



UNIVERSITETI "ALEKSANDËR MOISIU" DURRËS
FAKULTETI I BIZNESIT
PROGRAMI I DOKTORATURËS "ADMINISTRIM PUBLIK"

DISERTACION

**VLERËSIMI I CILËSISË SË SHËRBIMIT SPITALOR DHE
KËNAQËSISË SË PACIENTIT NË SHQIPËRI: STUDIM
KRAHASUES NDËRMJET SEKTORIT PUBLIK DHE PRIVAT**
(në kërkim të gradës shkencore "Doktor i Shkencave")

DISERTANT

MSc. REZARTA KALAJA

UDHËHEQËS SHKENCOR

PROF. DR. HALIT XHAFA

Durrës, 2016

Copyright

i

Rezarta KALAJA

2016

Udhëheqësi i Rezarta Kalaja vërteton se ky është version i miratuar i disertacionit të mëposhtëm:

**VLERËSIMI I CILËSISË SË SHËRBIMIT SPITALOR DHE
KËNAQËSISË SË PACIENTIT NË SHQIPËRI: STUDIM
KRAHASUES NDËRMJET SEKTORIT PUBLIK DHE
PRIVAT**

PROF. DR. HALIT XHAFA

**VLERËSIMI I CILËSISË SË SHËRBIMIT SPITALOR DHE
KËNAQËSISË SË PACIENTIT NË SHQIPËRI: STUDIM
KRAHASUES NDËRMJET SEKTORIT PUBLIK DHE PRIVAT**

Përgatitur nga Rezarta KALAJA MSc

Disertacion i paraqitur në
Fakultetin e Biznesit
Universiteti “Aleksandër Moisiu”, Durrës
Në përputhje të plotë
me kërkesat
për Gradën “Doktor”

Universiteti “Aleksandër Moisiu” Durrës

Janar, 2016

Dedikim

Këtë punim ja dedikoj babait tim, i cili më mësoi kuptimin e vërtetë të fjalës “mjek”.

Falenderime

Gjatë rrugëtimit tim në kryerjen e këtij punimi e konsideroj veten me fat që nuk kam qënë vetëm, por e rrethuar nga miq dhe njerëz të dashur, të cilët dua ti falenderoj e tu shpreh mirënjohjen, që më mbështetën deri në fund.

Në rradhë të parë dua të falenderoj Prof. Dr. Halit Xhafa, udhëheqësin tim gjatë gjithë kësaj rruge, për besimin që pati tek unë, për këshillat, mbështetjen dhe durimin që tregoi gjatë gjithë kohës.

Falenderoj të gjithë kolegët e departamentit të menaxhimit, për përkrahjen dhe mbështetjen.

Falenderoj nënën time, që më mësoi që gjithmonë duhet të kërkoja më shumë.

Falenderoj motrën time Edlirën, për orët e gjata të punës që ndau me mua, dhe dashurinë me të cilën bëri gjithçka.

Falenderoj tim bir, Eolin, i cili duke mos lejuar që koha e tij të shkonte për këtë studim, më siguroi çlodhjen e duhur për të vazhduar përpara.

Në mënyrë të veçantë, falenderoj bashkëshortin tim, Redi, pa nxitjen, përkrahjen, mbështetjen dhe ndihmën e të cilit, ky punim nuk do të ishte realizuar dot.

Deklaratë mbi origjinalitetin

Rezarta Kalaja

Deklaroj se kjo tezë përfaqëson punën time origjinale dhe nuk kam përdorur burime të tjera, përveç atyre të shkruajtura nëpërmjet citimeve.

Të gjitha të dhënat, tabelat, figurat dhe citimet në tekst, të cilat janë riprodhuar prej ndonjë burimi tjetër, duke përfshirë edhe internetin, janë pranuar në mënyrë eksplicite si të tilla.

Jam e vetëdijshme se në rast të mospërputhjeve, Këshilli i Profesorëve të UAMD-së është i ngarkuar të më revokojë gradën “Doktor”, që më është dhënë mbi bazën e kësaj teze, në përputhje me “Rregulloren e programeve të studimit të ciklit të tretë (Doktoratë) të UAMD-së, neni 33, miratuar prej Senatit Akademik të UAMD-së me Vendimin nr. , datë _____

Durrës, më 10/02/2016

Firma

PËRMBLEDHJE

Cilësia e shërbimit shëndetësor spitalor dhe kënaqësia e pacientit, janë elementë që ende nuk kanë marrë rëndësinë e duhur në Shqipëri. Qëllimi i këtij studimi është të bëhet një vlerësim i përgjithshëm lidhur me cilësinë e shërbimit spitalor në Shqipëri dhe kënaqësinë e pacientëve duke evidentuar edhe krahasimin midis spitaleve publike dhe atyre private. Gjithashtu përcaktimi i faktorëve kryesorë të cilësisë, që luajnë rol në kënaqësinë e pacientëve, si dhe renditja e tyre sipas rëndësisë, është një pjesë e rëndësishme e studimit, për dhënien e rekomandimeve të duhura në përmirësimin e kësaj cilësie në të ardhmen.

Ky punim merr në shqyrtim pesë dimensionet kryesore të cilësisë si: përgjegjshmëria, besueshmëria, siguria, pajisjet dhe teknologjia dhe ndjeshmëria e stafit, për të vlerësuar cilësinë dhe kënaqësinë e pacientëve shqipëtarë, duke u bazuar në instrumentin SERVQUAL, i cili mat diferencën ndërmjet perceptimeve reale të pacientëve mbi cilësinë e ofruar të shërbimit dhe pritshmërive që ata kanë përpara se të marrin këtë shërbim. Për të realizuar këtë qëllim, janë intervistuar 800 pacientë, të rastësishëm, në spitalet e rretheve më të mëdha në vend, si në sektorin publik, ashtu dhe atë privat. Rishikimi i literaturës ishte i domosdoshëm për përcaktimin e dimensioneve më të rëndësishme të vlerësimit të cilësisë, gjetjen e instrumentit më të përshtatshëm për sektorin spitalor shqipëtar dhe kuptimin e lidhjes cilësi shërbimi – kënaqësi e pacientit.

Duke qënë se ende nuk është bërë një studim i tillë në sektorin shëndetësor spitalor në Shqipëri, ishte e domosdoshme ndërmarrja e këtij studimi, i cili në përfundim të tij tregoi se instrumenti i SERVQUAL, është i vlefshëm në matjen e cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve në Shqipëri, tregoi se problematikat më të mëdha hasen në sektorin publik e megjithatë duke qënë se pritshmëritë e pacientëve mbi këtë sektor janë ulëta, pacientët gjithsesi janë të kënaqur, gjë e cila nuk rezulton plotësisht në sektorin privat ku pritshmëritë tepër të larta të pacientëve, shpesh herë nuk arrijnë të përmbushen.

Nga analiza e kryer rezultoi se në sektorin publik kënaqësia e pacientëve ndikohet vetëm nga pesë dimensionet e vlerësimit të cilësisë, ndërsa në sektorin privat ajo ndikohet vetëm nga katër prej tyre, ku ndjeshmëria e stafit është dimension i përjashtuar, si dhe nga niveli arsimor i pacientëve të intervistuar. Elementët e tjerë demografik nuk ndikonin në asnjë sektor.

Në përmbledhje të punimit mund të thuhet se këndvështrimi i pacientëve është tepër i rëndësishëm në vlerësimin e cilësisë së shërbimit të sektorit shëndetësor, dhe duhet patur gjithmonë parasysh nga menaxherët spitalorë dhe politikëbërësit shqipëtarë, sa herë që duan të ndërmarrin reforma të rëndësishme për përmirësimin e shërbimit të këtij sektori.

Fjalët kyç: Cilësia e shërbimit, kënaqësia e pacientit, kujdesi shëndetësor spitalor, Shqipëri, SERVQUAL.

SUMMARY

Health care service quality and hospitalized patient satisfaction in Albania have not been shown the attention they deserve. Therefore the aim of this research is to assess health care services and patient satisfaction, alongside with the identification of differences between public and private hospitals in the country. The determination of main quality factors which contribute to patient satisfaction, as well as, their order of importance, is another key aspects of the study, to conclude with appropriate recommendation that might help to improve quality in the future.

This study examines five key dimensions of quality such as: responsiveness, reliability, assurance, tangibles and staff empathy to assess properly health care quality and patient satisfaction in Albania based on SERVQUAL instrument, which measures the differences between patient's perceptions of service quality they receive, in terms of these five dimensions, and their expectations for this sector. For that purpose were interviewed 800 randomly selected patients, in main cities of the countries both in public and private hospitals. Respective literature review was also a necessity to determine the appropriate methodology to apply, the right dimensions of quality to use and a better understand of the link between service quality and patient satisfaction.

This point of view is important, because in Albania there aren't yet, other studies on health care sector to measure quality of service, and the results showed that SERVQUAL instrument was the best way to apply for Albania conditions. The study also revealed that public hospitals encountered more problems than the private one, even though patient's satisfaction was ranked higher as per the low expectations patients had. The situation is different with the private sector because patient's expectations were high, comparing to the overall results these institutions accomplish.

Furthermore the analysis show that overall patient satisfaction is affected in public hospitals by all five dimensions of service quality, whereas in the private hospitals it is affected only by four of them, as the results exclude the dimension of empathy, and also by the level of education of the patient interviewed. Other demographic factors did not impact the analysis in both sectors.

To conclude, patients perspective is extremely important in assessing health care service quality and should be taken in consideration by healthcare managers and policymakers in Albania, whenever significant reforms will be undertaken to improve the quality services on this sector.

Keywords: service quality, patient satisfaction, hospital health care, Albania, SERVQUAL.

TABELA E PËRMBAJTJES

TABELA E PËRMBAJTJES	x
LISTA E FIGURAVE	xiii
LISTA E TABELAVE	xiii
LISTA E GRAFIKËVE.....	xv
LISTA E SHKURTIMEVE	xv
HYRJE.....	1
I. Qëllimi dhe objektivat e studimit	3
II. Rëndësia e punimit	4
III. Struktura e punimit	6
KAPITULLI 1	8
Rishikimi i literaturës mbi cilësinë e shërbimit dhe kënaqësinë e pacientëve	8
1.1 Përkufizimi dhe rëndësia e vlerësimit të cilësisë së shërbimit.....	8
1.1.1 Përcaktimi i dimensioneve të cilësisë së shërbimit	12
1.1.2 Matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit	16
1.2 Kënaqësia e pacientit	22
1.2.1. Përkufizime të kënaqësisë.....	22
1.2.2. Faktorët socio-demografik dhe kënaqësia e pacientit	24
1.2.3 Përcaktuesit e kënaqësisë së pacientëve.....	25
1.2.4. Matja e kënaqësisë së pacientit	31
1.3. Lidhja mes kënaqësisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimit.....	38
1.4. Cilësia e shërbimit dhe vendimmarrja menaxheriale.....	40
1.5. Analizë krahasuese në vende të ndryshme	44
KAPITULLI 2	48
VËSHTRIM MBI SEKTORIN SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI	48
2.1 Zhvillimi dhe dinamikat e sektorit të shëndetësisë	48
2.1.1 Disa tregues të sistemit shëndetësor në vite	50
2.2 Sfidat dhe menaxhimi i sistemit shëndetësor	54
2.3 Institucionet kryesore të ofrimit dhe rregullimit të kujdesit shëndetësor	57
2.3.1 Sektori privat shëndetësor në Shqipëri.....	60
2.4 Vlerësimi i cilësisë në shërbimin shëndetësor në Shqipëri.....	61
KAPITULLI 3	64
METODOLOGJIA E PUNIMIT	64
3.1 Qëllimi dhe Objektivat e kërkimit.....	64
3.2 Qasja dhe pyetjet kërkimore.....	65

3.3 Mbledhja e të dhënave	68
3.3.1 Përzgjedhja e të anketuarve	69
3.4 Instrumenti i përzgjedhur	69
3.4.1 SERVQUAL – Arsytet e përzgjedhjes.....	70
3.4.2 Ndërtimi i pyetësorit	71
3.5 Përcaktimi i kampionit	73
3.6 Vlefshmëria e instrumentit të përdorur	74
3.7 Përcaktimi i variablave	75
3.8 Analiza faktoriale e variablave	76
3.8.1 Multikolineariteti	82
3.9 Analiza faktoriale e variablave të hendekut (Perceptim real-Pritshmëri)	83
3.9.1 Multikolineariteti	89
3.10 Modeli konceptual fillestar i studimit.....	91
KAPITULLI 4	92
ANALIZA KËRKIMORE.....	92
4.1 Analizë përshkruese e faktorëve demografikë.....	92
4.1.1 Lloji i spitalit.....	92
4.1.2 Shpërndarja gjeografike	92
4.1.3 Mosha	93
4.1.4 Gjinia	94
4.1.5 Niveli arsimor	94
4.1.6 Niveli i të ardhurave	95
4.2 Analizë përshkruese e dimensioneve të cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve	96
4.2.1 Analiza e dimensioneve të cilësisë sipas perceptimeve reale të pacientëve.....	96
4.2.2 Analiza përshkruese e dimensioneve të cilësisë sipas pritshmërive të pacientëve.....	100
4.2.3 Kënaqësia e pacientëve	106
4.3 Analiza krahasuese e sektorëve, bazuar në dimensionet e cilësisë së shërbimit, sipas perceptimeve reale të pacientëve	107
4.4 Analiza e lidhjes së dimensioneve të cilësisë së perceptuar të shërbimit me kënaqësinë e pacientit	110
4.4.1 Analiza për sektorin publik.....	110
4.4.2 Analiza për sektorin privat.....	113
4.5 Analiza e hendekut “perceptim real/pritshmëri” e pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit	116
4.5.1 Analiza për sektorin publik.....	116
4.5.2 Analiza për sektorin privat.....	117
4.6 Analizë krahasuese e të dy sektorëve mbi hendekun perceptim real /pritshmëri e pacientëve në vlerësimin e cilësisë së shërbimit	118
4.7 Analiza e lidhjes së dimensioneve të cilësisë së shërbimit vlerësuar sipas SERVQUAL me kënaqësinë e pacientit.....	121
4.7.1 Analiza për sektorin publik.....	121
4.7.2 Analiza për sektorin privat.....	123

4.8 Analiza e lidhjes së faktorëve demografikë me kënaqësinë e pacientit	124
4.8.1 Moshë	125
4.8.2 Gjinia	125
4.8.3 Niveli arsimor	126
4.8.4 Niveli i të ardhurave	126
4.9 Ekuacioni përfundimtar i kënaqësisë së pacientit	128
4.10 Modeli përfundimtar i studimit	131
KAPITULLI 5	133
PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME	133
5.1 Përfundime	133
5.2 Rekomandime	138
5.3 Kufizime të punimit	140
5.4 Studime të mëtejshme	141
5.5 Konsiderata të etikës	141
REFERENCA	143
SHTOJCA	160
Shtojca A: Pyetësori	160
Shtojca B: Analiza e faktorëve demografikë	164
Shtojca C: Testet e analizës krahasuese ndërmjet sektorëve	173
Shtojca D: Testet e analizës së lidhjes së dimensioneve të cilësisë me kënaqësinë e pacientëve	175
Shtojca E: Analiza e hendekut “perceptime reale dhe pritshmëri” të pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit	181

LISTA E FIGURAVE

Figura 1: Përmbledhje e perceptimeve kryesore teorike mbi cilësinë e shërbimit	17
Figura 2: Paraqitje skematike e modelit fillestar i kërkimit	91
Figura 3: Paraqitje skematike e modelit final të kërkimit	131

LISTA E TABELAVE

Tabela 1: Dimensionet e cilësisë së kujdesit shëndetësor	15
Tabela 2: Përmbledhjeve e metodologjive kryesore për vlerësimin e cilësisë së shërbimit.....	37
Tabela 3: Vdekshmëria foshnjore.....	53
Tabela 4: Sëmundshmëria Spitalore ndër vite.....	54
Tabela 5: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Përgjegjshmëria	77
Tabela 6: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Besueshmëria.....	77
Tabela 7: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Siguria.....	78
Tabela 8: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Pajisjet & teknologjia	78
Tabela 9: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Ndjeshmëria.....	79
Tabela 10: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Përgjegjshmëria	80
Tabela 11: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Besueshmëria.....	80
Tabela 12: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – siguria	80
Tabela 13: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Pajisjet & teknologjia	81
Tabela 14: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Ndjeshmëria.....	82
Tabela 15: Korrelacioni midis variablave të pavarur për spitalet publike.....	82
Tabela 16: Korrelacioni midis variablave të pavarur për spitalet private.....	83
Tabela 17: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Përgjegjshmëria për spitalet publike	83
Tabela 18: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Besueshmëria për spitalet publike.....	84
Tabela 19: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Siguria për spitalet publike.....	84

Tabela 20: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Pajisjet & teknologjia për spitalet publike	85
Tabela 21: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Ndjeshmëria për spitalet publike.....	86
Tabela 22: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Përgjegjshmëria për spitalet private	86
Tabela 23: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Besueshmëria për spitalet private.....	87
Tabela 24: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Siguria për spitalet private	87
Tabela 25: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Pajisjet & teknologjia për spitalet private	88
Tabela 26: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Ndjeshmëria për spitalet private.....	88
Tabela 27: Korrelacioni midis variablave të pavarur (GAP) për spitalet publike	89
Tabela 28: Korrelacioni midis variablave të pavarur (GAP) për spitalet private	89
Tabela 29: Shpërndarja e spitaleve sipas qyteteve	93
Tabela 30: Percepshionet reale për dimensionin Përgjegjshmëria	97
Tabela 31: Percepshionet reale për dimensionin Besueshmëria.....	98
Tabela 32: Percepshionet reale për dimensionin Siguria.....	98
Tabela 33: Percepshionet reale për dimensionin Pajisjet dhe teknologjia.....	99
Tabela 34: Percepshionet reale për dimensionin Ndjeshmëria.....	100
Tabela 35: Pritshmëritë për dimensionin Përgjegjshmëria –Spitalet publike.....	101
Tabela 36: Pritshmëritë për dimensionin Besueshmëria –Spitalet publike	102
Tabela 37: Pritshmëritë për dimensionin Siguria –Spitalet publike	103
Tabela 38: Pritshmëritë për dimensionin Pajisjet dhe Teknologjia –Spitalet publike.....	104
Tabela 39: Pritshmëritë për dimensionin Ndjeshmëria –Spitalet publike	105
Tabela 40: Analiza e regresionit të shumëfishtë “kënaqësi e pacientëve – cilësi e shërbimit” në spitalet publike, bazuar në percepshionet reale të pacientëve.	112
Tabela 41: Analiza e regresionit të shumëfishtë “kënaqësi e pacientëve – cilësi e shërbimit” në spitalet private, bazuar në percepshionet reale të pacientëve.	115
Tabela 42: Testi <i>t</i> për pritshmëritë e cilësisë së shërbimeve në spitalet publike dhe private	119

Tabela 43: Testi t për perceptimet reale të cilësisë së shërbimeve në spitalet publike dhe private	120
Tabela 44: Testi t për vlerësimin e GAP të cilësisë së shërbimeve në spitalet publike dhe private	121
Tabela 45: Analiza e regresionit të shumëfishtë midis GAP të variablave të pavaur dhe variablit të varur kënaqësia e pacientëve nga shërbimet në spitalet publike.	122
Tabela 46: Analiza e regresionit të shumëfishtë midis GAP të variablave të pavaur dhe variablit të varur kënaqësia e pacientëve nga shërbimet në spitalet private	124

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1: Financimi i sektorit të shëndetësisë ndër vite	52
Grafiku 2: Niveli i shpenzimeve të shëndetësisë ndaj PBB për vendet e EJL gjatë 2014.....	52
Grafiku 3: Lloji i spitalit ku marrin shërbim pacientët.....	92
Grafiku 4: Shpërndarja e pacientëve sipas grup moshës	94
Grafiku 5: Gjinia	94
Grafiku 6: Shpërndarja e numrit të pacientëve sipas nivelit arsimor.....	95
Grafiku 7: Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit mesatar të të ardhurave mujore.....	96
Grafiku 8: Vlerësimi për nivelin e kënaqësisë së pacientëve.	106
Grafiku 9: Vlerësimi për mundësinë e rikthimit sërish në po atë spital dhe rekomandimet tek pacientët e tjerë.....	107
Grafiku 10: Vlerat mesatare të hendekut për secilin dimension.....	118

LISTA E SHKURTIMEVE

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
BB	Banka Botërore
BE	Bashkimi European
CAHPS	Consumer Assessment of Health care Providers and Systems /Instrument i matjes së kënaqësisë
DSHP	Drejtoritë e Shëndetit Publik
EJL	Europa Jug Lindore
IOM	Institute of Medicine
ISKSH	Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
KE	Këshilli i Europës
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor
MSH	Ministria e Shëndetësisë
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHA	National Health Account
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetit
PBB	Produkti i Brëndshëm Bruto
QKEV	Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim
QSKCA	Qendra Kombëtare e Sigurisë, Cilësisë dhe Akreditimit
QSUT	Qendra Spitalore e Universitetit Tiranë
SERVPERF	Service Performance Instrument
SERVQUAL	Service Quality Instrument
SHBA	Shtetet e Bashkuara të Amerikës
USAID	United States Agency for International Development
VIF	Variance inflation factor

HYRJE

Rëndësia e matjes, vlerësimit dhe monitorimit të cilësisë së shërbimit në sektorin shëndetësor, tashmë është një fakt i rëndësishëm dhe i padiskutueshëm. Gjithsesi vlerësimi sasior i cilësisë së shërbimit shëndetësor është një proces sfidues dhe kompleks, gjatë së cilit sektori publik dhe privat ka ende shumë punë për të bërë.

Në 1948 OBSH do ta përkufizonte shëndetin si: “gjëndje të mirëqënies së plotë fizike, mendore dhe sociale, dhe jo vetëm mungesë e sëmundjes apo dobësisë.” Edhe pse ky përkufizim tingëllon si utopik dhe ambicioz, ai tregon qartësisht se kush duhet të jetë qëllimi i dhënies së kujdesit shëndetësor.

Qasja tradicionale ndaj vlerësimit të pacientit, duke përdorur të dhënat klinike dhe laboratorike, bazohet gjërësisht në observimet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Në një “model mjekësor” ka një nivel optimal të funksionimit, ku çdo kush nën këtë nivel presumohet të ketë shëndet jo të mirë. Gjithsesi nëse këto raste do të studiohen me kujdes, mund të gjënden individë fizikisht të pamundur me cilësi jetese më të lartë se individë me funksione optimale vitale, kjo, pasi cilësia e jetesës i referohet një koncepti më të gjërë të shëndetit sesa përkufizimi tradicional i tij.

Mjekësia moderne me ngadalë po kupton dhe pranon rëndësinë dhe prespektivën e pacientit mbi kujdesin shëndetësor, duke kryer kërkimet e nevojshme, për të kuptuar rëndësinë e marrëdhënieve të ndërsjellta ndërmjet pacientëve, kënaqësisë së tyre dhe cilësisë së jetës. (Asadi-Lari M, 2004)

Sektori shëndetësor në Shqipëri vuan nga joefikasiteti dhe mosbarazitë. Pagesat jo zyrtare që bëjnë pacientët “nën dorë”, përbëjnë pothuaj më shumë se gjysmën e totalit të shpenzimeve të bëra për shëndetësinë. Vetëm gjysma e shtresës së varfër të popullsisë mbulohet nga sigurimet shëndetësore, duke rritur kështu pagesat e kësaj shtrese për sigurimin e shëndetit, duke rënduar edhe më shumë gjëndjen e tyre ekonomike. Pagesat jozyrtare janë të zakonshme kryesisht në spitalet publike. Nga ana tjetër indikatorët e matjes së performancës së sistemit shëndetësor janë ende të pa përcaktuar qartë duke bërë që cilësia e shërbimit të mbetet një shqetësim i rëndësishëm (WB, 2015).

Për këtë arsye lind nevoja e vlerësimit të cilësisë së shërbimit së këtij sektori e cila lidhet ngushtë me vendosjen e indikatorëve, si pjesë e vlerësimit të përgjithshëm të sistemit shëndetësor në Shqipëri, ku qëllimi kryesor është konsolidimi i mëtejshëm i sistemit dhe përmirësimet e shërbimeve të ofruara, për të rritur kënaqësinë e pacientëve.

Për një vlerësim sa më të mirë të kujdesit shëndetësor është e rëndësishme edhe vlerësimi i të gjithë indikatorëve përkundrejt rëndësisë së tyre shkencore, përfshirë këtu

besueshmërinë, vlefshmërinë dhe përdorimin. Edhe pse indikatorët e përdorur në Shqipëri mund të konsiderohen si një “tentativë për përziejdhjen e tyre”, pasi janë larg treguesve të përdorur në mbarë botën, përdorimi i tyre ishte një progres i dukshëm në të gjithë raportet e bëra nga institucionet shtetërore, si një iniciativë pozitive për nisjen e matjes së performancës në sektorin shëndetësor.

Gjithsesi ende nuk janë bërë përpjekje për futjen e praktikave të matjes së cilësisë së shërbimit në sistemin spitalor, dhe atë shëndetësor në përgjithësi, dhe integrimin e indikatorëve të duhur dhe instrumentave të pranuar gjërësisht për vlerësimin e tyre.

Qëllimi kryesor për matjen e cilësisë së shërbimit, është padyshim për të përgatitur themelet për përmirësimin e saj. Cilësia e perceptuar e shërbimit është një koncept që mat mospërputhjet ndërmjet pritshmërive dhe perceptimeve reale të pacientëve për një shërbim të caktuar (Parasuraman, 1985). Pritshmëritë reflektohen në dëshirat e konsumatorëve, të cilët besojnë në një mënyrë të caktuar sesi duhet ofruar një shërbim. Një herë që është përcaktuar niveli i pritshmërive të pacientit, kjo e ndikon atë të bëjë krahasimin ndërmjet asaj që ai priste dhe asaj që realisht iu ofrua (Lovelock dhe Wright, 2000; Zeithaml et al, 1993). Nga ana tjetër, perceptimet i referohen vlerësimit të konsumatorit mbi shërbimin e marrë, e parë si një kombinim ndërmjet çfarë është ofruar dhe si është ofruar (Lim dhe Tang, 2000). Veç kësaj është nxjerrë në pah se cilësia e një shërbimi është një “gjykim i përhapur globalisht, apo qëndrim që lidhet me superioritetin apo ekselencën e një shërbimi” dhe si pasojë është “vula e suksesit” (Parasuraman et al. 1988; Zeithaml et al. 1990).

Shkalla e SERVQUAL është përdorur gjërësisht në studimet mbi kujdesin shëndetësor për të vlerësuar perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit, në një numër të madh shërbimesh si: kënaqësia e pacientëve (Bowers et al. 1994), kujdesin spitalor (Carman, 1990), cilësinë e shërbimit dentar (Mc Alexander et al. 1994), kujdesin shëndetësor në universitetet spitalore publike (Anderson, 1995), etj.

Buttle (1994) do të theksonte se avantazhet e SERVQUAL janë: (i) pranohet si instrument standart për vlerësimin e dimensioneve të ndryshme të cilësisë, (ii) është i vlefshëm për shërbime të ndryshme, (iii) është i besueshëm, (iv) efektiv pasi ka një numër të limituar pohimesh, duke bërë që të plotësohet lehtë dhe shpejt si dhe (v) ka një procedurë standarte analizimi që lehtëson interpretimin e të dhënave.

Newman et al. (2001) thekson se pavarësisht kundërshtive mbi vlefshmërinë dhe besueshmërinë e SERVQUAL, aplikimi i tij në fushën e kujdesit shëndetësor është mëse i pranuar.

Kënaqësia e konsumatorit është rezultat i perceptimeve të konsumatorit mbi vlerën e shërbimit të marrë, ku vlera është e barabartë me cilësinë e shërbimit të perceptuar mbi çmimin (Hallowell, 1996), dhe sipas Fornel përcaktuesi kryesor i kënaqësisë së përgjithshme të konsumatorit është cilësia e perceptuar.

Këto qasje mbi cilësinë dhe kënaqësinë e pacientëve, bën të reflektosh mbi rëndësinë e matjes dhe vlerësimit të tyre edhe në sektorin shëndetësor në Shqipëri, ku duke qënë se sipas kërkimeve të kryera në këtë fushë, u pa se nuk janë bërë përpjekje për implementimin e instrumentëve të rëndësishëm të matjes së cilësisë, u ndërmor ky punim me qëllim vlerësimin e saj në spitalet më të rëndësishëm në vënd, për të përcaktuar dimensionet më kryesorë që vlerësojnë cilësinë e shërbimit, elementët që ndikojnë më së tepërmi në kënaqësinë e pacientëve, hendeqet më të mëdha të cilësisë në shërbimin spitalor, si dhe një krahasim ndërmjet sektorit publik e privat, për të bërë rekomandimet e duhura që ky sektor të përmirësohet e të përmbushë pritshmëritë e pacientëve, për të arritur kënaqësinë e tyre.

Shërbimi spitalor në Shqipëri është përballë sfidave të vështira, gjithmonë në përpjekje dhe reformim të vazhdueshëm, me kërkesa të larta për përmirësimin e infrastrukturës dhe teknologjisë në dispozicion, e tashmë me futjen edhe të shërbimit privat, në një konkurrencë të vazhdueshme për mbajtjen e stafit mjekësor por edhe të pacientëve të tij, me detyrimin për tu siguruar atyre dhënien e një kujdesi cilësor, si një kërkesë themelore e të drejtave të njeriut. Për këtë qëllim identifikimi i problematikave, matja e kënaqësisë së pacientëve mbi shërbimin e ofruar si dhe gjetja e rrugëve për përmirësim dhe konkurrencë të drejtë, bën që matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit të jetë tashmë një kusht i detyrueshëm për sistemin shëndetësor spitalor.

I. Qëllimi dhe objektivat e studimit

Qëllimi i këtij studimi është të bëhet një vlerësim i përgjithshëm lidhur me cilësinë e shërbimit spitalor në Shqipëri dhe kënaqësinë e pacientëve duke evidentuar edhe krahasimin midis spitaleve publike dhe atyre private. Gjithashtu ky punim ka për qëllim të përcaktojë faktorët kryesorë që luajnë rol në kënaqësinë e pacientëve, si dhe renditjen e tyre sipas rëndësisë, për të dhënë rekomandimet e duhura për përmirësimin e cilësisë së shërbimit dhe rritjen e kënaqësisë së pacientëve në këtë sektor.

Për më tepër duke përdorur metodologjinë e zgjedhur për kryerjen e këtij studimi, punimi synon të përmbushë këto objektiva:

- Të përcaktojë faktorët kryesorë që ndikojnë në cilësinë e shërbimit spitalor në Shqipëri, si në sektorin publik ashtu dhe në atë privat.
- Të testojë vlefshmërinë e instrumentit të përdorur SERVQUAL, në sektorin shëndetësor spitalor në Shqipëri.

- Të përcaktojë hendeqet ndërmjet perceptimeve të pacientëve mbi cilësinë e ofruar të shërbimit dhe pritshmërive të tyre mbi këtë cilësi, si në sektorin publik dhe në atë privat.
- Vlerësimi i ndryshimeve ndërmjet këtyre hendeqeve në të dy sektorët, krahasuar me njëri tjetrin.
- Të tregojë lidhjen e dimensioneve të cilësisë së shërbimit me kënaqësinë e pacientëve si në sektorin publik ashtu dhe në atë privat.
- Renditja e faktorëve të cilësisë së shërbimit sipas rëndësisë së tyre në kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve.
- Të tregojë nëse ka lidhje mes kënaqësisë së pacientëve dhe faktorëve të ndryshëm demografik në ambjentin spitalor Shqipëtar.
- Të paraqesë rekomandimet e duhura për zvoglimin e hendeqeve perceptim real – pritshmëri, për të rritur cilësinë e shërbimit dhe kënaqësinë e pacientëve mbi sektorin shëndetësor në Shqipëri.

II. Rëndësia e punimit

Cilësia e shërbimit spitalor dhe kënaqësia e pacientëve mbi cilësinë e ofruar nga ky sektor, në ambjentin spitalor Shqipëtar, nuk ka marrë ende rëndësinë që meriton. Me futjen në treg të spitaleve private, është bërë detyrim i padiskutueshëm i sektorit publik futja e instrumentëve matës dhe vlerësues të cilësisë së shërbimit, parë nga këndvështrimi i pacientëve, si mjet për identifikimin e problematikave të këtij sektori, në mënyrë që të rritet kënaqësia e pacientëve. Me qëllim arritjen e këtij synimi, ky punim tenton të bëjë një vlerësim të faktorëve kryesorë të cilësisë së shërbimit, që ndikojnë në rritjen e kënaqësisë së pacientëve, në të dy sektorët (publik e privat), në mënyrë që krahasimi ndërmjet tyre, të nxisë përmirësimin e cilësisë së ofruar për rritjen e konkurrencës, me qëllimin final: pacientë të kënaqur.

Mjekësia gjithmonë ka tentuar të fokusohet ngushtësisht në dhënien e një kujdesi shëndetësor drejtuar nga ekzaminimi, investigimi, trajtimi dhe matja klinike e rasteve të suksesshme. Por, suksesi relativ i dhënies së kujdesit shëndetësor mund të ndryshojë në mënyrë të ndjeshme nga prespektiva e pacientit krahasuar me atë të dhënësit të kujdesit shëndetësor (Asadi- Lari M, Tamburini M, 2004).

Sektori i kujdesit shëndetësor sot rritet në një ambjent tepër konkurues. Pritshmëritë dhe percipsionet e pacientëve konsiderohen të jenë indikator kryesor në vlerësimin e cilësisë së shërbimit në institucionet shëndetësore, ku cilësia e shërbimit që marrin pacientët mund të arrijë ose tejkalojë pritshmëritë e tyre (Cronin dhe Taylor, 1992; Irfan et al.

2001, Parasuraman et al. 1985). Vlerësimi i cilësisë kërkon aplikimin dhe zhvillimin e matësve të saj, të cilët janë standarte të qarta të kujdesit, përkundrejt së cilave ai vlerësohet.

