin nëpër poliklinika të cilat kanë qenë të lidhura me spitalet apo qendrat shëndetësore, përmes një konsulenti ose specialisti të spitalit.

Që nga viti 2010 shumica e poliklinikave punojnë brenda rjetit publik të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe organizojnë konsultime për pacientët me vetfinansim, sipas rregulloreve të certifikuara nga Ministria e Shëndetësisë. Spitalet në Republikën e Sllovenisë sigurojnë rreth 75% të kujdesit dytësor. Ky i fundit, në Republikën e Sllovenisë përfshinë gjithësej 26 spitale, duke përfshirë 9 spitale rajonale dhe tre lokale nga spitalet e përgjithshme. Përveç këtyre ka edhe 12 spitale të specializuara të cilat ofrojnë shërbimet ortopedike, kujdesin gjinekologjik, psikiatrik si dhe kujdesin për fëmijët dhe të rinjtë me sëmundje të rënda kronike.

2.3.5. Sistemi i kujdesit shëndetësor terciar në Republikën e Maqedonisë

Kujdesi shëndetësor terciar në Republikën e Maqedonisë karakterizohet nga :

- shërbimet e specializuara të kujdesit shëndetësor;
- funksionet e edukimit shëndetësor në institucionet e arsimit të lartë, si dhe;
- veprimtaritë kërkimore shkencore në fushën e kujdesit shëndetësor.

Po ashtu, kujdesi shëndetësor terciar përfshinë:

- 29 klinika universitare;
- 12 institute brenda fakultetëve mjekësore;
- 3 spitale të specializuara;
- institutin për rehabilitim mjekësor, si dhe;
- instituti i shëndetit publik.

Shumica e institucioneve terciare shëndetësore janë të bazuara në kryeqytetin e Shkupit, për dallim nga periudha kur vendi ishte pjesë e Republikës Socialiste Federale të Jugosllavisë, kujdesi shëndetësor terciar ishte i shpërndarë në tërë territorin e RM-së. Megjithatë, shërbimet e specializuara të kujdesit terciar nuk janë kryer ende dhe një pjesë e madhe e shumës së financimit të Fondit për sigurim shëndetësor është shpenzuar jashtë Maqedonisë, kryesisht në Evropën Perëndimore.

2.3.6. Sistemi i kujdesit shëndetësor terciar në Republikën e Sllovenisë

Sistemi terciar në Republikën e Sllovenisë për dallim nga ai sekondar kryehet nëpër Institutet universitare dhe paraqet nivelin e tretë të organizimit të kujdesit shëndetësor në të cilin përfshihen sëmundjet më të rënda.

Në këtë nivel në Slloveni veprojnë:

- dy qendra të mjekësisë shëndetësore,
- Instituti i Onkologjisë,
- spitali Golnik,
- klinika psikiatrike,
- instituti për rehabilitimin e personave me aftësi të kufizuara.

Comment [AB5]: Onkologjisë...

Pra, në këto institucione puna është me shkencore dhe më arsimore sa i përket kujdesit shëndetësor.

KAPITULLI III: DRG SISTEMI DHE SFIDAT E ZBATIMIT TË TIJ

3.1. DRG sistemi: definicioni, kuptimi dhe rëndësia

DRG, janë grupe pagese të dizajnuara për përfituesit medicinal. Pacientët të cilët kanë karakteristika të ngjashme klinike dhe shpenzime të njëjta trajtimi, caktohen për një DRG grup. Ndonëse sistemet e pagesave të bazuara në DRG tanimë kuptohen kryesisht si një mekanizëm rimbursimi, qëllimi i tyre fillestar ishte të mundësonin krahasimet e performancës nëpër spitale. Sot, DRG përdoren kryesisht nga blerësit për të rimbursuar ofruesit për kujdesin spitalor akut, por në parim ato mund të përdoren edhe për t'i rimbursuar ato për kujdes jo-akut.

Sipas përkufizimit, DRG-të klasifikojnë rastet sipas variablave të mëposhtëm: diagnoza kryesore dhe sekondare, moshë dhe gjinia e pacientit, prania e bashkë-sëmundjeve dhe ndërlikimeve, si dhe procedurat e kryera¹⁰. Sa i përket rëndësisë së zbatimit të sistemit DRG, ky i fundit konsiston në rritjen e efikasitetit, zvogëlimin mesatar të qëndrimit në spital, si dhe rritjen e vëllimit të rasteve për trajtim.

Mirëpo, se cilët ishin shkaqet që impenjuan zbatimin e sistemit pagesor DRG në përgjithësi, në vijim sjellim një kombinim të përvojave nga një miks i shteteve të zhvilluara dhe atyre në zhvillim.

3.2. DRG sistemi në vendet e zhvilluara

DRG sistemi është një sistem pagesor që gjen zbatim në mbarë botën dhe i cili i grupon pacientët sipas diagnozës kryesore, llojit të trajtimit, moshës, operacionit duke u bërë kështu edhe mjet kryesor i rimbursimit të spitaleve në vendet e zhvilluara, përfshirë Francën, Gjermaninë dhe Austrinë. Përvojat e suksesshme të DRG-ve në vendet e zhvilluara inkurajuan edhe vendet në zhvillim që të adaptojnë këtë lloj sistemi pagesor.

Në vijim, sjellim një përshkrim të shkurtër të zbatimit të DRG'i sistemi në Francë, Austri dhe Gjermani.

¹⁰ Për më shumë rreth kuptimit dhe rëndësisë së zbatimit të sistemit pagesor DRG, shërbehuni me linkun vijues: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/12-115931/en/>

3.2.1. Zbatimi i sistemit DRG në Francë

Në Francë, një sistem pagese me bazë DRG (i quajtur T2A, Tarification à l'activité) u prezantua për herë të parë në vitin 2004 - 2005, që kishte për qëllim financimin e shërbimeve akute në të gjitha spitalet që synonin përmirësimin e efikasitetit, transparencës dhe drejtësisë në pagesa, si në spitalet publike ashtu edhe ato private.

Deri në vitin 2005, marrëveshjet e financimit për spitalet publike dhe private ishin mjaft komplekse - me zbatim të rregullave të ndryshme. Spitalet publike kishin buxhete globale të bazuara kryesisht në kostot historike, kurse spitalet private që ofronin më shumë se gjysmën e operacionit dhe një të katërtën e kujdesit obstetrik në Francë, kishin një sistem të komplikuar pagesor. Duke u nisur na kjo, si spitalet publike ashtu edhe ato privatë fillimisht mbështetën futjen e pagesave të bazuara në DRG, ku me ç'rast spitalet private e panë sistemin e ri pagesor si një mundësi për të përmirësuar pjesën e tyre të tregut, ndonëse ky konsensus fillestar mbi reformën në fjalë u zbeh gjatë zbatimit.

Për më tej, në sektorin publik pjesa e aktiviteteve të mbuluara nga pagesa të DRG u rrit gradualisht duke arritur deri në 10% në vitin 2004, 25% në vitin 2005 dhe në 100% në vitin 2008. Po ashtu, sistemi i klasifikimit të pacientëve është bërë në bazë të financimit të kujdesit shëndetësor në SHBA, i cili klasifikim është modifikuar tre herë që nga prezantimi i parë, duke kaluar nga 600 grupe në vitin 2004, në rreth 2300 grupe në vitin 2009. Këto ndryshime të vazhdueshme të klasifikimit krijuan konfuzion dhe zvogëluan krahasueshmërinë e rezultateve të sistemit të pagesave nga një vit në tjetrin.

Kostot e referencës llogariten në bazë të një studimi vjetor të kostove kombëtare (ENCC - hospital cost database France), që kryhet veçmas për spitalet publike dhe private. ENCC siguron informacion të detajuar mbi koston për çdo qëndrim në spital, nga spitalet e zgjedhura që ofrojnë të dhëna mbi baza vullnetare dhe sipas një modeli të detajuar të kontabilitetit të standardizuar. Deri në vitin 2006, ENCC kishte mbuluar vetëm spitalet publike dhe private jofitimprurëse. Numri i spitaleve pjesëmarrës ishte rritur rregullisht, përfshirë spitalet private

edhe atë nga 44 në vitin 2005, në 110 në vitin 2012, duke përfaqësuar kështu rreth 16% të rasteve spitalore.

Sidoqoftë, deri në vitin 2010, besueshmëria e bazës së të dhënave të kostove ka qenë problem. Për më tepër, metodat e llogaritjes së kostove të referencës dhe mungesa e informacionit që shpjegonin të dhënat e kostos u kritikuan ashpër nga inspektoriati financiar.

Monitorimi dhe rezultatet

Si çdo formë pagese edhe pagesat DRG mund të sjellin sjellje të padëshirueshme nga ofruesit, respektivisht efekte anësore. Për më tepër, efikasiteti i kërkuar në secilin nivel spitalor mund të mos jetë gjithnjë i përputhshëm me objektivat e përgjithshme, përsa i përket efikasitetit alokues dhe vlerës për para. Për të maksimizuar të ardhurat, spitalet mund të rritin aktivitetin e tyre që është pak i justifikuar dhe njëkohësisht të ndryshojnë përbërjen e kujdesit, përmes braktisjes së aktiviteteve të caktuara që konsiderohen joprotabile.

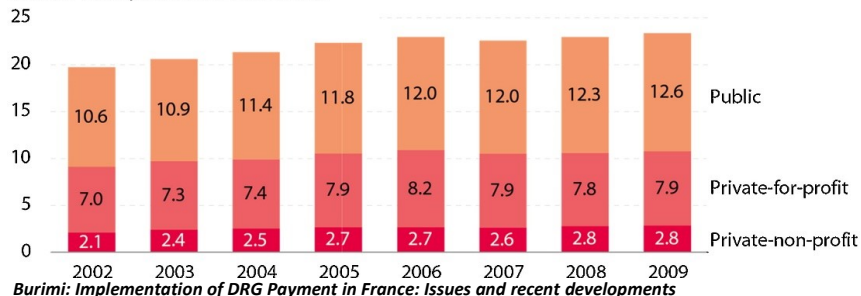
Të dhënat e disponueshme sugjerojnë se aktiviteti i përgjithshëm spitalor (numri i rasteve të trajtuara) është rritur rregullisht që nga prezantimi i T2A , megjithëse spitalet publike dhe private kanë ndjekur strategji të ndryshme, sikurse në figurën vijuese:

Figura 2: Prezantimi i rasteve të trajtuara për periudhën 2002-2009

Admission rates (per 100,000 pop.)



Number of stays/sessions (in millions)



Comment [AB6]: Flutra, provo nese gjene ndonje burim më te përditësuar (deri 2009-ën është shumë historike). Nëse nuk gjenë dot, lëre kete-më mirë diëka se asgjë!

Në spitalet publike kemi një rritje në numrin e rasteve të trajtuara përgjatë viteve 2004 - 2009, për të gjitha llojet e aktiviteteve (ilaç, kirurgji, obstetri), me një rritje të dukshme të kirurgjisë. Në spitalet private fitimprurës po ashtu vërehet një rritje e dukshme e trajtimit kirurgjik e shoqëruar me një ulje të qëndrimit në spital për rastet obstetrike dhe mjekësore.

Pra, përvoja franceze sugjeron që pagesa e bazuar në DRG ofron mundësi për rritjen e efikasitetit dhe transparencës, por njëkohësisht bart edhe rreziqe. Mënyra pagesore e bazuar në DRG adresoi në disa nga problemet kronike të natyrshme në tregun spitalor francez dhe në përmirësimin e llogaritjes dhe produktivitetit të shëndetit - lehtësirat e kujdesit shëndetësor. Sidoqoftë, sistemi pagesor DRG krijoi gjithashtu probleme të reja për kontrollimin e vëllimeve të veprimtarisë spitalore dhe sigurimin e përshtatshëm të kujdesit shëndetësor. Andaj, për të minimizuar efektet e tij anësore sistemi DRG në Francë ka nevojë për ndërhyrje dhe rregullime shtesë, vetëm e vetëm të ndërlihd më së miri efikasitetin me objektivat shëndetëore.