Fillimisht, përkufizimet dhe vlerësimi i cilësisë ishte nën kompetencën e profesionistëve të shëndetit dhe të kërkuesve të shërbimit shëndetësor. Gjithsesi, ka një tendencë gjithnjë në rritje për të pranuar se një rëndësi shumë të madhe po merr pikëpamja e pacientëve, pra e publikut dhe të gjithë aktorëve të tjerë të rëndësishëm të sektorit (Brook, Mc Glynn dhe Cleary 1996; Shaw and Kalo 2002).

Sipas OBSH (2000) cilësia e kujdesit përcaktohet si “niveli i arritjeve të qëllimeve të brëndshme të sistemeve shëndetësore për përmirësimin e shëndetit dhe reagimi për të përligjur pritshmëritë e popullatës”. Për këtë lind nevoja në rradhë të parë të njohim pritshmëritë e popullatës, të vlerësojmë perceptimet e saj mbi cilësinë e ofruar të shërbimit, për të kuptuar nëse është arritur apo jo përmbushja e këtyre pritshmërive.

Indikatorët e cilësisë janë mjete të dizenuara për të matur cilësinë e kujdesit dhe në këtë mënyrë ndihmojnë në përmirësimin e cilësisë, duke identifikuar fushat ku ka nevojë për përmirësim (Ingleton et al. 1999 dhe Cambell et al. 2003). Kriteret për zgjedhjen e indikatorëve varen nga: (i) rëndësia e asaj që po masim dhe impaktin që ajo ka në statusin dhe kostot shëndetësore, rëndësia dhe ndjeshmëria e problemit ku do të ndërhyjmë, (ii) rëndësia shkencore e çështjes në varësi të vlefshmërisë, besueshmërisë dhe qartësisë së të dhënave të disponuara dhe (iii) realizueshmëria dhe kosto e grumbullimit të të dhënave.

Siç shihet dhe nga vlerësimet e autorëve të ndryshëm, gjithmonë e më tepër po merr rëndësi vlerësimi i cilësisë, por në sektorin shëndetësor shqiptar ende nuk është bërë një përpjekje serioze në përcaktimin e indikatorëve kryesorë të vlerësimit të cilësisë së shërbimit e as në matjen e kënaqësisë së pacientëve nga cilësia e ofruar. Çka është e rëndësishme, duhet bërë ndarja dhe vlerësimi i performancës nga matja e cilësisë së shërbimit, në mënyrë që të bëhet përcaktimi i qartë dhe i saktë i indikatorëve përkatës, për të bërë matjen e duhur të kënaqësisë së pacientëve.

Në 2015, në kuadër të punimit të doktoraturës, u bë studimi i parë për vlerësimin e cilësisë së shërbimit spitalor publik në Shqipëri, rasti QSUT, ku kërkimi i kryer nga Sllavka Kurti, identifikoi indikatorët e matjes së cilësisë së shërbimit, dhe instrumenti SERVPERF, shërbeu si matës i kënaqësisë së pacientëve. Ky studim ishte për tu vlerësuar, pasi ishte i pari që përdori një nga metodologjitë bashkëkohore të vlerësimit të cilësisë së shërbimit spitalor dhe identifikoi problematikat e sektorit.

Por është e rëndësishme, që vlerësimi i cilësisë të shtrihet në të gjithë sektorin spitalor dhe për këtë arsye ky punim merr në konsideratë disa nga spitalet më të mëdha e të rëndësishme të vëndit, për të vlerësuar elementët kryesor që ndikojnë në rritjen e kënaqësisë së pacientëve si dhe për të identifikuar pikat e dobëta të cilësisë së shërbimit, të vlerësuara këto nga këndvështrimi i pacientëve. Ky studim është i rëndësishëm pasi

përveç se identifikon dimensionet që vlerësojnë cilësinë e shërbimit dhe vlerëson nëse janë ose jo të kënaqur pacientët nga cilësia e ofruar e shërbimit, duke u mbështetur edhe në pritshmëritë e tyre e jo vetëm në vlerësimin real të gjëndjes (instrumenti SERVQUAL), bën dhe një krahasim ndërmjet dy sektorëve publik e privat, duke treguar pikat e dobëta dhe të forta të tyre, si dhe sugjerimet përkatëse për përmirësimin e cilësisë së shërbimit, si dhe për pasojë rritjen e kënaqësisë së pacientëve.

III. Struktura e punimit

Në funksion të qëllimit, objektivave, pyetjeve kërkimore të ngritura dhe metodologjisë së përzgjedhur, punimi është organizuar në pesë kapituj, si më poshtë:

- **Kapitulli i parë** që bën një përmbledhje të rishikimit të literaturës, nis me rëndësinë dhe përkufizimet mbi cilësinë e shërbimit të pacientëve si dhe kënaqësisë së tyre. Ndërthurja e këtyre elementëve vijon më tej me qasjet më të përdorura nga studiues të shumtë në mbarë botën për matjen dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve në sektorin e shëndetësisë si dhe hendekun e perceptimit real - pritshmëri të pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit.
- **Kapitulli i dytë** ka si qëllim përshkrimin e detajuar të situatës së sektorit të shëndetësisë në Shqipëri ndër vite, ofruesit kryesorë të shërbimeve mjekësore në vend, dinamikat e zhvillimit, nivelit të financimit apo dhe krahasimit me eksperiencat në vendet e tjera. Rëndësi gjithashtu i jepet edhe indikatorëve kryesorë mbarë botërorë të përdorur në këtë fushë krahas sfidave për të ardhmen.
- **Kapitulli i tretë** paraqet metodologjinë e studimit dhe nis me parashtrimin e pyetjeve kërkimore, objektivat si dhe skemën fillestare të kërkimit. Gjithashtu, në këtë kapitull jepen edhe arsyet e përzgjedhjes së instrumentit të përdorur të SERVQUAL, masën e kampionit si dhe përcaktimin dhe mënyrën e gjetjes së pacientëve të anketuar krahas mënyrës së përfutimit dhe analizimit të të dhënave primare.
- **Kapitulli i katërt** konsiston në dhënien e përgjigjeve të pyetjeve kërkimore të ngritura, për të vazhduar me rezultatet e testeve të kryera. Ky kapitull përbën një prej kapitujve më të rëndësishëm pasi të dhënat parësore të mbledhura në spitalet e vendit, reflektojnë lidhjen e dimensioneve të cilësisë së shërbimit, kënaqësisë si dhe hendekut të krijuar ndërmjet perceptimeve të pacientëve mbi cilësinë e ofruar të shërbimit dhe pritshmërive të tyre mbi këtë cilësi, si në sektorin publik dhe në atë privat. Kapitulli përmbyllet me skemën finale të punimit si pasojë e rezultateve të gjeneruara përkundrejt edhe faktorëve demografikë.

- ***Kapitulli i pestë*** përfaqëson një përmbledhje të përfundimeve të punës kërkimore dhe gjetjeve kryesore të studimit në tërësi, duke vënë theksin në rekomandimet përkatëse dhe në mënyrën sesi mund të përmirësohet procesi i vlerësimit të cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve në sektorin spitalor publik në Shqipëri në të ardhmen sipas praktikave më të mira të ndjekura në vendet e tjera.

KAPITULLI 1

Rishikimi i literaturës mbi cilësinë e shërbimit dhe kënaqësinë e pacientëve

1.1 Përkufizimi dhe rëndësia e vlerësimit të cilësisë së shërbimit

Literatura për vlerësimin e cilësisë së shërbimit në sektorin shëndetësor është tepër e gjerë dhe në të njëjtën kohë shumë e vështirë për t'u sistemuar. Duke u bazuar në punën themelore të kryer nga Donabedian (1988), hapi i parë në vlerësimin e cilësisë së shërbimit, përfshin përkufizimet mbi atë çfarë kuptohet me cilësi. Përkufizimet janë nga më të ndryshmet dhe zgjedhja e cdo njërit prej tyre, varet nga niveli i analizës së kryer apo konteksti specifik i përdorur.

Sipas filozofisë japoneze cilësia është e barabartë me “zero defekte”, pra të bësh gjënë e duhur si duhet që herën e parë. Ndërkohë, filozofët e vjetër si Aristoteli dhe Platoni në veprat e tyre flisnin dhe parashikonin cilësinë dhe atributet e saj.

Për pasojë përkufizime të ndryshme mund të jenë të pranueshme në varësi të qëllimit se për çfarë janë përdorur, të natyrës dhe fushës së studimit si dhe përgjegjësi të personit që e ka përkufizuar cilësinë. Gjithashtu është e rëndësishme të pranohet se, përkufizimet e cilësisë së shërbimit në kujdesin shëndetësor janë vazhdimisht në evoluim. Fillimisht, përkufizimet dhe vlerësimi i cilësisë ishte nën kompetencën e profesionistëve të shëndetit dhe të kërkuesve të shërbimit shëndetësor. Gjithsesi, ka një tendencë gjithnjë në rritje për të pranuar se një rëndësi shumë të madhe ka dhe pikëpamja e pacientëve, publikut dhe lojtarëve të tjerë të rëndësishëm të fushës (Brook, Mc Glynn dhe Cleary 1996; Shaw dhe Kalo 2002).

Vitet 1990 përcaktohen si periudha ku vlerësimi i cilësisë së shërbimit shëndetësor mori zhvillimin kryesor. Megjithatë, për të kuptuar mënyrat e vlerësimit të saj, është e rëndësishme të jepen përkufizimet e ndryshme, që i përkasin cilësisë dhe më pas mënyrat e ndryshme të vlerësimit të saj.

Kështu, për disa individë “cilësia” lidhet me zgjedhjen sipas dëshirës së spitalit apo mjekut ku do të trajtohet. Për disa të tjerë nënkupton aksesin me lehtësi në trajtime specifike. Ndërkohë në vitet e fundit i është kushtuar një vëmendje e veçantë përkufizimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor në mënyrë që të gjithë të punojnë së bashku për të përmirësuar dhënien e këtij kujdesi. (Margaret, 2001)

Aden et. al (1952), do ta përcaktonte cilësinë si një ndër idetë me të rëndësishme në botën përrëndimore, ndërsa Crosby (1979) e trajton si një ‘konformitet të kërkesave’. Më tej Garvin (1983) e mat cilësinë duke numëruar incidencat (ndodhjet) e dështimeve të brëndëshme dhe të jashtme. Vështirësitë në matjen e cilësisë qëndronin në faktin se shumë shërbime janë të paprekshme (Bateson, 1977). Duke qënë se ato janë performancë dhe jo objekte të prekshme, vlerësimi i tyre është i vështirë për tu përcaktuar. Shumë shërbime nuk mund të numërohen, maten, inventarizohen, testohen përpara ofrimit të tyre dhe kjo çon në vështirësitë e përcaktimit sesi konsumatorët i perceptojnë këto shërbime duke parë sesi vlerësojnë cilësitë e tyre (Zeithaml 1981).

Ndërkohë, Departamenti i shëndetësisë në Angli (1977) e trajtonte cilësinë e kujdesit shëndetësor si “të bësh gjënë e duhur, personave të duhur, në kohën e duhur, që herën e parë”, për të vijuar me një përkufizim edhe më të zgjeruar të KE (1988), ku “Cilësia e kujdesit është shkalla në të cilën trajtimet e dhëna rrisin mundësitë e pacientëve për të arritur rrezultatet e dëshiruara dhe ulin mundësitë e ndodhjes së rrezultateve të padëshiruara, duke pasur parasysh stadin aktual të njohurive”.

Përkufizimet më influencuese janë ato të përcaktuara nga Donabedian (1980) dhe IOM (1990), respektivisht si “Cilësia e kujdesit, është lloji i kujdesit i cili pritet të maksimizojë mirëqënien e pacientit të matur në të gjitha aspektet e saj, pasi janë marrë në konsideratë balancimi i humbjeve dhe përfitimeve të pritëshme, të procesit të kujdesit në të gjithë pjesët e tij.”, ose “Cilësia e shërbimit, është shkalla në të cilën shërbimet shëndetësore për individët dhe popullatën rrit mundësitë për të përfutur rezultatet e dëshiruara shëndetësore, dhe është në përputhje me njohuritë profesionale më të fundit”.

Më tej, sipas OBSH (2000) do të jepej një përkufizim tjetër për cilësinë e kujdesit si “Niveli i arritjeve të qëllimeve të brëndshme të sistemeve shëndetësore për përmirësimin e shëndetit dhe reagimi për të përligjur pritshmëritë e popullatës”.

Kështu, Donabedian përkufizon cilësinë gjithashtu si: “aftësia për të arritur objektivat e dëshiruara, duke përdorur mënyra të arsyeshme”. Ai argumenton se përpara se të vlerësohet cilësia e kujdesit shëndetësor, është e nevojshme të përcaktohet nëse kostot financiare duhet të bëjnë pjesë ose jo në përkufizimin e cilësisë, duke veçuar dy specifikime, një “maksimalist” dhe një “optimalist” të saj. Specifikimi maksimalist injoron kostot financiare dhe përcakton nivelin më të lartë të pritshëm të cilësisë, për të arritur përmirësimet më të mëdha në shëndet. Nga ana tjetër, në kundërshtim me këtë, sipas specifikimit optimist të cilësisë, ndërhyrje shumë të shtrenjta që nuk arrijnë përmirësime të mëdha në shëndet duhen shmangur (Evans et al. 2001).

Ndërsa, Ledigo-Quigley (2008), do të gjykonte se sipas trajtimit të Donabedian, cilësia e shërbimit në fillim të gjykohet nga një perspektivë maksimaliste, ndërsa më vonë të zgjidhet koncepti i vlerave ku përkufizimi i cilësisë shihet si maksimumi që mund të merret nga inputet që janë në dispozicion.

Sipas Edinger (2000), përkufizimi më tepër influencues është ai i propozuar nga IOM, (përkufizim i cili u adaptua në një shkallë të gjërë nga pjesa më e madhe e organizatave në SHBA). Në 1990, autorët e raportit të IOM, shqyrtuan mbi 100 përkufizime dhe parametra të cilësisë së shërbimit. Bazuar në këtë studim ato arritën në përfundimin se cilësia e kujdesit shëndetësor merr në konsideratë 8 nga 18 dimensionet e identifikuar. Për pasojë e përkufizuan cilësinë si “Shkalla në të cilën shërbimet shëndetësore për individët dhe popullatën rrisin mundësinë për të përftuar rezultatet e dëshiruara shëndetësore, dhe është në përputhje me njohuritë profesionale më të fundit.”

Ky përkufizim:

- *Përfshin një matje të shkallëzuar.*
- *Nënvizon një gamë të gjërë elementësh të kujdesit që i referohen shërbimeve shëndetësore.*
- *Identifikon njëkohësisht individët dhe popullatën si objektiva kyç në përpjekjet për sigurimin e cilësisë.*
- *Është e orientuar drejt qëllimeve specifike, duke bërë ndarjen brënda symineve të kujdesit shëndetësor pavarësisht nëse ato e kanë prejardhjen nga qeveritë, pacientët, administratorët, mjekët apo pjesëmarrës të tjerë të sistemit shëndetësor.*
- *Njeh rëndësinë e rezultateve pa specifikuar nga cili këndvështrim, duke lejuar kështu mundësinë e diferencimit të prespektivave të ndryshme, në të cilat vlerat e cilësisë së shërbimit janë të rëndësishme.*
- *Thekson rëndësinë e preferencave të pacientëve individual dhe të shoqërisë, vlerat e tyre dhe nenkupton që dëshirat e pacientëve janë marrë në konsideratë nga vendim marrësit gjatë krijimit të politikave të kujdesit shëndetësor.*
- *Nënvizon kufizimet mbi performancat profesionale në aspektet teknike, mjekësore dhe njohurive shkencore, duke nënkuptuar që gjëndja (struktura) është dinamike dhe se ofruesit e kujdesit shëndetësor janë përgjegjës për perdorimin e njohurive më të mira aktuale të zotëruara.*

Sipas Evans (2001), përkufizimi i IOM krahasuar me atë të Donabedian, përfshin dhe zhvendos fokusin nga pacienti tek individi dhe popullata, duke lejuar kështu cilësinë e kujdesit të futet si nocion edhe në fushën e promocionit dhe parandalimit e jo vetëm në trajtim e rehabilitim. Ky përkufizim shton gjithashtu “rezultatet e dëshiruara” si pjesë e tij, në mënyrë që të vërë theksin mbi nevojën për të konsideruar prespektivën e marrësit të shërbimit, pra pacientit, dhe duke shtuar “në përputhje me njohuritë profesionale më të fundit”, nënkupton se gjithashtu standartet e shërbimit duhen përcaktuar qartë.

Harteloh (2003), sipas hulumtimeve të Michell (2008) në studimin e tij “Analiza e kujdesit shëndetësor” bëri një përmbledhje të shumë koncepteve mbi cilësinë dhe dha si përfundim një definicion konciz “Cilësia është një balancë optimale ndërmjet mundësive të realizuara dhe një kornizë normash dhe vlerash”. Ky përkufizim konceptual reflekton faktin që cilësia është një abstraksion që nuk ekziston si një entitet më vete. Ajo ndërtohet

bazuar në një ndërveprim ndërmjet aktorëve të rëndësishëm që bien dakort mbi standartet (normat dhe vlerat) dhe përbërësve (mundësitë).

AHRQ (2005), përkufizon cilësinë e kujdesit shëndetësor si “Të bësh gjënë e duhur, në mënyrën e duhur, për personin e duhur dhe arritja e rezultateve më të mira të mundëshme”. Matja e cilësisë është një pjesë shumë e rëndësishme në përmirësimin e dhënies së kujdesit shëndetësor si dhe ndihmon në fokusimin e shumë aktiviteteve brënda fushës së madhe të kujdesit shëndetësor.

Vlerësimi i cilësisë ka qënë gjithmonë në luftë ndërmjet çështjesh të ndryshme. Pyetja kryesore është se a mund të matet cilësia. Shumë përkufizime janë bërë dhe ka ende shumë përpjekje në sulmin dhe mbrojtjen e përkufizimeve të vjetra dhe formulimin e përkufizimeve të reja. Në mënyrë shumë të rëndësishme një përkufizim pothuajse gjithmonë tregon përberësit dhe procesin e vlerësimit të kujdesit, pasi ai përfshin normat dhe vlerat, gjykimet dhe mbrojtjet e kriterëve që janë përdorur në vlerësimin e kujdesit. Për këtë arsye kriteret e zgjedhura për të vlerësuar cilësinë e kujdesit, në mënyrë të padiskutueshme përkufizojnë cilësinë në rrugë operationale, pasi matja e procesit mat kriteret që janë zgjedhur apriori për të përkufizuar cilësinë (Geyndt 1995). Katër përkufizimet e mëposhtme sipas Geyndt (1995) ilustrojnë evoluimin e mendimit për këtë çështje në 60 vitet e fundit:

- *“Shërbimi i mirë shëndetësor është lloji i mjekësisë që praktikohet dhe të mësohet nga lider të njohur në fushën e mjekësisë klinike, në një periudhë të caktuar zhvillimesh sociale, kulturore dhe profesionale në një komunitet apo grup popullate” (Lee dhe Jones 1933).*
- *“Standartet e cilësisë së kujdesit duhet të bazohen në shkallën në të cilën kujdesi është i vlefshëm, i pranueshëm, i vazhdueshëm, gjithpërfshirës dhe i dokumentuar, po aq sa dhe në nivelin në të cilin terapia e përshtatshme bazohet në një diagnozë të saktë dhe jo në simptomatologjinë” (Esselstyn 1958).*
- *“Cilësia e shërbimit është shkalla në të cilën shërbimet shëndetësore për individët dhe popullatën rrisin mundësitë e përfuturit të produkteve shëndetësore të dëshiruara dhe është konsistente me aftësitë profesionale aktuale” (IOM 1990)*
- *“Menaxhimi i cilësisë është një proces menaxherial në përmirësim të vazhdueshme – një proces që lufton vazhdimisht për të tejkaluar pritshmëritë e konsumatorit” (Melum, Sinioris 1992).*

Pra, sipas Lee dhe Jones cilësia e kujdesit mjekësor ekziston atëherë kur mjekësia praktikohet vetëm sipas mënyrës së përcaktuar nga liderët e profesionit mjekësor, duke sugjeruar kështu një metodologji vlerësuese për cilësinë e kujdesit në krahasimin e veprimeve të mjekëve me ato standarte të caktuara nga “liderat e njohur mjekësor”. Nga ana tjetër Esselstyn ofron një përkufizim më të gjërë, duke u shqetësuar edhe për vlerësimin e procesit të kujdesit (diagnozë e terapi e saktë, vazhdimësi, gjithpërfshirje, dokumentim), dhe në përcaktimin e strukturës (disponueshmëri dhe pranueshmëri).

IOM thekson rëndësinë e produkteve shëndetësore për pacientët dhe popullatën edhe pse në cdo kohë janë të limituara nga kualifikimet dhe shkalla e njohurive mjekësore. Përkufizimi i fundit në mënyrë shumë të qartë parashtron matjen e nevojave dhe pritshmërive të konsumatorit, si qëllimin kryesor në përmirësimin e cilësisë.

1.1.1 Përcaktimi i dimensioneve të cilësisë së shërbimit

Autorë dhe organizata të ndryshme kanë përkufizuar cilësinë e kujdesit shëndetësor duke e shpjeguar atë si koncept që lidhet me një grup të caktuar dimensionesh. Dimensionet e përdorura më shpesh sipas frekuencave të tyre përfshijnë: (i) Efektiviteti, (ii) Efiçenca, (iii) Lehtësia e marrjes së shërbimit, (iv) Siguria, (v) Drejtësia, (vi) Përshtatshmëria, (vii) Koha e dhënies së shërbimit, (viii) Pranueshmëria, (ix) Fokusi tek pacienti, (x) Kënaqësia e pacientit, (xi) Përmirësimi i shëndetit, (xii) Vazhdimësia e kujdesit.

Dimensionet e efektivitetit dhe të efiçencës, përfshihen në pjesën më të madhe të përkufizimeve të cilësisë së kujdesit shëndetësor. Efektiviteti i referohet shtrirjes në të cilën masat e marra prodhojnë efektet e dëshëruara (Maxwell 1992; Witter dhe Ensor 1997). Efiçenca, nga ana tjetër, i referohet shtrirjes në të cilën objektivat arrihen duke minimizuar përdorimin e burimeve (OBSH, 2000). Qëllimi është maksimizimi i outputit, për një input të dhënë, apo ansjelltas të minimizosh inputin për një nivel të caktuar të outputit, p.sh. duke krahasuar koston për njësi që lidhet me një ndërhyrje të caktuar, me koston për njësi të po së njëjtës ndërhyrje apo trajtim të kryer nga një tjetër organizatë (Maxwell, 1992).

Lehtësia e marrjes së shërbimit është gjithashtu një dimension i rëndësishëm në të gjithë përkufizimet e cilësisë së kujdesit të cituara më lart me përjashtim të IOM. Ajo mund të operacionalizohet si përqindja e pjesës së popullsisë që mund të marrë kujdesin shëndetësor, mbi të gjithë popullatën. Ky dimension ka marrë kuptime të ndryshme nga autorë të ndryshëm, ku gjithsesi shqetësimi i përgjithshëm është gjetja e një mënyre për të treguar në trajtë sasiore se sa një shërbim apo trajtim mjekësor është i gatshëm ti jepet personit që ka nevojë për të, në kohën e duhur.

Siguria i referohet reduktimit të rrezikut dhe është pjesë e rëndësishme e përkufizimeve të ndryshme. Sipas IOM (2000) siguria e pacientit është “mungesa e dëmtimeve aksidentare, për shkak të një kujdesi mjekësor të pasaktë, apo gabimeve të mjekëve”, dhe me gabim të mjekëve duhet të kuptojmë “dështimin e një veprimi të planifikuar të ndodhë, apo përdorimin e një plani të gabuar për të arritur objektivat dhe qëllimet, përfshirë dhe problemet praktike, proceduriale, produktet e përdorura, etj” (Kohn, Corrigan dhe Donaldson 2000). Siguria e pacientit tradicionalisht është konsideruar si një dimension në mes të dimensioneve të tjera, por gjithmonë e më shumë po shihet si një element kyç, absolutisht i rëndësishëm në vlerësimin total të cilësisë.

Drejtësia, është një dimension që përfshihet në disa klasifikime e që shpesh ngatërrohet edhe me barazinë. Ajo nënkupton paanësi, pra individët duhet të marrin kujdes të njëjtë, pavarësisht diferencave mes tyre dhe aftësive për të përfituar nga nevoja të veçanta.

Një set tjetër dimensionesh që përmenden shpesh dhe që i referohen shtrirjes në të cilën kujdesi takohet me nevojat mjekësore, sociale dhe aspiratat e pacientëve janë:

- i. *Përshtatshmëria (sa trajtimi korespondon me nevojat e pacientëve).*
- ii. *Koha e dhënies së shërbimit (marrja e shërbimit brënda afateve kohore të arsyeshme).*
- iii. *Pranueshmëria (me sa vëmendje e humanizëm jepet trajtimi).*
- iv. *Fokusimi tek pacienti (marrja në konsideratë e preferencave dhe vlerave të pacientit dhe shoqërisë).*
- v. *Kënaqësia (sa trajtimi apo përmirësimi i pacientit përmbush pritshmëritë e tij)*
- vi. *Vazhdimësia e kujdesit (vazhdimi i dhënies së kujdesit përgjatë gjithë stadeve të sëmundjes).*

Zgjedhja e dimensioneve për matjen e cilësisë së kujdesit është një çështje shumë e rëndësishme, pasi ka një influencë të madhe edhe në politikat e zgjedhura për ecurinë e kujdesit shëndetësor. Për këtë arsye një sfidë shumë e rëndësishme për çdo vend është njohja e këtyre pritshmërive të ndryshme, por llogjike dhe rekomandimi i tyre për një sistem shëndetësor të përgjegjshëm dhe të balancuar (Shaw dhe Kalo 2002).

Smith dhe Houston (1982) deklaruan se, ekzistojnë dy tipe të cilësisë së shërbimit; (i) cilësia teknike që përfshin atë çka konsumatori aktualisht merr nga shërbimi dhe (ii) cilësia funksionale e cila përfshin mënyrën sesi është dhënë shërbimi. Ndërsa sipas Lehtinen dhe Lehtinen (1982) cilësia e shërbimit prodhohet si ndërveprim ndërmjet konsumatorit dhe elementëve të shërbimit organizativ. Ato përcaktojnë tre dimensionet:

- i. *Cilësitë fizike – përfshijnë aspektet fizike të shërbimit (pajisjet, ndërtesat).*
- ii. *Cilësitë e korporatës – përfshijnë imazhin e kompanisë apo profilin e saj.*
- iii. *Cilësitë interaktive – të cilat vijnë si rezultat i ndërveprimit ndërmjet kontaktit të personelit me konsumatorin, si dhe të konsumatorëve me njëri tjetrin.*

Gjithashtu edhe raporti i IOM (2001) specifikon qëllimet kryesore që duhet të plotësojë një sistem mjekësor me cilësi të lartë shërbimi:

- i. **Siguria** – shmangia e dëmtimeve ndaj pacientëve nga kujdesi i dhënë, i cili supozohet ti ndihmojë ato.
- ii. **Efektiviteti** – dhënia e shërbimeve bazuar në njohuritë shkencore, të gjithë atyre që mund të përfitojnë nga to dhe shmangia e dhënies së këtyre shërbimeve atyre që nuk kanë përfitime të dukshme.
- iii. **Fokusi tek pacienti** – sigurimi i kujdesit të përgjegjshëm, që është në përputhje të plotë me preferencat dhe nevojat e pacientit, vlerësimi dhe sigurimi që kërkesat e pacientit të ndjekin çdo vendim klinik.

- iv. **Respektimi i afateve kohore** – reduktimi i pritjes dhe ndonjëherë vonesave të dëmshme, si për ato që marrin, ashtu dhe për ato që sigurojnë dhënien e kujdesit shëndetësor.
- v. **Eficienca** – shmangia e përdorimit të kotë të pajisjeve, furnizimeve, ideve dhe energjisë.
- vi. **Barazia** – sigurimi i kujdesit i cili nuk varion në cilësi sipas karakteristikave personale të pacientëve si gjinia, vendndodhja gjeografike, etnia apo statusi socio-ekonomik.

Indikatorët e cilësisë janë mjete të dizenuara për të matur cilësinë e kujdesit dhe në këtë mënyrë ndihmojnë në përmirësimin e cilësisë, duke identifikuar fushat ku ka nevojë për përmirësim (Ingleton. et al 1999 dhe Cambell et al. 2003). Kriteret për zgjedhjen e indikatorëve varen nga:

- (a) rëndësia e asaj që po masim dhe impaktin që ajo ka në statusin dhe kostot shëndetësore, rëndësia dhe ndjeshmëria e problemit ku do të ndërhyjmë,
- (b) rëndësia shkencore e çështjes në varësi të vlefshmërisë, besueshmërisë dhe qartësisë së të dhënave të disponuara dhe
- (c) realizueshmëria dhe kosto e grumbullimit të të dhënave.

Leatherman (2001) deklaroi se, indikatorët janë të rëndësishëm për të matur performancën, duke i ndarë ato sipas katër funksioneve të tyre bazë, ku përfitimet janë: lehtësojnë llogaridhënien, monitorojnë sistemet e kujdesit shëndetësor, modifikojnë sjelljen e profesionistëve shëndetësor dhe organizatave si në nivele mikro ashtu dhe makro dhe ndihmojnë në krijimin e nismave të politikës për investime në këto sektorë.

Edhe Kahn (2002) dhe Lorenz (2006) kanë kryer studime të zgjeruara mbi cilësinë e shërbimit shëndetësor, duke përdorur një numër të konsiderueshëm indikatorësh si pranueshmëria, vlefshmëria, besueshmëria dhe realizueshmëria. Po kështu Arah (2005) në përpjekjet e tij për të matur performancën e kujdesit shëndetësor përdori 18 indikatorë performance, 6 nga të cilët lidheshin me kujdesin shëndetësor, 12 të tjerë ishin përcaktues jo mjekësor. Gjithashtu ai përfshiu edhe 16 indikatorë të tjerë që lidheshin me karakteristikat e sistemit shëndetësor si variabla të pavarura në analizën e tij. Indikatorët që ai përdori për të matur cilësinë e kujdesit shëndetësor ishin: pranueshmëria, lehtësia e marrjes së shërbimit, përshtatshmëria, efektiviteti dhe siguria.

Gjithsesi një nga mënyrat më të pranueshme për kategorizimin e indikatorëve të cilësisë së kujdesit shëndetësor është qasja e konceptualizuar fillimisht nga Donabedian (1980, 2003) i cili përshkruan dhe diferencon indikatorët në tre grupe: indikatorë të strukturës, të procesit dhe të produkteve finale. Këto dimensionë janë përdorur nga shumë autorë të ndryshëm për matjen e cilësisë së shërbimit në shumë vende.

– *Indikatorët e strukturës* paraqesin treguesit e karakteristikave, apo të inputit të kujdesit shëndetësor. Ato mund të tregojnë kushtet specifike në dhënien e kujdesit por vetëm ato nuk janë të mjaftueshëm. Prezenca e tyre nuk jep garanci që procesi është zhvilluar siç duhet dhe se rezultate të kënaqëshme janë arritur nga sistemi shëndetësor.

– *Indikatorët e procesit* tregojnë masat e marra për dhënien e kujdesit të duhur shëndetësor popullatës që ka nevojë për të, me rrezikun se përshtatshmëria duhet bazuar në evidencat klinike dhe efektivitetin e procesit duke pasur parasysh dhe faktin që kujdesi i dhënë të jetë “konsistent me njohuritë më të fundit profesionale” si dhe me shkallën me të cilën masat e marra japin rezultatet e dëshiruara klinike. Këto janë disa çështje që paraqesin dhe pikat e dobëta në të cilat indikatorët e procesit do të duhet të përballen. Gjithsesi këta indikatorë paraqesin afërsinë më të madhe me kujdesin e ofruar aktualisht dhe janë indikatorët më specifik klinikisht, krahasuar me dy tipet e tjera (OCDE, 2006).

– *Indikatorët e rezultateve* përpiqen të masin përmirësimet e kujdesit shëndetësor. Sfida më e madhe e tyre është se ato mund të influencohen nga faktorë të tjerë përveç cilësisë së shërbimit, si mosha, graviteti i sëmundjes apo statusi socio-ekonomik. Për këtë arsye është e rëndësishme të kemi të dhëna të mjaftueshme që cilësia e shërbimit të japë një kontribut të pavarur në rezultatet e arritura dhe që faktorët që influencojnë rezultatet të llogariten me mënyrat e duhura të rregullimit të riskut (OECD, 2006).

Duke qënë se autorë të ndryshëm dhe institucione të rëndësishme kanë përdorur dhe i janë referuar dimensioneve të ndryshme, në tabelën më poshtë është paraqitur një përmbledhje e shkurtër e dimensioneve të përdorur më shpesh dhe më rrallë.

Tabela 1: Dimensionet e cilësisë së kujdesit shëndetësor

Dimensionet e përdorur më shpesh	Dimensionet e përdorur më rrallë
<i>Efektiviteti:</i> shkalla e arritjes së rezultateve të dëshiruara, duke u bazuar vetëm në të dhënat e sakta të dhënies së shërbimeve, vetëm asaj kategorie të popullatës që përfiton vërtet prej tij, ose shkalla në të cilën procesi çon në rezultatet e dëshiruara me gradë gabimi zero.	<i>Pranueshmëria:</i> i referohet përshtatjes me dëshirat realiste dhe pritshmëritë e pacientëve dhe familjeve të tyre. Kjo pasi eksperiencat e individëve mbi kujdesin shëndetësor kanë një efekt të fuqishëm në zgjedhjen dhe vlerësimin e sistemeve shëndetësore në të ardhmen.
<i>Siguria:</i> shkalla në të cilën procesi i kujdesit shmang, parandalon dhe përmirëson rezultatet e padëshiruara të cilat mund të rezultojnë nga vetë procesi i kujdesit; lidhet ngushtë me efektivitetin, por ndahet nga ai pasi parandalon ngjarjet e paqëllimshme për pacientët.	<i>Përshtatshmëria:</i> është shkalla në të cilën kujdesi shëndetësor i dhënë është në përputhje me nevojat e vërteta klinike të pacientëve. Ky dimension shpesh paraqitet si pjesë e efektivitetit.

Përgjegjshmëria: shkalla me të cilën sistemi funksionon aktualisht duke vendosur pacientin në qëndër të shërbimit shëndetësor, dhe që shpesh vlerësohet duke u bazuar në eksperiencat e pacientëve mbi dhënien e kujdesit dhe raporteve mjek-pacient.	Kompetenca: shkalla në të cilën personeli i kujdesit shëndetësor zotëron trajnimin dhe aftësitë e duhura për të komunikuar dhe trajtuar pacientët. Shumë aspekte të kompetencës përfshijnë zotësitë teknike dhe kulture. Ky dimension përsa i përket vlerësimit të tij mund të përfshihet edhe tek efektiviteti.
Aksesi në kujdes: lehtësia me të cilën shërbimet shëndetësore merren. Aksesi mund të jetë fizik, financiar apo psikologjik, dhe kërkon që shërbimet shëndetësore të jenë apriori të gatshme për tu ofruar.	Vazhdimësia e dhënies së kujdesit: shtrirja në kohë e dhënies së kujdesit nga institucionet përkatëse dhe stafi i tyre dhe koordinimi i dhënies së këtij kujdesi ndërmjet tipeve të ndryshme të institucioneve të shëndetit.
Barazia: përcakton shtrirjen në të cilën sistemi ofron kujdes shëndetësor në mënyrë të drejtë për të gjithë përfituesit e tij.	Dhënia e shërbimit në kohën e duhur: shkalla në të cilën pacientët kanë të mundur të marrin shërbimin e duhur shëndetësor në momentin specifik që kanë nevojë për të. Ai përfshin si dhënien e kujdesit në kohë ashtu dhe kooordinimin e duhur ndërmjet mjekëve për të dhënë një shërbim efektiv në çdo stad të sëmundjes.
Burimi: Aday and Anderson, 1975; Shortell, 1976; OBSH, 2000; Juran and Godfrey, 2000; National Patient Safety Foundation, 2000; IOM, 2001; Arah, et al. 2003; AHRQ, 2004; Donabedian, 2003.	

1.1.2 Matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit

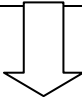
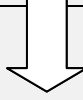
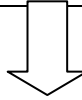
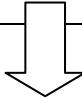
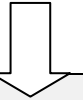
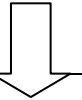
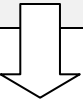
Qëllimi kryesor për matjen e cilësisë së shërbimit, është padyshim për të përgatitur themelet për përmirësimin e saj. Cilësia e perceptuar e shërbimit është një koncept që mat mospërputhjet ndërmjet pritshmërive dhe perceptimeve reale të pacientëve për një shërbim të caktuar (Parasuraman, 1985). Pritshmëritë reflektohen në dëshirat e konsumatorëve të cilët besojnë në një mënyrë të caktuar sesi duhet ofruar një shërbim. Një herë që është përcaktuar niveli i pritshmërive të pacientit, kjo e ndikon atë të bëjë krahasimin ndërmjet asaj që ai priste dhe asaj që realisht iu ofrua (Lovelock dhe Wright, 2000; Zeithaml et al, 1993). Nga ana tjetër, perceptimet i referohen vlerësimit të konsumatorit mbi shërbimin e marrë, e parë si një kombinim ndërmjet çfarë është ofruar dhe si është ofruar (Lim dhe Tang, 2000). Veç kësaj është nxjerrë në pah se cilësia e një shërbimi është një “gjykim i përhapur globalisht, apo qëndrim që lidhet me superioritetin

apo ekselencen e një shërbimi’ dhe si pasojë është “vula e suksesit” (Parasuraman et al. 1988; Zeithaml et al. 1990).

Duke pasur parasysh rëndësinë e cilësisë së shërbimit, nuk është çudi që shumë specialistë kanë harxhuar një kohë të madhe për të kuptuar, kërkuar dhe përkufizuar dimensionet e këtij koncepti (Parasuraman, 1988), pasi ai gjithashtu shpjegon qëllimet e sjelljes konsumatore, e cila ka dhe një impakt të madh dhe në mënyrën e menaxhimit financiar të një organizate. Për këtë arsye, gjatë viteve 1980, kërkimet në këtë fushë morrën një hov të madh duke nxitur krijimin e prespektivave të ndryshme teorike edhe për arsyen se cilësia e shërbimit është pothuajse e pamundur të matet, dhe sfida e ekspertëve lidhet me menaxhimin e pamjes dhe perceptimeve (Harvey 1998).

Në mënyrë për të arritur një kuptim të cilësisë së shërbimit shumë specialistë konkluduan se ajo është një variabël dy dimensional (Lehtinen et.al, 1982; Gronroos, 1983; Berry, 1983). Skemat e propozuara nga këto autorë jepen në figurën e mëposhtme:

Figura 1: Përmbledhje e perceptimeve kryesore teorike mbi cilësinë e shërbimit

Dimensionet e Cilësisë	Lehtinen & Lehtinen (1982)	Gronroos (1983)	Berry (1983)
Cfarë është ofruar	Cilësia Fizike	Cilësia Teknike	Cilësia e Rezultatit
			
	Cilësia ndërvepruese	Cilësia Funksionale	Cilësia e Procesit
Si është ofruar			
	Cilësia e korporatës		

Burimi: Warbridge, S.W; Delene, L.M.(1993)

Disa kërkues mendonin se cilësia e shërbimit duhet matur si variabël një dimensional (Shneider dhe White, 2004), të tjerë besonin se ajo duhet vlerësuar si një ndërtim dy dimensional (Zeithaml, 2009). Instrumenti SERVQUAL u bë metoda më e përdorur gjërësisht dhe më e pranuar për matjen e cilësisë së shërbimit, në pjesën më të madhe të literaturës (Ladhari, 2009). Parasuraman (1988) bëri një studim eksplorativ duke përdorur një fokus-grup prej 12 konsumatorësh në katër sektorë të rëndësishëm për kohën, që ishin: bankat, kartat e kreditit, siguria e brokerave dhe shërbimet e mirëmbajtjes. Temat e diskutuara gjatë fokus-grupit u përqëndruan në rëndësinë e cilësisë së shërbimit,

karakteristikat e shërbimit dhe në kriteret e përdorur për të vlerësuar cilësinë e shërbimit. Konkluzionet përkufizuan cilësinë e shërbimit si funksion i dimensioneve të mëposhtme:

- i. **Ana e prekshme** – përfshin pajisjet fizike, lehtësirat gjatë shtrimit dhe paraqitjen e personelit.
- ii. **Besueshmëria** – reflekton aftësitë e ofruesve të shërbimit për të dhënë shërbimin ashtu siç ishte premtuar, në mënyrën më të saktë të mundëshme.
- iii. **Reagimi** – tregon dëshirën e punonjësve për të ndihmuar konsumatorët të marrin një shërbim të mënjëhershëm.
- iv. **Siguria** – konsiston në njohuritë dhe aftësitë teknike si dhe mirësjelljen e punonjësve të organizatës si dhe aftësitë e tyre për të frymëzuar besim dhe konfidencë.
- v. **Ndjeshmëria** – aftësia e punonjësve për të dhënë kujdes dhe vëmendje personale ndaj konsumatorëve.

Në fakt mënyra sesi konsumatorët vlerësojnë cilësinë e shërbimit në mëndjen e tyre, vlerësohet duke aplikuar shkallën e SERVQUAL (Parasuraman et al, 1980) si një instrument multifaktorial që konsiston në 5 dimensionet e mësipërme, të karakterizuara nga 22 sete pyetjesh (vlerësimesh).

Kjo shkallë mat hendekun ndërmjet pritshmërive dhe perceptimeve reale, ku gjysma e vlerësimeve përpunohen në mënyrë të tillë që të masin sasinë e pritshmërive të konsumatorëve dhe 22 vlerësime të tjera të hartuara për matjen e perceptimeve reale të konsumatorëve mbi cilësinë e shërbimit (Babakus dhe Mongold, 1992). Për pasojë gap¹-i (hendeku) do të jetë diferenca ndërmjet pikëve të perceptimeve reale dhe pritshmërive, ku një gap pozitiv tregon se pritshmëritë janë arritur ose tejkaluar, ndërsa një gap negativ tregon dështim në arritjen e pritshmërive. Rezultatet e gap zakonisht analizohen si një rezultat total për të dhënë një pamje të përgjithshme për çdo dimension.

Gjithsesi rezultatet duhen llogaritur për çdo pohim të veçantë. Në përfundim pesë dimensionet me rezultatet përkatëse të gapit, përdoren për të treguar pikat e forta dhe të dobëta të kompanisë në mënyrë që menaxherët të marrin masat e duhura për të parandaluar përfundimet e padëshiruara.

Së fundmi, edhe pse SERVQUAL është përhapur në një shkallë të gjërë dhe është konsideruar si një instrument i vlefshëm dhe i besueshëm për të matur cilësinë e shërbimit, ai është kritikuar si në nivele konceptuale dhe metodologjike. Një nga kritikantët është fakti se pesë dimensionet mund të përmbledhen në dy dimensionet të cilat mund të quhen shërbimet bazë dhe shërbime shtesë (Mc Dougall dhe Levesque, 1994), dhe mund të konsiderohen si ekuivalente të dy dimensioneve funksionale të Gronroos (1983). Një tjetër kritikë që tërhoqi vëmendjen e ekspertëve ishte se ky instrument nuk mund të

¹ Për efekt të këtij studimi fjalët “GAP” dhe “Hendek” kanë të njëjtin kuptim përgjatë gjithë këtij punimi.

aplikohej universalisht në industrinë e shërbimit, pasi kur të implementohej kërkuesit duhet të merrnin parasysh llojin e shërbimit të ofruar (Carman 1990). Gjithashtu, kritika pati edhe për shkallën e përdorur për matjen e pritshmërive si bazë krahasuese (Cronin dhe Taylor 1992), e cila neglizhonte anët teknike të dhënies së shërbimit.

Për këtë arsye, Cronin dhe Taylor (1992) propozuan një instrument tjetër SERVPERF, i cili bazohet në modelin original të SERVQUAL por duke besuar se besueshmëria dhe parashikueshmëria e tij ishte më e saktë në matjen e cilësisë së shërbimit. Këta autorë ishin ato që sulmuan më së tepërmi instrumentin e SERVQUAL. Ata vinin në pikëpyetje bazën konceptuale të tij duke menduar se ai ngatërrohej me kënaqësinë e shërbimit. Opinioni i tyre ishte që komponenti pritshmëri (P), të eliminohej dhe të përdorej vetëm elementi i performancës, duke krijuar atë që sot njihet si shkalla e “SERVPERF”. Këta autorë siguruan të dhëna empirike nëpër industri të ndryshme, për të provuar superioritetin e instrumentit të tyre, i cili duke qënë se ishte version i SERVQUAL dhe përmbante vetëm një element të tij, kishte vetëm 22 vlerësime, ku sipas të cilave një nivel i lartë i perceptimit të performancës, nënkuptonte një cilësi të lartë shërbimi.

Krahasime të shumta janë bërë nga autorë të ndryshëm përsa i përket dy instrumentave vlerësues të cilësisë së shërbimit (Brady et al. 2002; Cronin dhe Taylor, 1992; Cui et al. 2003; Hudson et al. 2004; Join et al. 2004; Kettinger dhe Lee, 1997; Quester dhe Romaniuk, 1997). Join dhe Gupta (2004) si dhe Kettinger dhe Lee (1997) mendojnë se SERVPERF lidhet më shumë me totalin e cilësisë së shërbimit sesa SERVQUAL, ndërsa Quester dhe Romaniuk (1997), mendojnë të kundërtën.

Autorë të tjerë janë fokusuar vetëm në çështje dimensionale të instrumentave pa vlerësuar vlefshmërinë e tyre (Cui et al. 1997; Hudson et al. 2004).

Si SERVPERF ashtu dhe SERVQUAL kanë lidhje me përkufizimin konceptual se cilësia e shërbimit është një qëndrim (pozicion) përkundrejt shërbimit të ofruar nga një kompani, që del si rezultat i krahasimit të pritshmërive me performancën (Parasuraman et al. 1985, 1988; Cronin dhe Taylor 1992). Gjithsesi SERVQUAL mat në mënyrë direkte si perceptimet reale mbi performancën ashtu dhe pritshmëritë e konsumatorit, ndërsa SERVPERF mat vetëm perceptimet reale mbi performancën, duke marrë si të mirëqënë se të intervistuarit japin përgjigjet e tyre duke krahasuar automatikisht pritshmëritë mbi performancën, me vlerësimet reale të saj. Në këtë mënyrë ai nënkupton se matja e pritshmërive mbi performancën është e panevojshme.

Në diskutimet mbi vlerat relative të çdo instrumenti debati është përqëndruar fillimisht në vlefshmërinë parashikuese dhe specifike në gjykimin nëse cilësinë e shërbimit e vlerëson më qartë njëri apo tjetri. Fillimisht disa kërkues argumentuan se SERVPERF është një matës më i mirë pasi ai nuk varet nga pritshmëritë jo shumë të qarta të konsumatorëve. Argumentat në favor të SERVPERF bazohen në nocionin se perceptimet mbi performancën janë tashmë si rezultat i krahasimeve që vetë konsumatori bën

ndërmjet shërbimit të pritur dhe atij të marrë (Babakus dhe Boller, 1993; Oliver dhe De Sorbo, 1988). Për pasojë matja vetëm e performancës shmang tepricat.

Disa kritika kryesore ndaj SERVQUAL lidhen me shkallën e matjes së pikëve të gap (P-E), gjatësinë e pyetësorit, aftësitë e tij parashikuese, vlefshmërinë strukturore të pesë dimensioneve të tij, etj. (Babakus dhe Boller, 1992; Cronin dhe Taylor, 1992; Dabholkar, Shepherd, 2000; Teas, 1993).

Siç do të theksonte Teas (1993), duke qënë se Parasuraman përkufizoi pritshmëritë si një tip sjelljeje, atëherë pritshmëritë e konsumatorëve duhen konsideruar si pikë ideale, kështu modeli i gap, i cili thekson se perceptime superiore mbi cilësinë e shërbimit jepen atëherë kur performanca tejkalon pritshmëritë, është teorikisht i paqëndrueshëm.

Parasuraman (1994), mbrojtí instrumentin e tij duke treguar se virtualisht nuk kishte diferenca në aftësitë parashikuese të të dy instrumentave, duke theksuar se përdorimi vetëm i matjes së performancës (SERVPERF) krahasuar me diferencën pritshmëri /performancë (SERVQUAL), duhet drejtuar nga pikëpamja nëse shkalla po përdoret për qëllime diagnostikuese, apo për të ndërtuar module thjesht me pikëpamje teorike.

Carrillat et al. (2001) besojnë se shkalla e SERVQUAL ka interes më të madh në fushën e mjekësisë, pasi ka vlera më të larta diagnostikuese. Duke krahasuar pritshmëritë e pacientëve mbi cilësinë, me cilësinë reale të marrë të shërbimit, përgjatë dimensioneve të ndryshme, menaxherët mund të identifikojnë fushat ku cilësia ka pikat më të dobëta dhe të përdorin këtë informacion për rialokimin e burimeve, për të përmirësuar cilësinë e shërbimit (Parasuraman et al. 1994).

Rëndësia e instrumentit SERVQUAL, të propozuar nga Parasuraman, Zeithaml dhe Berry (1988), është evidente nga aplikimi i gjërë i saj në një numër të madh studimesh empirike në sektorë të ndryshëm (Brown dhe Swarts, 1989; Carman, 1990; Kassim dhe Bojei, 2002; Lewis, 1987, 1991; Pitt, Gostheizen dhe Morris, 1992; Witkowski dhe Wolfinbargar, 2002; Joung dhe Lee, 1994; etj.).

Pavarësisht se ende kritikohet, SERVQUAL, qëndron akoma si instrumenti më i përdorur për vlerësimin e cilësisë, pasi ai analizon karakteristikat specifike të shërbimit dhe është i përshtatshëm me çdo rrethanë (Ramsaran – Fowdar, 2005).

Autorë të ndryshëm e kanë përdorur në vite, duke bërë dhe modifikimet e tyre personale dhe duke krijuar versione të zgjeruara ose dhe të reduktuara të tij. Lim dhe Tang (2000), shtuan dimensionet e “lehtësia e marrjes së shërbimit” dhe “përballueshmëria”. Tucker dhe Adams (2001) shtuan “dashamirësia” dhe “rezultatet finale”, ndersa Johnston (1995), shkurttoi listën fillestare të SERVQUAL në 18 pohime nga 22 origjinalet, dhe Reindenbach dhe Sandifer-Smallwood (1990) e zgjeruan nga pesë dimensione në shtatë. Studiues të tjerë rigrupuan dimensionet fillestare në të tjera dimensione; p.sh. Tomes (1995) grupoi tek “ndjeshmërisë” edhe pyetje që masnin “informacione mbi sëmundjen”, “marrëdhëniet dhe respektin e dyanshëm”, “dinjitetin”, “ambjentin rrethues” dhe “nevojat

fetare'. Të tjerë bazuar në shkallën e SERVQUAL, zhvilluan dimensione të tjera si p.sh. Camillieri dhe O'Callaghan (1998) konsideruan si të përshtatshme të përfshinin dimensione si "kujdesi profesional dhe teknik", "personalizimi i shërbimit", "çmimi", "ambjenti rrethues", "lehtësia e marrjes së kujdesit" dhe "dashamirësia", për të vlerësuar cilësinë e shërbimit.

Hulka et al. (1980) bazoi vlerësimet e tij vetëm në tre dimensione që i emërtoi "marrëdhënie personale", "komoditeti" dhe "kompetenca profesionale". Tompson (1983) përdori shtatë dimensione si: "pajisjet", "komunikimi", "marrëdhëniet ndërmjet stafit dhe pacientëve", "koha e pritjes", 'procedurat e regjistrimit dhe daljes nga spitali', "vizitat" dhe "nevojat fetare". Baker (1990) u fokusua në "periudhën e konsultimit", "fortësinë e lidhjeve" dhe 'kujdesin profesional'.

Andaleeb (1998), fokusoi studimet e tij vetëm në pesë dimensione që ishin: "kosto", "aftësitë profesionale", "kompetenca", "komunikimi" dhe "mënyra e të sjellurit". Hasin et al. (2001), identifikuan dhe ato vetëm pesë dimensione më kryesore si: 'kosto', "komunikimi", "pastërtia", "reagimi i menjëhershëm" dhe "mirësjellja".

Hart (1996) theksoi se përdorimi i dimensioneve të cilësisë së shërbimit siguroi edhe një instrument struktural për matjen e cilësisë së shërbimit edhe një kornizë për të përcaktuar prioritetet e rezultateve dhe gjetjeve kërkimore. Parasuraman (1988) dizajnoi instrumentin e SERVQUAL specifikisht për matjen e cilësisë funksionale të shërbimit, duke përdorur edhe konceptin e gap-it edhe dimensionet e cilësisë së shërbimit. Në formën origjinale përmban 22 palë pohimesh (deklarimesh), të matëshme me shkallën Likert nga 1-7, të strukturuar në 5 dimensione të cilësisë së shërbimit. Shkalla varion nga "aspak dakort" (1), në "tepër dakort" (7), ku "tepër dakort" lidhet me nivelin më të lartë të pritshmërive dhe perceptimeve mbi cilësinë (Parasuraman et al. 1985, 1988). Cilësia e shërbimit ndodh kur pritshmëritë arrihen ose tejkalohen.

Të gjitha këto rezultate të ndërthurura tregojnë se cilësia e shërbimit në shërbimin shëndetësor është larg nga zgjidhja dhe është ende subjekt për debate të mëdha. Për të identifikuar dhe për ti dhënë përparësi performancës, si dhe për tu siguruar që nevojat dhe pritshmëritë e pacientëve janë arritur (realizuar), është e nevojshme të maten si pritshmëritë ashtu dhe perceptimet reale mbi cilësinë e shërbimit (Accounts Commission for Scotland, 1999; Parasuraman, 1985, 1988).

Po sipas Accounts Commission for Scotland (1999) SERVQUAL, mund të përdoret kryesisht për të kuptuar cilësinë aktuale të shërbimit, për të krahasuar performancën ndërmjet grupeve të ndryshme të klientëve, për të kuptuar klientelën e brëndshme, krahasuar performancën ndërmjet pjesëve të ndryshme të një shërbimi, për të krahasuar performancën ndërmjet shërbimeve të ndryshme si dhe për të vlerësuar impaktin e përpjekjeve për përmirësim.

Shkalla e SERVQUAL është përdorur gjerësisht në studimet mbi kujdesin shëndetësor për të vlerësuar perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit, në një numër të madh shërbimesh si: kënaqësia e pacientëve (Bowers et al. 1994), kujdesin spitalor (Carman, 1990), cilësia e shërbimit dentar (Mc Alexander et al. 1994), kujdesi shëndetësor në universitetet publike (Anderson, 1995).

Ndërkohë Buttle (1994) do të theksonte se avantazhet e SERVQUAL janë: (i) pranohet si instrument standart për vlerësimin e dimensioneve të ndryshme të cilësisë, (ii) është i vlefshëm për shërbime të ndryshme, (iii) është i besueshëm, (iv) është efektiv, pasi ka një numër të limituar pohimesh, duke bërë që të plotësohet lehtë dhe shpejt si dhe (v) ka një procedurë standarte analizimi, që lehtëson interpretimi e të dhënave.

Newman et al. (2001) thekson se pavarësisht kundërshtive mbi vlefshmërinë dhe besueshmërinë e SERVQUAL, aplikimi i tij në fushën e kujdesit shëndetësor është mëse i pranuar. Modeli i Parasuraman sipas Peprah (2013), përdoret gjerësisht si kornizë konceptuale për vlerësimin e cilësisë së shërbimit në kujdesin shëndetësor, pasi thekson perceptimet e pacientëve mbi cilësinë, ndikuar nga një sërë diferencash që lidhen me:

- diferencat ndërmjet pritshmërive të pacientëve dhe perceptimeve të menaxherëve mbi pritshmëritë e pacientëve (mos njohja e pritshmërive të pacientëve),
- diferencat ndërmjet perceptimeve të menaxherëve mbi pritshmëritë e pacientëve dhe karakteristikave të cilësisë së shërbimit (standarte të gabuara të cilësisë së shërbimit),
- diferencat ndërmjet karakteristikave të cilësisë së shërbimit dhe shërbimit të ofruar aktualisht (gapi i performancës),
- diferencat ndërmjet shërbimit të ofruar dhe asaj që i është komunikuar pacientit mbi shërbimin (mënyrë e gabuar e komunikimit),
- diferencat ndërmjet pritshmërive dhe perceptimeve reale të pacientëve mbi cilësinë e shërbimit (gapi i cilësisë).

1.2 Kënaqësia e pacientit

1.2.1. Përkufizime të kënaqësisë

Kënaqësia është një koncept psikologjik, i cili është përkufizuar në mënyra të ndryshme. Disa herë kënaqësia konsiderohet si një gjykim i individëve mbi çdo objekt apo ndodhi, pasi ka një eksperiencë lidhur me të në kohë. Sipas disa teorive, kënaqësia është një përpjekje njohëse, ndërsa teori të tjera e konsiderojnë kënaqësinë si lidhje emocionale e individëve.

Kënaqësia e konsumatorit është rezultat i perceptimeve të konsumatorit mbi vlerën e shërbimit të marrë, ku vlera është e barabartë me cilësinë e shërbimit të perceptuar mbi çmimin (Hallowell,1996). Sipas Fornel përcaktuesi kryesor i kënaqësisë së përgjithëshme të konsumatorit është cilësia e perceptuar, ndërsa determinanti sekondar është vlera e perceptuar (Fornell et al 1996).

Për një kohë të gjatë kuptimi i lidhjes që ekziston ndërmjet kënaqësisë dhe cilësisë së shërbimit, ishte çështje kryesore në përcaktimin e strategjive të zhvillimit në sektorin shëndetësor. Donabedian (1980), identifikoi rëndësinë e kënaqësisë së pacientit aq mirë sa puna e tij u bë më vonë baza për kërkime të mëtejshme, mbi kujdesin shëndetësor.

Në këtë sektor, rëndësia e matjes së kënaqësisë së pacientit, është përcaktuar shumë qartë (Lin dhe Kelly, 1995), pasi ajo është matur dhe studiuar gjërësisht si një faktor i pavarur por edhe si një komponent i cilësisë së produkteve shëndetësore (Heidegger et al. 2006), dhe shpesh në raste të veçanta edhe si faktor i rëndësishëm në studimet mbi vlerësimin e cilësisë së shërbimit shëndetësor (Sofaer dhe Firminger, 2005).

Koncepti i kënaqësisë është tepër i komplikuar sipas Heidegger (1006), pavarësisht fushave ku ajo studiohet. Ai është një koncept multidimensional, ende i papërkufizuar në mënyrë të plotë, dhe pjesë e një modeli kompleks, i cili do të duhet kohë të plotësohet (Hawthorne, 2006).

Studimet mbi kënaqësinë e pacientëve janë kryer gjërësisht dhe kryesisht nga nevoja dhe dëshira për të kuptuar qëllimet e sjelljeve të ndryshme të konsumatorëve (Cronin et al. 2000), gjithashtu matja e saj ndryshon në varësi të supozimeve të bëra mbi atë që kënaqësia nënkupton (Gilbert et al.2004). Një numër i madh këndvështrimesh të ndryshme të përdorura për matjen e saj mund të identifikohen si: pritje-përgjigje, vetëm performancë, ndarje teknike-funksionale, kënaqësia përkundrejt cilësisë së shërbimit dhe rëndësia e tipareve përcaktuese (Gilbert dhe Veloutsou, 2006).

Crowe et al. (2002), dhe Urden (2002) në mënyrë të pavarur nga njëri-tjetri theksuan se kënaqësia e pacientit është një vlerësim njohës i shërbimit, por i influencuar emocionalisht e për pasojë është një perceptim individual subjektiv. Gjithashtu, Crowe nënvizoi se ka prova të qëndrueshme ndërmjet cilësimeve të ndryshme, se përcaktuesit më të rëndësishëm të kënaqësisë janë lidhjet ndërpersonale dhe aspektet respektive të kujdesit.

Kënaqësia e pacientit ka nisur të shihet si pjesë e produkteve të cilësisë së shërbimit e cila gjithashtu ndikon në rezultatet klinike, masat ekonomike dhe cilësinë e jetesës (Heidegger et al. 2006). Për të demonstruar vështirësitë konceptuale të pazgjidhura lidhur me strukturën e kënaqësisë, në literaturë ajo është përcaktuar si: përmbledhje ndërmjet gjëndjes psikologjike dhe situatave specifike (Oliver, 1981), mospërputhjeve ndërmjet pritshmërive dhe performancës aktuale (Yi,1990), përbërje e dy komponentëve bashkë, si emocional ashtu dhe njohës (Oliver 1989), si përgjigje përmbushëse dhe një krijim

përvoje (Oliver, 1997), një përgjigje si për procesin ashtu dhe për rezultatin përfundimtar (Hill, 2003).

Risser (1975) konsideron kënaqësinë e pacientëve si shkalla e konvergjencës ndërmjet pritshmërive që pacientët kanë për një kujdes ideal dhe perceptimeve të tyre mbi kujdesin që realisht marrin. Lochoro (2004) mbështet këtë këndvështrim dhe thekson gjithashtu se kënaqësia korespondon me boshllëkun ndërmjet pritshmërive dhe karakteristikave të perceptuara të një shërbimi.

Wolosin (2005) konsideron kënaqësinë e pacientëve si një indikator të cilësisë së shërbimit dhe fut në përkufizimin e tij se eksperiencat personale të pacientëve janë element kyç për të treguar kënaqësinë apo pakënaqësinë e tyre. Kënaqësia është “zëri” i pacientëve, që ka shumë rëndësi pasi reflekton përgjigjen ndaj marrëdhënieve të tyre me dhënësit e kujdesit shëndetësor.

Howard dhe Sheth (1969), shpjegojnë kënaqësinë e konsumatorit si një përgjigje njohëse e konsumatorëve. Hunt (1977) përkufizon kënaqësinë e konsumatorit në bazë të vlerësimeve të tyre mbi eksperiencat e konsumit. Churchill dhe Surprenant (1982) përkufizojnë kënaqësinë e konsumatorëve bazuar në dimensionet njohëse dhe emocionale të konceptit. Më vonë Oliver (1997) nënvizoi përkufizime të ndryshme mbi kënaqësinë e konsumatorëve të cilat pranonin ndikimin emocional të tyre mbi produktet apo shërbimet e dëshiruara. Mutava et al. (2006) theksuan se vetë produkti apo shërbimi është një nga faktorët kryesorë të arritjes së kënaqësisë së klientëve, duke e përkufizuar atë si një sistem, nëpërmjet të cilit kalon konsumatori për një vlerë të dhënë të parasë.

Në disa literatura kënaqësia e konsumatorit është përkufizuar si një model ciklik që shpjegon marrëdhëniet ndërmjet kënaqësisë dhe besnikërisë së konsumatorit. Sipas Mc.Alexander (2003) kënaqësia është një paraardhës i besnikërisë dhe po kështu Camper (2004) nënvizoi se besnikëria e konsumatorit drejton vlerat e pritshmërive, që nga ana e tyre drejtojnë vlerën e kënaqësisë së pacientit në blerjet e mëvonëshme. Kënaqësia gjithashtu përshkruhet si vlera e produktit apo shërbimit të cilën konsumatori apo pacienti e vlerëson në varësi të eksperiencave dhe pritshmërive të tij (Liljinder et al. 1995).

1.2.2. Faktorët socio-demografik dhe kënaqësia e pacientit

Kënaqësia e pacientëve vjen gjithmonë e më shumë duke u konsideruar si një element tepër i rëndësishëm i sektorit shëndetësor, e përdorur si pasojë për këto qëllime: (a) për të krahasuar programe apo sisteme të ndryshme të kujdesit shëndetësor, (b) për të vlerësuar cilësinë e shërbimit, (c) për të identifikuar se cilat aspekte të shërbimit kanë nevojë për ndryshime, për të rritur kënaqësinë e pacientëve, dhe (d) për të ndihmuar organizatat shëndetësore të identifikojnë konsumatorët e tyre (Jackson et.al, 2001).

Kjo ndihmon politikëbërësit, menaxherët e kujdesit shëndetësor si dhe mjekët të identifikojnë arsyet e pakënaqësive të pacientëve dhe të dizenjojnë ndërhyrje potenciale për të përmirësuar kënaqësinë ndaj sistemit të kujdesit shëndetësor.

Karakteristikat e pacientëve të tilla si mosha, gjinia, statusi socio-ekonomik, edukimi dhe statusi martesor, janë përdorur gjërësisht në pyetësorët mbi kënaqësinë e pacientëve si një mjet matës i pritshmërive të pacientëve mbi sektorin shëndetësor.

Sipas Hall et.al (190), Sitzia et.al (1997), Naser et.al, (2012), Afzal et.al (2014), sa më të vjetër dhe të varfër të jenë njerëzit, aq më të ulëta janë pritshmëritë e tyre, e për pasojë kanë tendencë të jenë më të kënaqur me kujdesin shëndetësor sesa njerëz më të rinj e më të pasur, ndërsa nivelet e larta të edukimit lidhen me nivele të ulta të kënaqësisë së pacientëve, pasi njerëzit e arsimuar kanë tendencë të kenë njohuri më të mira për sëmundjen dhe pretendojnë të marrin shërbim dhe komunikim më të mirë nga stafi mjekësor.

Studime të tjera të ngjashme janë kryer nga Schoenfelder et al. (2011) për matjen e kënaqësisë së pacientëve në spitale, dhe gjetjet kryesore lidheshin me faktorët socio demografik, kryesisht gjinisë dhe moshës, ku përfundimet ishin konsistente me shumë kërkime të mëparëshme në këte fushë, të cilat tregonin se kishte vlerësime pothuaj të njëjta ndërmjet grave dhe burrave, dhe se pacientët më të vjetër ishin më të kënaqur me shërbimin e marrë sesa pacientët më të rinj në moshë. Një arsye e mundshme që justifikon këto rezultate është se pacientët e moshuar trajtohen më me respekt sesa ato më të rinj për shkak të ndikimit të moshës së tyre. Gjithsesi, lidhja ndërmjet kënaqësisë së përgjithëshme dhe moshës zbehet kur teknikat e analizimit të të dhënave ndryshojnë.

E njëjta lidhje është studiuar nga autorë të tjerë në vënde të ndryshme, ku Ibrahim et.al (2013) gjeti një lidhje statistikisht të rëndësishme ndërmjet seksit, moshës, besimit fetar, punësimit, edukimit dhe kënaqësisë. Sipas këtij studimi kënaqësia më e madhe u raportua nga persona të moshuar ndoshta edhe për faktin se ata kishin dhe pritshmëri më të ulta dhe kanë tendencë të kënaqen edhe me minimumin e çfarëdo shërbimi të marrë. Të njëjtat rezultate ishin edhe për nivelin e edukimit dhe nivelin e të ardhurave. Sa më të ulta këto nivele aq më e lartë kënaqësia e pacientëve.

Nga ana tjetër, Haviland et.al (2005), dhe më vonë Madigan (2014), pranojnë padyshim rolin e faktorëve socio-demografik në kënaqësinë e pacientëve, por për ta rezultatet e përfutuara nga analizat e ndryshme nuk janë përmbushëse pasi varen shumë dhe nga individë dhe etni të ndryshme të intervistuar.

1.2.3 Përcaktuesit e kënaqësisë së pacientëve

Në një treg tepër konkurrues të industrive të kujdesit shëndetësor, menaxherët e këtij sektori duhet të fokusohen në arritjen e vlerësimeve të larta dhe ekselente të pacientëve mbi cilësinë e shërbimit dhe kënaqësinë e tyre, për të përmirësuar cilësinë e shërbimit të

dhënë. Për këtë arsye menaxherët e kujdesit shëndetësor duhet të nxjerrin në pak faktorët që influencojnë më së shumti kënaqësinë e pacientëve, të cilët janë përdorur si mjete për vlerësimin e kujdesit të dhënë shëndetësor. Në mënyrë që të kuptojnë këta faktorë, që ndikojnë në kënaqësi, kërkues të ndryshëm kanë zbuluar dimensione të ndryshme të cilësisë së perceptuar të shërbimit, si matës kryesor dhe kuptimplotë të cilësisë së kujdesit shëndetësor.