Së fundmi, ekzistenca e një sistemi të fortë informacioni për monitorimin e kostove dhe cilësinë e shërbimeve spitalore është thelbësore. Po ashtu, është e nevojshme shfrytëzimi më i mirë i të dhënave dhe informacioneve në dispozicion për vlerësimin e standardeve dhe cilësinë në mënyrë që të identifikohen ofruesit efikas dhe të shpërndahen praktikatat e mira mjekësore (organizative). Kjo e fundit parasegjithash duhet të mbështetet nga një qeverisje fleksibile dhe transparente, e cila mbështet rregullimin e vazhdueshëm të strukturës nxitëse.

3.2.2. Zbatimi i sistemit DRG në Austri

Analiza e sistemit shëndetësor austriak vazhdimisht po shqyrton zhvillimet e fundit në lidhje me: organizimin dhe qeverisjen, financimin e shëndetit, sigurimin e kujdesit shëndetësor, reformat shëndetësore dhe performancën e sistemit shëndetësor. Dy reformat kryesore të implementuara në vitin 2013 dhe në vitin 2017 në Austri, synonin krijimin e një sistemi të ri qeverisjeje, si dhe forcimin, koordinimin dhe bashkëpunimin midis niveleve të ndryshme të qeverisë dhe organeve vetëqeverisëse duke promovuar planifikim, vendimmarrje dhe financim të përbashkët. Megjithatë, përkundër këtyre përpjekjeve, sistemi shëndetësor austriak mbetet kompleks dhe i fragmentuar si në organizim, ashtu dhe në strukturën financiare.

Për më tej, popullsia austriake ka një nivel të mirë shëndetësor ku me ç'rast jetegjatesia është mbi mesataren e BE-së. Nivelet e ulëta të vdekshmërisë tregojnë se kujdesi shëndetësor është më efektiv sesa në shumicën e vendeve të BE-së, ndërkohë që numri i personave që vdesin nga sëmundjet kardiovaskulare dhe kanceri është i më lartë në krahasim me mesataren e BE-së. Për sa i përket performancës, sistemi shëndetësor austriak ofron shërbime të mira të kujdesit shëndetësor dhe është relativisht i kushtueshëm.

Andaj, implementimi i sistemit pagesor DRG kishte për qëllim:

- rritjen e transparencës së kostove dhe procedurave;
- kontrollimin e qëndrueshëm të normave të rritjes së kostos;
- optimizimin e përdorimit të resurseve;
- qëndrime më të shkurtra në spital dhe frekuencë e zvogëluar e trajtimit spitalor në përputhje me kërkesat mjekësore;
- zvogëlimin e procedurave të shumta dhe të panevojshme;
- lehtësimin e spitaleve si rezultat i një zhvendosjeje të procedurave në ambulanca, në përputhje me kërkesat mjekësore dhe të përgjithshme ekonomike;
- ndryshimet e nevojshme strukturore;
- përdorimin e një grup instrumentesh, të standardizuara në të gjithë Austrinë, që do ishin të lehta për t'u administruar, si dhe;
- planifikimin dhe masat rregullatore në fushën e politikës shëndetësore.

Për hartimin e sistemit pagesor DRG në Austri, duhej që¹¹:

- patologjia dhe procedurat mjekësore / infermierore të përcaktonin rimbursimin për qëndrimet në spital;
- rimbursimi duhej të ishte në një shkallë të sheshtë bazuar në kostot reale të bëra;
- sistemi të ishte transparent dhe i qartë;

¹¹ Për më shumë informacione rreth rëndësisë së zbatimit të sistemit pagesor DRG, shërbehuni me linkun vijues: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf

- sistemi të ishte i aftë për t'u përshtatur me zhvillimet aktuale dhe të jetë në gjendje t'i nënshtrohet zhvillimit dinamik të mëtejshëm, si dhe;
- sistemi t'i përmbushë kërkesat mjekësore dhe ekonomike në një masë të barabartë.

Në Austri, deri në vitin 1996 rimbursimi bazohej në një model pagese të diemit, ku në këtë kontekst çdo qëndrim i shtruar në spital është paguar në bazë të numrit të ditëve të qëndrimit, respektivisht një pagesë fikse në ditë i ishte ngarkuar paguesit (pacientit). Kjo pagesë bëhej pa marrë parasysh se cilave procedura u nënshtrohej pacienti dhe nga çfarë sëmundja vuante ai. Mirëpo, nga viti 1997 spitalet austriake janë financuar kryesisht nga sistemi DRG austriak - sistem ky, i përshtatur për të përmbushur kushtet e kornizës austriake. Ky i fundit, në të vërtetë është një sistem "PDRG" - pra sistem i grupeve që lidhen me procedurat dhe diagnostikimin, pasi që përveç diagnostikimit, procedurat e parashikuara janë një kriter kryesor për ndarjen e çështjeve në grupe.

Modeli i parë që do të përdorej në të gjithë Austrinë (DRG Model, 1997), u zhvillua që nga fillimi i viteve 1990'të. Një detyrë parësore në këtë zhvillim ishte vendosja e pagesave të sheshta që ndryshonin nga njëra-tjetra, si në strukturën e kostos, ashtu edhe për sa i përket karakteristikave mjekësore. Gjithsej 20 spitale nga e gjithë Austria u rekrutuan për të llogaritur kostot e procedurave (në bazë të katalogut të procedurave), e që njëherit këto spitale njiheshin ndryshe si "spitale referuese". Kostot e llogaritura të bazuara në 500.000 qëndrime spitalore ishin përfaqësuese në terma të përgjithshëm për të gjitha spitalet në Austri, duke siguruar në këtë mënyrë edhe bazën ekonomike për modelin e ri.

Për rrjedhojë, në vitin 2009 pati një rregullim të mëtutjeshëm gjithëpërfshirës të modelit DRG, si rezultat i llogaritjes së kostos përfundimtare, ku njëherit u prezantua një sistem i ri klasifikimi për katalogun e procedurave dhe në të njëjtën kohë rregullat që rregullonin dokumentacionin e procedurave të shumta u thjeshtëzuan. Baza e kostos për modelin e vitit 2009 dhe viteve më tutje mbetet viti 2005, ku me ç'rast një pikë DRG korrespondonte me një euro.

Comment [AB7]: Ndoshta me shqip është: Dieta ditore

Comment [AB8]: Nëse gjenë ndonjë shënim për numrin e grupeve diagnostike në Austri, plotësoje edhe me këtë informacion.

Sidoqoftë, rritja e transparencës mbase mbetet kontributi më thelbësor në drejtim të zbatimit të sistemit DRG, ngase shërbimet shëndetësore kanë tendencë për mungesë transparence për disa arsye: si rezultat i rritjes së kërkesave për konfidencialitet, për shembull (konfidencialiteti mjekësor dhe mbrojtja maksimale e të dhënave) dhe për shkak të mungesës së rrugëve të trajtimit të qartë ose të pandryshueshme në fushën e mjekësisë.

Si fundmi, mund të theksojmë se sistemi austriak DRG u zhvillua nga ekspertë austriakë. Në kombinim me masa shtesë, të tilla si planifikim strukturor dhe menaxhim të cilësisë, u bë e mundur përmirësimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor për të gjithë pacientët, si dhe u arrit ulja e gjatësisë sa i përket qëndrimeve në spital. Për më tepër, sistemi austriak DRG ka qenë subjekt i interesit ndërkombëtar për vite me radhë dhe shërben si një plan për modelet e financimit në vendet tjera.

3.2.3. Zbatimi i sistemit DRG në Gjermani

Në Gjermani ekzistojnë rreth 2.100 spitale që ofrojnë përkujdesje për rreth 17 milion raste në vit. Spitalet financohen përmes një sistemi të 'financimit të dyfishtë', që do të thotë se marrin fonde nga dy burime të ndryshme, siurse: nga investimet në infrastrukturë që mbulojnë drejtpërdrejt nga buxheti i shtetit të financuara nga tatimet, kurse kostot operative paguhen kryesisht nga fondet dhe nga siguruesit shëndetësor privat.

Inkorporimi i sistemit pagesor DRG në Gjermani, në vitin 2000 synoi zëvendësimin e buxhetit spitalor ekzistues me një sistem pagesor më të aktivizuar, duke supozuar se do të promovonte efikasitet, cilësi dhe transparencë në sektorin shëndetësor. Rreth mënyrës së zbatimit të sistemit DRG, në legjislacion janë të përshkruara edhe karakteristikat themelore të sistemit të ri, që duhej të zbatohesh në të gjitha spitale pavarësisht statusit të pronësisë. Asokohe, shërbimet psikiatrike ishin të përjashtuara ngase sistemi DRG u perceptua si e papërshtatshme për psikiatrinë. Kurse, për menaxhimin teknik të sistemit të ri pagesor organet vetëqeverisëse themeluan Institutin për sistemin e pagesave në spitale (InEK), ku aktualisht rreth 1.700 spitale marrin rimbursime përmes sistemit pagesor DRG.

Faza e përgatitjes

Në qershor të vitit 2000, organet vetëqeverisëse vendosën të përdorin *DRGs Australiane* të rafinuar (AR-DRGs), si pikënisje për zhvillimin e sistemit G-DRG. Për të përshtatur AR-DRG me kontekstin gjerman, kodet australiane për procedurat dhe diagnozat u shndërruan në kode gjermane të klasifikimit të procedurave (OPS) dhe në kode ICD-10-GM (modifikimi gjerman) për diagnoza. Pas testimit pilot në vitin 2001, versioni i parë me gjithësej 664 DRG u përgatit deri në fund të vitit 2002, ku njëherit sipas rregullave të kodimit të G-DRG, të gjithë pacientët që ishin larguar nga spitali u caktuan në një DRG specifike i bazuar në një algoritëm grupimi që përdori të dhënat e shkarkuara nga spitalet¹².

Në shumicën e rasteve tjera, algoritmi mori në konsideratë diagnozat kryesore, procedurat, diagnozat sekondare dhe karakteristikat e pacientit (moshën, gjininë dhe peshën e të porsalindurve) me qëllim të përcaktimit të DRG grupit. Që nga versioni i parë në vitin 2003, katalogu G-DRG është azhuruar për çdo vit bazuar në të dhënat e reja duke marrë në konsideratë sugjerime nga spitalet dhe shoqatat profesionale mjekësore. Numri i DRG've është rritur vazhdimisht duke arritur në 1200 në vitin 2010, ndonëse shërbimet nëpër ambulanca nuk u përfshinë në sistem.

Mbledhja e të dhënave

Të dhënat klinike të pacientëve të grupuara në DRG mblidhen nga të gjitha spitalet gjermane dhe transmetohen te fondet e sëmundjeve. Para se pagesa të bëhet nga fondet e sëmundjes, bordet e tyre mjekësore kontrollojnë të dhënat e marra për të zbuluar ndonjë veprim mashtrues nga spitalet, siç janë shkarkimet e papërshtatshme të pacientëve ose klasifikimi i pacientëve në DRG me pagë më të lartë. Për më tepër, të dhënat klinike nga të gjitha spitalet të plotësuara me të dhëna strukturore të lidhura me spitalet, dërgohen në një Qendër të dhënash e cila kryen kontrole të të dhënave përpara se t'i përcjell të dhënat në InEK për zhvillimin e ri të katalogut G-DRG.