Pjesa më e madhe e studimeve të raportuara në literaturë treguan lidhjen ndërmjet faktorëve demografik si mosha, gjinia, statusi shëndetësor dhe niveli i edukimit me kënaqësinë e pacientëve; gjithsesi të dhënat nga këto studime janë konfliktuale.

Dy studime, njeri i ndjekur në Skoci mbi 650 pacientë të cilët kishin marrë shërbim urgjence në një spital gjatë periudhës Shkurt-Mars 2002, dhe tjetri në 32 spitale terciare në USA, treguan që të dy, se pacientët meshkuj më të vjetër se 50 vjeç, që kishin qëndruar një kohë të shkurtër në spital në një gjëndje shëndetësore jo shumë të rëndë, si dhe ato pacientë me nivel më të ulët arsimor, kishin raportuar nivele më të larta kënaqësie krahasuar me grupet e tjera të popullatës.

Nga ana tjetër një pyetësor i zhvilluar në spitale të ndryshme të akredituara në Tajvan tregoi se karakteristika si mosha, gjinia, dhe niveli i edukimit ndikonin shumë pak në kënaqësinë e pacientëve, dhe se impaktin më të madh e kishte gjëndja shëndetësore e tyre në momentin e shtrimit në spital. Pacientë me gjëndje më pak të rënduar kishin nivele më të larta kënaqësie. Edhe Nguyen et al. (2002) dhe Jenkinson et al. (2002) deklaruan nga studimet e tyre se dy determinantët më të fortë dhe më konsistent të kënaqësisë ishin mosha e madhe dhe statusi i mirë shëndetësor. Ndërkohë, që dy studime të kryera në Norvegji mbi kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve dhe variabla të kontrollit si mosha dhe gjinia, të kryera në 63 spitale shtetërore në 5 krahina, treguan se këto variabla nuk ishin aspak përcaktues të rëndësishëm të kënaqësisë së pacientëve.

Në 2011, Otani et al. zhvilloi një pyetësor në 32 spitale të ndryshme në USA për të parë lidhjen ndërmjet kujdesit infermieror, kujdesit mjekësor dhe ambientit rrethues në kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve duke treguar se të gjithë këto faktorë ishin statistikisht të rëndësishëm dhe të lidhur pozitivisht me kënaqësinë e pacientit, edhe pse kujdesi infermieror kishte ndikimin më të madh nga tre këta faktorë. Kërkimet gjithashtu treguan se mirësjellja dhe respekti i treguar nga stafi mjekësor, gjithashtu ndikon në kënaqësinë e pacientëve, ndërsa mënyra e komunikimit luan rol të dorës së dytë. Nga ana tjetër një studim i kryer në Irlandë në 13 spitale, tregoi se komunikimi efektiv dhe shpjegimi i qartë i situatave kishte impaktin më të madh në përmirësimin e kënaqësisë së pacientëve (Sweeney et al. 2003). Këto studime treguan rëndësinë e rolit të infermierëve, si determinantin më të rëndësishëm në kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve.

Studime të tjera treguan se aftësitë komunikuese ndërpersonale të mjekëve të shprehura në variabla si sjellja, shpjegimi i situatave, niveli i kujdesit, suporti emocional, respekti për pacientët dhe preferencat e tyre, si dhe përfshirja e pacientëve në vendimmarrje, ishin

faktorë më influencues se kompetencat klinike dhe pajisjet e teknologjia e përdorur, për rritjen e kënaqësisë së pacientëve (Cheng et al. 2003; Kim et al. 2004; Andrabi 2012). Kërkime të kryera në SHBA në spitale të ndryshme nga Clever, Levinson dhe Meltzer (2008), treguan gjithashtu se mënyra e komunikimit luante rol të rëndësishëm në kënaqësinë e pacientëve. Të njëjtat rezultate mbi komunikimin, ndjeshmërinë e stafit dhe kujdesin e treguar arritën dhe Kathryn, David et al. (2004).

Studimi i kryer në Francë nga Nguyen et al. (2002), dhe studime të kryera në Korenë e Jugut nga Chat, Lee, Kim et al. (2005), treguan se pajisjet dhe teknologjia e përdorur ishin ato që ndikonin më së tepërmi në kënaqësinë e pacientëve, dhe se problemet më të mëdha vinin nga mungesat e këtyre dimensioneve. Në po këto rezultate arriti dhe Otani et al. (2009) në studimin e tij, ndërsa Arshad et al. (2012), raportoi se pakënaqësitë më të mëdha i shkaktonin koha e gjatë e pritjes në recepsion dhe koha e zgjatur e regjistrimit në spital. Në kundërshtim me to në studimin e tij në 5 spitale të ndryshme në Skoci, Jenkinson et al (2002), tregoi se komforti fizik kishte shkallën më të lartë të lidhjes me kënaqësinë i krahasuar me dimensione të tjera si informacioni, apo suporti emocional.

Determinantët e kënaqësisë së pacientëve nga studime të ndryshme në vende të ndryshme tregojnë një lidhje të qartë ndërmjet kënaqësisë dhe faktorëve shpjegues, ku ndër të cilët karakteristikat e pacientëve janë më dominantët (Peters et al. 2006). Ka kohë që është pranuar tashmë se kënaqësia e pacientëve është një element multi dimensional dhe se pacientët mund të jenë më të kënaqur me disa aspekte të trajtimit më shumë se me disa të tjera (Soegaard K, et al. 2008). Një pamje e pastër dhe e mirë organizuar e spitalit, stafi i rregullt, dhomat e pastra e të qeta dhe pajisjet moderne, influencojnë gjykimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit të spitaleve (Andaleeb, 2001). Kjo jo gjithmonë është e provuar, pasi në një studim të kryer në Nigeri, pjesa më e madhe e spitaleve kishin mungesa në këto drejtime, e përsëri pacientët rezultonin të kënaqur (Bamisek, et al. 2008). Gjithsesi sa më e mirë paraqitja fizike e pajisjeve të një spitali, aq më e madhe do të jetë kënaqësia e pacientëve (Andaleeb, 2001).

Komunikimi gjithashtu është një element tepër i rëndësishëm që ndikon në kënaqësinë e pacientëve. Nëse pacientët nuk do të ndjeheshin të mirë informuar, të afërt me mjekët apo të paqartë rreth statusit të tyre shëndetësor, kjo mund të ndikonte edhe në procesin e shërimit të tyre. Pra komunikimi i saktë dhe krijimi i marrëdhënieve të mira të bashkëpunimit, luan një rol të rëndësishëm në rritjen e kënaqësisë së pacientëve. Në veçanti pacientët presin që mjekët dhe infermierët të komunikojnë qartë, në mënyrë miqësore dhe të shpjegojnë siç duhet rezultatet e analizave, diagnozat, mjekimin, regjimin shëndetësor etj. Nga ana tjetër, edhe infermierët duhet të kuptojnë mirë problemet e pacientëve dhe t’ia komunikojnë saktë mjekëve. Është provuar tashmë se sa më e mirë cilësia e komunikimit e perceptuar nga pacienti, aq më i lartë është niveli i tyre i kënaqësisë (Andaleeb, 2001).

Filozofia e Donabedian mbi kënaqësinë e pacientëve, mbështetet mbi faktin se përcaktimi i indikatorëve që masin produktet shëndetësore çon automatikisht në matjen e kënaqësisë. Indikatorët përfshijnë stukturën, procesin dhe produktet finale të trajtimit. Indikatorët strukturorë kanë determinantët e tyre mjekësorë dhe jo mjekësorë. Determinantët mjekësorë bazohen në sistemin shëndetësor, që përfshin mjekët, stafin ndihmës, trajnimet dhe pajisjet efektive. Determinantët jo mjekësor janë infrastruktura fizike që përfshin ambientin, pajisjet, hapsirat e dhomave, etj. Indikatorët e procesit i referohen gjërave që i bëhen pacientit përgjatë gjithë kursit të trajtimit (Sitzia et al. 1997; Donabedian, 1980).

Në mënyrë të përgjithëshme pritshmëritë e pacientëve, perceptimet e tyre dhe eksperiencat e kaluara me shërbimin shëndetësor, janë determinantët kryesorë të kënaqësisë së pacientëve në të gjithë botën. Këto aspekte janë të ndërthurura dhe të lidhura me njëra tjetrën dhe mund të ndikojnë në të njëjtën kohë mbi kënaqësinë e pacientëve (Nasser et al. 2012).

a) Pritshmëritë e pacientëve si determinantë të kënaqësisë

Pritshmëritë e pacientëve mbi dhënësit e kujdesit shëndetësor dhe sistemin shëndetësor në përgjithësi, luajnë një rol thelbësor në konceptin e kënaqësisë së pacientëve. Pacientët krahasojnë eksperiencat e tyre në këtë sektor, me pritshmëritë e tyre mbi këtë shërbim duke lejuar dhënësit e këtij shërbimi të masin kënaqësinë e tyre (Constantino et al. 2011). Si një mjet matës dhe vlerësues i sigurimit të cilësisë, pritshmëritë bëjnë konceptin e kënaqësisë edhe më kompleks. Dallojmë tre kategori të pritshmërive të pacientëve të identifikuar nga literatura: 1) pritshmëritë nga background, që vijnë si rezultat i njohurive të grumbulluara nga leximet apo proceset konsultative, 2) pritshmëritë interaktive, që vijnë si rezultat i shkëmbimit të informacionit ndërmjet pacientit dhe dhënësit të kujdesit shëndetësor dhe 3) pritshmëritë aktive, që krijohen si rezultat i veprimeve të kryera nga mjekët, në dhëniet e trajtimeve apo këshillimet e tyre në të kaluarën (Greenberg RP, et al. 2006).

Pacientë të ndryshëm kanë pritshmëri të ndryshme, bazuar në njohuritë e tyre dhe eksperiencat e mëparëshme, dhe për pasojë këto pritshmëri tentojnë të ndryshojnë pasi eksperiencat e tyre grumbullohen kohe pas kohe. Pacientët me pritshmëri të ulta në përgjithësi kanë shkallë më të lartë kënaqësie (Jawaid M, et al. 2006). Nga një studim i kryer në Pakistan suporti emocional i dhënë nga ana e stafit, koha e pritjes jo më shumë se 30 minuta, dhe koha e konsultimit jo më pak se 20 minuta, ishin faktorët që merrnin më shumë pjesë në krijimin e pritshmërive të pacientëve. Këto pritshmëri ndikohen gjithashtu edhe nga karakteristikat e pacientëve si mosha, seksi dhe statusi martesor, po aq sa dhe nga determinantët psikosocial (Siddiqui et al. 2011; Saleem T, et al. 2009; Khan et al. 2003).

Karakteristikat e pacientëve – të tilla si mosha, gjinia, edukimi, etnia, statusi martesor dhe socioekonomik, janë përdorur gjërësisht për të matur pritshmëritë e pacientëve

(Bleich S, et al. 2009). Faktorët e pacientëve që influencojnë pritshmëritë e tyre mbi kujdesin shëndetësor janë: mosha e madhe, gjinia mashkullore, statusi i ulët socioekonomik dhe edukimi, të cilët është provuar të kenë një lidhje pozitive me kënaqësinë e pacientëve. Njerëz të moshuar kanë pritshmëri më të ulta e për pasojë janë më të kënaqur me kujdesin shëndetësor se moshat më të reja. Ata presin më pak informacion nga mjekët dhe kanë tendencë të pranojnë më lehtë trajtimet sesa personat më të rinj në moshë. Gjinia është etiketuar si një parashikues i paqëndrueshëm i kënaqësisë së pacientëve, por gjithsesi tendenca është që femrat janë më pak të kënaqura me shërbimin shëndetësor krahasuar me meshkujt. Pritshmëritë e larta dhe eksperiencat më të mëdha mendohet të jenë arsyt e këtij rezultati (Imam et al. 2007; Sultana A, et al. 2010). Edukimi gjithashtu është identifikuar të ketë një impakt të rëndësishëm në kënaqësi dhe studimet kanë treguar se nivele të larta të edukimit lidhen me nivele të ulta të kënaqësisë së pacientëve, pasi pacientët me edukim më të lartë kanë njohuri më të mira mbi sëmundjet dhe presin një shkallë më të lartë komunikimi nga stafi mjekësor (Jawid A, et al. 2009). Si një ndër determinantët e tjerë të kënaqësisë së pacientëve është studiuar edhe lidhja ndërmjet kënaqësisë dhe statusit socioekonomik. Njerëz nga një klasë më e ulët sociale raportojnë nivele më të larta kënaqësie krahasuar me ato të shkallëve më të larta. Gjithashtu njerëz me nivel më të ulët të të ardhurave kanë nivele më të larta të kënaqësisë (Danish K, et al. 2008; Saleem T 2009).

Përcaktuesit psikosocialë - tipe të ndryshëm faktorësh psikosocialë gjithashtu influencojnë në mënyra të ndryshme kënaqësinë e pacientëve. Çrregullimet psikologjike si stresi apo çrregullimet afektive e somatike, influencojnë negativisht në kënaqësinë e pacientëve. Për pasojë personaliteti i pacientit gjithashtu ka ndikim, pasi pacientë anksoz dhe depresiv me personalitete negative, janë shumë të vështirë për tu kënaqur (Funderburk et al. 2012).

b) Eksperiencat e pacientëve si determinantë të kënaqësisë

Eksperiencat e pacientëve janë një parashikues i fortë i kënaqësisë së pacientëve. Thua se të gjithë pyetësorët mbi pacientët, e kryer në të gjithë botën tentojnë të masin eksperiencat e pacientëve në sektorin shëndetësor për përmirësimin e cilësisë së shërbimit në këtë fushë. OBSH përdor matjen e eksperiencave të pacientëve në sektorin shëndetësor si një indikator i përgjegjshmërisë së sistemit të kujdesit shëndetësor. Performanca dhe për pasojë dhe përgjegjshmëria e sistemit reflektohet në një përmirësim të përgjithshëm të statusit shëndetësor të njerëzve që kanë marrë shërbim, duke siguruar barazi dhe efikasitet, ndërkohë që mbrohen individët nga kosto tepër të larta (OBSH, 2009). Niveli dhe shpërndarja e përgjegjshmërisë është si rrjedhojë një determinant i rëndësishëm i kënaqësisë së pacientit, lidhur kjo dhe me performancën e sistemit të kujdesit shëndetësor. Përgjegjshmëria i referohet mënyrave dhe ambjentit në të cilin pacientët janë trajtuar në kohën që ata kishin nevojë për kujdes shëndetësor. Tetë fusha të eksperiencave të pacientit përcaktojnë përgjegjshmërinë e sistemit shëndetësor, dhe të gjitha ato janë të

lidhura pozitivisht me kënaqësinë e pacientëve. Nivelet e kënaqësisë së pacientëve variojnë nga shteti në shtet dhe madje edhe në ato vende të cilat kanë produkte e infrastruktura të ngjashme të sistemeve shëndetësore ndryshimet janë përsëri të dukshme, por mund të themi se 10% e variancës në nivelet e kënaqësisë së pacientëve shpjegohet nga eksperiencia e pacientit (Bleich S, et al. 2009).

Gjithashtu nga studime të tjera janë përcaktuar edhe determinantë të tjerë të eksperiencave të pacientëve që ndikojnë në kënaqësinë e pacientëve. Kështu mungesa e shtretërve, koha e gjatë e pritjes në recepsion dhe procedura administrative të zgjatura, stafi mjekësor i padisponueshëm, mungesa e pajisjeve bazë mjekësore, pastërtia e dhomave gjithashtu janë përcaktuar si determinant të kënaqësisë së pacientëve (Sajid, Rashid, 2008). Gjithashtu fokusimi tek pacienti, që përfshin kohën që i kushtohet pacientit nga stafi, aftësitë dëgjuese të mjekëve dhe infermierëve, mënyra e komunikimit, është provuar të kenë lidhje pozitive me kënaqësinë e pacientëve (Karim, Irfan, 2003). Mungesa e autonomisë, një komunikim jo efektiv dhe shërbimi jo i menjëhershëm janë disa nga faktorët kryesorë që çojnë në pakënaqësi të pacientëve (Syed, 2007).

Faktorë të tjerë që ndikojnë në kënaqësinë e pacientëve janë dhe vazhdimësia e dhënies së kujdesit shëndetësor dhe afërsia e qendrave shëndetësore me zonat e banuara apo qendrat e punës (Ahmad 2005). Pasja e një qendre spitalore larg vëndit të banimit bën të vështirë ndjekjen e rregullt të trajtimit dhe çon në pacientë të pakënaqur. Dhe së fundmi mund të themi se besimi në mjekët që të ndjekin dhe fjalët pozitive të shprehura nga njerëzit rreth nesh, janë dy faktorë që ndikojnë pozitivisht në kënaqësinë e pacientit mbi mjekët dhe shërbimin e marrë (Loevinsohn et al. 2009).

Si përfundim, nga rishikimi i literaturës mbi faktorët që ndikojnë kënaqësinë e pacientëve si përmbledhje, mund të themi se pacientët janë më të kënaqur nga shërbimi shëndetësor nëse këto sisteme shëndetësore janë të përgjegjshme për sa i përket dinjitetit, autonomisë, shërbimit të menjëherëshëm dhe arritjes së pritshmërive të pacientëve. Pritshmëritë e pacientëve të cilat influencohen nga karakteristikat e pacientëve si mosha, gjinia, klasa sociale, edukimi e më pak nga gjinia dhe etnia, janë parashiues shumë të rëndësishëm të kënaqësisë së pacientëve në shumë studime të rëndësishme. Gjithsesi perceptimet e pacientëve dhe faktorë të tjerë psikologjik janë gjithashtu determinant potencial e nuk duhen neglizhuar.

Kërkues të tjerë kanë provuar se pacientë më të vjetër në moshë tentojnë të jenë më të kënaqur (Williams, 1994; Larsen dhe Rootman, 1976; Henley dhe Davis, 1967; Hall dhe Dornan, 1990), ndërsa karakteristika të tjera demografike si gjinia dhe raca janë më pak të rëndësishme (Zastowny, Roghman dhe Hengst, 1983; Marple, Lucey, Kroenke, Wilder dhe Lucas, 1997). Gjithashtu dhe gjendja e përgjithshme shëndetësore duket se ndikon në kënaqësinë e pacientëve pasi pacientët që perceptojnë veten si njerëz me shëndet të dobët janë më pak të kënaqur se ata që mendojnë se janë të shëndetshëm (Cleary dhe McNeil.

1988, 1991; Williams dhe Calnan, 1991; Temkin-Greener dhe Winchell, 1991; Covinsky et al. 1988; Herman, Ettner dhe Dorwart, 1998).

Kënaqësia mund të influencohet gjithashtu edhe nga gjëndja mendore e pacientëve. Çrregullimet psikologjike (Greenley, Young dhe Schoenherr, 1982), depresioni (Linnde Greenfield, 1982; Hansson, Borgquist, Nettelbladt dhe Nordstrom, 1994; Wyashak dhe Barsky, 1995) dhe çrregullimet e personalitetit (Hueston, Mainous dhe Schilling, 1996) lidhen me nivele të ulëta të kënaqësisë.

Mos arritja e pritshmërive të pacientëve ndikon gjithashtu nivelet e kënaqësisë. Në një kohë që nga njëra anë, pjesa më e madhe e pacientëve kanë pritshmëritë e tyre specifike mbi shërbimin shëndetësor (Kravitz, Cope, Bharry dhe Leake, 1994; Good dhe Nassi, 1983; Uhlmann, Carter dhe Inui, 1984a, 1984b; Greene, Weinberger dhe Mamlin, 1980; Sanchez-Menegay dhe Stalder, 1994; Burgoyne, Staples, Yamamoto, Wolkon dhe Kline, 1997; Lazare dhe Eisenthal, 1997; Callahan et al. 1996), dhe nga ana tjetër mjekët, duke mos qënë në dijeni të këtyre dëshirave, shpesh dështojnë në dhënien e duhur të shërbimit, duke shkaktuar në pjesën më të madhe të rasteve pacientë të pakënaqur.

1.2.4. Matja e kënaqësisë së pacientit

Nga diskutimet e mësipërme është e qartë se kënaqësia e pacientit është e lidhur ngushtë dhe drejtëpërdrejtë me cilësinë e perceptuar të shërbimit, dhe për këtë arsye është e rëndësishme të kuptojmë sesi duhet matur cilësia për të përcaktuar më pas kënaqësinë e pacientëve. Sipas Satya (2003), konsumatorët janë të pakënaqur për tre arsye:

- (1) kur ofruesit e shërbimit nuk janë të vetëdijshëm mbi dimensionin e cilësisë, dhe rëndësinë që ka ajo për konsumatorin,
- (2) kur ofruesit e shërbimeve nuk njohin prioritetet e konsumatorëve mbi dimensionet e shërbimit, në bazë të rëndësisë së tyre si dhe
- (3) kur ofruesit e shërbimeve nuk janë në dijeni të tipareve të shërbimit që krijojnë dimensionet e cilësisë.

Pacientët, në përgjithësi, marrin shërbime të ndryshme të kujdesit shëndetësor dhe gjykojnë shërbimet e ofruara (Choi et al. 2004). Pyetësorët mbi kënaqësinë e pacientëve janë përdorur për të ekzaminuar cilësinë në shërbimin shëndetësor dhe kanë provuar lidhjen pozitive ose negative të kënaqësisë me cilësinë e shërbimit (Brady dhe Robertson, 2001; Gotlieb, Grewal, 1994; Rust et al. 1994; Andaleeb, 2001).

Lidhur me matjen e kënaqësisë së pacientit, gjithashtu ka mendime të ndryshme në literaturë. Gonzales et al.(2005) pohon se mënyra më e mirë për matjen e kënaqësisë janë pyetësorët, të cilët janë përdorur me shumë sukses për më shumë se 30 vite. Nga ana tjetër Hawthorne (2006) pasi rishikoi literaturën lidhur me kënaqësinë e pacientit, arriti

në përfundimin se asnjë nga instrumentat e përdorur për matjen e saj, nuk mund të konsiderohej i kënaqshëm.

Vetë fakti se kemi shumë mendime të kundërta, autorë të kënaqur ose jo, tregon vetvetiu se matja e kënaqësisë është tepër komplekse dhe pavarësisht çfarëdo rezultati të konkludohet përsëri do të hasim në pakënaqësi.

Teoritë më të mëdha mbi vlerësimin e kënaqësisë së pacientit u publikuan në 1980, dhe më vonë Howthorne (2006) sintetizoi teoritë më të fundit të cilat ishin “riparaqitje” e këtyre vlerësimeve.

1. *Teoria e Mospërputhjeve dhe Transgresionit nga Fox dhe Storms (1981)*, mbron idenë se duke qënë se orientimet e pacientëve mbi kujdesin shëndetësor ndryshojnë, po ashtu edhe kushtet e ofruesve të kujdesit ndryshojnë; nëse orientimet e pacientëve dhe kushtet e ofruara janë në harmoni (përputhen), atëherë pacientët janë të kënaqur, nëse jo janë të pakënaqur.
2. *Teoria Pritshmëri-Vlerë e Linder-Pelz (1982)*, merrte si të mirëqënë se kënaqësia ishte një ndërthurje ndërmjet bindjeve dhe vlerave personale mbi kujdesin si dhe pritshmërive paraprake mbi të. Ata identifikuan rëndësinë e lidhjes ndërmjet pritshmërive dhe variancës në vlerësimin e kënaqësisë duke ofruar një përkufizim operacional mbi kënaqësinë si “vlerësime pozitive mbi dimensione të ndryshme të kujdesit shëndetësor”.

Në 1983 Pascoe zhvillon më tej këtë teori, duke marrë parasysh edhe influencën e pritshmërive mbi kënaqësinë, e më pas Strasser (1993), zhvillon duke u bazuar në këtë teori modelin me gjashtë faktorë psikologjik që ishin: formimi mbi perceptimet njohëse dhe emocionale, forma multidimensionale, procesi dinamik, sjellja reaguese përsëritëse dhe përmrësimi nga diferencat individuale.

3. *Teoria e Ware et al. (1983)* e mbështetur mbi përcaktuesit dhe përbërësit, e cila paraqet kënaqësinë e pacientit si funksion i përgjigjeve subjektive të pacientit ndaj eksperiencave shëndetësore, e ndikuar kjo nga pritshmëritë dhe preferencat personale.
4. *Teoria e Modeleve të Shumëfishta nga Fitzpatrick dhe Hopkins (1983)*, sipas të cilës pritshmëritë ndërmjetësohen nga faktorë social, duke reflektuar qëllimet shëndetësore të pacientit dhe shkallën në të cilën sëmundja apo kujdesi shëndetësor çënojnë ndjenjat personale të pacientit.
5. *Teoria e Donabedian (1980)* e cilësisë së kujdesit shëndetësor, thekson se kënaqësia ishte rezultati parësor i procesit ndërpersonal të kujdesit. Ai argumenton se shprehja e kënaqësisë apo e pakënaqësisë është një gjykim i pacientit mbi cilësinë e shërbimit në të gjitha aspektet e saj, por në mënyrë të veçantë në raport me përbërësit interpersonal të kujdesit.

Chahal (2000) krijoi një model me tre përbërës, për të vënë në dukje se besnikëria e pacientëve ndaj ofruesve të ndryshëm të shërbimit shëndetësor mund të matet në bazë të tre dimensioneve:

- rikthimi në të njëjtin spital për të njëjtin trajtim
- rikthimi në të njëjtin spital për trajtime të tjera
- rekomandimi i këtij spitali të tjerëve

Sipas këtij modeli ai provoi se të tre matësit e mësipërm të besnikërisë vareshin nga cilësia totale e shërbimit. Ai shpjegoi nga ana tjetër, cilësinë e shërbimit të kujdesit shëndetësor me tre komponentë kryesorë si: performanca e mjekëve, performanca e infermierëve dhe cilësia operacionale.

Brady dhe Cronin (2001) sygjieruan një model hierarkik për të matur kënaqësinë duke konsideruar dimensionet primare si: cilësia interaktive, cilësia e ambjentit fizik dhe cilësia e rezultateve të përfutuara.

Të vlerësosh kënaqësinë e pacientit nuk është e lehtë, pasi kërkohet a) një përkufizim shumë i qartë i objektivave, b) identifikimi i një popullate target, c) mjete shumë të sakta për grumbullimin e të dhënave, d) një strategji për analizimin e të dhënave dhe përdorimin e tyre.

Si përfundim matja e kënaqësisë lejon identifikimin e problemeve të mundëshme dhe sugjeron rrugët e përmirësimit të cilësisë së shërbimit apo ndërhyrjeve të shërbimeve shëndetësore (Druss 1999, Harris et al. 1999).

Disa autorë treguan se studimet mbi kënaqësinë e pacientëve kanë një impakt real mbi sjelljen dhe zakonet e profesionistëve të shëndetit dhe janë të prirur për të nxitur masa përmirësuese në shërbimin shëndetësor (Greco et al. 2001). Një studim i kryer në francë, raportoi se ndërmjet mjekëve të një spitali universitar, 94% e tyre kishin opinion pozitiv mbi studimet e kënaqësisë së pacientit, 60% prej tyre ishin të vetëdijshëm për rezultatet e këtyre studimeve në departamentët e tyre dhe 40% raportuan se këto studime sollën përmirësime në shërbim dhe modifikuan madje dhe vetë sjelljen e tyre (Boyer et al. 2006).

Aragon et al. (2003) drejtoi një kërkim në departamentin e urgjencës në spitale të ndryshme dhe sugjeroi se teoria kryesore për matjen e kënaqësisë së pacientëve varej në matjen e variablave latent si: shërbimi mjekësor, koha e pritjes dhe kujdesi infermieror. Këto variabla përkufizojnë sipas tij tiparet e cilësisë së kujdesit shëndetësor. Ato provuan se kënaqësia e përgjithshme e pacientit varet nga të tre këto variabla dhe se gjithashtu kënaqësia lidhet pozitivisht edhe me dy indikatorë të tjerë si: dëshira për të rekomanduar spitalin dhe shkallën me të cilën shërbimi justifikon pagesat e bëra nga pacienti.

Shi dhe Singh (2005), nga prespektiva e kënaqësisë së pacientit, shpjegojnë cilësinë e shërbimit në dy rrugë (mënyra):

- *Cilësia si indikator për kënaqësinë, që varet në eksperiencat individuale mbi tipare si shërbimi mjekësor (konforti, dinjiteti, privatësia, siguria, autonomia në vendimmarrje dhe vëmëndja ndaj preferencave personale).*
- *Cilësia si një indikator i kënaqësisë totale të individëve mbi jetën dhe perceptimet mbi disa ndërhyrje mjekësore.*

Nga ana tjetër Safavi (2006) mendon se kënaqësia e pacientit varet nga tre çështje elementare të sistemit të kujdesit shëndetësor. Ato janë perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e kujdesit të ofruar, mjekë të aftë dhe organizata të afta për të ofruar shërbim të denjë. Ai arriti në përfundimin se kënaqësia nga shërbimi spitalor drejtohet nga dinjiteti dhe respekti, shpejtësia dhe efektiviteti i dhënies së shërbimit, konforti, informacioni dhe komunikimi si dhe suporti emocional.

Një model tjetër për matjen e kënaqësisë është ai i aplikuar nga Yu Cheng et al. (2007) i quajtur modeli “Kano”, i cili konsideronte tre parapërcaktues të kënaqësisë: atributet dimensionale (konforti, kapacitetet, sistemi i modernizuar, trajtimi, etika mjekësore dhe përkushtimi ndaj pacientëve), atributet e domosdoshme (teknologjia profesionale, cilësia e medikamenteve, aftësia e mjekëve, etj) dhe karakteristikat e sjelljes (marrëdhënia me komunitetin dhe kontributi në aktivitetet publike). Ky model mat kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve bazuar në mospërputhjet ndërmjet pritshmërive të pacientëve mbi tre komponentët e mësipërm dhe kujdesit mjekësor aktual të dhënë nga ofruesi i shërbimit. Ai identifikoi edhe dy faktorë të tjerë për të kuptuar nivelet e kënaqësisë së pacientëve, që ishin besnikëria dhe ankesat e pacientëve, të cilat mund të kishin respektivisht lidhje pozitive dhe negative me kënaqësinë e pacientëve.

Marrakachi et al.(2008) zhvilloi “Shkallën matëse të kënaqësisë së pacientëve” për të matur sodisfaksionin e tyre në spitalet e Tunizisë. Sipas kësaj shkalle, variablat ishin pritja, kujdesi infermieror, informacioni, higjena, rehatia, ushqimi, etj. Ata provuan se te gjithë këta faktorë kishin lidhje me kënaqësinë e pacientëve.

CAHPS (Consumer Assessment of Health care Providers and Systems) (2009), është një tjetër instrument i përdorur për matjen e kënaqësisë së pacientëve dhe lidhjen e saj me cilësinë e shërbimit. Ai është një mjet i vlefshëm ndërkombëtar për matjen e kënaqësisë, duke u fokusuar në vlerësimin e eksperiencave aktuale të pacientëve gjatë kujdesit, pa matur pritshmëritë e tyre.

Në 2010, Instituti Amerikan i Kënaqësisë së Konsumatorit, krijoi “Indeksin e Matjes së Kënaqësisë së Konsumatorit”, i cili ndihmonte në identifikimin e variablave që ndikonin në kënaqësinë e konsumatorëve. Ato provuan se pritshmëritë e pacientëve kishin efekt pozitiv mbi cilësinë e perceptuar, por pritshmëritë e pacientëve nuk kishin të njëjtin efekt në kënaqësinë e konsumatorëve. Të gjithë metodat e mësipërme të matjes së kënaqësisë së pacientëve, sugjeruan se cilësia e shërbimit është një ndër paraprirësit kryesor të kënaqësisë së përgjithshme të pacientëve.

Instrumentat për matjen e kënaqësisë së pacientit

Hapat fillestar për matjen e kënaqësisë së pacientit në sektorin e kujdesit shëndetësor, u hodhën nga Hulka et al.(1970), me vlerësimin e sodisfaksionit të pacientit në kujdesin parësor. Ato u ndoqën nga Ware dhe Snyder (1975) me pyetësorët e krijuar mbi kënaqësinë e pacientit, të cilët u futën në propagandat e planifikimit, administrimit dhe vlerësimit të kujdesit shëndetësor.

Larsen (1979), çon më tej pyetësorët mbi kënaqësinë e klientit duke formuluar një pyetësor me tetë shkallë, për vlerësimin e kënaqësisë së përgjithshme të pacientëve në kujdesin shëndetësor. Që nga ajo kohë instrumenta të shumtë të matjes së cilësisë së kujdesit dhe kënaqësisë së pacientëve, janë propozuar nga autorë të ndryshëm, duke mbartur në vetvete pyetjen sesa të vlefshëm e të besueshëm këto instrumenta janë. Për më tepër matja e kënaqësisë varion edhe nga supozimet e bëra mbi atë që kënaqësia nënkupton (Gilbert et al. 2004) dhe numri i perpjekjeve të kryera për matjen e tij.

Nguyen et al. (1983) tregoi se në mungesë të instrumentave të standartizuar dhe vlerësimeve të sodisfaksionit në një numër të ndryshëm studimesh, kanë bërë pothuajse të pamundur krahasimet kuptimplota ndërmjet shkallëve të ndryshme të matjes së kënaqësisë së pacientit.

Më vonë SERVQUAL (Parasuraman et al. 1988) dhe Meterko et al. (1990) me instrumentin e tij “Gjykimi i pacientëve mbi cilësinë e spitaleve”, ofruan një metodë për kuptimin e artikujve që përfaqësonin në mënyrë direkte pikëpamjet e pacientëve. Duhet theksuar se pavarësisht se SERVQUAL është përdorur në shëndetësi, ai nuk është dizenuar specifikisht për të matur cilësinë e shërbimit në sektorin shëndetësor. Sipas kërkimeve nga Sitzia (1999) rezultoi se 61% e studimeve nuk e kanë përdorur si instrument matës, ndërsa 10% e kanë modifikuar instrumentin ekzistues për ta përshtatur me fushën e kërkimit.