¹² Për më shumë informacione rreth rëndësisë së zbatimit të sistemit pagesor DRG, shërbehuni me linkun vijues:
<file:///C:/Users/Shpresa/Downloads/DRG-type%20hospital%20payment%20in%20Germany.pdf>

Spitalet pjesëmarrëse duhet të jenë në gjendje të llogaritin koston për pacient, duke mbledhur informacione në lidhje me shërbimet individuale të dhëna secilit pacient. Po ashtu, informacioni rreth inovacioneve teknologjike është i nevojshëm për azhurim të diagnozës dhe procedurën e klasifikimit të sistemit, me qëllim të mbështetjes së inkorporimit të teknologjive të reja në spitale përmes pagesave shtesë. Pra, pagesa e llojit DRG mbështetet në metodën që merr për bazë peshën e koston, që do të thotë se pagesa në spital për një pacient të trajtuar llogaritet duke e shumëzuar peshën e koston së DRG të pacientit me një normë bazë e cila azhurnohet çdo vit nga InEK.

Së fundmi, Akti i Reformës së Financimit të Spitalit 2009 (KHRG) modifikoi më tej financimin e spitalit në Gjermani, edhe atë:

1. normat bazë shtetërore u programuan për tu konvertuar në një shkallë bazë në të gjithë vendin deri në vitin 2015;
2. organet vetëqeverisëse deri në vitin 2013 u të detyruan të krijojnë dhe prezantojnë një sistem pagese të ngjashme me DRG-në edhe për shërbimet psikiatrike, i cili parasegjithash do ishte veçantë për shkak se do bazohej në pagesa të diemit;
3. duke filluar nga viti 2012, qeverive të shtetit ju dha zgjidhja për të braktisur sistemin ekzistues të 'financimit të dyfishtë' për një sistem monist (pagues të vetëm).

Të tre zhvillimet më sipër tregojnë se interesi për sistemin pagesor DRG në Gjermani po rritet vazhdimisht, ndonëse përfshiu një periudhë 10 vjeçare për një prezantim të kujdesshëm të G-DRG dhe për t'u pranuar gjerësisht.

Vlerësimi i përgjithshëm i G-DRG konsiston në atë se, sistemi pagesor DRG ka rritur transparencën në sektorin e shëndetësisë, si dhe ka kontribuar në një efikasitet më të madh duke ruajtur ose përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor. Në veçanti, azhurimet vjetore të G-DRG bazuar në të dhënat e fuqishme të analizuara nga InEK në bashkëpunim të ngushtë me palët kryesore të interesit, u konsiderua si një forcë e sistemit shëndetësor. Megjithatë, të dhënat e disponueshme mbeten akoma të pamjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjes nëse

ndryshimet në cilësinë dhe efikasitetin e sektorit shëndetësor mund t'i atribuohen inkorporimit të sistemit pagesor DRG'i.

3.3. DRG sistemi në vendet në zhvillim

Profilet e sistemeve shëndetësore në vendet tranzicion janë rishikime të bazuara në një vend që ofrojnë një përshkrim të hollësishëm të një sistemi shëndetësor dhe të reformave dhe nismave të politikave në progres ose nën zhvillim e sipër. Për të lehtësuar krahasimet midis vendeve, rishikimet bazohen në një model që rishikohet në mënyrë periodike dhe që ofron udhëzime të hollësishme, pyetje specifike, përkufizime dhe shembuj të nevojshëm për përpilimin e një raporti.

Sistemet shëndetësore në tranzicion japin informacione të rëndësishme për të mbështetur politikë-bërësit dhe analistët në zhvillimin e sistemeve shëndetësore në Evropë. Ata janë blloqe ndërtimi që mund të përdoren:

- për të mësuar në detaje rreth qasjeve të ndryshme ndaj financimit dhe ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe rolit të aktorëve kryesorë në sistemet shëndetësore;
- për të përshkruar kornizën institucionale, procesin, përmbajtjen dhe implementimin e programeve të reformës së kujdesit shëndetësor;
- për të nxjerrë në pah sfidat dhe fushat që kërkojnë një analizë më të thelluar;
- për të siguruar një mjet për shpërndarjen e informacionit mbi sistemet shëndetësore dhe shkëmbimin e përvojave të strategjive të reformave ndërmjet politikëbërësve dhe analistëve në vende të ndryshme; dhe
- për të ndihmuar studiuesit e tjerë në një analizë më të thelluar krahasuese të politikave shëndetësore.

Pra, sistemet shëndetësore në tranzicion mund të përdoren për të informuar politikë-bërësit për përvojat në vendet tjera që mund të jenë të rëndësishme për situatën e tyre

kombëtare. Në vijim, sjellim një përshkruarje të shkurtë të zbatimit të DRG sistemit në këta vende në tranzicion: Greqi, Bulgari Shqipëri dhe Serbi

3.3.1. Zbatimi i sistemit DRG në Shqipëri

Ideja kryesore e zbatimit të sistemit DRG në Shqipëri, për herë të parë në vitin 2004 kishte të bëjë me rimbursimin e trajtimeve apo shërbimeve spitalore që janë të ngjashme në lidhje me procedurat mjekësore dhe kostot me të njëjtin nivel pagesash. Për më tej, nga pikëpamja teknike, çdo rast spitalor që do të paguhej, duhej të kishte informacionin e vet të koduar dhe të etiketuar në lidhje me diagnozën (si p.sh kodet ICD10), si edhe me procedurat e aplikuara, që njëherit përcaktojnë pagesën e rimbursimit sipas DRG-së. Pra, çdo DRG ka një të ashtuquajtur peshë të kostos relative, që zbatohet për rregullimin e pagesës së përgjithshme bazë, të përkufizuar si çmimi që do të rimburohet për çdo rast mesatarisht.

Për zbatimin e sistemit DRG duhet paraprakisht të plotësohen disa kushte, sikurse¹³:

- të ketë një katalog të përkufizimeve të DRG, duke përfshirë vlerat e llogaritura të peshave relative;
- të hartohen të dhëna tepër të detajuara në lidhje me burimet e akorduara në faza të ndryshme të trajtimit të pacientit sipas rasteve specifike për një numër të rëndësishëm statistikor rastesh dhe spitalesh;
- të kenë dhe të përdorin sistemet e kodeve të diagnozave dhe procedurave

Së bashku me zbatimin e sistemit DRG në Shqipëri u hartuan edhe një sërë masash që sigurojnë cilësinë e tij. Për më tej, spitalet u detyruan t'i publikojnë në formë elektronike raporte standarde të cilësisë, disa procedura u përqendruan drejt spitaleve të specialiteteve përmes përcaktimit të numrave minimalë të rasteve që duhet të trajtojë një spital, vetëm e vetëm që të vazhdojë këto trajtime edhe në të ardhmen.

Pra, zbatimi i sistemit DRG në Shqipëri si një sistem i ri rimbursimi në njërin çoi në një nivel më të lartë transparence të financimit të spitaleve dhe kostove të trajtimit, kurse në anën tjetër

¹³ Për më tepër rreth zbatimit të sistemit DRG në Shqipëri, shërbehuni me linkun vijues:
https://www.fsdks.com.al/images/stories/publikimet/botimet/isksh_gtz_alb.pdf

proceset administrative të rimbursimit të shërbimeve spitalore u bënë shumë të ndërlikuara, ngase kompleksiteti i ofrimit të shërbimit mjekësor duhet të reflektohet brenda sistemit DRG.

3.3.2. Zbatimi i sistemit DRG në Greqi

Deri në vitin 2011, në Greqi u aplikua sistemi retrospektiv i pagesave: një mekanizëm rimbursimi që konsiderohej inflacionist dhe mbante përgjegjësi për një seri problemesh, sikurse: kosto të larta administrative, mungesë të kontrollit të shpenzimeve spitalore, rritje në kohëzgjatjen mesatare të qëndrimit në spital dhe krijimin e deficiteve. Duke u nisur nga kjo, në fund të vitit 2011 nën presionin e krizës financiare lindi nevoja që sistemi grek i kujdesit shëndetësor të reformohet, respektivisht zbatimi i një mekanizmi të ardhshëm të rimbursimit për spitalet - versioni grek i sistemit DRG, i quajtur KEN-DRG.

Për rrjedhojë, Ministria e shëndetësisë vlerësoi se zbatimi i sistemit KEN-DRG do të jepte përfitime të mëdha sa i përket kostos dhe kohës së menaxhimit. Në veçanti, objektivi kryesor i zbatimit të KEN-DRG në Greqi ishte¹⁴:

- kontrolli i kostos përmes një zvogëlimi të financimit të spitaleve publike nga buxheti i shtetit;
- rritje e transparencës, dhe;
- përmirësim i efikasitetit të përgjithshëm të spitaleve.

Në fund të 2011, Ministria Greke e shëndetësisë së bashku me një grup shkencëtarësh të specializuar në ekonominë e shëndetit, vendosën që zgjidhja më e mirë ishte përshtatja e sistemit DRG Australian (AR-DRG,) me të dhënat greke. Arsyeja për këtë zgjedhje ishte se, midis modeleve të disponueshme AR-DRG kishte gjetur një pranim më të gjerë sipas literaturës ndërkombëtare, dhe tashmë ishte adoptuar me sukses nga shumë vende.

Në këtë kontekst, versioni i parë grek i sistemit DRG (KEN-DRG) ishte një listë e përgjithësuar çmimesh spitalore prej 700 paketash të rimbursimit mjekësor (të grupuar së bashku në 25 kategori kryesore diagnostikuese) që përcaktuan koston dhe gjatësinë mesatare

¹⁴ Për më shumë rreth zbatimit të DRG sistemit në Greqi, shërbehuni me linkun vijues:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s41669-019-0146-z>

të qëndrimit të pacientëve për çdo DRG. Këto të dhëna korresponduan teorikisht me mesataren për secilën kategori pacientësh dhe përdoren për ngarkimin e drejtpërdrejtë të incidenteve spitalore tek siguruesit, pavarësisht nga tarifat individuale dhe kostoja aktuale e qëndrimit në spital.

Klasifikimi i incidenteve të pacientëve duke përdorur kode KEN-DRG bazohet në diagnozat që përshkruajnë gjendjen e pacientit (kodet ndërkombëtare të sëmundjeve, kodet e rishikimit të dhjetë [ICD-10]), si dhe në procedurat kirurgjikale dhe ndërhyrjet shëndetësore të kryera [kodimi Grek i kodeve të procedurave mjekësore (ELOKIP)].

Në mars të vitit 2012, u bënë ndryshimet më të mëdha në sistemin KEN-DRG, me rregullime në çmime, kodime, në gjatësinë e qëndrimit në spital dhe në numrin e kategorive, duke çuar në një listë të rishikuar deri më 760 paketa të rimbursimit spitalor (nga këto ndryshime deri më sot, janë bërë vetëm disa rregullime të vogla në sistemin KEN-DRG). Sidoqoftë, një analizë e të dhënave KEN-DRG, e realizuar në vitet e para të zbatimit, zbuloi se 8-21% e të ardhurave totale nga spitali rezultuan nga çmimet ekstreme të pagesave (të jashtme), duke na bërë me dije që sistemi aktual kërkonte modifikime korigjuese. Po ashtu, një dobësi tjetër e rëndësishme në zbatimin e KEN-DRG në Greqi ishte se programi i specializuar për klasifikim nuk u mor nga qeveria Greke, por u hartua si një aplikacion nga Ministria e shëndetësisë.

3.3.3. Zbatimi i sistemit DRG në Slloveni

Në fillim të vitit 2000, metodat e pagesës spitalore lëvizën në drejtim të pagesës për raste. Stimujt për rast i inkurajuan spitalet që të zvogëlojnë kohëzgjatjen e qëndrimit, sepse çmimi i një rasti mbeti i pandryshuar pavarësisht nga periudha e qëndrimit në spital, dhe kjo çoi në një shkallë të kontrollit të kostos. Të dhënat e besueshme u bënë të disponueshme për episodet e kujdesit dhe që njëkohësisht ishin të dobishme për qëllime të ndryshme të planifikimit, ndonëse u paraqitën probleme themelore (për shembull, klasifikimi i episodeve ishte elementar dhe përfshiu pak më shumë sesa kategoritë e specializimit).

Një dobësi tjetër e rëndësishme ishte mungesa e qartësisë në lidhje me kufijtë mes pacientëve të jashtëm të të njëjtës ditë, dhe pacientëve që qëndronin brenda natës në spital

(pacientët e brendshëm). Në Slloveni në vitin 2002, 40% e pacientëve akut kishin qëndruar në spital tre ditë ose më pak (dhe kjo përqindje u rrit si pasojë e pagesës për rast) që do të thotë se, spitalet sllovene kishin aftësinë për të rritur kujdesin, por stimujt e papërshtatshëm të pagave i dekurajuan ata që të bënin këtë¹⁵.

Për të shmangur mangësitë e modelit për rast, në vitin 2003 në Slloveni u prezantua sistemi i pagesave DRG. Hulumtimi rreth sistemit DRG filloi në vitin 2001 me qëllim të zbatimit të një modeli më të sofistikuar të pagesave për kujdes spitalor. Për këtë arsye, në korrik të vitit 2002 u organizua një punëtori nga Sektori i shëndetësisë në lidhje me planin për prezantimin e DRG'së në Slloveni, ku njëherit u ftuan ekspertë të ndryshëm që të shprehnin mendimin e tyre për tre opsione të klasifikimit të DRG'së, për sa i përket përshtatshmërisë së tyre për përdorim në Slloveni.

Hapat e rëndësishëm përfshinë vlerësimin e varianteve opsionale të klasifikimit DRG me ndihmën e klinikëve nga shumica e spitaleve dhe specialistëve, si dhe zhvillimin e metodave të vlerësimit të kostove relative të sistemit pagesor DRG. Sa i përket varianteve përfshirë Gjermaninë, Rumaninë, Irlandën dhe Turqinë, varianti Australian (AR - DRG) u zgjodh më i përshtatshëm, kryesisht për shkak të sofistikimit të tij më të madh klinik.

Në vitin 2004 u bë ndryshimi i pritur që nënkuptonte një rritje të numrit të klasave sa i përket procedurave edhe atë, nga rreth 600 në mbi 6000 klasa. Po ashtu, disa përkufizime të të dhënave u modifikuan duke përfshirë përkufizimin e episodit në spital, dhe programe trajnimi të krijuara në lidhje me regjistrimin e diagnozave dhe procedurave dhe abstraktimin, renditjen dhe kodimin. Për më tepër, u zhvillua edhe një metodë e re e raportimit të të dhënave spitalore, me ç'rast spitalet ishin në gjendje të paraqesin informacionin e tyre lidhur me sistemin DRG përmes një ueb faqe të sigurt. Sistemet e redaktimit të të dhënave dhe vlefshmërisë së produktit u përmirësuan me qëllim të përmirësimit të cilësisë së të dhënave të disponueshme, për qëllime menaxhimi dhe kontrollimi të rreziqeve eventuale - siç ishte tendenca për të diagnostikuar mbi kodet dhe procedurat.

¹⁵ Për më shumë rreth zbatimit të sistemit DRG në Slloveni, shërbehuni me linkun vijues: <http://www.ier.si/files/Working%20paper-74.pdf>

Modeli i ri i pagesave për kujdesin shëndetësor akut në spital u prezantua gradualisht. Të dhënat për zbatimin e sistemit DRG u prodhuan në mënyrë rutinore që nga viti 2003. Në vitin 2003, këto të dhëna u përdorën pjesërisht për pagesa në spital (që edhe mëtej mbulohen me perspektivë përmes asaj që cilësohet si një metodë e "ndarjes së buxhetit"). Gjithashtu, në vitin 2003 modeli i pagesave në bazë të DRG shërbeu për ndarjen e 10% të burimeve ndërmjet ofruesve të kujdesit shëndetësor akut. Andaj, për dallim të klasifikimit të mëparshëm dhe shumë më të ngushtë të shërbimeve spitalore sa i përket kujdesit shëndetësor dhe çmimeve të ndryshme për të njëjtat shërbime të kryera nga ofruesit individual, sistemi i ri pagesor DRG mundësoi një krahasim më të hollësishëm të performancës së një ofruesi individual dhe një vlerësim më transparent.

Së fundmi, sistemi i pagesave DRG është më i kërkuari në aspekt administrativ dhe operacional. Vendosija e sistemit varet nga qasja në të dhëna për procedurat klinike dhe kostot. Ky i fundit siguron drejtësi dhe siguron krahasimin e alokimit të burimeve ndërmjet ofruesve të ndryshëm të shërbimeve. Në këtë mënyrë, ofruesit individualë janë të stimuluar të përdorin më mirë kostot duke ruajtur kostot mesatare brenda intervalit të pagesave për grupet specifike të rasteve. Modeli duhet të mbikëqyret kundër keqpërdorimit (regjistrimi i tepërt i peshave më të larta, diagnozat dhe procedurat e pajustificuara) të destinuara për të rritur pagesën për rast.

Përvojat e përdorimit të sistemit të pagesave për kujdes akut spitalor në bazë të DRG-ve në Slloveni konfirmojnë ndikimin pozitiv të modelit në rritjen e efikasitetit të kostos së ofruesve, respektivisht kontribuoi në një efikasitet më të madh të ofruesve në drejtim të vendosjes së proceseve dhe aktiviteteve të përshtatshme organizative dhe në trajtimin e një numri më të madh të rasteve të pacientëve me sëmundje **akute**.

Comment [AB9]: Flutra,

Para se te kalojsh te titulli/trajtimi i sistemit te DRG ne spitalin e Tetoves (qe mendoj se është aspekti aplikativ i sistemit), ne vazhden e elaborimeve të sisteme te DRG-se ne gjitha vendet, do duhet të keshë edhe një nëntitull për të trajtua sistemin e DRG-së në RMV-një historik i shkurt (disa rreshta), evolimi dhe zhvillimi i tijë deri kohet e fundit, sfidat që ka hasë dhe që hasën akoma (data baza, trajnimi i personelit,...etj), grupet e derisotme,...pra në shkallë sistemore makro para se te kalojsh te ybatimi si rast studimor i Spitalit te Tetoves...mos harro me pas ta shtojsh edhe ne tabelën e përmbajtjes në fillim.

KAPITULLI IV: DRG SISTEMI DHE SFIDAT E ZBATIMIT TË TIJ NË SPITALIN KLINIK TË TETOVËS

4.1. DRG sistemi dhe sfidat e zbatimit të tij në Republikën e Maqedonisë, me theks të veçantë në spitalin klinik të Tetovës

DRG sistemi si një model i ri i regjistrimit dhe pagesës së shërbimeve shëndetësore të pacientëve, u prezentua nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore të Maqedonisë në vitin 2009. Ky lloj sistemi paraqet një metodë e cila bën klasifikimin e pacientëve në bazë të grupeve edhe atë që kanë konsumim të ngjajshëm të burimeve dhe karakteristikë të ngjajshme klinike¹⁶.

Me prezantimin e modelit DRG në Maqedoni parashikohet të arihen këto qëllime, edhe atë:

- barazimi i kostos së shërbimeve shëndetësore në të gjitha institucionet e kujdesit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë për të njëjtat grupe diagnostikuese dhe për të njëjtin kompleksitet;
- rritja e efikasitetit në përdorimin e burimeve të disponueshme (materiale dhe burime njerëzore);
- planifikimi i llojit dhe veprimit të shërbimeve (me këtë edhe planifikimi i burimeve);
- përgjegjësi dhe pavarësi në funksionimin e kujdesit shëndetësor, rritje të përgjegjësisë dhe llogaridhënie;
- përgjegjësia për cilësinë dhe funksionimin ekonomik;
- shpërndarje e barabartë e fondeve në varësi të shërbimeve të kryera shëndetësore;
- sigurimi i shërbimeve më të mira shëndetësore për personat e siguruar;
- shpenzimi racional i fondeve, ulja e kostove, ulja e kohëzgjatjes së shtrimit në spital;
- sigurimi i kujdesit shëndetësor sipas nevojave të popullatës;

Comment [AB10]: Më fal, veçmë e paske këtë qasje por riformuloe titullin dhe shikoi a i ke pëfshi ato elemte qe ti nenviyova ne komentin paraprak.

Titulli i kap: Sistemi i DRG-së në RMV dhe sfidat e zbatimit tijë.

Pastaj ne:

4.1. Historiku, zhvillimi dhe sfidat e sistemit te DRG-së.

4.2.Zbatimi i sistemit të DRG-së në rastin e Spitalit Klinik të tetovës.

¹⁶ Për më shumë informacione rreth rëndësisë së zbatimit të sistemit pagesor DRG, shërbehuni me linkun vijues:
<file:///C:/Users/Shpresa/Downloads/Godisen%20Izvestaj%202017.pdf>

Në Maqedoni DRG sistemi bazohet në klasifikimin australian me emrin Grupet e lidhura me Diagnostifikimin Australian të Rafinuar i njohur si AR-DRG.

Ky lloj sistemi bazohet në:

- klasifikimin statistikor ndërkombëtar të sëmundjeve dhe problemeve shëndetësore të përafërta;
- rishikimin e dhjetë të modifikimit Australian MKB-10-AM;
- klasifikimi Australian të ndërhyrjeve shëndetësore (AKZI) dhe;
- kodin e sjelljes Australiane (ASK) të cilat mund ti shohim të botuara ne web faqen e Fondit të sigurimit shëndetësor.

Pas futjes së një numri të të dhënave personale dhe mjekësore në lidhje me pacientin në një paketë softuerësh të quajtura grouper, përcaktohet shërbimi DRG i ofruar nga spitali. Të dhënat standarde që kërkohen për të përcaktuar kodin DRG dhe arsyet kryesore pse çmimi mund të ndryshojë janë:

- diagnoza kryesore;
- procedurat kryesore që kryhen mbi pacientin gjatë trajtimit;
- procedurat dhe diagnoza tjera që ndikojne në trajtim;
- mosha e pacientit;
- pesha e të porsalindurit gjatë pranimit;
- arsyeja e lëshimit (lëshimi në shtëpi apo transferimi në spital tjetër).

Modeli DRG në Maqedoni përmban gjithsej 678 grupe DRG. Secili grup në varësi të kompleksitetit të çështjes dhe intenzitetit të shërbimeve të kërkuara për trajtimin e pacientit, i jepet një peshë relative e shprehur në koeficient. Peshë relative reflekton sasinë e burimeve të shpenzuara për trajtimin e pacientit mesatar në spital për një DRG të veçantë, në krahasim me të gjithë DRG-të e tjera dhe koeficienti i tij është 1 (që është koeficienti themelor i DRG-së).

Fondi i shëndetësisë në bazë të koeficientët të ponderuar i përcakton çmimet e referencës për çdo shërbim të DRG dhe të njëjtat çmime azhurohen dhe publikohen regullisht në web faqen e internetit te Fondit.

Ideja themelore e faturimit DRG është të shprehë shërbimet e kryera shëndetësore (pagesa) pas episodit të trajtimit, ku episodi është periudha e trajtimit nga pranimi deri tek shkarkimi nga spitali. Kohëzgjatja e episodit mund të jetë një ose më shumë ditë, e i gjithë shërbimi shëndetësor përfshihet në **çmim**.

Comment [AB11]: Shume mirë i elaboruar sistemi...