Por Mangkolrot (2008), theksoi se përfitimet kryesore të SERVQUAL në matjen e kënaqësisë së pacientit janë si më poshtë:

- i. *Është mjeti i duhur për të nxjerrë në pah pikëpamjet e konsumatorëve përsa i përket tipeve të ndryshme të shërbimit.*
- ii. *Është i aftë të nxisë menaxherët për të konsideruar perceptimet si të konsumatorëve ashtu dhe të vetë menaxherëve.*
- iii. *Duke iu referuar hendekut të shërbimit mund të formulohen strategji dhe taktika për të siguruar përmbushjen e pritshmërive.*
- iv. *Është i aftë të identifikojë fushat e dështimit dhe të suksesit.*
- v. *Siguron analiza krahasuese për organizata të të njëjtës industri.*

- vi. *Gjurmon trendin e “perceptimeve dhe pritshmërive” të konsumatorëve nëse aplikohet periodikisht.*

Një numër i madh analizash mbi kënaqësinë e pacientëve është kryer nga autorë të ndryshëm (Pascoe, 1983; Von Campen et al. 1995; Sitzia, 1999; Crowe et al. 2002; Hawthorne, 2006; etj.) që sipas studimeve të White (2009), arritën në përfundimet reflektuar në tabelën e mëposhtme:

Tabela 2: Përmbledhjeve e metodologjive kryesore për vlerësimin e cilësisë së shërbimit

Autorët e Studimit					
	Pascoe (1983)	Van Campen et al. (1995)	Sitzia (1999)	Crowe et al. (2002)	Howthorne (2006)
Madhësia e kampionit (Nr. i studimeve)	Nuk specifikohet	165	195	176 (139 përcaktoë të kënaqësisë; 37 metodologjikë)	130
Forma e të dhënave	Të gjitha sasiore	Sasiore	93 % sasiore; 7% cilësore	7 % Cilësore; 11% metodë e miksuar	Të gjithë sasiore
Përfshirja e pikëpamjeve të pacientit	Nuk është adresuar	Vetën një studim	11 %	Nuk adresohet	Nuk adresohet
Teoria / Konstrukti	E varfër	Asnjë, bazohet në teori	E varfër	Njihet, por jo tërësisht e përcaktuar - 16 % bazohet në teori.	E pazgjidhur; nuk ka model teorik të dakortësuar.
Metodologjia	Mungesë e standartizimit; instrumentë të thjeshtë "ad'hoc".	Pesë nga 113 metodologjitë në zë. Përbush të paktën tre nga kërkesat e studimit.	81% ka përdorur instrumentë të rinj; prej të cilëve 61% nuk janë të dhëna psikometrike; 10 % instrumentë të modifikuar.	Studimet sasiore sipërfaqësore, thjeshtues dhe zvogëluese.	Nuk ka të dhëna psikometrike; mungesë e standartizimit.
Vlefshmëria dhe besueshmëria	Vlefshmëri e varfër; probleme me besueshmërinë.	Tetë nga 165 raportojnë vlefshmëri dhe besueshmëri (testuar dy apo më shumë herë).	6 % janë në minimumin e nivelit të vlefshmërisë dhe besueshmërisë.	Shumë mundësi për gabime në matjen dhe interpretimin e burimeve.	E varfër, ka pak dëshmi mbështetëse të vlefshmërisë; disa probleme me besueshmërinë.
Përfundime	Matjet duhet të vijohen nga modele të mirëzhvilluar të kënaqësisë.	Asnjëri nga instrumentët nuk i përbush të pesta kërkesat e studimit.	Ka pak dëshmi të besueshmërisë apo vlefshmërisë; praktikë e varfër kërkimore.	Përdor metoda alternative për regjistrimin e vlerësimeve të pacientëve mbi kujdesin shëndetësor.	Praktika kërkimore të papranueshme.

Burimi i të dhënave: White (2009).

1.3. Lidhja mes kënaqësisë së pacientit dhe cilësisë së shërbimit

Kënaqësia e konsumatorit është provuar të jetë e lidhur ngushtë me “vlerat” dhe bazohet konceptualisht në përzierjen e attributeve të cilësisë së shërbimit me attribute si çmimi (Athanasopoulos 2000).

Sipas Oliver (1980), pothuaj në të gjithë llojet e shërbimit, përmirësimi i cilësisë është një faktor kyç që ndikon në kënaqësinë e konsumatorit. Shumë kompani janë fokusuar në çështjet e cilësisë së shërbimit në mënyrë për të arritur në nivele të larta të kënaqësisë së konsumatorëve (Kumar et al. 2008).

Në epokën e konkurrencës së rritur, dhënia e një shërbimi cilësor dhe gjetja e mënyrave për matjen e kënaqësinë e pacientit, është një nga çështjet kryesore për zhvillimin e efikasitetit dhe zgjerimin e biznesit (Anderson 1984; Babakus et al. 1992; Garvin 1983).

Studimet e shumta të Rust dhe Oliver (1994) treguan lidhjen specifike ndërmjet cilësisë, vlerave, çmimit dhe kënaqësisë së pacientëve. Për pasojë këto çonin në rritje të besnikërisë së klientëve, rritjen e fjalëve pozitive të përhapura dhe tendencave të rritura të blerjeve të shërbimeve. Edhe pse është e qartë se cilësia e shërbimit është një faktor determinant i sjelljes njerëzore, natyra e lidhjes së tyre mbetet ende e pazgjidhur (Zeithaml, Berry 1996). Në studime të mëtejshme, kërkues dhe menaxherë arritën në përfundime se cilësia e shërbimit përfshin një krahasim ndërmjet pritshmërive dhe performancës. Cilësia e shërbimit është një matës për të vlerësuar sasa mirë një nivel i dhënë shërbimi përputhet me pritshmëritë e konsumatorit (Lewis and Boons, 1983). Në linjë të këtij mendimi Gronross (1983) zhvilloi një model në të cilin pretendon se konsumatorët krahasojnë shërbimin që ato marrin me atë që ato perceptojnë se duhet të merrnin duke bërë vlerësimin e cilësisë së shërbimit.

Është shumë e rëndësishme të bëhet dallimi ndërmjet kujdesit interpersonal dhe kënaqësisë së pacientit. Kënaqësia e pacientit zakonisht matet dhe konsiderohet si indikator i cilësisë së shërbimit mjekësor (Cleary, Mc Neil, 1988). Për këtë është e nevojshme të specifikohen aspektet interpersonale të një cilësie të lartë shërbimi dhe të pyeten pacientët mbi keto eksperiencë. Gjithashtu mund të jetë e dobishme të shkallëzohet shtrirja në të cilën kujdesi takohet me pritshmërinë e pacientit, duke pasur parasysh gjithmonë se jo detyrimisht kënaqësia e lartë lidhet me dhënien e një kujdesi me cilësi të lartë (Cleary.P.D. Mc Neil, 1988).

Në mjekësi cilësia është studiuar gjërësisht nga aspektet klinike, duke përjashtuar perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit (Gill et al. 2009). Sipas Crowe (2002) komponenti subjektiv emocional i kënaqësisë së pacientëve e bën matjen e saj “pothuaj çështje të pashpresë”. Studimi i saj është i tensionuar, pasi ka nevojë për saktësi, dhe duke qënë se nuk bën pjesë në shkencat ekzakto, shumë studiues e kanë studiuar në

mënyra tërësisht kërkimore, eksploruese. Edhe sot pas tre dekadash kërkimesh, ende nuk ka një koncept të qartë, gjërësisht të pranuar për të.

Kërkimet në sektorin shëndetësor mbi perceptimet e pacientëve dhe dimensioneve të cilësisë së shërbimit, kanë qënë të limituara (Clemens et al. 2006), gjithsesi këto studime përpiqen të vlerësojnë komponentët e cilësisë së shërbimit në kujdesin shëndetësor, kryesisht për të matur kënaqësinë e pacientit (Lee et al. 2006).

Kujdesi shëndetësor është shërbimi me rritjen më të shpejtë në treg, si në vëndet e zhvilluara ashtu dhe në ato në zhvillim (Dey, 2006). Pacientët tashmë shikohen si konsumatorë të shërbimeve shëndetësore, të cilët tashmë janë të aftë të vendosin se ku të marrin shërbimin që dëshirojnë, mes ofruesve të ndryshëm, për të plotësuar nevojat e tyre shëndetësore (Wadwha 2002). Për këtë arsye cilësia e shërbimit shëndetësor dhe kënaqësia e pacientit, janë dy produkte të rëndësishme shëndetësore dhe matës cilësie (Ygge and Arnetz, 2001; Jackson et al. 2001; Zineldin, 2006).

Nuk ka ende një konsensus për të konceptualizuar më së miri lidhjen ndërmjet kënaqësisë së pacientëve dhe percipsioneve të tyre mbi cilësinë e shërbimit. O'Connor dhe Shewchuk (2003) nënvizuan se puna më e madhe e bërë mbi vlerësimin e kënaqësisë së pacientëve bazohet në të dhëna të thjeshta deskriptive dhe analiza korrelacioni e jo në korniza të mirëfillta teorike. Ato konkluduan se duhet treguar një kujdes më i madh për shërbimin shëndetësor, ku fokusi duhet drejtuar në matjen teknike dhe funksionale të cilësisë dhe jo në kënaqësinë e pacientit.

Një studim nga Gotlieb et al. (1994) mbi shërbimin spitalor dhe kënaqësinë e pacientit, tregoi një ndryshim të dukshëm ndërmjet këtyre dimensioneve. Ato treguan se kënaqësia e pacientëve ndërhynte në efektin e cilësisë së perceptuar së shërbimit, duke ndryshuar sjelljen e tyre.

Cleary dhe Edgman-Levitan (1997) nxorrën në pah se kënaqësia e vlerësuar nga pyetësorët mbi sektorin shëndetësor nuk maste cilësinë e shërbimit, dhe nuk jepte rezultate të rëndësishme për të. Taylor (1998) nënvizon se vazhdon konfuzioni për sa i përket këtij sektori, në diferencimin e cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve dhe vë në dukje se disa autorë si Koenig dhe Kleinsorge (1991) i referohen atyre si sinonime. Gjithsesi sipas Tunis (2005) kënaqësia e pacientit vazhdon të matet si mjet përcaktues i vlerësimeve të pacientëve mbi cilësinë e shërbimit. Smith dhe Swinehart (2001) vunë në dukje një lidhje të fortë ndërmjet cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së konsumatorit. Sipas tyre perceptimet pozitive të konsumatorëve mbi cilësinë e shërbimit krijojnë në mëndjen e tyre idenë e kënaqësisë.

Disa literatura, identifikuan kënaqësinë si një strukturë mbizotëruese, dhe konsideruan cilësinë e perceptuar të shërbimit si paraardhës të kënaqësisë (Cronin, Brady dhe Hult, 2000; Cronin and Taylor, 1994). Në kujdesin shëndetësor, disa studime observuan një lidhje rastësore ndërmjet cilësisë së perceptuar të shërbimit dhe kënaqësisë së

pacientëve (Woodside et al. 1988; Choi et al. 2004), ku në të vërtetë përmbushja e nevojave të pacientëve dhe krijimi i standarteve të kujdesit shëndetësor janë thelbësore për të arritur një cilësi të lartë shërbimi (Rama, Chandron dhe Cram, 2005). Për këtë arsye, pacienti duhet të jetë “fokusi” në axhendën e cilësisë së kujdesit shëndetësor (Badri, 2007).

Në përpjekje për të përcaktuar se cila nga të dyja është paraprirëse për tjetrën ka mendime të ndryshme. Kështu për shembull, sipas Anderson et al. (1994), Cronin dhe Taylor (1992), Lorens (1996) dhe Reidenbach et al. (1990) cilësia paraprin kënaqësinë. Sipas Bitner (1990), Bolton dhe Drew (1991), Carman (1990), Parasuraman et al. (1985) dhe Teas (1993), është kënaqësia ajo që paraprin cilësinë. Oliver (1981) mendon se kënaqësia është një variabël që ndërmjetëson formimin e perceptimeve të reja të cilësisë, bazuar në perceptimet e mëparshme.

Në të njëjtën mënyrë edhe Scoti, Harmon dhe Bekson (2007), bazuar në kërkimet e tyre, mbështetën argumentin se cilësia e shërbimit është një nga përcaktuesit kryesor të kënaqësisë së pacientit.

1.4. Cilësia e shërbimit dhe vendimmarrja menaxheriale

Qeveria është ajo që luan rolin kyç në sigurimin e cilësisë së shërbimit. Duke qënë në rolin e sigurvearit por edhe të rregullatorit të kujdesit shëndetësor, shteti dhe departamentet e tij janë të përfshira në aktivitetet që masin, raportojnë dhe përmirësojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor.

Shteti vendos rregullat e planeve shëndetësore, që mjekët e spitaleve duhet tu binden për të pasur të drejtën e dhënies së shërbimit shëndetësor, licenson organizatat shëndetësore në bazë të trajnimeve dhe edukimit të tyre, vendos rregullat e kujdesit shëndetësor përfshirë këtu protokollat, konfidencialitetin e informacionit, kredibilitetin e doktorëve dhe ekipit të kujdesit shëndetësor dhe përpjekjet për përmirësimin e cilësisë së shërbimit.

Ndërkohë lidhur me vlerësimin e cilësisë së shërbimit, qëllimeve dhe aktiviteteve të agjensive shtetërore të shëndetësisë, duhet të përfshihen, matja e cilësisë, vendosja e standarteve të performancës, edukimi i konsumatorit nëpërmjet raporteve publike mbi cilësinë e shërbimit të spitaleve, mjekëve dhe planeve shëndetësore, trajnimi i mjekëve dhe profesionistëve të tjerë mjekësorë në përmirësimin e kujdesit shëndetësor si dhe siguri i aksesit në teknologjinë e informacionit shëndetësor.

Një nga arsyet kryesore të kompleksitetit në përcaktimin e cilësisë së shërbimit shëndetësor është fakti se grupe të ndryshme kanë arsye të ndryshme për matjen e cilësisë së shërbimit, e për pasojë kriteret vlerësimi dhe qasje të ndryshme. Si rezultat, mjekët që sigurojnë kujdesin klinik janë të interesuar në vlerësimin e cilësisë, në mënyrë që të

monitorojnë dhe përmiresojnë shërbimet që ato i sigurojnë pacientëve. Agjensitë rregullatore janë të interesuar për cilësinë, për tu siguruar se kujdesi shëndetësor i dhënë nga një organizëm shëndetësor (spitali) plotëson të paktën kriteret minimale ose/dhe po bën përpjekje për të përmirësuar cilësinë e shërbimit shëndetësor të dhënë, ndërkohë edhe vetë konsumatorët e kërkojnë vlerësimin e cilësisë së shërbimit për të bërë zgjedhjen optimale të mjekëve apo institucioneve të kujdesit shëndetësor (IOM, 2001).

Nisur nga këto këndvështrime të ndryshme, gjetja e kriterëve përcaktues të vlerësimit të cilësisë së shërbimit është tashmë një urë lidhëse për të gjithë kategoritë e dhënies dhe marrjes së kujdesit shëndetësor.

Përcaktimi i vlerësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor nis në 1970, dhe mbështetet kryesisht mbi vlerësimet profesionale të mjekëve mbi cilësitë e shërbimit mjekësor që pacientët merrnin. Spitalet, në mënyrë rutinë, monitoronin rezultatet e arritura si vdekjet apo rastet me infeksione, për të identifikuar rrugët e përmirësimit të cilësisë së shërbimit. Në raste shumë të rralla shoqatat mjekësore vlerësonin performancat e mjekëve, ku gjithsesi monitorimi dhe përmirësimi i cilësisë së shërbimit lihej kryesisht në dorë të opinionit individual të tyre. (Robert H. 1996)

Me kalimin e viteve situata ndryshoi rrënjësisht. Tashmë ishte e qartë se çështjet e praktikave mjekësore dhe cilësia e kujdesit mjekësor varej shumë më tepër nga sa mendohej, nga njerezit që e ofronin atë, aftësitë për të matur cilësinë e shërbimit, interesat në rritje të vetë mjekëve për të pasur informacion objektiv në lidhje me rastet e tyre, si dhe interesit të pacientëve për të ditur më shumë rreth cilësisë së shërbimit që u ofrohej atyre.

Vlerësimi dhe matja e cilësisë së shërbimit identifikon fushat se ku gjërat shkojnë mirë, tregon se ku ka nevojë për përmirësime dhe ndihmon në përcaktimin sesi do të bëhen këto përmirësime. Gjithashtu vlerësimi i cilësisë siguron për politikëbërësit dhe stakeholders, një pamje të qartë për të kuptuar çështjet kryesore të shëndetit, iniciativat që duhen marrë, si dhe organizatat që duhet të punojnë për të përmirësuar cilësinë e shërbimit në kujdesin shëndetësor. Faktorët që ndikojnë në cilësinë e shërbimit janë të shumtë. Vetëm duke kuptuar dhe vlerësuar këto faktorë, ne mund të jemi efektivë në përpjekjet tona për përmirësimin e tyre.

Disa faktorë që ndihmojnë në rritjen e cilësisë së shërbimit janë:

- *Kryerja e studimeve shkencore të thelluara nga mjekët. Është shumë e rëndësishme që stafi mjekësor të ketë informacionet më të fundit shkencore për të trajtuar pacientet e tyre. Qindra, mijëra artikuj publikohen çdo vit në mënyrë që çdo mjek të informohet mbi të rejat më të fundit shkencore.*
- *Mjekët duhet të kenë informacion të plotë mbi shëndetin e pacienteve të tyre sa herë që u nevojitet.*
- *Punë e koordinuar ndërmjet mjekëve të fushave të ndryshme.*

- *Sigurimi i një kujdesi të vazhdueshëm dhe mbështetës për pacientët.*
- *Të paguash më shumë për cilësinë sesa për sasinë. Sot shumë mjekë apo spitale, rrisin pagesat e tyre pasi sigurojnë më shumë shërbime për pacientët. Por a sigurohet një kujdes më cilësor?*
- *Angazhimi i pacientëve gjatë trajtimit. Njohuritë e pacientëve mbi shëndetin e tyre dhe kujdesin e marrë janë të rëndësishme pasi ndikojnë në aftësinë e tyre për të marrë një shërbim cilësor. Aftësia për të kuptuar dhe ndjekur instruksionet e mjekëve shpesh bën diferencën ndërmjet shërimit dhe përkeqësimit të tyre.*

Por, për të vlerësuar cilësinë e shërbimit, është e nevojshme të matet ajo. Një mënyrë është fokusimi dhe matja e të gjithë procesit të kujdesit. Kjo bëhet duke vendosur standarte dhe protokolle për çdo sëmundje specifike apo probleme shëndetësore.

Një tjetër këndvështrim flet për matjen e produkteve finale të cilësisë. Këtë mund ta realizojmë me anë të statistikave mbi rastet e suksesshme të trajtimit, mbi dështimet, komplikacionet apo vdekjet. Këto lloj tipe matjesh ekzaminojnë efektet e kujdesit shëndetësor mbi pacientët.

Strategjia e tretë e vlerësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor përfshin grumbullimin e informacioneve mbi eksperiencat e pacientëve dhe të të afërmeve të tyre. Pyetësorë të ndryshëm pyesin pacientët mbi kënaqësinë e përgjithshme mbi kujdesin shëndetësor të marrë në qendra spitalore, aftësitë dhe cilësitë komunikuese me stafin mjekësor si dhe mbi aftësitë e tyre për tu siguruar një kujdes të shpejtë dhe efektiv. Me zhvillimin e teknologjisë së informacionit janë krijuar programe të ndryshme që çojnë në përmirësimin e kujdesit shëndetësor për pacientët, nga ana e stafit mjekësor (NCQA, 2005).

Sipas NCQA njihet tashmë përmirësimi i dhënies së kujdesit shëndetësor pacientëve nga mjekë të cilët përdorin sistemet e informacionit, me anë të së cilave:

- *Monitorojnë të dhënat mjekësore të pacientëve.*
- *Punojnë me pacientët e tyre kohë pas kohe.*
- *Ndjekin në kohë pacientët dhe ndërveprojnë me mjekë të tjerë që trajtojnë ato.*
- *Kanë avantazhin e të dhënave më të sakta të bazuara në evidencë.*
- *Ndihmojnë stafin mjekësor të menaxhojnë më mirë pacientët e tyre.*
- *Shmangin gabimet mjekësore.*

Sipas Porter (2008) qëllimi i vetëm më i rëndësishëm për të ndryshuar, është që të mendohet për shërbimet shëndetësore në terma të vlerave jo të kostove. Objektivi duhet të jetë rritja e cilësisë, jo reduktimi i kostove afat-shkurtra nga përfitimet shëndetësore.

Sipas Chastonay dhe Kabengele (2010) kënaqësia e pacientëve shërben po ashtu si tregues potencial i të drejtës për një shërbim të mirë shëndetësor, duke lejuar monitorimin

se në çfarë shtrirje e drejta për shëndet është integruar në një strukturë specifike shëndetësore apo dhe më gjërë në të gjithë sektorin shëndetësor për këto arsye:

Së pari, një shoqëri demokratike e ka si detyrim të marrë parasysh opinionet e pacientëve gjatë krijimit të politikave shëndetësore. Kjo bëhet për të rritur besimin në shërbimet publike, përmirësimin e cilësisë së shërbimit dhe fortësimin e lidhjeve sociale brënda komunitetit. Gjithashtu shërben për të promovuar një model pluralist të vendimmarrjes (Taylor, 2009).

Së dyti, paralelisht me zhvillimet socio-ekonomike dhe teknologjike në dekadat e fundit, është parë dhe një evoluim në marrëdhëniet ndërmjet pacientëve dhe profesionistëve të shëndetit. Për pasojë janë rritur pritshmëritë dhe kërkesat për praktikën e kujdesit shëndetësor ku tashmë fokusi kryesor është pacienti, duke krijuar lidhje më të forta pacient-mjek të bazuara në bashkëpjesëmarrje e jo në përkrahje (Mead dhe Bower 2000; Taylor 2009).

Së treti, në shumë shtete studimet mbi kënaqësinë e pacientëve u bënë një tregues i rëndësishëm i cilësisë së kujdesit, madje në disa prej tyre edhe detyrim ligjor. Në Francë studimet mbi kënaqësinë e pacientëve u emërtuan si “Prioritet” që në vitet 1996 (Revilla et al. 2008), dhe në Angli kënaqësia e pacientit u identifikua si një nga prioritetet e reformave shëndetësore të viteve 1980 (Stizia dhe Wood, 1997).

Së katërti, sistemet shëndetësore në të ardhmen duhet të kenë në qendër te tyre pacientin, i cili është çelësi i vlerësimit (IOM, 2001), dhe së fundmi kënaqësia e pacientit duke promovuar bashkëpjesëmarrjen e aktorëve të ndryshëm të sistemit shëndetësor (pacientëve, mjekëve, menaxherëve dhe politikanëve), kontribuon në mbrojtjen dhe promovimin e të drejtës të çdo individi për të marrë shërbimin e duhur shëndetësor.

Kërkimet mbi kënaqësinë e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit ndiqen nga implikimet e mëposhtme menaxheriale:

- Vlerësimi sistematik i perceptimeve të pacientit mbi cilësinë e shërbimit është një element i rëndësishëm për të formuar strategjitë e marketingut për ofruesit e këtyre shërbimeve, në kohë të ndryshme. Këto procese bëjnë të aftë menaxherët dhe mjekët e një spitali të caktuar të identifikojnë pikat e dobëta dhe të forta të spitalit të tyre në lidhje me konkurrencën, e për pasojë investimin e burimeve të duhura në ato dimensione që përmirësojnë cilësinë e shërbimit dhe kënaqësinë e pacientit.
- Menaxherët, mjekët si dhe qendrat e kujdesit shëndetësor, duhet të punojnë së bashku për të përmirësuar përgjigjet e tyre ndaj kërkesave dhe shqetësimeve të pacientëve, të trajtojnë me respekt dhe ndjeshmëri të lartë, si dhe të përmirësojnë teknologjinë e pamjen vizive të pajisjeve spitalore. Në këtë mënyrë pacientët do të jenë më të kënaqur me shërbimet spitalore, duke rritur dhe dëshirën e tyre për ti rekomanduar spitalin edhe të tjerëve.

- Menaxherët dhe doktorët duhet të ngrenë vlerat kulturore, të rinovojnë sistemet operacionale dhe rekrutojnë menaxherë dhe staf mjekësor të kualifikuar, për të ofruar një nivel të lartë dhe konstant të shërbimit spitalor në çdo kohë.

Nga pikëpamja menaxheriale, SERVQUAL, ndihmon kur burimet e organizatës janë të limituara, dhe ndihmon menaxherët të investojnë aty ku vërtet ka nevojë. Identifikimi i boshllëqeve në shërbim dhe qëllimi i menaxherëve për të mbyllur këto hendekë, çon automatikisht në rritjen e cilësisë së perceptuar të shërbimit dhe kënaqësinë e pacientëve.

1.5. Analizë krahasuese në vende të ndryshme

Reindenback dhe Sondifer-Smallwood (1990), aplikuan instrumentin SERVQUAL të modifikuar për të analizuar lidhjen ndërmjet perceptimeve të pacientëve mbi shërbime të ndryshme shëndetësore dhe kënaqësisë së tyre të përgjithshme mbi shërbimin spitalor, në Misisipi (USA). Ato identifikuan si të rëndësishme 6 dimensione të cilat kishin impakte të ndryshme mbi kënaqësinë e pacientëve. Ruajtja e konfidencës së pacientëve rezultoi të ishte elementi me impaktin më të madh në kënaqësinë e tyre.

Më vonë edhe Babakus dhe Mangold (1992), në studimet e tyre po mbi spitalet në USA, treguan se SERVQUAL është një instrument i vlefshëm dhe i besueshëm për tu përdorur në sektorin shëndetësor. Ndërkohë që, Silvestro dhe Johnston (1992), në Angli gjetën si të rëndësishëm 18 dimensione të cilësisë së shërbimit, ku lehtësia e marrjes së kujdesit rezultoi të ishte dimensionin me lidhjen më të fortë me kënaqësinë e pacientëve.

Më tej edhe Bowers et al. (1994) do të identifikonin se, ndjeshmëria, përgjegjshmëria, besueshmëria dhe komunikimi janë dimensionet që lidhen më së tepërmi me kënaqësinë e përgjithshme të pacientit, në spitalet në Florida (USA). Anderson (1995) përdori SERVQUAL për të vlerësuar cilësinë e shërbimit në spitalet publike universitare, në Teksas, ku rezultatet treguan se vlerësimin më të ulët e përftoi dimensionin i sigurisë.

Ndërkohë, studim i ngjashëm u ndërmor edhe nga Youssef (1996), i cili studioi kënaqësinë e pacientëve në spitalet në Angli, duke përdorur instrumentin e SERVQUAL. Analiza tregoi se dimensionin që ndikonte më së tepërmi në perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e përgjithshme, ishte besueshmëria, e ndjekur nga ndjeshmëria, përgjegjshmëria, dhe siguria. Pajisjet dhe teknologjia ishte dimensionin më pak i rëndësishëm.

Lam (1997) studioi vlefshmërinë, besueshmërinë dhe aftësitë parashikuese të SERVQUAL, në vlerësimin e sektorit shëndetësor publik në Hong Kong. Analiza tregoi se instrumenti ishte i vlefshëm, dhe se jo të gjithë dimensionet e cilësisë, kishin impakt në cilësinë e perceptuar të shërbimit. Rezultatet e analizës faktoriale treguan se shkalla duhej trajtuar si njëdimensionale, duke identifikuar për pasojë vetëm një faktor dominant si përfaqësues të pritshmërive dhe perceptimeve reale.

Nga studimi i tij i kryer mbi cilësinë e sektorit shëndetësor në Angli, Sewell (1997) gjeti se dimensionin më të rëndësishëm ishte besueshmëria vijuar nga siguria. Ndjeshmëria dhe përgjegjshmëria ishin pothuaj të barabarta ndërsa teknologjia renditej edhe në këtë studim si dimensionin e fundit, përse i përket lidhjes me kënaqësinë e pacientëve.

Angelopoulou et al. (1998) studioi cilësinë e shërbimit në spitalet publike dhe private në Greqi. Ata nxorrën si përfundim se aftësitë profesionale të stafit mjekësor kishin ndikimin më të madh në kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve në spitalet publike, ndërsa në ato private pacientët ishin më të kënaqur nga pajisjet dhe teknologjia, koha e shkurtër e pritjes dhe procedurat e lehta të regjistrimit krahasuar me spitalet publike. Camilleri (1998) studioi cilësinë e shërbimit në spitalet publike dhe private në Maltë dhe arriti në përfundimin se të dy sektorët i tejkalonin pritshmëritë e pacientëve.

Lim dhe Tang (2000) përdorën një SERVQUAL të modifikuar, për të vlerësuar cilësinë e shërbimit në sektorin shëndetësor në spitalet e Singaporit dhe arritën në përfundimin se të gjithë dimensionet e cilësisë kishin nevojë për përmirësime në të gjithë spitalet.

Andaleeb (2001) në studimin e tij mbi cilësinë e spitaleve në Bangladesh, arriti në konkluzionin se disiplina e stafit (si pjesë e dimensionit pajisjet dhe teknologjia) kishte impaktin më të madh në kënaqësinë e pacientëve e ndjekur nga siguria, përgjegjshmëria dhe komunikimi.

Jabnoun dhe Chaker (2003) krahasuan spitalet private dhe publike në UAE dhe analiza faktoriale tregoi se 4 dimensionet që mund të përfshiheshin në studim ishin: ndjeshmëria, teknologjia, besueshmëria dhe përgjegjshmëria administrative. Ato arritën në përfundimin se spitalet publike ishin vlerësuar më tepër se ato private, përse i përket cilësisë së shërbimit. Në të njëjtin vit, Sohail (2003) tentoi të maste cilësinë e shërbimit në spitalet private në Malajzi dhe arriti në përfundimin se jo të gjithë dimensionet e instrumentit të përdorur kishin impakt në kënaqësinë e pacientëve.

Boshaff dhe Gray (2004) bënë studimin e tyre në spitalet private në Afrikën e Jugut dhe zbuluan se ndjeshmëria e stafit, siguria dhe pajisjet e teknologjia kishin impakt pozitiv në besnikërinë e pacientëve. Studimet eksploruese në Mauritani nga Ramsuran-Fowder (2005), i shtuan dy dimensione të tjera shkallës së SERVQUAL dhe arritën në përfundimin se me gjithë modifikimet e bëra ky instrument nuk përputhej plotësisht me sektorin e shërbimeve shëndetësore në atë vënd.

Wisniewski dhe Wisniewski (2005) në kërkimet e tyre mbi sektorin spitalor në Skoci, theksuan se nga të pestë dimensionet e vlerësuara hendeku më i madh i përkiste besueshmërisë dhe përgjegjshmërisë, duke sugjeruar që ti jepej prioritet besueshmërisë për të rritur dhe rifituar besnikërinë e pacientëve. Në po atë vit në Egjipt, në kërkimet e tij mbi cilësinë e shërbimeve në spitalet publike dhe private, Mostafa arriti në përfundimin se jo të gjithë dimensionet e instrumentit të përdorur prej tij arrinin të shpjegojnë kënaqësinë e pacientëve. Po të njëjtat rezultate arritën dhe Gonzales-Valentin (2005) në

studimet e tyre në spitalet universitare në një region të Spanjës jugore, ku nga analiza faktoriale vetëm tre dimensione arritën të hynin në analizë.

Edhe në Turqi janë bërë studime të shumta në këtë fushë dhe autorë të ndryshëm kanë nxjerrë përfundimet e tyre. Kështu për shembull Varinli dhe Cakir (2004) në studimin e tyre mbi spitalet private, nxorrën si përfundim se kënaqësia e pacientëve influencohet më së shumti nga ndjeshmëria e stafit dhe lehtësisht nga çmimet. Yagci dhe Duman (2006), analizuan lidhjen ndërmjet cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientit si në spitalet publike ashtu dhe në ato private, duke konkluduar se spitalet publike kishin vlerësimet më të ulta përsa i përket kënaqësisë së pacientëve, të ndjekur nga spitalet universitare dhe ato private. Taner dhe Antony (2006), studiuuan cilësinë e shërbimit si në spitalet publike dhe private dhe konfirmuan se spitalet private kishin marrë një vlerësim më të lartë për sa i përket sigurisë dhe besimit tek stafi mjekësor. Demirel et al. (2009) identifikuan shërbimin infermieror dhe besimin, trajtimet, dhe ambientin fizik si tre faktorët më të lidhur me cilësinë e shërbimit. Ato gjithashtu gjetën se cilësia e perceptuar e shërbimit kishte lidhje pozitive me kënaqësinë e pacientëve dhe dëshirën për të rekomanduar spitalin.

Lekidou et al. (2006) në studimin mbi marrëdhëniet mjek-pacient në sektorin shëndetësor në Greqi, treguan se dimensionet e sigurisë dhe përgjegjshmërisë të ndjekur nga pajisjet e teknologjia, ndikonin më shumë e kishin lidhje pozitive me kënaqësinë e pacientëve.

Raposo et al. (2008) në studimin e tij në Portugali mbi cilësinë e kujdesit dhe përmirësimin e tij, theksoi se rëndësinë më të madhe dhe lidhje pozitive me kënaqësinë kishin marrëdhëniet mjek-pacient, aspektet administrative dhe lehtësia e marrjes së shërbimit.