4.2. Modifikimi dhe azhurimi i modelit DRG

Aktivitetet e kujdesit shëndetësor po përmirësohen vazhdimisht me prezentimin e metodave, trajtimeve dhe teknologjive të reja mjekësore, për shkak të së cilëve nevojitet edhe azhurimi i rregullt, klasifikimi dhe rishikimi i çmimeve në sistemin DRG. Në përputhje me rrethanat, që nga fillimi i prezantimit Fondi i sigurimit shëndetësor ka modifikuar dhe azhuruar vazhdimisht sistemin DRG duke i ndjekur tendencat ndërkombëtare në zhvillimin dhe klasifikimin e DRG.

Në mënyrë të veçantë, në periudhat paraprake janë ndërmarrë dhe implementuar aktivitetet e mëposhtme edhe atë:

- në fillim të vitit 2010 në kontinuitet janë rezervuar koeficientët e peshës së të gjitha grupeve të DRG, që të tregohen në mënyrë objektive kostot reale të shërbimeve shëndetësore;
- gjatë vitit 2013 u bë një korigjim në çmimet e gjithsej 4 shërbimeve të DRG;
- në janar të vitit 2010 grupi DRG A06Z u nda në dy grupe:
 - A06A Traketomi me ventilim më të madh se 95 orë;
 - A06B Traketomi pa ventilim më të madh se 95 orë.

Po ashtu, mbaroi edhe azhurimi i grupit në aspektin e hyrjes dhe daljes së të dhënave, kërkimit më fleksibil duke gjeneruar kontrole shtesë të të dhënave nga grupi, të cilat mundësuuan përgatitjen dhe krijimin e analizave dhe raporteve qëllim ndryshëm. Për më tej, u prezantuan edhe 4 grupe të reja të DRG, të cilat u krijuan si rezultat i specifikave të sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë, e cila mundësoi që këto shërbime shëndetësore të shfaqen siç duhet përmes sistemit DRG, edhe atë:

- implanti i kardiakut F22Z me vendosje të elektrodës kirurgjike;
- procedurat kardiotoracike / vaskulare F23Z për fëmijët deri në 10 vjet;
- ekzaminimi elektrofiziologjik kardiak F43A me ablacion radiofrekuence;
- ekzaminimi elektrofiziologjik kardiak F43B.

Po ashtu, u prezentuan edhe 6 grupe të reja të DRG të cilat do të mundësojnë regjistrimin dhe faturimin e shërbimeve shëndetësore gjatë transplantimit të organeve, si nga një donator i gjallë, ashtu edhe nga një kadaver, sikurse:

1. transplantimi i kornesë A10Z;
2. përgatitja A11Z e donatorit, transplantimi multiorganik dhe transplantimi i indeve;
3. përgatitja A12Z e transplantimit të donatorëve dhe multiorganizmit;
4. përgatitja e donatorëve A13Z dhe transplantimi i organeve;
5. përgatitja dhe transplantimi i donatorëve A14Z i një kornea / syrit të vetëm dhe / ose dypalësh të kornesë;
6. trajtimi serologjik A42Z i dhuruesit të organeve / indeve.

Për azhurmin e DRG u futën edhe kritere shtesë në regjistrimet dhe vlerësimin e shërbimeve shëndetësore, d.m.th.

- shtesë prej 10% për shërbimet e DRG të kryera në nivelin terciar (terciar)
- 25% zbritjepër institucionet e kujdesit shëndetësor që specializohen në trajtimin e fëmijëve, si dhe për institucionet e kujdesit shëndetësor që ofrojnë trajtim për sëmundje akute psikiatrike.

4.3. Bazat / termat / termat në metodologjinë e DRG-së

MBROJTJA E TË SËMURËVE AKUTË është një sërë aktivitetesh (ekzaminime, diagnostikime, trajtim), të ndërmarrë në një pacient të shtruar në spital gjatë gjithë shërbimit shëndetësor në spital.

Në varësi të kohëzgjatjes së qëndrimit në spital, kujdesi akut spitalor mund të jetë:

- spital ditor, d.m.th shtrimi në spital ditor për ndërmarrjen e procedurave ndërhyrëse diagnostikuese dhe terapeutike që zgjasin më pak se 24 orë. Spitali ditor nuk është i koduar vetëm për trajtim mjekësor;
- shtrimi në spital multi-ditor zgjat më shumë se 24 orë vazhdimisht dhe përfshin qëndrime gjatë natës dhe shtretër të përdorur. Fillon me pranimin dhe përfundon me shkarkimin nga spitali. Përrjashtim bëhet kur shtrimi në spital zgjat më pak se 24 orë nëse personi transferohet në një spital tjetër ditën e parë të shtrimit në spital, ose nëse ai ose ajo vdes ndërkohë.

RASTI ose episodi i trajtimit është kujdesi i përgjithshëm shëndetësor i ofruar një pacienti të shtruar në spital nga pranimi në pushim nga puna, transferimi në spital tjetër ose vdekja e pacientit. Kohëzgjatja e episodit mund të jetë një ose më shumë ditë dhe të gjitha kostot e bëra gjatë asaj periudhe përfshihen në çmim. Gjatë vitit pacienti mund të ketë një ose më shumë episode të trajtimit.

DIAGNOZA KRYESORE është elementi më i rëndësishëm në kodim pas klasifikimit të DRG. Ai përkufizohet si një diagnozë e bërë pas të gjitha testeve dhe është arsyeja kryesore për pranimin në një institucion shëndetësor.

DIAGNOZA E AKTUAR (sekondar) është një gjendje ose problem që ka qenë i pranishëm në kohën e pranimi ose ka ndodhur gjatë trajtimit në spital. Është një gjendje që ndikon në trajtimin e pacientit dhe kërkon një ekzaminim diagnostik dhe/ose kujdes të shtuar ose përcjellje.

PROCEDURA është një ndërhyrje klinike që plotëson një ose më shumë nga kriteret e mëposhtme¹⁷:

- kirurgjia është për nga natyra
- sjell rezikshmëri procedural

¹⁷ Për më shumë rreth termave në metodologjinë e DRG-së, shërbehuni me raportin vijues:

- sjell rezik nga anestezija
- kërkon trajnim të specializuar
- kërkon hapësira të posaçme me kapacitet dhe opremë speciale të disponueshme vetëm në institucione për ofrimin e kujdesit akut shëndetësor.

DITET E QËNDRIMIT janë numri i përgjithshëm i ditëve të pushimit në shtrat për një episod të trajtimit, nga pranimi në shkarkimet e pacientit.

KATEGORIA KRYESORE DIAGNOSTIKE (MDC), përcaktohet si një kategori e bazuar në një sistem individual të trupit ose etiologji dhe shoqërohet me një specialitet të veçantë mjekësor.

KONTRATA ICD-10 ku sëmundjet janë të organizuara në grupe speciale (sëmundje epidemike, sëmundje konstitutive ose të përgjithshme, sëmundje zhvillimore dhe lëndime) dhe kapituj në sistemet e trupit (sëmundjet lokale, të organizuara sipas vendit).

PESHA E DRG është koeficienti i caktuar për secilin DRG që pasqyron sasinë e burimeve spitalore për një pacient mesatar në krahasim me DRG-të e tjera.

PESHA TOTALE E DRG është vlera totale e peshës për të gjitha shërbimet e kryera DRG. Kur numri i përgjithshëm i rasteve në një spital të caktuar shumëzohet me peshën e grupit përkatës DRG, merret pesha e DRG për atë spital ose grup spitalësh.

ÇMIMI (indeksi i përzierjes së rasteve) është treguesi kryesor për krahasimin e spitaleve. Ai tregon kompleksitetin klinik mesatar të pacientëve që janë shtruar në spital gjatë një periudhe kohe dhe vlera mesatare e tij është 1. ÇMIMI preket ndjeshëm nga numri mesatar i diagnozave dytësore dhe shërbimeve për **pacient**.

Comment [AB12]: Shume mirë...

4.4. Analiza e shërbimeve të DRG sistemit në nivel kombëtar

Duke e përdorur versionin australian të quajtur AR-DRG, në fillim të vitit 2008 filloi të përgatitete aplikimi i softuerit i quajtur Grupper. Nga 1 korriku i të njëjtit vit filloi të bëhet mledhja elektronike e të dhënave nga të gjitha institucionet e shëndetit publik në nivelet terciar dhe sekondar në Republikën e Maqedonisë të cilat sigurojnë:

- kujdes shëndetësor akut spitalor,
- kujdesi spitalor për të sapolindurit e shëndetshëm,
- kujdesi akut spitalor psikiatrik.

Të dhënat spitalet në mënyrë të drejtpërdrejtë i fusin në grupper përmes WEB aplikacionit, me të cilën Fondi i Sigurimit Shëndetësor siguron bazë të centralizuar të të dhënave për të gjithë të sëmurit akutë dhe të vdekurit, të cilat evidentohen sipas metodologjisë së DRG. Analizat statistikore të këtyre të dhënave filluan më 1 janar të vitit 2009, a rezultatet e fituara rregullisht publikohen në formë tremujore dhe vjetore.

Metodologjia DRG përveç që është një sistem për regjistrimin dhe faturimin e shërbimeve shëndetësore për pacientët akutë në spital, është gjithashtu një metodë për regjistrimet dhe financimet e kujdesit shëndetësor spitalor. Metodologjia DRG, kontribuon në standardizimin e procedurave terapeutike mjekësore sipas mjekësisë të bazuara në prova (protokolle dhe rrugë klinike), të cilat kryhen për secilën diagnozë duke paguar me kosto mesatare të bëra për kujdesin shëndetësor në çdo institucion shëndetësor.

Sistemi DSG mundëson krijimin e një baze qendrore të të gjitha shërbimeve shëndetësore në Republikën e Maqedonisë edhe për pacientët në spital, si edhe të dhëna të tjera të rëndësishme statistikore (gjinia, mosha, pesha, etj.). Qasja e këtyre të dhënave, qoftë të drejtpërdrejta (të dhëna të papërpunuara) ose përmes raporteve të përgatitura nga Fondi shëndetësor dhe nga institucionet tjera mundëson të bëhet një krahasim në mes spitaleve në aspektin e e efikasitetit, kompleksitet të shërbimeve shëndetësore, gamës së shërbimeve shëndetësore në nivelin e Institutit shëndetësor publik, shfrytëzimit të kapacitetetve etj.

Tabela 1: Evidentimi i DRG shërbimeve për vitin 2016 dhe 2017 në spitalin klinik të Tetovës

Vitet	2016	2017
Numri i rasteve	14.589	14.235
% e numrit te rasteve	1.22	6.71
Qëndrimi mesatar	3.66	3.73
Mosha mesatare	32.48	34.18
Pesha e DRG (pa terciar/transfer)	53.334	10.186
Indeksi i rasteve të përzjerjes (pa terciar/transfer)	0.66	0.72
Indeksi i rasteve të përzjerjes	9.615	10.154
Pesha e % DRG (me terciar / transferim)	3.52	3.84
Indeksi i rasteve të përzjerjes (me terciar / transferim)	0.66	0.71

Burimi: Fondi për sigurim shëndetësor

Comment [AB13]: Meqë pothuaj të gjitha parametrat tjerë janë në frekuenca të normales, mundësisht shpjegoe nga rrjedhë dallimi i madhë në peshë-i vetëm këtijë koeficioneti, midis dy viteve!

Nga tabela mësipër mund të vërejmë se:

- në periudhën janar - dhjetor të vitit 2016 në Spitalin klinik të Tetovës janë evidentuar gjithsej 14.589 raste, kurse në vitin 2017 janë evidentuar gjithsej 14.234 raste;
- numri i përgjithshëm i rasteve në vitin 2017 është zvogëluar për 355 d.m.th 0.97% në krahasim me atë të vitit 2016, në të njëjtën kohë në Spitalin klinik të Tetovës kemi një ritje të vogël prej 0.07% të qëndrimit ditor;
- është zvogëluar dukshëm pesha e rasteve DRG për 19.09;
- indeksi i rasteve të përzjerjes është rritur nga 0.66 në 0.72, që do të thotë se, në vitin 2017 janë shëruar pacientët më të ndërlikuar të vitit 2016.

4.5. Vështirësitë e zbatimit të DRG sistemit në spitalin klinik të Tetovës

Spitali klinik i Tetovës është një nga më të mëdhenjtë në vend dhe ofron shërbime për më shumë se 127 mijë persona të siguruar të Fondit. Ashtu sikurse në të gjitha rajonet, edhe në spitalin Klinik të Tetovës pati vështirësi gjatë zbatimit të DRG, sikurse:

- rrjeti i dobët dhe joadekuat për aprovimin e këtij sistemi, kështu që të punësuarit detyroheshin që të dhënat ti shënonin në mënyrë joelektronike dhe me rregullimin e rrjetit të njëjtat i shënonin në system;
- stafi mjekësor jo i trajnuar për zbatim të sistemit në fjalë, si dhe
- pajisje joadekuate për të përdorur këtë lloj sistemi.

Këto ishin disa nga vëshirësitë me të cilat u ballafaqua Spitali Klinik i Tetovës. Po ashtu, mund të cekim se nga ana e stafit të Spitalit kishte kërkesa të vazhdueshme në Ministrinë e shëndetësisë që këto problem të zgjidhen në mënyrë sa më të shpejtë, që ky system të aplikohet ashtu siç duhet.

Më poshtë, mund të cekim intervistën e dhënë nga Drejtori i Fondit të sigurimit shëndetësor **Orhan Ramadani, në lidhje me zgjedhjen e problemit të kësaj natyre (realizuar në vitin 2016)¹⁸**.

Sipas këtij të fundit, Spitali Klinik i Tetovës është një nga institucionet më të mëdha shëndetësore në vend, dhe për këtë arsye ranë dakord që me buxhetin e vitit 2016, së bashku me shërbimet profesionale ta parashohin zbatimin e metodave të reja në vitin 2017, ku si qëllim ishte përmirësimi i shërbimeve të pacientëve nga rajoni i Tetovës.

E gjithë kjo kishte për qëllim përmirësimin e gjendjes shëndetësore, respektivisht të katër shtyllave, edhe atë:

- investime serioze në infrastrukturën shëndetësore;
- pajisje të reja;
- arsimimin e vazhdueshëm dhe trajnimin e stafit mjekësor në vend dhe jashtë tij, sidhe
- prezantimin e një strukture të re organizative.

Të gjithë këto masa synonin rritjen e vëllimit të shërbimeve për pacientët dhe shërbimin e tyre më të mirë.

Për më tepër, në vijimi sjellim edhe intervistën e realizuar me 28.05.2020 me Drejtorin e Spitalit Klinik të Tetovës, z. Florin Besimi, ku gjatë bisedës se, cilët janë vështirësitë e zbatimit të sistemit DRG dhe cilët ishin përfitimet që solli ky system, ai në mes tjerash shtoi se:

¹⁸ ¹⁸ Për më shumë informacione rreth intervistës me z.Orhan Ramadani shërbehuni me linkun vijues:
<https://makfax.com.mk/>

Si çdo spital tjetër, edhe spitali i Tetovës pati vështirësi të mëdha në zbatimin e DRG dhe të njëjtat vështirësi vazhdojnë të paraqiten edhe në ditët e sotme, por në një masë më të vogël.

Si fillim, kishim vështirësi të natyrës, sikurse:

- rrjet të dobët dhe pajisjet joadekuete për zbatimin e DRG;
- staf jo të trajnuar për zbatimin e këti lloj sistemi.

Për rrjedhojë, të njëjtat vështirësi paraqiten edhe në ditët e sodit pasi sistemi DRG nga viti në vit modifikohet dhe azhurohet, ***ndërkohë që të punësuarit në Spitalin tonë nuk dërgohen që të trajnohen për ndryshimet që ndodhin***. Po ashtu, mungesa e pajisjeve adekuete bën që ky system mos të tregohet efikas gjatë zbatimit të tij.

Si përfitime nga zbatimi i sistemit DRG, mund të themi se arritëm në:

- barazim të kostos së shërbimeve në të gjithë institucionet e kujdesit shëndetësor në RMV-së;
- sigurim më të mirë shëndetësor për personat e siguar;
- shpërndarje të barabartë të fondeve në varësi të shërbimeve të kryera;
- rritje të efikasitetit në përdorimin e përdorimeve të disponueshme;
- shpenzim racional të fondeve, si dhe;
- ulje të kostove dhe ulje të kohëzgjatjes së shtrimit në spital.

Më vijim, në mënyrë tabelare sjellim të dhënat e siguruara përgjatë viteve të fundit në Spitalin Klinik të Tetoves sa i përket disa grupeve të DRG-së, ku me ç'rast do të bëjmë edhe një krahasim të disa llojeve të sëmundjeve se, si si kanë levizur nga viti në vit (kemi pas rritje apo zvogëlime të rasteve).

Tabela 2: Zbatimi i DRG-së (disa grupe)

DRG grupet	2016	2017	2018	2019
P67D Të posalindurit, pesha në pranim >2499 pa një procedurë domethënëse në sallën e operacionit, pa problem	1477	1297	1244	1170
O66A Shtatzania dhe pranime tjera akusherike	1306	1318	1202	891
O60C Lindje normale , i vetëm i pakomplikuar, pa kushtje tjera	1203	1116	1087	1009
L64Z Gurët urinar dhe obstrukcione	649	708	678	723
O01C Lindje cezariane pa CK katastrofike ose të rëndë	643	599	606	489
D63B Inflamacion i infeksionit të veshit të mesëm dhe traktit të sipërm respirator pa CK	542	499	510	492
P67C I posalinduri, pesha në pranim > 2499 g pa procedurë domethënëse në sallën e operacionit me një problem tjetër	424	405	396	277
C17A Procedurat e lenteve (leqe) me metodën Fako	403	416	388	231
N10Z Kuretazh diagnostike ose histeroskopi diagnostike	308	317	286	279
E69C Bronkiti dhe astma, mosha <50 pa CK	284	330	306	270
G68B Gastroenteriti, mosha <10 pa CC	271	312	297	331
O05Z Aborti me një procedurë në sallën e operacionit	270	257	225	192
D11Z Tonsillektomia dhe / ose adenoidektomia	256	279	228	148
E62C Infeksione respiratore / inflamacion pa CK	232	155	145	161
J65B Trauma në lëkurë, indin nënlëkuror dhe gjoksin, mosha <70	226	175	146	102
N62B Menstracionet dhe çrregullime tjera të sistemit riprodhues të femrës	220	245	207	180
F42B Çrregullime të qarkullimit të gjakut pa infarkt akut të miokardit me ekzaminime	191	485	529	668

	kardiake invazive pa diagnoza / procedura komplekse				
Q61C	Çrregullimet e qelizave të kuqe të gjakut pa CK katastrofike ose të rënda	175	122	146	156
B70C	Goditje në tru pa CK katastrofike ose të rëndë	169	177	139	174
G09Z	Procedurat e hernisë inguinale dhe të femurit, moshë > 0	168	130	175	356
G08B	Procedurat abdominale dhe hernie të tjera, të moshave 1 deri 59 vjeç pa CK katastrofike ose të rëndë	163	176	166	72
H07B	Kolecistektomia e mbyllur me koledokus të duktusit të mbyllur pa CK katastrofike	153	148	191	157
G67B	Ezofagiti, gastroenteriti dhe çrregullime të tjera të sistemit të tretjes, moshë > 9 pa CK katastrofike ose të rënda	147	124	110	96
D63A	Inflamacioni i infeksionit të veshit të mesëm dhe traktit të sipërm respirator me CK	126	109	108	98
G07B	Appendektomi pa CK katastrofike ose të rëndë	121	88	109	118
H08B	Kolecistektomia laparoskopike pa shfrytëzim të mbyllur të kolektokut të duktusit pa CK katastrofike ose të rëndë	119	130	89	105
G08A	Procedurat abdominale dhe të tjera të hernisë, moshë > 59 ose me (CK katastrofike ose të rëndë)	117	115	107	28
G66B	Dhimbje barku ose adeniti mesenterik pa CK	113	126	148	121
G70B	Diagnostifikime të tjera të sistemit të tretjes pa CC	110	75	63	34
F75C	Diagnostifikime të tjera të sistemit të qarkullimit të gjakut pa CK katastrofike ose të rënda KK	104	117	107	82
L63C	Infeksione të veshkave dhe	104	81	87	99

	traktit urinar, moshë <70 pa CK katastrofike ose të rënda				
Burimi: Raportet e Spitalit Klinik të Tetovës					

Nga tabela më sipër konstatohet se:

- te grupi DRG P67D kemi një rënie graduale prej 20% të rasteve të posalindurve, pesha në praninë >2499 pa një procedurë domethënëse në sallën e operacionit;
- te grupi DRG O66A kemi një rënie prej 31.7% të rasteve të shtatzanisë dhe pranime tjera akusherike (aborte, kontrolle gjinekologjike, etj);
- te grupi DRG G09Z kemi një rritje drastike të rasteve edhe atë për 111% tek procedurat e hernisë inguinale dhe të femurit, moshë > 0, si dhe;
- te grupi DRG F42B kemi një rritje për 249% të rasteve të çrregullime të qarkullimit të gjakut pa infarkt akut të miokardit me ekzaminime kardiake invazive pa diagnoza / procedura komplekse.

4.6. Testimi i hipotezave

Tabela 3: Testimi i hipotezave	
Hipoteza kryesore dhe ato ndihmëse	Testimi i hipotezave
	Për testimin e hipotezave jemi shërbyer me raportet e fundit në lidhje me ndryshimet dhe përmirësimet e sistemit të DRG-së, si dhe me intervistat e realizuara nga Drejtori i FSSH-së dhe Drejtorit të Spitalit Klinik të Tetovës (përfshirë edhe burimet shtesë)
1. DRG sistemi dhe sfidat e zbatimit të tij, në Republikën e Maqedonisë.	<p>Gjatë ekzaminimit të sistemit DRG në Republikën e Maqedonisë dhe nga intervista e Drejtorit të FSSH-së, dhe Drejtorit të Spitalit Klinik të Tetovës, në lidhje me sfidat e zbatimit të sistemit GRD, konstatuam se, vështirësitë në zbatimin e këtij sistemi akoma janë evidente, kur kihet parasysh që i njëjti vazhdimisht po modifikohet.</p> <p>Vështirësitë ishin të natyrës:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rrjeti i dobët dhe joadekuat për aprovimin e këtij sistemi, ▪ stafi mjekësor jo i trajnuar, si dhe ▪ pajisje joadekuate për zbatim. <p>Pra, këto të fundit bëjnë që të kuptojmë se, për</p>