Glavelio et al. (2009) përdori instrumentin SERVQUAL të modifikuar për vlerësimin e cilësisë së shërbimit në spitalet e Maqedonisë. Studimi tregoi se pritshmëritë e pacientëve ishin më të mëdha se perceptimet reale të tyre mbi cilësinë e spitaleve në tre dimensionet e mëposhtme: aspektet humane, mjedisi rrethues/infrastruktura, dhe aksesit në shërbim. Marrëdhëniet mjek-pacient rezultuan të ishin dimensionit më kritik me hendekun më të madh, ku dhe përmirësimet duhet të ishin të menjëherëshme për të rritur kënaqësinë e pacientëve.

Frimpong dhe Dason (2010) analizuan kënaqësinë e pacientëve në spitalet publike dhe private në Londër dhe rezultatet treguan se sektori privat ishte më i vlerësuar, por gjithsesi të dy sektorët si publik ashtu dhe ai privat duhet të përballeshin me pothuaj të njëjtat sfida përsa i përket përmirësimit të cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve.

Aagia dhe Garg (2010), zhvilluan studimin e tyre në spitalet publike në Indi, duke përdorur instrumentin e SERVQUAL. Ato provuan vlefshmërinë dhe besueshmërinë e instrumentit të përdorur dhe treguan gjithashtu se përgjegjshmëria ishte dimensionit që

ndikonte më shumë në kënaqësinë e pacientëve. Po në Indi, Narang (2010), studioi perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit spitalor, dhe nënvizoi se impaktin më të madh në kënaqësinë e tyre e kishte lehtësia e aksesit në kujdesin shëndetësor dhe sjellja e stafit mjekësor.

Schoengelder et al (2011) në studimin e tyre në spitalet publike në Gjermani, dolën në konkluzionin se komunikimi i stafit dhe procedurat administrative të shkurtra ishin dimensionet që ndikonin më tepër në kënaqësinë e pacientëve.

KAPITULLI 2

VËSHTRIM MBI SEKTORIN SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI

2.1 Zhvillimi dhe dinamikat e sektorit të shëndetësisë

Objektivi i Ministrisë së Shëndetësisë ka qënë dhe është sigurimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm i kujdesit shëndetësor për popullatën, ku vëmendje e veçantë i është kushtuar aksesit ndaj shërbimeve, cilësisë, qëndrueshmërisë financiare si dhe efijencës dhe motivimit të ofruesve të shërbimit, të cilët janë konsideruar si indikatorët kryesorë që përcaktojnë nivelin e shërbimit.

Sistemi Shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti siguron pjesën më të madhe të shërbimeve që i ofrohen popullatës, si në fushën e promocionit, parandalimit, diagnostikimit dhe kurimit. Sektori privat është akoma në hapat e parë dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimit farmaceutik, shërbimit stomatologjik dhe disa klinika diagnostikuese specialitetesh të cilat janë përqëndruar kryesisht në Tiranë (MSH 2015).

Në sektorin publik rolin e liderit e luan Ministria e Shëndetësisë, e cila është hartuese dhe përgjegjëse për politikat dhe strategjitë e sistemit shëndetësor, për rregullimin e tij si dhe për koordinimin e të gjithë aktorëve brënda dhe jashtë sistemit.

Sistemi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri gjatë periudhës së para tranzicionit ishte tepër i centralizuar, ku Ministria e Shëndetësisë bënte të mundur sigurimin dhe kontrollin e të gjithë kujdesit shëndetësor në mbarë vëndin, si dhe alokimin e burimeve financiare dhe emërimet e stafit të kujdesit shëndetësor. Sistemi ishte gjërësisht i drejtuar nga kujdesi shëndetësor sekondar. Një sërë reformash të këtij sistemi nisën në mesin e viteve 1990, por situata e paqëndrueshme politike dhe ekonomike e asaj periudhe vështirësoi së tepërmi mbarëvajtjen e tyre.

Infrastuktura e institucioneve që ofronin këto shërbime ishte e dëmtuar rëndë, një pjesë e madhe e shërbimeve ndaluan së funksionuari dhe një numër i madh personeli mjekësor u largua nga ky sektor, duke bërë që individët dhe popullata të përballeshin me situata tejet të vështira shëndetësore në këtë periudhë. Me kalimin e viteve, gjëndja nisi të stabilizohej, dhe të rivendoseshin organizmat e duhur shëndetësor, duke përmirësuar disi situatën në vend.

Një sërë reformash janë kryer për përmirësimin dhe rritjen e efikasitetit të këtij sektori, por gjithsesi edhe sot sistemi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri vazhdon ende të mbetet i centralizuar dhe me një shkallë të lartë hierarkie. Ministria e Shëndetësisë mbetet financuesi dhe siguruesi më i madh i shërbimeve spitalore. Të tjera ministri si ajo e Mbrojtjes dhe ajo e Drejtësisë, gjithashtu ofrojnë shërbime në këtë fushë, por me kapacitete të limituara. Pushtetet lokale gjithashtu ndikojnë në këtë sektor, duke alokuar fonde për kujdesin parësor, por, gjithsesi fondet janë të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë.

Shërbimet shëndetësore financohen nga nga një ndërthurje e taksave dhe sigurimeve shëndetësore. Instituti i sigurimeve shëndetësore është një institut shtetëror, i financuar nga taksat, kontributet personale private dhe kontributet buxhetore për popullsinë e varur (fëmijët nën një vjeç, gratë shtatzëna, veteranët, pensionistët dhe personat e paaftë fizikisht). Sistemi shëndetësor sekondar financohet nga MSH, ndërsa ai primar nga ISSH në bazë të kontratave. Menaxherët kanë autonomi financiare dhe vendimmarrëse të limituar. Shërbimet spitalore ofrohen nga spitalet ku pjesa më e madhe e tyre janë publike, dhe një pjesë e vogël dhe nga spitalet private. Shërbimi terciar ofrohet nga Qendra Spitalore “Nënë Tereza” vetëm në rrethin e Tiranës.

Viti 2010 ka qënë një vit me intensitet për elementët bazë të reformës. Gjatë këtij viti u ndërmorën vetëm reforma sistematike e transparente, që siguronin formalizim të sistemit në njërin anë dhe nga ana tjetër kontroll reciprok të publikut të gjërë. Përfshirja e sistemit të referimit dhe rivendosja e tij në themel të sistemit ka bërë që çdo pacient dhe sistemi të kenë një marrëdhënie formale me njëri tjetrin, duke krijuar kështu dhe piramidën e vlerës mjekësore të ekzaminimit, që do të thotë, themeli i ekzaminimeve bazë trajtohet në sistemin parësor dhe patologjitë më të ndërlikuara në sistemin spitalor.

Vendim i rëndësishëm ishte dhe grumbullimi i kompetencave në nivele rajonale duke i bërë gjithnjë e më shumë të pavarura, për një shërbim profesional ku rëndësi kishte pacienti, si dhe ku rëndësi ka jo copëzimi i vendimarrjes në shkallë të ndryshme, por vendimarrja gjithnjë e më të përgjegjshme. Aktualisht u ul numri i bordeve të qendrave shëndetësore nga rreth 400 në 36 borde, të cilët në mënyrë të përgjegjshme bëjnë dhe përzgjedhjen e personelit, që tashmë duhet të shërbejë gjithnjë e më shumë me cilësi.

Një nga shtyllat kryesore të reformës, ka qënë aplikimi i sistemit të edukimit në vazhdim, i detyruar, ku të gjithë mjekët janë përfshirë në të. Një numër prej 6800 mjekësh, stomatologësh e farmacistësh duhet të realizojnë përfundimin e krediteve të detyruara dhe brenda 5 viteve. Ky kusht për të vazhduar punën në sistemin shëndetësor, e vë sistemin në një nivel të njëjtë me sistemet europiane, sepse vetëm në këtë mënyrë rritet cilësia, por dhe përqasja me praktikën e reja klinike dhe mënyrat e mjekimit të cilat mund të implementohen tashmë pa asnjë vështirësi në sistem.

Në këtë periudhë u përgatit edhe ligji bazë i sigurimeve shëndetësore, që transformon Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor në Fondin e Sigurimeve. Një tjetër

përpjekje e kryer në vitin 2010 është dhe puna e nisur për hartimin e protokolleve dhe udhërrëfyesve të mjekimit.

2.1.1 Disa tregues të sistemit shëndetësor në vite

Në përmirësimin e rezultateve të performancës së sistemit shëndetësor, ndikojnë edhe indikatorët e mëposhtëm, të cilët kanë si qëllim matjen e progresit në arritjen e rezultateve si dhe të vlerësimit të impaktit të tyre. Këta indikatorë, përfaqësojnë një aspekt të rëndësishëm të performancës së sistemit shëndetësor, por jo të vlerësimit të cilësisë së shërbimit.

Burimet njerëzore në shëndetësi

Burimet njerëzore në sektorin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri, përfshijnë mjekët (mjekët e përgjithshëm, mjekët e familjes dhe specialistët), infermierët dhe mamitë, si dhe punonjës të tjerë të kujdesit shëndetësor, të cilët janë të gjithë të rëndësishëm për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë në nivel popullate. Informacioni mbi burimet njerëzore dhe nivelin e kualifikimit është shumë i rëndësishëm, me qëllim që të planifikohet dhe organizohet ofrimi i shërbimeve për një popullatë të caktuar bazuar në nevojat dhe kërkesat e saj. Vlerësimet për shpërndarjen e personelit shëndetësor bazohen mbi fuqinë punëtore aktive, dmth. fuqia punëtore që është pjesë e tregut shëndetësor të punës (OBSh, 2014).

Sipas të dhënave nga Statistikat Botërore për Shëndetin (OBSh, World Health Statistics, 2014), gjatë periudhës 2006 - 2013, ka patur mesatarisht 115 mjekë dhe 399 infermierë dhe mami për 100,000 banorë në Shqipëri. Mesatarisht, numri i mjekëve të përgjithshëm ishte 50 për 100,000 banorë gjatë viteve 2006-2012. Veç kësaj, kishte 33 dentistë dhe 43 farmacistë për 100,000 banorë, gjatë viteve 2006 - 2011.

Mbulimi me shërbime shëndetësore

Informacioni mbi infrastrukturën shëndetësore (duke përfshirë numrin e spitaleve, numrin e shtretërve, si dhe numrin e qendrave të kujdesit shëndetësor parësor), teknologjinë e përdorur dhe pajisjet mjekësore (radioterapia, njësitë e tomografisë dhe mamografisë) dhe medikamentet bazë (antibiotikët bazë dhe medikamente të tjerë të nevojshëm) është mjaft i rëndësishëm për politikëbërësit dhe vendimmarrësit, me qëllim që të sigurohen shërbime cilësore të kujdesit shëndetësor në nivel popullate. Numri i shtretërve spitalorë tregon disponueshmërinë e shërbimeve spitalore. Statistikat mbi numrin e shtretërve spitalorë në Shqipëri u bazuan në regjistrimet administrative rutinë, por përfshijnë vetëm shtretërit e sektorit publik, për shkak se sektori privat i spitaleve sapo ka lulëzuar në Shqipëri. Numri i spitaleve në Shqipëri në vitin 2013 ishte 1.4 për 100,000 banorë. Gjatë periudhës 2006-2012, kishte mesatarisht 260 shtretër spitalorë, rreth 236 shtretër urgjence dhe 21 shtretër psikiatrikë për 100,000 banorë.

Megjithatë, numri i spitaleve nuk është shumë i rëndësishëm. Shifrat tregojnë se çdo spital ka mesatarisht (vetëm) 186 shtretër, por duhet theksuar se ka diferenca të mëdha; pra, ka shumë spitale të vegjël në disa rrethe të Shqipërisë. Nga ana tjetër, kishte rreth 76 qendra të kujdesit shëndetësor parësor për 100,000 banorë. Për sa i përket teknologjisë shëndetësore, në vitin 2013 kishte 5.4 njësi tomografie dhe 0.3 njësi radioterapie për një milion banorë (ISHP, 2014)

Së fundi, kishte rreth 54 njësi mamografie për një milion femra të moshës 50-69 vjeç, shifër kjo më e ulta ndër vendet e Evropës Juglindore (EJL) në të cilët kjo shifër varionte nga 84.6 njësi (në Serbi) në 206.5 (në Kroaci). Por gjithsesi, teknologjia shëndetësore është përmirësuar ndjeshëm gjatë vitit të fundit në Shqipëri.

Infrasktruktura e plotë e kujdesit shëndetësor dhe teknologjia shëndetësore e përshtatshme, janë kushtet bazë për një mbulim efektiv dhe eficient të disa shërbimeve kryesore të kujdesit shëndetësor. Indikatorët që lidhen me mbulimin e shërbimit shëndetësor tregojnë masën në të cilën njerëzit në nevojë, marrin apo përfitojnë aktualisht shërbimin e duhur mjekësor (OBSh, 2014).

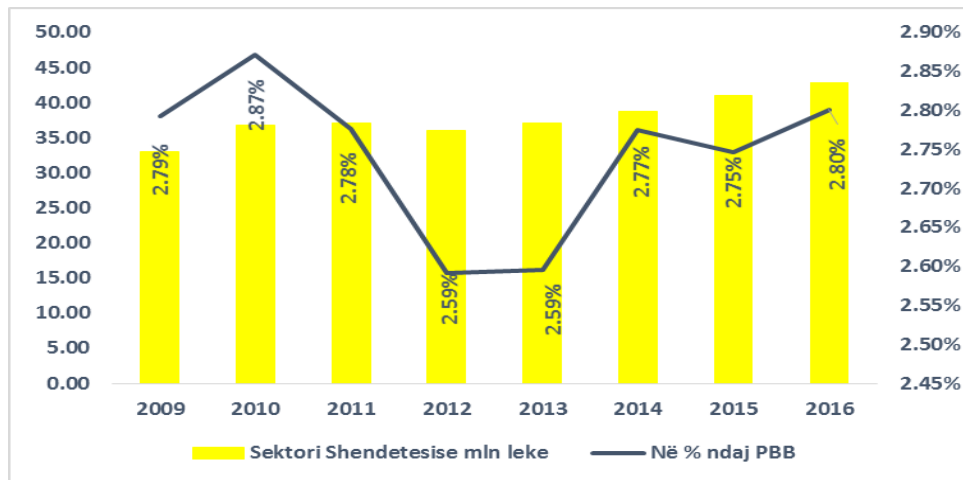
Financimi i sektorit të shëndetësisë

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

Buxheti i shtetit mbetet një ndër financuesit kryesorë të funksioneve të lidhura me shëndetësinë, kryesisht nëpërmjet financimeve të ministrisë dhe ISKSH.

Megjithatë, pavarësisht trendit në rritje të financimeve në nivel total, grafiku më poshtë njëkohësisht paraqet dhe pamundësinë që ky sektor kaq i rëndësishëm të kapërcejë mbi nivelin prej 3% të nivelit total të PBB, duke konfirmuar edhe njëherë pamundësitë financiare për të ndërtuar një sistem shëndetësor publik efektiv, që ndihmon të gjithë kontribuesit, të mbuluar ose jo nga skema e sigurimeve.

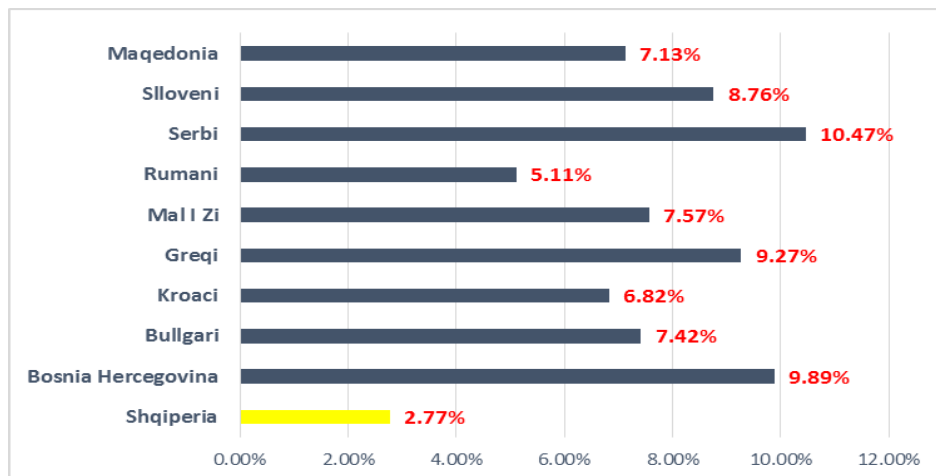
Grafiku 1: Financimi i sektorit të shëndetësisë ndër vite



Burimi: Ministria e Financave, 2016

Njëkohësisht, duke krahasuar të dhënat që rezultojnë për nivelin e shpenzimeve në vendet e EJL përgjatë vitit 2014, tregohet qartë se niveli i financimeve për Shqipërinë është dukshëm më i ulët krahasuar me vendet e tjera të rajonit në përqindje ndaj PBB. Serbia, Greqia (edhe pse në vite krize financiare) dhe Bosnje Hercegovina kanë nivelet më të larta të financimit për këtë sektor.

Grafiku 2: Niveli i shpenzimeve të shëndetësisë ndaj PBB për vendet e EJL gjatë 2014



Burimi: Rancic et.al (2015)

Ndërkohë, lidhur me shpenzimet private në shëndetësi në Shqipëri, janë pothuajse tërësisht shpenzime nga xhepi, ku përfshihen si pagesat formale ashtu edhe ato informale. Deri më sot, nuk ka informacion zyrtar mbi shpenzimet shëndetësore të mëdha (katastrofike) të familjeve shqiptare. Megjithatë, sipas një deklarate nga Banka Botërore (BB), ka mbrojtje të kufizuar financiare për të varfërit në Shqipëri, me shpenzime të

mëdha nga xhepi për këto shtresa në nevojë, që zënë 55% të shpenzimeve totale në shëndetësi (BB, 2014).

Së fundi, shpenzimet për frymë në shëndetësi është rritur ndjeshëm gjatë dekadës së fundit në Shqipëri. Megjithatë, sektori i shëndetit, mbetet i nënfinancuar, siç tregohet dhe nga mungesa e aksesit për disa shtresa në nevojë, ose nga listat e pritjes për disa ekzaminime dhe ndërhyrje, kryesisht për sëmundjet e zemrës. Në vitin 2011, shpenzimet totale për frymë në shëndet (në US, të indeksuara me fuqinë blerëse) në Shqipëri ishin 534, që përbën shifrën më të ulët në rajon (ku varion nga një minimum prej 784 në Maqedoni, në një maksimum prej 2,423 në Slloveni).

Jetëgjatësia mesatare dhe vdekshmëria foshnjore

Në vitin 2010 jetëgjatësia mesatare në Shqipëri ishte 79.8 për gratë dhe 75.4 për burrat. Sipas grafikut vihet re që nuk ka ndryshime të mëdha të jetëgjatësisë tek femrat duke filluar nga viti 2005. Vihet re një ndryshim i vogël i jetëgjatësisë tek meshkujt nga 2005. Në vitet në vazhdim vihet re që nuk kemi ndryshime të jetëgjatësisë si te burrat ashtu dhe te gratë. Ndërkohë lidhur me vdekshërimë foshnjore vihen re përmirësime të dukshme në indikatorët respektivë si më poshtë:

Tabela 3: Vdekshmëria foshnjore

<i>për 1000 lindje të gjalla</i>	V. 2008	V. 2009	V. 2010
Fëminore 0-5 vjec	12.4	11.5	10.8
Perinatale	12.6	10.7	10.8
Neonatale	8.3	7.4	6.8

Burimi: MSH 2014

Sëmundshmëria spitalore

Nga të dhënat për sëmundshmërinë spitalore për vitet 2009-2010 vihet re që në vëndin e parë të 17 grupeve kryesore të sëmundjeve, përsëri janë sëmundjet e qarkullimit të gjakut, të cilat ndiqen nga neoplazmat, sëmundjet respiratore dhe sëmundjet e shëndetit mendor.

Në grafik tregohet incidenca e sëmundjeve ishemike të zemrës dhe kardiovaskulare të ndara kryesisht sipas grup moshave, seksit dhe faktorëve të tjerë. Shihet qartë që trendi për këto grupe sëmundjesh është në rritje, vit pas viti, ku dhe mortaliteti nga këto sëmundje është më i lartë duke i krahasuar me grupet e tjera kryesore të sëmundjeve.

Risku i vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare dhe ishemia e zemrës rritet me rritjen e moshës. Sëmundjet kardiovaskulare dhe ishemike të zemrës hasen më shpesh pas moshës 65 vjeç, por ka filluar të vihet re një tendencë rritjeje në moshat 35-44 dhe 45-54.

Tabela 4: Sëmundshmëria Spitalore ndër vite

100.000 banorë	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Infektive Parazitare	577	560	646	602	631	634
Tumorale	441	443	564	572	593	626
Endokrine e të ushqyerit	125	134	144	138	152	141
Gjakut dhe të organeve	10.1	58.1	64.9	58.7	58.7	62.2
Çrregullime Mendore	134	134	116	130	128	157
Sistemi Nervor dhe Shqisat	331	315	361	348	373	348
Aparati Qarkullimit	656	681	716	705	785	767
Aparati Frymëmarrjes	1501	1247	1527	1223	1482	1332
Aparati Tretjes	1409	1265	1357	1355	1378	1341
Sistemi Urogenital	504	437	492	428	496	477
Ndërlikime barrë/lindje	1680	1469	1593	1280	1533	1505
Lëkurë dhe Inde qelizore	114	115	113	109	126	130
Kocka dhe Muskuj	112	125	135	123	127	135
Malformime të Lindura	88.4	85.7	51.8	57.1	50.0	55.3
Perinatale	44.3	75.5	78.8	77.1	96.8	109
Simptoma të Papërcaktuara mirë	71.3	69.8	83.3	102	123	81.3
Trauma/Helmime/Aksidente	423	418	472	442	438	455

Burimi: INSTAT, 2014

2.2 Sfidat dhe menaxhimi i sistemit shëndetësor

Nga relacionet e bëra në vite nga MSH si dhe raportet e hartuara nga menaxherët e saj rezulton se problemet kryesore dhe sfidat më të mëdha sistemi ynë shëndetësor i ka në këto aspekte:

Planifikimi i burimeve njerëzore

Si në dokumentin strategjik ashtu edhe në diskutimet e bëra nga menaxherët e MSH vihet re një mungesë e planit kombëtar për burimet njerëzore për sektorin e shëndetësisë. Problemet e burimeve njerëzore janë identifikuar si më poshtë:

- Kufizimi i burimeve njerëzore të trajnuara
- Shpërndarja e pabarabartë e stafit mjekësor në të gjithë vendin
- Zvogëlimi i elitës profesionale (emigrimi)
- Numri i pamjaftueshëm i mjekëve të familjes dhe atyre të përgjithshëm
- Mungesa e menaxherëve të administrimit shëndetësor dhe një
- Mungesë standartizimesh në sistemin e trajnimeve dhe të akreditimit profesional.

Përveç këtyre problemeve të identifikuara, Dokumenti mbi Shëndetësinë (2006) bën komentet e mëposhtme:

Të dhënat për burimet njerëzore për Shqipërinë të OBSH dhe HFA ndryshojnë paksa nga ato të dhëna nga MSH, megjithëse edhe të dhënat e OBSH merren nga MSH. Ky është një tregues i një gjëndjeje të dobët të informacionit të sektorit shëndetësor në përgjithësi dhe të të dhënave për burimet njerëzore në veçanti.

Për të paraprirë daljet në pension në 10 vjeçarin tjetër, duhet të fillojë planifikimi që tani. Përshkrimet e vendeve të punës nuk ekzistojnë dhe performanca në punë nuk vlerësohet. Rrjedhimisht, asnjë nuk pushohet apo ndëshkohet me masa disiplinore, gjë që krijon një qëndrim cinik dhe kultivon dembelizmin dhe mungesat në punë. Sidoqoftë, si rezultat i mungesës së informacionit të detajuar mbi numrin aktual të mjekëve dhe daljet e pritshme në pension, nuk është e qartë se sa serioze janë këto probleme dhe theksohet nevoja për të bërë një planifikim të burimeve njerëzore në këtë nivel agregimi. Megjithëse mund të jetë parakohshme të themi që ka një “krizë” në burimet njerëzore shëndetësore në Shqipëri, ka indikacione të rëndësishme që kërkojnë një analizë të thellë dhe të vazhdueshme.

Duke marrë parasysh lëvizjen drejt rolit politikëbërës që do të marrë MSH, nevojitet një Drejtori e Burimeve Njerëzore shumë e fuqishme. Në një përpjekje për të motivuar mjekët e përgjithshëm të punojnë në zona më të largëta, paga e tyre është strukturuar që të lejojë pagesa shtesë për vendin ku punohet. Infermierët përfitojnë rritje për shërbimin (2% në vit), si dhe për punën me turne. Po kështu edhe për profesione specifike si kryeinfermierët, infermierët në trajtimet intensive dhe specializimet e tjera, ka shtesa në pagë. Është e qartë, që për marrjen e këtyre shtesave mundësitë më të mëdha janë në zonat urbane. Gjithashtu vihet re një mungesë farmacistësh në spitale dhe të farmacive private në zonat rurale.

Ministria duhet të ketë një njësi specifike organizative të ngarkuar me përgjegjësinë për të përcaktuar kërkesat për kompetencat mjekësore. Por megjithatë, planifikimi i kërkesave të burimeve njerëzore nuk duhet të ndahet nga planifikimi i fasiliteve dhe zhvillimi i përgjithshëm i politikave, sepse në fund të fundit dhënia e shërbimeve shëndetësore bëhet nga njerëzit. Planifikimi i burimeve njerëzore kryhet nga Drejtoria e Shërbimeve Mbështetëse në Ministri për Burimet njerëzore – një njësi që funksionon për të mbështetur funksionimin e aparatit të ministrisë. Planifikimi i burimeve njerëzore për specialistët e shëndetit, stafin teknik dhe persona të tjerë të nevojshëm për të mbështetur funksionimin e klinikave, ambulancave, etj, duhet të jenë pjesë e funksionit të politikave të planifikimit në ministri (GOPA, USAID, MSH, 2006).

Kujdesi Shëndetësor Profesional dhe nevojat e menaxhimit

Ministria shprehet që, politikat aktuale për nxitjen dhe tërheqjen e profesionistëve të aftë, kanë treguar që nuk janë efektive. Përsa i përket problemeve të menaxhimit, strategjia

vëren që për emërimin e “numrit një të zyrës” merren të gjithë dhe për personat e tjerë interesi bie, duke bërë që ata të ndihen të pafuqishëm dhe bëhen indiferentë. Nuk ka standarde menaxhimi ku të mbështetet praktika e menaxhimit të shërbimit shëndetësor.

Megjithatë, ka një propozim ndër strategjitë e ministrisë për organizatat menaxheriale që të menaxhohen nga dy palë (të quajtura struktura bipolare): një mjek merret me çështjet teknike dhe një menaxher biznesi administron burimet financiare. Struktura që ndan përgjegjësinë e përgjithshme të organizatës në dy pjesë, duket se nuk është shumë e përshtatshme. Duhet të ketë vetëm një vendimmarrës, i cili megjithëse mund të këshillohet nga persona me kompetenca specifike, mban përgjegjësinë për të gjitha aspektet dhe implikimet e çdo vendimi. Këtë ndarje e shkakton si mungesa e menaxhimit profesional ashtu dhe mungesa e pavarësisë së spitaleve. Shqetësimi për këtë problem rritet kur merret në konsideratë problemi i standardeve të kujdesit shëndetësor. Dokumenti mbi shëndetësinë thekson që: “nuk janë trajtuar dhe përshtatur për kujdesin ambulator cilësia e standardeve të kujdesit dhe protokollet e trajtimit standard dhe ofruesit nuk kanë ngritur një sistem për përmirësim të vazhdueshëm të cilësisë”. Gjithashtu “personelit shëndetësor në Shqipëri i mungon trajnimi në shërbim për të rritur aftësitë e tyre. Përpjekjet e kufizuara për të fuqizuar aftësitë klinike të ofruesve të kujdesit parësor janë të pakoordinuara dhe sporadike” (Raporti i MSH 2006).

Është e qartë, që problemi i kompetencave profesionale duhet të zgjidhet përpara se spitalet të marrin pavarësinë menaxheriale. Për këtë problem hartuesit e Dokumentit mbi Shëndetësinë shprehin se “përpjekjet pilot për të hartuar udhëzimet klinike, duhet të çohen më tej duke institucionalizuar hartimin dhe adoptimin e udhëzuesve të trajtimit dhe dhënies së recetave, krijimin e një programi kombëtar trajnimi në shërbim për mjekët dhe infermierët dhe hartimin dhe zbatimin e një programi trajnimi”. Nga analizat e ekspertëve të MSH, që iu referuam më parë, identifikojmë probleme të përballuara nga Ministria e Shëndetësisë në lidhje me shërbimet e infermierisë si:

- *mospërfshirje në proceset e vendimmarrjes për shërbimet shëndetësore.*
- *problemet e motivimit për shkak të mungesës së stimuljeve, promovimit, modernizimit dhe mungesës së programeve të pas arsimit bazë e trajnimit.*
- *një mungesë e përgjithshme dhe specifike e personelit infermierik.*
- *vështirësi në rekrutimin dhe mbajtjen e personelit të një kalibri të lartë.*

Informacioni shëndetësor

Është e domosdoshme që MSH dhe ISSH të kenë akses në informacionin konsistent për rezultatet shëndetësore, shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor, aksesin në kujdesin shëndetësor, shfrytëzimin e burimeve njerëzore, performancën e ofruesve dhe lëvizjen e flukseve financiare publike e private në sistem.

Nevoja për një informacion të tillë, në nivelin e politikave, në nivelin e agjencive blerëse dhe në nivelin e ofruesve, do të kërkojë krijimin e sistemeve të informacionit. Sistemet e menaxhimit të informacionit që mund të integrojnë të dhënat klinike, financiare, menaxheriale, administrative dhe të dhënat e orientuara nga politika mund t’ju japin ofruesve mjete më të fuqishme për të menaxhuar koston e kujdesit shëndetësor dhe për të përmirësuar cilësinë e tij (USAID, 2008).

2.3 Institucionet kryesore të ofrimit dhe rregullimit të kujdesit shëndetësor

Shërbimi shëndetësor diagnostikues dhe kurues është i organizuar në tre nivele: shërbimi parësor, shërbimi spitalor dytësor dhe spitalor terciar.

Kujdesi shëndetësor parësor – kujdesi shëndetësor parësor është pika e parë e kontaktit të individëve me sistemin e kujdesit shëndetësor. Në sistemin tradicional shëndetësor, kujdesi shëndetësor parësor normalisht jepet nga mjekët e përgjithshëm, infermierët e komunitetit, farmacistët, specialistët e shëndetit mjedisor etj, megjithëse termi zakonisht nënkupton kujdesin mjekësor. Kujdesi shëndetësor parësor është thelbësor, është kujdes i integruar i bazuar në procedura e teknologji praktike shkencore të shëndosha dhe të pranueshme nga ana sociale që i ofrohen komuniteteve sa më pranë vendbanimit të tyre.

Dhënia e kësaj cilësie të kujdesit shëndetësor kërkon një njohje të mirë të komunitetit dhe të problemeve të tij shëndetësore. Edhe vetë komuniteti duhet të ofrojë mënyrën më efektive dhe të përshtatshme për të trajtuar problemet e veta shëndetësore, përfshirë këtu edhe shërbimet promicionale, parandaluese, kuruese e rehabilituese. Kujdesi mjekësor parësor, megjithëse shpesh përdoret si sinonim i kujdesit shëndetësor parësor, duhet të dallohet qartë nga ky i fundit. Kujdesi shëndetësor parësor përfshin edhe dhënien e kujdesit mjekësor parësor, i cili pra nga ana e vet është një komponent selektiv i kujdesit shëndetësor parësor. Shërbimet e shëndetit publik dhe promicionit ofrohen në kuadrin e shëndetit parësor dhe mbështeten dhe mbikqyren nga ISHP.

Kujdesi shëndetësor dytësor – i referohet atyre shërbimeve që jepen kryesisht në spitale: shërbimet mjekësore ambulatorie të specializuara dhe kujdesi shëndetësor në spitalor (shërbimet ambulatorie e spitalore). Dhënia e kujdesit parësor është një “urë” e rëndësishme në marrjen dhe shfrytëzimin e kujdesit shëndetësor sekondar. Sot ka një lëvizje të njohur për minimizimin e qëndrimit në spital, kur kjo është e mundur nga ana mjekësore, jo vetëm që pacienti të jetë më pak ditë në shtrat, por për të shmangur shërbimet ndihmëse të kushtueshme që nuk janë të nevojshme. Minimizimi i kohës së qëndrimit në spital mund të arrihet edhe si rezultat i përmirësimeve në cilësinë dhe efikasitetin e kujdesit për pacientin.

Kujdesi shëndetësor terciar – i referohet shërbimeve mjekësore dhe specialiteteve që lidhen me to, të një kompleksiteti dhe kostoje të lartë, kryesisht të ofruara nga specialistë, mjekë dhe personel shëndetësor në klinika apo spitale universitare.

Mund të mendohet, që në zonat e thella mundësitë për marrjen e kujdesit shëndetësor janë kufizuara pasi ka një mungesë të specialistëve për shërbimet shëndetësore që kryhen. Edhe në rastin kur vizitat planifikohen të kryhen tek mjekët specialistë, ka radha të gjata pritjesh. Përpjekjet për të realizuar praktikat më të mira të mundshme kompromentohen dhe e vetmja alternativë e mundshme është të ofrohet transporti në qendrat rajonale apo qytetet ku ofrohen këto shërbime.