	<p>zbatim efikas të sistemit nevojiten përmirësime në dimensionet mësipër, andaj hipoteza kryesore: DRG sistemi dhe sfidat e zbatimit të tij në Republikën e Maqedonisë, është e pranueshme.</p>
<p>2. Zbatimi i DRG-ve, çon në racionalizimin e përdorimit të burimeve të kufizuara, zgjerimin e hapësirave të ofruesve publik e jopublik të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, përmirësimin e llogaridhënies, si dhe rritjen e transparencës.</p>	<p>Nga ekzaminimi i përfitimeve në lidhje me sbatimin e DRG sistemit në RM, dhe nga intervistat e realizuara konstatuam se, ky i fundit siguron:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ barazim të kostos së shërbimeve në të gjithë institucionet e kujdesit shëndetësor në RMV-së; ▪ sigurim më të mirë shëndetësor për personat e siguruar; ▪ shpërndarje të barabartë të fondeve në varësi të shërbimeve të kryera; ▪ rritje të efikasitetit në përdorimin e përdorimeve të disponueshme; ▪ shpenzim racional të fondeve, si dhe; ▪ ulje të kostove dhe ulje të kohëzgjatjes së shtrimit në spital. <p>Andaj, hipoteza e pare ndimëse: zbatimi i DRG-ve, çon në racionalizimin e përdorimit të burimeve të kufizuara, zgjerimin e hapësirave të ofruesve publik e jopublik të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, përmirësimin e llogaridhënies, si dhe rritjen e transparencës, është e pranueshme.</p>
<p>3. DRG - sistemi, praktikisht, në një rëndësi stimulon politikën mjekësore, kurse në anën tjetër mundëson krijimin e një sistemi indeksi kostosh për sistemin shëndetësor.</p>	<p>Modifikimi dhe azhurimi i vazhdueshëm i DRG sistemit duke i ndjekur tendencat ndërkombëtare në zhvillimin dhe klasifikimin e DRG, si dhe aktivitetet e ndërmara nga viti 2010 e këndeje në lidhje me:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rezervimin e koeficientëve të peshës së të gjitha grupeve të DRG; ▪ korigjimin e çmimeve në disa grupe të shërbimeve, ▪ ndarjen e grupeve të DRG grupeve në grupe të veçanta, ▪ prezantimi i 6 grupeve të veçanta të DRG

	<p>të cilat do të mundësojnë regjistrimin dhe faturimin e shërbimeve shëndetësore gjatë transplantimit të organeve, si dhe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ shumë modifikime tjera. <p>Pra, duke u bazuar në modifikimet dhe azhurimet e vazhdueshme, konstatojmë se hipoteza e dytë ndihmëse: <i>DRG - sistemi, praktikisht, në njëën stimulon politikën mjekësore, kurse në anën tjetër mundëson krijimin e një sistemi indeksi kostosh për sistemin shëndetësor, është e pranueshme.</i></p>
--	---

Comment [AB14]: Shumë mirë!

KONKLuzionET DHE REKOMANDIMET

Konkluzionet që dalin nga ky studim janë:

1. Sistemi i kujdesit shëndetësor i referohet organizimit të popullit dhe burimeve tjera që ofrojnë shërbime të kujdesit shëndetësor me qëllim të plotësimit të nevojave të popullatës.

2. Objektivat e sistemit të kujdesit shëndetësor mund të sistemohen në tre dimensione, edhe atë: përmirësimin e shëndetit të popullatës dhe të reagimit të sistemit shëndetësor ndaj popullatës që i shërben, si dhe sigurimi i drejtësisë në kontributin financiar.

3. Financimi i shërbimeve shëndetësore mund të bëhet përmes pesë mënyrave, sikurse: tatimit të përgjithshëm, taksës së hipotekuar, sigurimit shëndetësor privat dhe sigurimit social.

4. Sistemi i kujdesit shëndetësor kontribuon në përmirësimin e shëndetit dhe në sigurimin e mirëqenies, ku para se gjithash përmirësimi i cilësisë konsiston në, përmirësimin e transparencës së informacionit të kujdesit shëndetësor dhe në lidhjen e rimbursimit me ofruesit e kujdesit shëndetësor.

5. Sistemi i sigurimit shëndetësor i Republikës së Maqedonisë u ballafaqua me një numër sfidash të cilat konsistojnë në: nevojën për racionalizim të strukturave të ofruesve të kujdesit shëndetësor, reduktimin e personelit të tepërt në sektorin e shëndetësisë dhe sigurimin e financimit të qëndrueshëm shëndetësor.

6. Në Slloveni, sugjerimet për ndërmarrjen e rreformave erdhën si rrjedhojë e nevojës për: ndarja e fondeve për kujdesin shëndetësor në mënyrë të drejtë, shpërndarjen e fondeve të mbledhura sipas nevojave të qytetarëve, përmirësimin e qasjes në shërbimet e kujdesit shëndetësor, zhvillimin e një sistemi adekuat shëndetësor, përmirësimin e efektivitetit dhe regullimin dhe menaxhimin e sistemit shëndetësor, forcimin e kujdesit shëndetësor publik.

7. Për grumbullimin e kontributeve shëndetësore të derdhura u ngrit Fondi për sigurim shëndetësor i cili në fillim të vitit 2000 u bë institucion i pavarur dhe i cili kontrollohet nga Ministria e shëndetësisë, kurse vendimet sillen nga Bordi drejtues i FSSH-së.

8. Aktualisht, sistemi shëndetësor në Republikën e Maqedonisë është i organizaur në tre nivele, edhe atë: parësor, dytësor dhe terciar.

9. Sistemi i kujdesit shëndetësor primar në Republikën e Maqedonisë përbëhet nga: mjekësia e përgjithshme, profesionale, kujdesi shëndetësor për fëmijë (pediatri për fëmije 0-6 vjet), mjekësia shkollore për fëmijët e shkollave dhe të rinjtë 7-18 vjet dhe nga kujdesi shëndetësor i grave (gjinekologji me obstetrikë).

10. Në Republikën e Sllovenisë sistemi i kujdesit shëndetësor përbëhet nga ofruesit publik dhe privat, kurse llojet e kujdesit shëndetësor parësor përfshinë: ndihmat emergjente mjekësore, kujdesin shëndetësor për gratë, fëmijët, të rinjtë dhe pleqët, laboratorët dhe objektet tjera diagnostikuese, kujdesin dentar parandalues dhe kurativ për fëmijë dhe të rriturit, shërbimet e farmacisë, si dhe terapitë fizike dhe shërbimet e ambulancës.

11. Sistemi i kujdesit shëndetësor sekondar në Republikën e Maqedonisë ofrohet në spitalet e përgjithshme, klinikë, spitalet e specializuara, poliklinika, qendra për shëndet publik, si dhe në qendra për rehabilitim. Gjithashtu, kujdesi shëndetësor sekondar përfshinë mjekësinë interne, kirurgjinë, pediatriinë, gjinekologjinë me obstetrikën dhe anesteziologjinë.

12. Kujdesi shëndetësor sekondar në Republikën e Sllovenisë kryhet në spitale dhe poliklinika. Përfshinë gjithësej 26 spitale, dhe edhe 12 spitale të specializuara që ofrojnë shërbime ortopedike, psikiatrike, kujdesin gjinekologjik dhe kujdesin për fëmijët dhe të rinjtë me sëmundje të rënda kronike.

13. Kujdesi shëndetësor terciar në Republikën e Maqedonisë karakterizohet nga shërbimet e specializuara të kujdesit shëndetësor, funksionet e edukimit shëndetësor në institucionet e arsimit të lartë dhe nga veprimtaritë kërkimore shkencore në fushën e kujdesit shëndetësor. Kurse, kujdesi shëndetësor terciar përfshinë gjithësej 29 klinika universitare, 12 institute brenda fakultetetve mjekësore, 3 spitale të specializuara, institutin për rehabilitim mjekësor, dhe institutin e shëndetit publik.

14. Kujdesi shëndetësor terciar në Republikën e Sllovenisë përfshinë dy qendra të mjekësisë shëndetësore, Institutin e Inkologjisë, spitalin Golnik, klinikën psikiatrike dhe institutin për rehabilitimin e personave me aftësi të kufizuara.

15. Sistemi pagesor DRG, është dizajnuara për përfituesit medicinal, ku me ç'rast pacientët të cilët kanë karakteristika të ngjashme klinike dhe shpenzime të njëjta trajtimi, caktohen për një DRG grup.

16. Qëllimi kryesor i zbatimit të sistemit DRG ishte ofrimi i mundësisë për krahasim të performancës nëpër spitale.

17. Në sistemin pagesor DRG, klasifikimi bëhet përmes ndjekjes së disa variablave, sikurse: diagnozën kryesore dhe sekondare, moshën, gjininë, praninë e bashkë-sëmundjeve dhe ndërlikimeve, si dhe procedurat e realizuara.

18. Sistemi i pagesave DRG paraqet sistemin më i kërkuar për shkak të aspektit administrativ dhe operacional.

19. Në Francë sistemi pagesor i bazuar në DRG përpos rreziqeve që bart, ofroi një mundësi për rritjen e efikasitetit dhe transparencës, ndonëse kjo e fundit adresoi në disa probleme kronike në tregun spitalor francez dhe në përmirësimin e llogaritjes dhe produktivitetit të kujdesit shëndetësor.

20. Në Austri, rritja e transparencës mbetet kontributi më thelbësor në drejtim të zbatimit të sistemit DRG - zbatim ky, që u zhvillua nga ekspertë austriakë dhe që mundësoi përmirësimin e kujdesit shëndetësor dhe uljen e qëndrimit spitalor. Sistemi austriak DRG shërbeu si një plan për modelet e financimit dhe si një shabllon për shumë vende tjera të zhvilluara dhe në zhvillim.

21. Në Gjermani interesi për sistemin pagesor DRG në Gjermani u rrit vazhdimisht edhe pse u desh një periudhë 10 vjeçare për një prezantim të kujdesshëm të G-DRG dhe për t'u pranuar gjerësisht. Mbi të gjitha, vlerësimi i përgjithshëm i zbatimit të sistemi pagesor DRG mbetet në atë se, ky i fundit ka rritur transparencën në sektorin e shëndetësisë dhe ka përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor.

22. Në Shqipëri, zbatimi i sistemit DRG u shoqërua me një sërë masash që siguronin cilësinë e tij, dhe njëkohësisht detyruan spitalet t'i publikojnë në formë elektronike raportet standarde të cilësisë. Megjithatë, sistemi i ri i rimbursimit sikurse në vendet tjera ashtu edhe në Shqipëri çoi në një nivel më të lartë transparence të financimit të spitaleve dhe kostove të trajtimit, ndonëse proceset administrative të rimbursimit sa i përket shërbimeve spitalore ndërlikuan

23. Në Greqi, zbatimi i KEN-DRG sistemit synonte kontrollimin e kostos përmes një zvogëlimi të financimit të spitaleve publike nga buxheti i shtetit, rritjen e transparencës, dhe përmirësimin e efikasitetit të përgjithshëm të spitaleve.

24. Në Slloveni, zbatimi i sistemit DRG ndoqi variantin austriak dhe ofroi drejtësi, transparencë dhe mundësi krahasimin e alokimit të burimeve ndërmjet ofruesve të ndryshëm të shërbimeve. Mbi të gjitha, sistemi i pagesave DRG kontribuoi në rritjen e efikasitetit të kostos së ofruesve, gjegjësisht siguroi efikasitet më të lartë të ofruesve sa i përket vendosjes së proceseve dhe aktiviteteve të përshtatshme organizative.

25. Në Republikën e Maqedonisë DRG sistemi u prezentua për herë të parë në vitin 2009 nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore të Maqedonisë në vitin 2009, ku njëherit parashikohej të arrihej: barazim të kostove të shërbimeve shëndetësore në të gjitha institucionet e kujdesit shëndetësor, rritje të efikasitetit në përdorimin e burimeve të disponueshme, përgjegjësi dhe pavarësi në funksionimin e kujdesit shëndetësor, llogaridhënie, shpenzimi racional të fondeve, ulje të kostove dhe të kohëzgjatjes së shtrimit në spital, etj.

26. Përfshirja e sistemit DRG në Maqedoni u bazua në klasifikimin australian me emrin Grupet e lidhura me Diagnostifikimin Australian të Rafinuar i njohur si AR-DRG, dhe përmban gjithësej 678 grupe DRG ku secili grup në varësi të kompleksitetit të çështjes dhe intenzitetit i jepet një peshë relative e shprehur në koeficient.