Ministria e Shëndetësisë

Ministria e Shëndetësisë është institucioni kryesor ofrues dhe hartues i shërbimeve shëndetësore, megjithëse sektori privat ofron shërbime në nivelin e kujdesit parësor. Misioni i ministrisë është formulimi i politikave e strategjive kombëtare të kujdesit shëndetësor dhe zbatimi i tyre në nivel kombëtar, si administrimi apo menaxhimi i kujdesit shëndetësor. Ministria ka identifikuar aktivitetet e saj kryesore si:

- *Formulimi i politikave e strategjive kombëtare dhe përcaktimi i zhvillimit të shërbimeve specifike të kujdesit shëndetësor në nivel kombëtar;*
- *Hartimi i legjislacionit që përcakton marrëdhëniet në fushën e mbrojtjes e ruajtjes së shëndetit në përputhje me standardet evropiane;*
- *Negocijimi i zgjerimit të bashkëpunimit ndërkombëtar për kujdesin shëndetësor dhe anëtarësimi në organizata të ndryshme ndërkombëtare;*
- *Analiza dhe hartimi i programit të investimit për zhvillimin e infrastrukturës së shërbimeve të kujdesit shëndetësor;*
- *Zbatimi i legjislacionit në fushën e kujdesit shëndetësor.*
- *Ushtron kontroll ekonomik, financiar dhe administrativ mbi institucionet që raportojnë në ministri;*
- *Menaxhon operacionet e shërbimit të shëndetit, kujdesit shëndetësor në nivel kombëtar dhe sipas zonave specifike;*
- *Lëshon liçensa për aktivitete private: laboratorë, klinika mjekësore e dentare, farmaci, importin e medikamenteve, etj.*

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

Sigurimi Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë është institucionalizuar në bazë të Ligjit “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” (Nr. 7870), datë 13.10.1994. Ai është i tipit Bismarkian. Skema e Sigurimeve Shëndetësore ka hyrë në

zbatim më 1 mars 1995 si një mekanizëm i rëndësishëm në reformimin e sistemit shëndetësor, si në drejtim të mënyrës së financimit dhe rritjes së burimeve për kujdesin shëndetësor, ashtu dhe të përmirësimit të cilësisë së shërbimeve. Ai është një fond kombëtar me status të pavarur, që përgjigjet para Parlamentit. Ai shtrin sigurimin shëndetësor që është i detyrueshëm për disa grupe specifike të personave ekonomikisht aktivë dhe vullnetarë, për ata që nuk janë ekonomikisht aktivë. ISSH është përgjegjës për një nivel të financimit të kujdesit shëndetësor, dhe për të kontrolluar kostot administrative. Aktualisht, ky institut paguan mjekët e kujdesit shëndetësor publik dhe paguan për mjekimet bazë. Si një inisiativë pilote, në prefekturën e Tiranës, ai financon të gjitha shpenzimet për Kujdesin Shëndetësor parësor si dhe Spitalin e Qarkut të Durrësit. Aktivitetet kryesore të tij janë:

- *Grumbullimi i kontributeve;*
- *Regjistrimi i të gjithë personave të siguruar në përputhje me skemën e detyrueshme të përcaktuar në ligj dhe pajisja e tyre me karta;*
- *Dhënia e instruksioneve, urdhërave dhe akteve të tjera administrative në mbështetje të kompetencave të veta.*

Sistemi shëndetësor në Shqipëri mbështetet edhe nga një sërë institucionesh nacionale, të cilat varen direkt nga Ministria e Shëndetësisë.

Instituti i Shëndetit Publik

Institucioni më i lartë teknik në fushën e shëndetit publik është Instituti i Shëndetit Publik, i cili është një institucion nacional nën varësinë direkte të Ministrisë së Shëndetësisë. Detyrat e tij përfshijnë studimin dhe monitorimin e faktorëve të riskut, mbikqyrjen e sëmundjeve ngjitëse, referencën laboratorike si edhe menaxhimin e programeve të vaksinimit. Zbatimi i mjaft programeve afatshkurtra me natyrë studimore apo promovuese të shëndetit është gjithashtu pjesë e aktivitetit të tij. Instituti i Shëndetit Publik luan edhe një rol të rëndësishëm lidhur me trajnimin në fushën e shëndetit publik.

Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore

QKCSA-ISH është krijuar në 2005, si një qendër me autonomi teknike dhe profesionale në vendimmarrje për të mbështetur Ministrinë e Shëndetësisë në zbatimin e strategjisë nacionale shëndetësore afatgjatë në fushat e mëposhtme:

- *Përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë së sistemit shëndetësor;*
- *Edukimin dhe trajnimin e personelit mjekësor dhe partnerëve të tjerë në lidhje me cilësinë e kujdesit mjekësor dhe krijimit të një kulture te re per të;*
- *Riliçensimi periodik i personelit mjekësor, në sektorët publik dhe privat;*

- Formulimin, përhapjen dhe monitorimin e udhëzuesve klinikë (protokolleve klinike) të praktikës klinike më të mirë, në ndihmë të personelit mjekësor;
- Akreditimin e institucioneve shëndetësore shqiptare publike dhe private;
- Edukimin terapeutik dhe fuqizimin e rolit të pacientëve si aktorë kryesorë e qëndrorë të sistemit shëndetësor;
- Minimizimin e rreziqeve dhe gabimeve në institucionet mjekësore: Ritjen e sigurisë për pacientët dhe personelin mjekësor;
- Vlerësimin dhe përzgjedhjen e teknologjive ekzistuese dhe të reja më të nevojshme dhe më kosto-efektive të sistemit shëndetësor;
- Krijimin, mbledhjen dhe përdorimin e evidencës shkencore të praktikave mjekësore të provuara si me të mirat;
- Vendosjen e lidhjeve dhe koordinimin teknik të programeve të Ministrisë së Shëndetësisë në fushat e mësipërme, me partnerët, institucionet, apo organizata të vendit dhe të huaja, të interesuara e të nevojshme për to.

Krahas tyre ofrojnë shërbimet e tyre edhe një sërë institucioneve nacionale si: Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijës, Klinika Stomatologjike Universitare, etj.

Në mbështetje të institucioneve shëndetësore funksionojnë edhe Qendra Kombëtare e Inxhinierisë Biomjekësore dhe Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave (MSH, 2014).

Me përjashtim të Tiranës ku në kuadrin e një projekti pilot është riorganizuar shërbimi shëndetësor parësor dhe është krijuar ASHR-ja, në çdo rajon funksionon një DSHP-Drejtoria e Shëndetit Publik, e cila duhet të koordinojë të gjitha shërbimet shëndetësore të tij. Në 12 rrethet e mëdha (qendra të rajoneve) krahas DSHP-ve, funksionojnë si drejtori të veçanta: Drejtoria Spitalore dhe Drejtoria e Kujdesit Shëndetësor Parësor. Ky organizim do të rishikohet me përfundimin e projektit pilot të ASHR-së duke synuar krijimin e autoriteteve rajonale që do të koordinojnë funksionimin e shërbimeve shëndetësore në rang rajoni.

2.3.1 Sektori privat shëndetësor në Shqipëri

Sektori privat i kujdesit shëndetësor ka mbi 15 vite që ka filluar të zhvillohet në vend dhe aktualisht ofron: shpërndarjen e medikamenteve; shërbimet stomatologjike si dhe kujdes mjekësor për diagnostikim si dhe të specializuar në klinika të ndryshme.

Sistemi privat spitalor është i përqëndruar kryesisht në qytetet më të mëdha të vendit si Tirana, Durrësi dhe Fieri. Këto spitale ofrojnë shërbime parandaluese, diagnostikuese, trajtuese dhe rehabilituese. Tashmë pas pothuaj se 10 vitesh në treg, ky sektor është i stabilizuar, dhe dallohet kryesisht për ofrimin e shërbimeve me teknologji të lartë dhe infrastrukturë të modernizuar, si dhe dhënien e disa shërbimeve edhe nga mjekë të huaj.

Dokumentat strategjike të Ministrisë së Shëndetësisë konstatojnë se “kujdesi dentar dhe sektori farmaceutik janë të privatizuar në një masë të madhe. Rëndësia e sektorit privat po rritet në fushat e diagnostikimit dhe shërbimeve ambulatorë, megjithatë nuk është ngritur ende një sistem efektiv i rregullimit e inspektimit të sigurisë dhe cilësisë’.

Qeveria ka një rol të rëndësishëm për rregullimin e sektorit privat në mënyrë që të sigurojë sigurinë e pacientit dhe standardet minimale të kujdesit. Kjo përfshin, midis të tjerave, liçensimin e ofruesve, akreditimin dhe inspektimin e ambjenteve, vendosjen e kërkesave raportuese dhe hartimin e politikave të çmimeve për kujdesin shëndetësor privat.

Gjithashtu, as MSH dhe as ndonjë organizëm tjetër nuk mban një bazë të përshtatshme të dhënash mbi ofruesit privatë, e për këtë arsye ka një informacion të pamjaftueshëm mbi aktivitetet e sektorit privat në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe mungojnë pothuajse fare kapacitetet për monitorimin e një aktiviteti të tillë. Agjencitë e pavarura rregullatore dhe organizmat profesionale mund të luajnë një rol të rëndësishëm në këtë fushë.

Shqipëria do të ketë nevojë të krijojë një kuadër të fuqishëm rregullator si dhe të ngrejë organizma për të siguruar kontrollin e cilësisë. Nevojitet një sistem efektiv i rregullimit dhe inspektimit të sigurisë e cilësisë për të siguruar standarde të përshtatshme cilësie për pajisjet dhe ambientet, dhe veçanërisht, për të mbrojtur pacientët dhe stafin nga praktikat e rrezikshme.

Ky sektor vjen gjithmonë duke u rritur, dhe mendohet se në të ardhmen do të shtrihet edhe në sistemin shëndetësor parësor.

2.4 Vlerësimi i cilësisë në shërbimin shëndetësor në Shqipëri

Sektori shëndetësor në Shqipëri vuan nga joefikasiteti dhe mosbarazitë. Pagesat jo zyrtare që bëjnë pacientët “nën dorë”, përbëjnë pothuaj më shumë se gjysmën e totalit të shpenzimeve të bëra për shëndetësinë. Vetëm gjysma e shtresës së varfër të popullsisë mbulohet nga sigurimet shëndetësore, duke rritur kështu pagesat e kësaj shtrese për sigurimin e shëndetit, duke rënduar edhe më shumë gjëndjen e tyre ekonomike. Pagesat jo zyrtare janë të zakonshme kryesisht në spitalet publike. Nga ana tjetër indikatorët e matjes së performancës së sistemit shëndetësor janë ende të pa përcaktuar qartë duke bërë që cilësia e shërbimit të mbetet një shqetësim i rëndësishëm (BB, 2015).

Për këtë arsye lind nevoja e vlerësimit të performancës së këtij sektori e cila lidhet ngushtë me vendosjen e indikatorëve si pjesë e vlerësimit të përgjithshëm të sistemit shëndetësor në Shqipëri, ku qëllimi kryesor është konsolidimi i mëtejshëm i sistemit dhe përmirësimet e shërbimeve të ofruara.

Sipas një raporti të bërë nga USAID (2005) për Cilësinë e Shërbimit Shëndetësor në Shqipëri, Politikat e Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor janë të një rëndësie kritike në kushtet e shërbimeve spitalore. Një përjasje nga poshtë lart në zhvillimin e indikatorëve të performancës për vlerësimin e cilësisë duhet të nxitet në spitale. Menaxhimi spitalor duhet të udhëheqë në zhvillimin e indikatorëve të performancës dhe në procesin e përdorimit të vazhdueshëm të indikatorëve për të përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor. Menaxherët spitalor duhet të ngrejë ekipe për të zhvilluar standarte ose udhëzues dhe të administrojnë dhe monitorojnë zbatimin e tyre për të siguruar cilësinë e shërbimeve të kujdesit mjekësor të përgjithshëm, përshkrimin e ilaçeve dhe produkteve farmaceutike, rishikimin e mortalitetit dhe sëmundshmërisë, rishikimin klinik- patologjik, evitimin e riskut dhe menaxhimin e rasteve me viktima të mëdha, standartet e infermierisë, etikën mjekësore si dhe rishikimin e përdorimit të faciliteteve.

Standardet e Cilësisë së Shërbimit - Përsa i përket dhënies së shërbimeve dhe cilësisë së tyre në Shqipëri, USAID thekson që nuk ka një model të përcaktuar të kujdesit shëndetësor publik dhe është punuar shumë pak për sigurimin e cilësisë. Ai është shprehur që standardet dhe praktikat janë të vjetëruara. Në lidhje me publikun, Mc Euen (2005), nënvizon që ka një perceptim të një cilësie të ulët të kujdesit shëndetësor. Ai gjithashtu, vuri re që nuk ka një mekanizëm informimi nëpërmjet të cilit pacientët dhe publiku mund të shprehin pikëpamjet e tyre mbi dhënien e shërbimeve dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor. Për të trajtuar këto të meta, ai propozon që të krijohen udhëzues klinikë, të prezantohen procese të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë, të kryehen vrojtime mbi nivelin e kënaqësisë së pacientëve si dhe të ngrihen Borde Rajonale e Qendrore për përmirësimin e cilësisë.

Trajnimi profesional – Në lidhje me trajnimet për mjekimin në familje, prezantimi i McEuen ka theksuar që ka një numër të kufizuar materialesh trajnuese moderne si dhe nuk ka trajnime të vazhdueshme për mjekimin familjar për mjekët e infermierët. Ai propozoi krijimin e materialeve trajnuese, eksplorimin e mundësive për trajnim kombëtar si dhe trajnimin e vazhdueshëm të mjekëve dhe infermierëve.

Dhënia e shërbimeve – Brenda ambulancave e poliklinikave ka një gamë të kufizuar të shërbimeve që ofrohen, ka një informacion shumë të kufizuar si dhe një nivel të ulët kualifikimi. Për të punuar drejt së ardhmes, ai propozoi që, të përcaktohen qartë rolet e MSH, ISSH dhe pushtetit lokal si dhe gama e shërbimeve që ofrohen në ambulanca e poliklinika krahas garantimit të një skeme pilot për dhënien e shërbimeve.

Informacioni shëndetësor për Publikun – McEuen shprehet që publiku ka njohuri të kufizuara për problemet e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, ku propozohet krijimi i informacioneve specifike për grupe të fokusuara, nxitja dhe krijimi i grupeve shëndetësore për gratë dhe depistimi shëndetësor, i cili duhet të bëhet në nivel komuniteti.

Pavarësisht problemeve në këtë sektor, përcaktimi dhe matja e indikatorëve të cilësisë do të tregonte një trend të përmirësimeve të bëra si në shërbimin parësor ashtu dhe në shërbimin spitalor. Në këtë kontekst objektiva kryesore e MSH është siguri dhe vazhdimësia e kujdesit shëndetësor të përmirësuar për popullatën e saj, ku vëmendje kryesore i kushtohet aksesit të kujdesit, qëndrueshmërisë financiare dhe efikasitetit, si dhe rritjes së motivimit të ofruesve të shërbimit, si treguesit kryesorë që përcaktojnë nivelin e shërbimit (Nuri et.al, 2002; MH, 2009, 2010). Pavarësisht qëllimeve pozitive, të gjithë institucionet shëndetësore në Shqipëri kur i referohen indikatorëve që ndihmojnë në vlerësimin e cilësisë së shërbimit dhe performancës, kanë parasysh indikatorë si: vdekshmëria spitalore, koeficienti i sëmundjeve kronike, vdekshmëria foshnjore, mbulimi vaksinor, indikatorët e shëndetit mental, shpërhapjen e sëmundjeve infektive, përqindjen e sëmundjeve vaskulare, etj. Lista e këtyre indikatorëve është përmirësuar dhe zgjeruar vit pas viti, por ende nuk është bërë asnjë përpjekje serioze për futjen e të njëjtëve indikatorë të vlerësimit të cilësisë të adaptuar nga vendet e EU, ku Shqipëria aderonte të integrohet.

Chikovani (2008) në studimet e tij argumenton se madje kjo listë nuk mbulon as gjithë kategoritë e nevojshme për planifikimin, vlerësimin e performancës dhe matjen e statusit shëndetësor. Për pasojë, pika më e dobët e përcaktimit të indikatorëve është mungesa e një metodologjie të duhur, e zgjedhur për të siguruar që indikatorët të jenë përgjegjës për saktësimin e kritereve si dobishmëria, vlera shkencore, besueshmëria, përgjegjshmëria, ndjeshmëria, përfaqësimi, aksesit dhe realizueshmëria.

Për një vlerësim sa më të mirë të kujdesit shëndetësor është e rëndësishme edhe vlerësimi i të gjithë indikatorëve përkundrejt rëndësisë së tyre shkencore, përfshirë këtu besueshmërinë, vlefshmërinë dhe përdorimin. Edhe pse indikatorët e përdorur në Shqipëri mund të konsiderohen si një “tentativë për përzhjedhjen e tyre”, pasi janë larg treguesve të përdorur në mbarë botën, përdorimi i tyre ishte një progres i dukshëm në të gjithë raportet e bëra nga institucionet shtetërore, si një iniciativë pozitive për nisjen e matjes së performancës në sektorin shëndetësor.

Gjithsesi ende nuk janë bërë përpjekje për futjen e praktikave të matjes së cilësisë së shërbimit në sistemin spitalor, dhe atë shëndetësor në përgjithësi, dhe integrimin e indikatorëve të duhur dhe instrumentave të pranuar gjërësisht për vlerësimin e tyre.

KAPITULLI 3

METODOLOGJIA E PUNIMIT

3.1 Qëllimi dhe Objektivat e kërkimit

Qëllimi i këtij studimi, është të kryhet një vlerësim i përgjithshëm lidhur me cilësinë e shërbimit spitalor në Shqipëri dhe kënaqësinë e pacientëve, duke evidentuar edhe krahasimin midis sektorit publik dhe atij privat. Gjithashtu ky punim ka për qëllim të përcaktojë faktorët kryesorë, që luajnë rol në kënaqësinë e pacientëve, si dhe renditjen e tyre sipas rëndësisë, për të dhënë rekomandimet e duhura në përmirësimin e cilësisë së shërbimit dhe rritjen e kënaqësisë së pacientëve në këtë sektor.

Për më tepër duke përdorur metodologjinë e zgjedhur për kryerjen e këtij studimi, punimi synon të përmbushë këto objektiva:

- Të përcaktojë faktorët kryesorë që ndikojnë në cilësinë e shërbimit spitalor në Shqipëri, si në sektorin publik ashtu dhe në atë privat.
- Të testojë vlefshmërinë e instrumentit të përdorur SERVQUAL, në sektorin shëndetësor spitalor në Shqipëri.
- Të përcaktojë hendeqet ndërmjet perceptimeve të pacientëve mbi cilësinë e ofruar të shërbimit dhe pritshmërive të tyre mbi këtë cilësi, si në sektorin publik dhe në atë privat.
- Vlerësimi i ndryshimeve ndërmjet këtyre hendeqeve në të dy sektorët, krahasuar me njëri tjetrin.
- Të tregojë lidhjen e këtyre faktorëve me kënaqësinë e pacientëve si në sektorin publik ashtu dhe në atë privat.
- Renditja e faktorëve të cilësisë së shërbimit sipas rëndësisë së tyre në kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve.
- Të tregojë nëse ka lidhje mes kënaqësisë së pacientëve dhe faktorëve të ndryshëm demografik në ambjentin spitalor Shqipëtar.

- Të paraqesë rekomandimet e duhura për zvoglimin e hendeqeve perceptim real /pritshmëri, për të rritur cilësinë e shërbimit dhe kënaqësinë e pacientëve mbi sektorin shëndetësor në Shqipëri.

3.2 Qasja dhe pyetjet kërkimore

Punimi kërkimor konsiderohet si një proces sistematik, i vazhdueshëm, që përfshin mbledhjen, regjistrimin, analizimin dhe interpretimin e informacionit për të përmirësuar njohuritë në një fushë të caktuar. Si rezultat, për të kryer një punim sa më efektiv, hulumtuesi duhet të mbështetet në pyetjet kërkimore, të cilat janë pjesë e pandarë dhe mjaft e rëndësishme e një punimi me cilësi. Edhe Prasad et.al (2001), Gujarati (2004) theksojnë se një hulumtim nis pikërisht nga formulimi i saktë i pyetjeve kërkimore dhe hipotezave që analizohen, në mënyrë që t'i jepet përgjigje problemit kryesor për të cilin po ndërmerret kërkimi.

Pas hartimit të pyetjeve kërkimore, shpjegimi i qasjes hulumtuese të punimit ka po aq rëndësi për të kuptuar jo vetëm nëse është arritur të gjendet mënyra optimale për adresimin e problemit kryesor, por edhe për të vlerësuar saktësinë e rezultateve në drejtim të përgjithësimin të përfundimeve të arritura.

Realizimi i këtij studimi ka një qasje kërkimore deduktive, që lidhet me zhvillimin e hipotezave të mbështetura në literaturën ekzistuese, mbi të cilat hartohet një strategji e caktuar kërkimore për të analizuar e testuar pikërisht pyetjet dhe hipotezat përkatëse në bazë të marrëdhënieve logjike tashmë të vërtetuara (Wilson, 2013). Të dhënat do të mbledhen dhe analizohen, për të provuar ose hedhur poshtë hipotezat e ngritura, duke synuar arritjen e rezultateve të caktuara, mbështetur dhe në rishikimin e literaturës.

Një tjetër element i rëndësishëm për një studim përbën edhe strategjia kërkimore, që sipas Della Porta et.al (2008) mund të jetë cilësore ose sasiore, ku dallimi ndërmjet tyre lidhet kryesisht me përpunimin e të dhënave, ndërkohë që në këtë hulumtim strategjia që ndiqet është kryesisht sasiore, pasi punimi përpiqet të kuptojë së pari marrëdhëniet ndërmjet variablave të ndryshëm në një seri kohore të dhënash në analizë, me qëllim matjen e sjelljes, karakteristikave dhe lidhjeve ndërmjet tyre.

Kështu, një qasje e tillë përafrohet kryesisht me një kërkim deduktiv pasi në qendër të hulumtimit sasiore është mbledhja, vlerësimi dhe matja e të dhënave, pra të analizuarit kryesisht statistikor dhe paraqitja e rezultateve, në një mënyrë të strukturuar, për të përfutur përfundime dhe gjetje interesante përgjithëse që mund të krahasohen me punimet e bëra në këtë fushë deri më tani (Wilson, 2013).

Për më tepër, punimi duke analizuar konceptet dhe sintetizuar argumente e modele të ndryshme në këtë fushë, shfaq tipare edhe karakteristika të një punimi analitik, ku në

fund nxirren përfundime dhe gjykime të besueshme dhe të vlefshme, të cilat mund të merren në konsideratë në ardhmen.

Një nga strategjitë e kërkimit të përdorura për realizimin e studimeve është ajo e mbështetur në vrojtime me pyetësorë, e cila është një nga teknikat e mbledhjes së të dhënave që i përket kësaj strategjie kërkimore (sasiore). Përdorimi i strategjisë së vërtetimit, mundëson mbledhjen dhe analizën sasiore të të dhënave duke përdorur statistikën përshkruese dhe atë analitike. Gjithashtu të dhënat e mbledhura nëpërmjet kësaj strategjie mund të përdoren për të sugjeruar arsyetime të mundshme për lidhje të caktuara ndërmjet variablave dhe për të krijuar modele të këtyre lidhjeve.

Sipas Khandwalla (1976) nuk ka një metodë kërkimi që mund të konsiderohet si më e mira. Secila nga metodat e përdorura shoqërohet me avantazhe dhe disavantazhe. Zgjedhja e metodës mund të bëhet duke u mbështetur në disa kritere. Mundësia për të përgjithësuar të dhënat duke përdorur metodën e kërkimit me pyetësorë, vlerësohet e lartë në rastin e pyetësorëve. Si rezultat, përdorimi i pyetësorëve si metodë për mbledhjen e të dhënave në këtë punim mundëson hetimin e lidhjeve të mundshme ndërmjet variablave të marrë në studim, dhe tenton për të 'plotësuar' studimet e mëparshme që kanë përdorur kryesisht metoda cilësore, si psh analiza situatash.

Metodat e arritjes së qëllimit të studimit janë nga më të ndryshmet duke parë dhe duke vlerësuar njëkohësisht avantazhet dhe disavantazhet e secilës prej tyre. Përdorimi i pyetësorëve si metodë për mbledhjen e të dhënave në këtë material mundëson jo vetëm analizimin e lidhjeve të mundshme ndërmjet variablave të marrë në studim, por jep mundësinë edhe të gjenerimit të disa rekomandimeve lidhur me përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore si në spitalet publike ashtu edhe në të private gjithashtu.

Për të arritur objektivat e këtij punimi janë ngritur këto pyetje kërkimore:

Pyetja kërkimore 1: A ka dallime statistikore lidhur me dimensionet e matjes së cilësisë së shërbimit shëndetësor ndërmjet spitaleve publike dhe private? Nëse po ku janë më të dukshme këto dallime?

Pyetje kërkimore 2: Cilët nga dimensionet e matjes së cilësisë së shërbimit shëndetësor ndikon tek kënaqësia e përgjithshme e pacientëve që kanë marrë shërbim mjekësor në spitalet publike dhe private në Shqipëri?

Në përmbushjeve të kësaj pyetjeje ngrihen hipotezat e mëposhtme:

Hipoteza 1

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet përgjegjshmërisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_a – Ekziston lidhja ndërmjet përgjegjshmërisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Hipoteza 2

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet besueshmërisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_a – Ekziston lidhja ndërmjet besueshmërisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Hipoteza 3

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet sigurisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_a – Ekziston lidhja ndërmjet sigurisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Hipoteza 4

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet pajisjeve dhe teknologjisë së spitalit dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_1 – Ekziston lidhja ndërmjet pajisjeve dhe teknologjisë së spitalit dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Hipoteza 5

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet ndjeshmërisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_a – Ekziston lidhja ndërmjet ndjeshmërisë së stafit spitalor dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Pyetje kërkimore 3: A ka dallime në hendekun (Perceptime reale / Pritshmëri) të pacientëve mbi cilësinë e shërbimit në sektorin spitalor privat në krahasim me atë publik?

Për t'i dhënë përgjigje kësaj pyetjeje u ngritën hipotezat e mëposhtme:

Hipoteza 1

H_0 – Nuk ka diferenca të rëndësishme në pritshmëritë e pacientëve për dimensionet kryesore të cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

H_a – Ka diferenca të rëndësishme në pritshmëritë e pacientëve për dimensionet kryesore të cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

Hipoteza 2

H_0 – Nuk ka diferenca të rëndësishme në perceptimet reale të pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

H_a – Ka diferenca të rëndësishme në perceptimet reale të pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

Hipoteza 3

H_0 – Nuk ka diferenca të rëndësishme në vlerësimin e hendekut perceptim real / pritshmëri, të dimensioneve të cilësisë së shërbimit, ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

H_a – Ka diferenca të rëndësishme në vlerësimin e hendekut perceptim real / pritshmëri, të dimensioneve të cilësisë së shërbimit, ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

Pyetja kërkimore 4: Cilat janë dimensionet që masin cilësinë e shërbimit sipas SERVQUAL që ndikojnë tek kënaqësia e pacientit?

Pyetja kërkimore 5: A ndikojnë faktorët demografikë në kënaqësinë e përgjithshme e pacientëve?

3.3 Mbledhja e të dhënave

Instrumentat e kërimit të përdorura në këtë punim do jenë në funksion të realizimit të qëllimit tonë kryesor. Ato kombinojnë të dhënat primare me ato sekondare. Të dhënat sekondare janë rezultat i rishikimit të një literature të gjerë dhe bashkëkohore, lidhur me shërbimin spitalor në përgjithësi, dhe krahasimet midis këtij shërbimi në spitalet publike dhe ato private në veçanti. Kjo literaturë është siguruar nga studime të ngjashme të vendeve fqinje dhe rajonit etj, si dhe nga një sërë burimesh të tjera duke shërbyer për të plotësuar pjesën teorike të punimit. Të dhënat primare u siguruan nga një pyetësor i kryer në 14 spitale në rrethe të ndryshme të vëndit. Këto të dhëna mbledhen për qëllime specifike, dhe ofrojnë një informacion më të saktë për një rezultat më origjinal.

Për arritjen e objektivave të këtij studimi, mbi marrjen e opinionit të pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit spitalor në të dy sektorët e këtij shërbimi si në spitalet publike ashtu edhe në ato private, u krye një vërtetim në terren pikërisht në ato qytete ku edhe fluksi i pacientëve është edhe më i madh në mënyrë që mundësia e marrjes së informacionit tonë të ishte sa më e saktë.

Disa nga qytetet e zgjedhura janë Tirana me një total prej 350 pacientë, Durrësi me 150, si dhe qytetet si Fieri, Vlora, Shkodra, Lezha, Kavaja dhe Kruja secili me nga 50 pacientë. Tirana për arsye të numrit më të madh të spitaleve publike dhe private si dhe për kapacitetet më të mëdha të shërbimeve spitalore të përgjithshme, por edhe të atyre specifike ka edhe numrin më të madh të pacientëve të marrë në këtë vërtetim. Kampioni është shpërndarë në spitalet më të mëdha duke tentuar të përfshijë zonat më kryesore të vëndit nga veriu në jug dhe Shqipërinë e Mesme.

Paraprakisht u krye testimi Pilot, i cili ndihmon të kuptohet nëse të intervistuarit arrijnë të kuptojnë siç duhet pyetjet, si dhe jep një ide paraprake mbi rëndësinë që i kushtojnë ata elementëve të veçantë, duke na dhënë mundësinë të fokusohemi në pjesët më të rëndësishme të pyetësorit. Pyetësi për pacientët u testua paraprakisht në 20 pacientë të zgjedhur rastësisht, që sapo kishin marrë shërbimin spitalor, për të parë nëse kishte probleme apo paqartësi në plotësimin e tij si dhe për të testuar besueshmërinë dhe vlefshmërinë e tij. Rezultati i testit pilot tregoi se pyetjet e pyetësorit ishin të formuluara saktë dhe të qarta për t'u kuptuar. Pyetjet që nuk ishin të qarta e nga të cilat nuk mund të merrej informacioni i duhur, u konsultuan me ekspertët e fushës dhe specialistin e statistikës për t'i sjellë ato të formuluara ashtu siç duhej.

Pas këtij procesi, pyetësori u hodhën në terren. Vizitat në terren u kryen në bashkëpunim me stafin drejtues të spitaleve ku u krye testimi dhe me një kalendar të përcaktuar më parë në mënyrë që të arrihej koha e përcaktuar për realizimin e tyre me sukses. Koha e plotësimit të intervistave është Korrik-Tetor 2015.

3.3.1 Përzgjedhja e të anketuarve

Në këtë vrojtim kanë marrë pjesë mbi 820 pacientë të cilët kanë marrë shërbimin spitalor në të dy sektorët, por databaza përfundimtare përmban përgjigjet e vetëm 800 prej tyre (sa edhe numri i përcaktuar i kampionimit) pasi pjesa tjetër nuk kishte informacionin e nevojshëm për t'u përfshirë në studim. Të anketuarit, (pacientët) të cilët morën pjesë në këtë vrojtim u përzgjodhën rastësisht duke qënë të gjinive, moshave dhe profesioneve të ndryshme me qëllim që kampioni të ishte sa më përfaqësues.

Intervistat u kryen nëpërmjet ballafaqimit ballë për ballë me të intervistuarin në ambientet spitalore, por edhe jashtë tyre. Kusht për përzgjedhjen e të anketuarve ishte mosha mbi 18 vjeç dhe qëndrimi të paktën një natë në spital. Kjo do të bënte që ata të kishin një opinion më të qartë në lidhje me shërbimin e ofruar. Të intervistuarit janë zgjedhur në mënyrë të rastësishme, dhe zgjedhja e kampionit është bërë në varësi të numrit mesatar të pacientëve, që kanë marrë shërbimin spitalor gjatë 1 viti.

3.4 Instrumenti i përzgjedhur

Për përzgjedhjen e instrumentit u bazuam kryesisht në rishikimin e literaturës, ku dy instrumentat më të përdorur në mbarë botën për vlerësimin e cilësisë së shërbimit ishin: ai i propozuar nga Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985, 1988), i bazuar në modelin e hendekut ndërmjet pritshmërive dhe perceptimeve reale të individëve mbi cilësinë e shërbimit, model i cili u quajt SERVQUAL dhe instrumenti i propozuar nga Cronin and Taylor (1992), i cili ishte një modifikim i modelit fillestar të SERVQUAL, model të cilin ata e mendonin si tepër konfuz, duke propozuar heqjen e elementit të pritshmërive dhe

ndërtimin e modelit të bazuar vetëm në elementin e performancës, duke e quajtur atë SERVPERF.

Në vite ka pasur debate të shumta në lidhje me faktin se cili ishte instrumenti që vlerësonte më së miri cilësinë e shërbimit dhe për pasojë dhe kënaqësinë e pacientëve, nga autorë të ndryshëm. Ky debat vazhdon edhe sot, por e rëndësishme është të theksojmë se të dy këta instrumentë janë përdorur me sukses në vlerësimin e cilësisë së shërbimit në sektorë të ndryshëm dhe ajo çka është e rëndësishme për këtë studim, ato janë cilësuar të vlefshëm në matjen e cilësisë së shërbimit në sektorin shëndetësor, duke hedhur bazat e matjes së kënaqësisë së pacientëve.

3.4.1 SERVQUAL – Arsytet e përzgjedhjes

Si SERVPERF ashtu dhe SERVQUAL kanë lidhje me përkufizimin konceptual se vlerësimi i cilësisë së shërbimit, është një qëndrim (pozicion) përkundrejt shërbimit të ofruar nga një kompani, që del si rezultat i krahasimit të pritshmërive me performancën (Parasuraman et al. 1985, 1988; Cronin dhe Taylor 1992). Gjithsesi SERVQUAL mat në mënyrë direkte si perceptimet reale mbi cilësinë e ofruar të shërbimit ashtu dhe pritshmëritë e konsumatorit, ndërsa SERVPERF mat vetëm perceptimet reale mbi performancën, duke marrë si të mirëqënë se të intervistuarit japin përgjigjet e tyre duke krahasuar automatikisht pritshmëritë mbi performancën, me vlerësimet reale të saj. Në këtë mënyrë ai nënkupton se matja e pritshmërive mbi cilësinë e shërbimit të ofruar është e panevojshme.

Carrillat et al. (2001) besojnë se shkalla e SERVQUAL ka interes më të madh më fushën e mjekësisë, pasi ka vlera më të larta diagnostikuese. Duke krahasuar pritshmëritë e pacientëve mbi cilësinë, me cilësinë reale të marrë të shërbimit, përgjatë dimensioneve të ndryshme, menaxherët mund të identifikojnë fushat ku pacientët janë më të interesuar, si dhe elementët ku cilësia ka pikat më të dobëta dhe të përdorin këtë informacion për rialokimin e burimeve me qëllim përmirësimin e cilësisë së shërbimit (Parasuraman et al. 1994).