27. Modifikimi dhe azhurimi i sistemit DRG në Republikën e Maqedonisë filloingja viti 2010 dhe përfshiu: rezervimin e koeficientëve të peshës së të gjitha grupeve të DRG vetëm që të tregohen në mënyrë objektive kostot reale të shërbimeve shëndetësore, korrigjimin në çmime në gjithësej 4 shërbime të DRG, ndarjen e grupit DRG A06Z në dy grupe të veçanta, mbarimin

dhe azhurimin e grupit në aspektin e hyrjes dhe daljes së të dhënave, prezantimin e 6 grupeve të reja të DRG të cilat mundësuan regjistrimin dhe faturimin e shërbimeve shëndetësore gjatë transplantimit të organeve, si nga një donator i gjallë, ashtu edhe nga një kadaver, etj.

28. Vështirësi gjatë zbatimit të DRG në Republikën e Maqedonisë ishin rrjeti i dobët dhe joadekuat për aprovimin e këtij sistemi (të punësuarit detyroheshin që të dhënat ti shënonin në mënyrë joelektronike dhe me rregullimin e rrjetit të njëjtat i shënonin në system), staf mjekësor jo i trajnuar, si dhe pajisje joadekuate për zbatimin e këtij sistemi.

29. Përfitimet nga zbatimi i sistemit DRG në Republikën e Maqedonisë ishin barazimi i kostos së shërbimeve në të gjithë institucionet e kujdesit shëndetësor në RM-së, sigurimi më i mirë shëndetësor i personave të siguruar, shpërndarje e barabartë e fondeve në varësi të shërbimeve të kryera, rritje e efikasitetit në përdorimin e përdorimeve të disponueshme, shpenzim më racional të fondeve, ulje të kostove dhe të kohëzgjatjes së shtrimit në spital, si dhe rritja e transparencës dhe llogaridhënies.

Rekomandimet që dalin nga ky studim janë:

1. Të zbatohen ndërhyrje dhe rregullimeve shtesë në sistemin pagesor DRG, me qëllim të sigurimit më të mirë të ndërlidhjes së efikasitetit të sistemit pagesor DRG me objektivat shëndetësore.

2. Të mundësohet një shfrytëzim më i mirë i data bazës së të dhënave dhe informacioneve në dispozicion, që do të konsistoj në vlerësimin e standardeve dhe të cilësisë duke ndikuar kështu edhe në identifikimin e ofruesve më efikas dhe në shpërndarjen e praktikave më të mira mjekësore.

3. Të mundësohet përmirësime në drejtim të sigurimit të rrjetit më të shpejtë që drejtpërsëdrejti do të ndikoj në rritjen e efikasitet të shërbimeve shëndetësore.

4. Të mundësohet një investim serioz në infrastrukturën shëndetësore dhe në pajisje mjekësore me qëllim të ngritjes dhe ofrimit cilësor të shërbimit shëndetësor.

5. Të mundësohet trajnim i vazhdueshëm i stafit mjekësor brenda dhe jashtë vendit, i cili do të jetë në gjendje të ju paraprijë modifikimeve të vazhdueshme të sistemit DRG, e njëherit do të ofrojë shkathtësi të reja për azhurimin e sistemit DRG në mënyrë profesionale dhe konform standardeve ndërkombëtare.

LITERATURA E SHFRYTËZUAR

Libra:

1. Abdylmenaf Bexheti, *Financat Publike*, Tetovë, 2007.
2. Атанасовски Живко, *Јавни Финанси*, Универзитет Св “Кирил и Методиј”, Економски факултет - Скопје, 2004.
3. Bruce Neil, *Public Finance - and the American Economy*, Addison Ёesley, second edition, 2001.

4. David N. Human, *Public Finance - A Contemporary Application of Theory to Policy*, North Carolina State University, 2010.
5. Харви С. Розен, Тед Геер, *Јавни Финанции*, Глобал комуникации, 2008.
6. Hrustic Hasiba, *Javne finansije i poresko pravo*, Pravni fakultet Univerziteta UNION u Beogradu, 2007.
7. Harvey S. Rosen, *Financa Publike*, McGraë –Hill / Irëin, botimi i gjashtë, 2003.
8. Мајкл А. Кру, Пол Р. Клејнорфер, *Регулирање на економијата на јавни услуги*, Ars Lamina, 2011.
9. Џон М. Квиглеј, Еуген Смоленски, *Модерни јавни финансии*, Ars Lamina, 2011.

Punime shkencore:

1. *General Overview of the Health Care System in the Republic of Macedonia: health indicators, organization of health care system and its challenges*, Faculty of Medical Sciences - University "Goce Delcev" – Stip, by Nikola Kamcev, Marina Danilova, Verica Ivanovska, Gordana Kamceva, Nevenka Velickova, Kneginja Richter.
http://www.academia.edu/2593894/A_general_overvieë_of_the_healthcare_system_in_the_Republic_of_Macedonia_health_indicators_organization_of_healthcare_system_and_its_challenges
2. *DRG Implementation In Macedonia*, Health Insurance Fund of Macedonia - Skopje, by M.Sc. Maja Parnardzieva Zmejкова
https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/kongre/kongre_2011/sunumlar/Kongre2sunum.pdf/1mayis2010/DRGImplementationInMacedoniamajaparnardzieva.pdf
3. *A Review of the Public Health Reforms (1991-2010): An Experience from Macedonia*, Skopje, by Dr. Branko K Dimeski.
<http://www.webmedcentral.com/ëmcpdf/ArticleWMC002138.pdf>
4. *Health Insurance System in the Republic of Macedonia*, Institute of Social Medicine, Joint Institutes of the Medical Faculty in Skopje, by Donèo M. Donev
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234059>
5. *Health System Reforms in the Republic of Macedonia (1991 - 2010)*, by Vladimir Lazarevik, Blasko Kasapinov, Dance Gudeva-Nikovska
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23425880>
6. *Three Periods of Health System Reforms in the Republic of Macedonia (1991-2011)*, Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine, Global Fund, R. Macedonia Ministry of

- Health, Institute of Public Health -Skopje, by Lazarevik V, Donev D, Gudeva Nikovska D, Kasapinov B. http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/15l.pdf
7. *The Former Yugoslav Republic of Macedonia Health System Review*, by Dragan Gjorgjev, Angelina Bacanovic, Snezana Cicevalieva, Zlate Sulevski and edited by Susanne Grosse-Tebbe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79004/E89275.pdf
 8. *Project Performance Assessment Report Former Yugoslav Republic of Macedonia - Health Sector Management Project*, By World Bank. http://wwwds.worldbank.org/external/default/EDSContentServer/WDSP/IB/2013/10/16/000442464_20131016094531/Rendered/PDF/782100PPAR0Mac0t0PUBLIC00Box379845B.pdf
 9. *Strengthening Health Systems' Response to Crises - Towards a New Focus on Disaster Preparedness*, Report on a WHO workshop Skopje. <http://www.eird.org/isdr-biblio/PDF/Strengthening%20health%20systems.pdf>
 10. *Health Care Systems in the EU a Comparative Study*, by Dr.med. Elke Jakubowski, EUROPEAN PARLIAMENT, by MSc. HPPF, Advisor in Public Health Policy Department of Epidemiology and Social Medicine, Medical School Hannover. http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf
 11. *Health System Reforms in the Republic of Macedonia (1991-2010)*, Skopje, by Vladimir Lazarevik, Blasko Kasapinov, Dance Gudeva-Nikovska. <http://www.nispa.org/files/conferences/2010/papers/201004121244420.Lazarevik%20et%20al.pdf>
 12. *DRG (Diagnosis Related Groups)*, Skopje, by DRG Work Group - Health Insurance Fund. <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/DRG%20Annual%20report%20Jan-Dec%202009.pdf>
 13. *International Perspectives on Quality in Healthcare System*, France, by Dr Paul GARASSUS. <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2014/04/Dr-Paul-Garassus.pdf>
 14. *Health Systems in Transition – Romania Health System Review*, by Cristian Vladescu, Gabriela Scîntee, Victor Olsavszky. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/95165/E91689.pdf
 15. *Health Systems in Transition - Slovenia Health System Review*, by Tit Albreht, Eva Turk, Martin Toth, Jakob Ceglar, Stane Marn, Radivoje Pribakovic Brinovec, Marco Schafer. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf

16. *Equity in health in Macedonia: Socio-Economic and Financial Aspects and Effects of Policy Changes on the Access to Prescription Medicines in Primary Healthcare*, by Neda Milevska-Kostova, Marija Gulija, Ivana Tomovska, Kiril Jakimovski.
17. *Health insurance system and provider payment reform in the Republic of Macedonia*, Institute of Social Medicine, Medical Faculty Ss Cyril and Methodius University in Skopje, by Doncho M. Donev. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234059>
18. *Health Strategy of the Republic of Macedonia 2020, Safe, Efficient and Just Health Care*, Skopje, by Ministry of Health. [http://studiorum.mk/h2020mkd_upload/upload/PredlogStrategija%20za%20zdravje%20na%20RM%20do%202020%20godina%20\[en\].pdf](http://studiorum.mk/h2020mkd_upload/upload/PredlogStrategija%20za%20zdravje%20na%20RM%20do%202020%20godina%20[en].pdf)
19. *Strengthening Health Systems: the Role and Promise of Policy and Systems Research*, Geneva, by Alliance for Health Policy and Systems Research. http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf
20. *Successful Health System Reforms - The Case of Turkey*, by World Health Organization. <http://disab.saglik.gov.tr/yonetim/Uploads/files/kitaplar/Successful%20Health%20System%20Reforms-The%20Case%20of%20Turkey.pdf>
21. *Систем на Здравствена Заштита во РМ*, од Д-р Борјан Павловски. <http://www.esem.org.mk/pdf/Biblioteka>
22. *Преглед на Интеграцијата и Функционирањето на Здравствениот Информативен Систем, на Матичната Евиденција и на Системот за Витална Статистика Република Македонија*, од Надворешна консултација за Регионалната Канцеларија на СЗО за Европа и Канцеларијата на СЗО во Скопје, Република Македонија 3-7 декември 2012 година Скопје. http://studiorum.mk/cd_nzb/Pridruzni_Dokumenti/MKD/04_MKD_Izvestaj_ZIS_vo_RM.pdf
23. *Извештај за Здравјето на Населението во Република Македонија*, издавач Институт за Јавно Здравје на Република Македонија (ЈЗУ). <http://iph.mk/wp-content/uploads/2015/03/Spoen-izvestaj-novo-so-sodrzina-i-naslovna-so-CIP.pdf>
24. *Реформи на Здравствениот Систем во Македонија*, издавач Центар за истражување и креирање политики (ЦРПМ). <http://www.crpm.org.mk/wp-content/uploads/2012/03/KnigahealthMAK1.pdf>

Web faqe:

1. http://www.jstor.org/?_redirected

2. <https://search.ebscohost.com/>
3. <http://www.1000knigi.mon.gov.mk/cat.php?id=13&p=35>
4. <http://www.econbiz.de/>
5. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfp51f5f9t.pdf?expires=1450193448&id=id&accname=guest&checksum=6E97237DC73BFD7CA2D86B7EF33FC40B>
6. <http://www.oecd.org/eco/groeth/46508904.pdf>
7. http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf
8. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-care-systems/health-care-outcomes-and-spending_9789264094901-4-en#page5
9. http://healthcarecollaboration.typepad.com/healthcare_collaboration_/files/quality_buttell.pdf
10. [https://www.henryford.com/documents/Quality/High%20Performance%20Healthcare%20Systems%20\(2008\).pdf](https://www.henryford.com/documents/Quality/High%20Performance%20Healthcare%20Systems%20(2008).pdf)
11. <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings-crosscountrycomparisons-healthcareoutcomesandspending.htm>
12. <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings-crosscountrycomparisons-efficiencyandpolicysettings.htm>
13. <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicysettings-crosscountrycomparisons-healthcarepoliciesandinstitutions.htm>