Shkalla e SERVQUAL është përdorur gjerësisht në studimet mbi kujdesin shëndetësor për të vlerësuar perceptimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit, në një numër të madh shërbimesh si: kënaqësia e pacientëve (Bowers et al. 1994), kujdesi spitalor (Carman, 1990), cilësia e shërbimit dentar (Mc Alexander et al. 1994), kujdesi shëndetësor në universitetet publike (Anderson, 1995), etj. Ndërkohë Buttle (1994) do të theksonte se avantazhet e SERVQUAL janë:

- Është pranuar si instrument standart për vlerësimin e dimensioneve të ndryshme të cilësisë.
- Ka treguar të jetë i vlefshëm për shërbime të ndryshme.
- Ka treguar të jetë i besueshëm.

- Instrumenti është i kursyer pasi ka një numër të limituar pohimesh, duke bërë që të plotësohet lehtë dhe shpejt.
- Ka një procedurë standarte analizimi që lehtëson interpretimin e të dhënave.

Newman et al. (2001) thekson se pavarësisht kundërshtive mbi vlefshmërinë dhe besueshmërinë e SERVQUAL, aplikimi i tij në fushën e kujdesit shëndetësor është mëse i pranuar.

Për të gjitha këto arsye dhe bazuar në literaturën e rishikuar mbi qëndrimet pozitive dhe përdorimin e gjërë të SERVQUAL në vlerësimin e cilësisë së shërbimit në sektorin spitalor, është përzgjedhur ky instrument për kryerjen e këtij studimi dhe analizën e këtij punimi.

3.4.2 Ndërtimi i pyetësorit

Intervistat janë kryer me anën e një pyetësori, i cili përbëhet nga katër seksione si më poshtë:²

Seksioni A – Të dhëna të përgjithshme – i cili përmban informacionin e përgjithshëm lidhur me qytetet ku u zhvillua vërtetimi, llojin e spitalit publik apo privat, gjininë, moshën e pacientëve të intervistuar, nivelin e tyre arsimor si dhe nivelin e tyre ekonomik.

Seksioni B - Vlerësimi për pritshmëritë në lidhje me kujdesin shëndetësor, përpara se të marrin këtë kujdes. Në këtë seksion është marrë vlerësimi për pritshmëritë që pacientët kanë mbi shërbimin spitalor publik dhe privat lidhur me dimensionet kryesore të vlerësimit të cilësisë të këtij shërbimi që janë:

- *Përgjegjshmëria* e stafit mjekësor, e cila matet me katër pyetje, dhe që lidhet me dëshirën për të ndihmuar pacientët dhe aftësinë për të dhënë shërbim të shpejtë.
- *Besueshmëria* e stafit mjekësor, e cila matet me pesë pyetje, dhe lidhet kryesisht me aftësinë e tyre për të kryer shërbimet e premtuara saktë, në kohë dhe pa u ndikuar nga asgjë.
- *Siguria* gjatë marrjes së shërbimit përkatës. Në këtë studim ky dimension matet me 9 pyetje dhe trajton kryesisht çështje si: kohëzgjatja e procedurave administrative, njohuritë e mjaftueshme të stafit për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve, vendosja e saktë e diagnozave si dhe kujdes special ndaj pacientëve të urgjencës apo cilësisë dhe sigurisë së analizave laboratorike etj.
- *Pajisjet dhe teknologjia* është një tjetër element i cili ndikon drejtpërdrejt në marrjen e një shërbimi cilësor. Kështu kjo çështje është matur me 8 pyetje që trajtojnë kryesisht nivelin e modernizimit të pajisjeve dhe aparaturave që këto spitale

² Për më shumë referohu Shtojca A.

disponojnë. Gjithashtu trajtohen edhe çështje si cilësia e ambjenteve ku këta pacientë marrin shërbimin spitalor, higjena, ushqimi, laboratorët etj.

- *Ndjeshmëria* e stafit, që lidhet kryesisht me kujdesin, vëmendjen individuale që stafi u kushton pacientëve si dhe mënyrës së sjelljes së stafit gjatë dhënies së shërbimit.

Përgjigjet e të gjitha këtyre grup pyetjesh maten me shkallën Likert nga 1 në 5 sipas këtij rendi (1- Shumë keq deri në 5- shumë mirë).

Seksioni C - *Vlerësimi për perceptimet reale në lidhje me kujdesin shëndetësor, pasi kanë qëndruar të paktën një natë në spital.* Ky seksion trajton të njëjtat çështje ashtu sikurse edhe në seksionin e mëparshëm por tashmë vlerësimi i tyre lidhur me *Përgjegjshmërinë, Besueshmërinë, Sigurinë, Pajisjet dhe teknologjinë dhe Ndjeshmërinë* është ajo çka ata realisht mendojnë mbi cilësinë e ofruar të shërbimit si në spitalet publike ashtu edhe në ato private.

Qëllimi i matjes së këtij vlerësimi nëpërmjet këtij seksioni, është që të evidentohet dallimi midis asaj çka pacientët presin nga shërbimi spitalor dhe asaj që ata perceptojnë realisht gjatë marrjes së këtij shërbimi si në spitalet publike ashtu edhe në ato private.

Edhe pyetjet e gjithë këtij seksioni maten sipas shkallës Likert nga 1 në 5 sipas po atij rendi si më sipër (1- Shumë keq deri në 5- Shumë mirë).

Seksioni D – Në këtë seksion ngrihen tre pyetje. E para lidhet me *Kënaqësinë e përgjithshme* të pacientëve mbi shërbimin e ofruar, duke pasur parasysh të gjithë elementët e këtij shërbimi, ndërsa dy të tjerat testojnë *Besnikërinë* e pacientëve më anë të këtyre pyetjeve: A do t'ua rekomandonit të tjerëve këtë spital? dhe A do të riktheheshit sërish në këtë spital?

Edhe pyetjet e këtij seksioni maten sipas shkallës Likert nga 1 në 5 sipas po atij rendi si më sipër (1- Shumë keq deri në 5- Shumë mirë).

Pjesë e këtij procesi ishte krijimi i databazës me të dhënat e grumbulluara si dhe përpunimi dhe analiza e tyre. Përpunimi dhe analiza e tyre u realizuan nëpërmjet paketave të programeve kompjuterike SPSS 17.0 dhe Excel.

Analiza e të dhënave është kryer nëpërmjet analizës deskriptive, tabelave të kryqëzuara (crosstabulations), testeve të pavarësisë, korrelimet midis variablave, analizës faktoriale, ndërtimit dhe shqyrtimit të hipotezave, analiza e variancës (ANOVA) etj. Pra jo vetëm një analizë përshkruese por edhe një analizë analitike.

Analiza e variancës (ANOVA), është një metodë statistikore e cila ka si qëllim të analizojë variabilitetin e të dhënave në mënyrë që të eliminojë pabarazitë ndërmjet mesatareve të popullatës. Me anë të kësaj metode të propozuar nga Fisher mund të ushtrohet një kontroll mbi gabimet e probabilitetit, për të kuptuar diferencat mes mesatareve. Ajo është një metodë për të testuar hipotezat.

Testi i pavarësisë Chi Square përdoret për të testuar nëse dy variabla cilësorë janë të pavarur apo jo nga njëri-tjetri. Një vlerë e vogël e Chi Square tregon se hipoteza zero (që variablat janë të pavarur) nuk pranohet dhe se dy variablat janë të varur nga njëri-tjetri. Proçedura përfshin krahasimin e frekuencave të vërtetuara të qelizave me frekuencat e pritura.

Frekuencat e vërtetuara të qelizave janë vlerat aktuale që i takojnë qelizave përkatëse dhe frekuencat e pritura janë vlerat që priteshin të ishin në këto qeliza nëse midis këtyre dy variablave cilësorë nuk do të kishte asnjë lidhje. Thelbi i këtij testi është diferenca midis frekuencave të vërtetuara dhe atyre të pritura në secilën prej qelizave të tabelës. Ndërkohë që vlerat e frekuencave të vërtetuara merren drejtpërdrejt nga të dhënat, frekuencat e pritura llogariten duke shumëzuar me totalin e rreshtit me totalin e kolonës dhe duke e pjesëtuar me totalin e përgjithshëm.

Teknika e cila përdoret në këtë rast është Testi i Pavarësisë Chi Square e cila përdoret kryesisht për të dhënat cilësore ashtu sikurse janë edhe variablat tanë. Testi Chi Square (χ^2) është një nga metodat më të përhapura për testimin e hipotezave për të dhënat cilësore. Ashtu siç edhe ne e dimë analiza e të dhënave cilësore është shumë e rëndësishme. Të vetmet statistika përmbledhëse për këtë lloj të dhënash janë frekuenca dhe përqindja. Tabelat e testit Chi Square janë pikërisht të përshatshme për këto lloj të dhënash. Koeficienti të cilit ne i refrohemi është Koeficienti Pearson Chi Square. Supozimi ynë është që të dy variablat janë të pavarur nga njëri-tjetri dhe kjo hipotezë hidhet poshtë nëse vlera e koeficientit Chi Square e cila shprehet nëpërmjet Sig. (2-sided) është më e vogël se $p = 0.05$ (5%), duke ditur se kemi marrë një interval besueshmërie 95%.

Gjithashtu për të shqyrtuar lidhjen e variablave të ndryshëm me njëri-tjetrin janë përdorur ekuacionet e regresionit të shumfishtë linear dhe regresionit hierarkik, i cili është i ngjashëm me regresionin standart të shumfishtë, me të vetmin ndryshim që variablat e pavarur futen sipas një mënyrë të caktuar. Për shembull, kushtet teorike mund të kërkojnë që ne fillimisht të vlerësojmë modelin vetëm për variablat e kontrollit dhe në një moment të dytë të shtojmë edhe variabla të tjerë të pavarur. Kjo proçedurë modelimi është quajtur Hierarchical (hierarkik), pasi ne ndjekim një lloj hierarkie në futjen e variablave të pavarur. Ky model përdoret zakonisht në rastet që kanë një bazë teorike për të ndërtuar një model hierarkik.

3.5 Përcaktimi i kampionit

Madhësia e kampionit duhet të jetë një vlerë përfaqësuese përkundrejt madhësisë së tërësisë së popullsisë në studim, në mënyrë që vlerat që përftohen nga analiza të jenë sa më afër realitetit. Për më tepër Field (2005) thekson se, ekzistojnë shumë rregulla për sa i përket vëllimit të zgjedhjes, por si rregull i përgjithshëm duhen 10-15 përgjigje për variabël (rregull që vlen si për regresionin edhe për analizën faktoriale).

Intervistimi i të gjithë pacientëve që marrin shërbim shëndetësor në spitalet shqipëtare do të ishte e pamundur. Për këtë arsye duhet përcaktuar një kampion, i cili të jetë i tillë që të përfaqësojë siç duhet popullatën.

Blumberg (2005) thotë se kampioni është një pjesë e popullatës e zgjedhur me kujdes, për të përfaqësuar të gjithë popullatën. Përcaktimi i tij është një proces tepër i rëndësishëm gjatë një punimi kërkimor.

Megjithatë faktorët kryesorë që përcaktojnë madhësinë e kampionit lidhen kryesisht me madhësinë totale të popullatës, nivelit të gabimit të pranuar dhe koeficientit të besueshmërisë. Sa më i vogël të jetë marzhi i gabimit, aq më i saktë është rezultati i përfutur. Edhe pse, statistikisht deri në nivelin 5% është një nivel i pranuar, në këtë punim analiza merr në konsideratë një marzh gabimi edhe më të vogël pra rreth 3%. Ndërkohë, koeficienti i besueshmërisë i përzgjedhur prej 95%, është niveli i pranuar statistikisht për të gjeneruar rezultate sa më reale, duke qënë se ky koeficient përbën nivelin e pasigurisë që toleron një analizë e caktuar.

Ndërkohë, sipas metodës së Taro Jamane formula kryesore që përmbledh këto elementë për vlerësimin e madhësisë së kampionit është:

$$n = N / (1 + N * e^2)$$

ku: **n** është madhësia e kampionit

N është madhësia e popullatës, dhe

e përbën nivelin të përzgjedhur paraprakisht të marzhit të gabimit (Serban, 2004).

Sipas kësaj metode, masa e kampionit të përfutur (399 pacientë) është më e vogël krahasuar me nivelin prej 800 pacientëve të anketuar për qëllimet e këtij studimi.

3.6 Vlefshmëria e instrumentit të përdorur

Përdorimi i pyetësorit si metodë për mbledhjen e të dhënave ka avantazhet dhe disavantazhet e veta. Shqetësimet kryesore në përdorimin e pyetësorëve kanë të bëjnë me vlerësimin e vlefshmërisë dhe besueshmërisë së tyre (Saunders et al. 2009).

Sipas Shoqatës Amerikane të Psikologjisë (1985, cituar tek Hinkin 1995) njësitë matëse të pyetësorit duhet të tregojnë vlefshmëri të përmbajtjes, vlefshmëri të lidhur me kriteret, vlefshmëri të konstruktit dhe qëndrueshmëri të brëndshme. Tre kriteret e para lidhen me vlerësimin e vlefshmërisë së brëndshme të pyetësorit, e cila tregon aftësinë e pyetësorit për të matur atë që kërkuesi synon të masë (Saunders et al. 2009). Vlefshmëria e përmbajtjes i referohet shtrirjes në të cilën pyetësori ofron mbulimin e duhur të pyetjeve hetuese.

Një mënyrë për t'a realizuar këtë është përdorimi i një paneli individësh për vlerësimin e pyetësorit. Vlefshmëria e lidhur me kriteret ka të bëjë me aftësinë e pyetjeve për të bërë parashikimet e duhura. Për këtë mund të përdoret analiza statistikore e korrelacionit. Besueshmëria (testimi i besueshmërisë) ka të bëjë me faktin nëse pyetësi do të prodhojë ose jo rezultate të qëndrueshme në kohë të ndryshme dhe në zgjedhje të ndryshme.

Një mënyrë për të vlerësuar atë, është matja e qëndrueshmërisë së brendshme psh. nëpërmjet llogaritjes së Cronbach alfa. Pra, gjatë hartimit të këtij pyetësi u bë kujdes që të mbaheshin parasysh dy elementë kryesore si: besueshmëria e cila ka të bëjë me faktin nëse pyetësi do të prodhojë ose jo rezultate të qëndrueshme në kohë të ndryshme dhe për zgjedhje të ndryshme, si dhe vlefshmëria e pyetjeve. Për të vlerësuar vlefshmërinë e përmbajtjes u përdor metoda e “specialistëve të fushës”, të cilët morën pjesë në përshtatjen e pyetësorit pasi për hartimin e tij jemi mbështetur në SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml and Berry 1985, 1988).

Pyetjet janë formuluar në mënyrë të tillë që të jenë sa më të kuptueshme nga pacientët duke zgjedhur përgjigjen nëpërmjet alternativave të parashikuara në pyetësor të cilat janë të shkallëzuara sipas shkallës Likert. Gjatë hartimit të pyetësorit një rëndësi të veçantë ju kushtua jo vetëm strukturimit të pyetjeve por edhe formulimit dhe përshtatjes së tyre në mënyrën e duhur në mënyrë që edhe përgjigjet të ishin të vlefshme dhe në dobi të synimit kryesor.

Lidhur me testin e besueshmërisë, një mënyrë për t'a vlerësuar atë është matja e qëndrueshmërisë së brendshme psh nëpërmjet llogaritjes së Koeficientit Cronbach Alfa. Bazuar në llogaritjet për koeficientët Cronbach Alfa për matjen e qëndrueshmërisë së brendshme të pyetësorit u arrit në konkluzionin se vlera e tyre ishte më e lartë se 0.7, (norma e lejuar) duke treguar qëndrueshmëri të pyetësorit.

Kampioni i zgjedhur përfundimisht ka intervistat e 800 pacientëve të cilat janë llogaritur me një koeficient besueshmërie 95% dhe marzh gabimi 3%.

3.7 Përcaktimi i variablave

Duke ju referuar informacionit të pyetësorit si dhe arritjes së qëllimit të këtij studimi, elementët e tij janë grupuar në faktorë të cilët janë: variabla të pavarur, variabla të varur, si dhe variabla kontrolli.

Kështu, **variablat e pavarur**, të cilët lidhen me dimensionet e cilësisë së shërbimit spitalor janë:

Përgjegjshmëria (që matet me 4 pyetje)

Besueshmëria (që matet me 5 pyetje)

Siguria (që matet me 9 pyetje)

Pajisjet & Teknologjia (që matet me 8 pyetje) dhe

Ndjeshmëria (që matet me 5 pyetje).

Këto variabla maten si për pritshmëritë e pacientëve ashtu dhe për perceptimet reale të tyre dhe vlerësohen sipas shkallës Likert (1- shumë keq deri në 5- Shumë mirë).

Ndërkohë, **variabli i varur** është Kënaqësia e përgjithshme nga cilësia e shërbimit, e cili matet vetëm me një pyetje e vlerësuar sipas shkallës Likert (1- Aspak i kënaqur deri në 5- Shumë i kënaqur).

Së fundmi, **variablat e kontrollit** janë:

Mosha, Gjinia, Niveli arsimor dhe Niveli i të ardhurave.

3.8 Analiza faktoriale e variablave

Cilësia e shërbimit spitalor është e matur nëpërmjet 5 dimensioneve kryesore dhe finalizohet me vlerësimin e kënaqësisë që kanë marrë pacientët nga ky shërbim qoftë nga spitalet publike qoftë edhe nga ato private gjithashtu. Prandaj për të analizuar lidhjen dhe rëndësinë e secilit dimension (variablave të pavarur) nga njëra anë dhe kënaqësisë (variabli i varur) nga ana tjetër do të duhet të ndërtohet dhe analizohet ekuacioni i regresionit të shumfishtë linear. Për këtë fillimisht kryejmë analizën faktoriale të secilit prej variablave dhe llogarisim peshat faktoriale të secilës pyetje të çdo dimensionit për spitalet publike.

Fillimisht kjo analize do të kryhet për të analizuar edhe besueshmërinë e instrumentit të përdorur. Variablat e pavarur që lidhen me *cilësinë e shërbimit spitalor* maten në total me 31 pyetje prandaj është e nevojshme që të analizojmë secilën prej këtyre variablave fillimisht duke llogaritur koeficientin e besueshmërisë Cronbah Alpha, i cili për variablat e pavarur në total ka vlerën **0.968** > 0.7 (kufiri i lejuar) duke treguar se besueshmëria e të gjithë këtyre pyetjeve së bashku është tepër e lartë.

Vërehet koeficienti Cronbah Alpha si dhe peshat faktoriale të secilit prej variablave të pavarur. Theksojmë se vlera kufi e peshave faktoriale, e cila lejon faktorët të vazhdojnë analizën e mëtejshme është 0.4,. Më pas analizohen peshat faktoriale për secilën nga pyetjet e këtij dimensionit.

Variabli i parë i pavaur është *Përgjegjshmëria* i cili matet me 4 pyetje dhe koeficienti Cronbah Alpha për këtë dimension ka vlerën **0.930** > 0.7, një vlerë kjo shumë e lartë besueshmërie, dhe pesha faktoriale të gjitha mbi 0.4, pra të gjitha pyetjet mbahen në analizë.

Tabela 5: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Përgjegjshmëria

	Peshat faktoriale
Punonjësit e spitaleve ishin gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	.828
Punonjësit e spitaleve u japin pacientëve shërbim të menjëhershëm, sa herë ata kanë nevojë	.812
Trajtimet ju shpjegohen pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë	.836
Punonjësit e spitaleve u shpjegojnë, egzaktesisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet	.830

Burimi: Autori, 2016

Ndërkohë, peshat faktoriale për variablin e dytë të pavarur – *besueshmëria*, i cili matet me 5 pyetje, tregohen në tabelën 6, e cila tregon se peshat faktoriale të secilës pyetje janë më të mëdha se 0.4 prandaj të gjitha pyetjet vazhdojnë analizën e mëtejshme, ndërsa koeficienti Alpha për këtë dimension është **0.913**.

Tabela 6: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Besueshmëria

	Peshat faktoriale
Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve	.762
Spitalet i ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim	.711
Spitalet e japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë	.782
Kur pacientët kanë një problem, spitalet tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	.727
Spitali jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	.767

Burimi: Autori, 2016

Variabli i tretë i pavarur është siguria i cili matet me 9 pyetje dhe koeficienti Alpha për këtë dimension është **0.919** një vlerë edhe kjo e lartë besueshmërie, ndërsa peshat faktoriale për secilën pyetje janë edhe në këtë rast të gjitha më të mëdha se 0.4 prandaj të gjitha pyetjet mbahen në analizë.

Tabela 7: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Siguria

	Peshat faktoriale
Pacientët ndihen të sigurtë për pagesat e tyre.	.616
Proçedurat administrative duhet janë të shkurtra dhe të qarta	.534
Të dhënat e pacientëve ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës	.629
Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira	.666
Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	.685
Mjekët nuk gabojnë në diagnozat e tyre.	.609
Trajtimi kryhet me praktikat dhe metodat më moderne	.535
Përgjigjet laboratorike të spitaleve janë gjithmonë të sakta	.640
Nëpër spitale u jepet kujdes special pacientëve të urgjencës	.619

Burimi: Autori, 2016

Shohim variablin tjetër të pavarur *pajisjet & teknologjia* i cili përbëhet nga 8 pyetje, të cilat kanë një koeficient Alpha me vlerë **0.886** ndërsa peshat faktoriale të secilës prej pyetjeve janë më të mëdha se 0.4 me përjashtim të pyetjes së dytë dhe të tetë që kanë pesha faktoriale më të vogla nga 0.4, prandaj këto dy pyetje përjashtohen nga analiza e mëtejshme.

Tabela 8: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Pajisjet & teknologjia

	Peshat faktoriale
Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne	.665
Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht të pastër	.277

Dhomat janë të qeta	.671
Dhomat dhe banjot janë të pastra	.743
Ka lehtësira për shoqëruesit e pacientëve	.701
Pajisjet janë vizualisht tërheqëse	.732
Ushqimet janë atraktive	.501
Laboratori dhe farmacia gjenden lehtësisht, brenda spitalit	.292

Burimi: Autori, 2016

Variabli i fundit i pavarur është *ndjeshmëria* i cili matet me 5 pyetje, të cilat kanë një koeficient besueshmërie **0.948** ndërsa peshat faktoriale të secilës pyetje janë paraqitur në Tabelën 9. Nga të dhënat e saj vërehet se të gjitha pyetjet kanë pesha faktoriale më të mëdha se 0.4 prandaj të gjitha mbahen në analizën e mëtejshme.

Tabela 9: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Ndjeshmëria

	Peshat faktoriale
Mjekët shqetësohen në mënyrë të sinqertë për pacientët e tyre	.777
Stafi respekton privatësinë e pacientëve	.818
Stafi u siguron pacientëve vëmendje personale	.879
Stafi i njeh se cilat janë nevojat specifike të pacientëve	.878
Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre	.805

Burimi: Autori, 2016

E njëjta analizë do të bëhet tashmë edhe për të gjithë variablat e pavarur, dhe do të llogarisim dhe peshat faktoriale të secilës pyetje të çdo dimensionit për spitalet private. Vlera e koeficientit Alpha për variablat e pavarur në total (31 pyetje) në këtë rast është **0.947**, sërish një koeficient i lartë besueshmërie.

Le të analizohen peshat faktoriale të secilit prej dimensioneve, por tashmë për pacientët që kanë marrë shërbime shëndetësore në spitalet private. Për variablin e pavarur – *përgjegjshmëria* të dhënat e tabelës më poshtë tregojnë se të gjitha pyetjet e këtij dimensionit mbahen në analizë pasi peshat faktoriale të tyre janë të gjitha më të mëdha se 0.4. Ndërsa koeficienti Alpha është **0.845** > 0.07 e cila është edhe kufiri i lejuar.

Tabela 10: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Përgjegjshmëria

	Peshat faktoriale
Punonjësit e spitaleve ishin gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	.946
Punonjësit e spitaleve u japin pacientëve shërbimtë menjëhershëm, saherë ata kanë nevojë	.942
Trajtimet ju shpjegohen pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë	.967
Punonjësit e spitaleve u shpjegojnë, egzaktesisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet	.967

Burimi: Autori, 2016

Të dhënat e tabelës më poshtë për dimensionin e dytë – *besueshmëria* tregojnë se të gjitha pyetjet që matin këtë dimension janë me peshë më të madhe se 0.4 dhe koeficientët Alpha prej **0.805**, prandaj të gjitha pyetjet mbahen në analizë.

Tabela 11: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Besueshmëria

	Peshat faktoriale
Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve	.584
Spitalet i ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim	.474
Spitalet e japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë	.549
Kur pacientët kanë një problem, spitalet tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	.655
Spitali jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	.710

Burimi: Autori, 2016

Variabli i tretë i pavarur – **siguria** rezulton me koeficient besueshmërie Alpha **0.901** dhe të gjithat pyetjet e tij kanë pesha faktoriale më të mëdha se 0.4 (Tabela 12).

Tabela 12: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – siguria

	Peshat faktoriale
Pacientët ndihen të sigurtë për pagesat e tyre.	.575

Procedurat administrative duhet janë të shkurtra dhe të qarta	.495
Të dhënat e pacientëve ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës	.591
Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira	.729
Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	.773
Mjekët nuk gabojnë në diagnozat e tyre.	.677
Trajtimi kryhet me praktikat dhe metodat më moderne	.462
Përgjigjet laboratorike të spitaleve janë gjithmonë të sakta	.655
Nëpër spitale u jepet kujdes special pacientëve të urgjencës	.447

Burimi: Autori, 2016

Për dimensionin e katërt – *pajisjet dhe teknologjia* koeficienti Alpha i llogaritur për 8 pyetjet e tij është **0.702** ndërsa peshat faktoriale të tij janë më të mëdha se 0.4 prandaj mbahen në analizë (Tabela 13).

Tabela 13: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Pajisjet & teknologjia

	Peshat faktoriale
Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne	.561
Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht të pastër	.487
Dhomat janë të qeta	.601
Dhomat dhe banjot janë të pastra	.733
Ka lehtësira për shoqëruesit e pacientëve	.701
Pajisjet janë vizualisht tërheqëse	.753
Ushqimet janë atraktive	.640
Laboratori dhe farmacia gjenden lehtësisht, brenda spitalit	.405

Burimi: Autori, 2016

Dimensioni i fundit – *ndjeshmëria* është vlerësuar me një koefiçent Alpha prej **0.883** ndërsa peshat specifike të 5 pyetjeve që e matin atë janë edhe ato të gjitha më të mëdha nga vlera kufi 0.4.

Tabela 14: Peshat faktoriale për variablin e pavarur – Ndjeshmëria

	Peshat faktoriale
Mjekët shqetësohen në mënyrë të sinqertë për pacientët e tyre	.561
Stafi respekton privatësinë e pacientëve	.737
Stafi u siguron pacientëve vëmendje personale	.810
Stafi i njeh se cilat janë nevojat specifike të pacientëve	.831
Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre	.652

Burimi: Autori, 2016

3.8.1 Multikolineariteti

Një problem që ndeshet gjatë analizës së regresionit është ‘multikolineariteti’. Si rezultat, përpara nisjes së analizës, lind nevoja për të vlerësuar multikolinearitetin ndërmjet variablave të pavarur. Multikolineariteti ndodh atëherë kur një variabël i pavarur ka korrelacion të lartë me një grup variablash të tjerë të pavarur. Prania e tij mund të çojë në konkluzione jo të sakta në lidhje me faktin se cili nga variablat e pavarur është statistikisht domethënës (Lind et al. 2002). Për të vlerësuar multikolinearitetin u ndërtua tabela e korrelacionit për variablat e pavarur. Prania e vlerave të larta të korrelacionit është shenjë e parë për praninë e multikolinearitetit (Gerais & Terziovski, 2003).

Sipas Lind et al. (2002), si rregull i përgjithshëm vlera të korrelacionit ndërmjet – 0,7 dhe 0,7 nuk shkaktojnë vështirësi (pra nuk janë problematike). Të dhënat e tabelës më poshtë tregojnë se vlerat e përfutuara nuk janë shqetësuese prandaj vazhdojmë më tej analizën. Madje, vlerat përkatëse të VIF (variance inflation factor) varjojnë nga 1.279 deri në 3.568, kur dihet që kufiri është VIF = 5, apo vlerat e Tolerancës janë të gjitha më të mëdha se 0.2.

Tabela 15: Korrelacioni midis variablave të pavarur për spitalet publike

	Përgjegjshmëria	Besueshmëria	Siguria	Pajisjet & Teknologjia	Ndjeshmëria
Përgjegjshmëria	1				
Besueshmëria	.609**	1			

Siguria	.662**	.642**	1		
Pajisjet & Teknologjia	.388**	.410**	.407**	1	
Ndjeshmëria	.647**	.681**	.641**	.448**	1

Burimi: Autori, 2016

Tabela 16: Korrelacioni midis variablave të pavarur për spitalet private

	Përgjegjshmëria	Besueshmëria	Siguria	Pajisjet & Teknologjia	Ndjeshmëria
Përgjegjshmëria	1				
Besueshmëria	.695**	1			
Siguria	.626**	.650**	1		
Pajisjet & Teknologjia	.325**	.223**	.217**	1	
Ndjeshmëria	.619**	.619**	.664**	.337**	1

Burimi: Autori, 2016

3.9 Analiza faktoriale e variablave të hendekut (Perceptim real-Pritshmëri)

Analizohen tashmë dimensionet e cilësisë së shërbimeve në spitalet publike duke marrë tashmë në konsideratë GAP për secilin prej tyre. Fillimisht testohen peshat faktoriale që kanë secili prej dimensioneve sipas çështjeve përkatëse si dhe koeficientët e besueshmërisë. Për vlerat e GAP të dimensionit të parë – *përgjegjshmëria* tabela më poshtë tregon se, peshat faktoriale të secilës pyetje janë më të mëdha se 0.4 prandaj të gjitha vazhdojnë analizën e mëtejshme. Ndërsa koeficienti alpha i llogaritur për to është **0.915** një vlerë shumë e lartë besueshmërie.

Tabela 17: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Përgjegjshmëria për spitalet publike

	Peshat faktoriale
Punonjësit e spitaleve ishin gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	.883

Punonjësit e spitaleve u japin pacientëve shërbimtë menjëhershëm, saherë ata kanë nevojë	.622
Trajtimet ju shpjegohen pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë	.902
Punonjësit e spitaleve u shpjegojnë, egzaktesisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet	.887

Burimi: Autori, 2016

Të dhënat e tabelës më poshtë tregojnë peshat faktoriale të GAP-it të dimensionit *besueshmëria* të cilat siç duken edhe nga vlerat e tyre janë të gjitha më të mëdha se 0.4 prandaj ato mbahen në analizën e mëtejshme. Vlera e Alphës për këto 5 pyetje është **0.964** sërish një vlerë shumë e lartë besueshmërie.

Tabela 18: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Besueshmëria për spitalet publike

	Peshat faktoriale
Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve	.884
Spitalet i ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim	.858
Spitalet e japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë	.891
Kur pacientët kanë një problem, spitalet tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	.854
Spitali jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	.891

Burimi: Autori, 2016

Sa i takon dimensionit të tretë – *siguria* analiza e peshave faktoriale të GAP-it të këtij dimensionit tregon se të gjitha këto elemente të këtij dimensionit mbahen në analizë pasi vlerat e secilës prej tyre e tejkalojnë vlerën kufi 0.4. Vlera e koeficientit Alpha për këto pyetje është **0.966**, sërish një vlerë shumë e lartë.

Tabela 19: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Siguria për spitalet publike

	Peshat faktoriale
Pacientët ndihen të sigurtë për pagesat e tyre.	.809
Procedurat administrative duhet janë të shkurtra dhe të qarta	.768

Të dhënat e pacientëve ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës	.805
Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira	.815
Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	.824
Mjekët nuk gabojnë në diagnozat e tyre.	.790
Trajtimi kryhet me praktikat dhe metodat më moderne	.700
Përgjigjet laboratorike të spitaleve janë gjithmonë të sakta	.800
Nëpër spitale u jepet kujdes special pacientëve të urgjencës	.799

Burimi: Autori, 2016

Peshat faktoriale të dimensionit **pajisjet dhe teknologjia** paraqiten në tabelën më poshtë e cila tregon se edhe këto pyetje mbahen në analizë sepse peshat faktoriale të tyre janë më të larta se 0.4 dhe koeficienti i besueshmërisë për to ka vlerën **0.938**.

Tabela 20: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Pajisjet & teknologjia për spitalet publike

	Peshat faktoriale
Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne	.732
Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht të pastër	.526
Dhomat janë të qeta	.739
Dhomat dhe banjot janë të pastra	.780
Ka lehtësira për shoqëruesit e pacientëve	.783
Pajisjet janë vizualisht tërheqëse	.808
Ushqimet janë atraktive	.738

Laboratori dhe farmacia gjenden lehtësisht, brenda spitalit	.573
---	------

Burimi: Autori, 2016

Dimensioni i fundit të analizë është dimensionin e *ndjeshmërisë* ku pyetjet të cilat matin këtë dimension kanë peshat faktoriale ashtu siç tregohet më poshtë. Nga të dhënat e saj vërehet se, peshat edhe për këtë dimension janë më të mëdha se 0.4 dhe për këtë arsye të gjitha mbahen në analizën e mëtejshme ndërsa Alpha është **0.975** sërish një vlerë shumë e mirë besueshmëria.

Tabela 21: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Ndjeshmëria për spitalet publike

	Peshat faktoriale
Mjekët shqetësohen në mënyrë të sinqertë për pacientët e tyre	.870
Stafi respekton privatësinë e pacientëve	.908
Stafi u siguron pacientëve vëmendje personale	.940
Stafi i njeh se cilat janë nevojat specifike të pacientëve	.937
Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre	.900

Burimi: Autori, 2016

Analizojmë sërish peshat faktoriale të GAP-ve sipas secilit dimension dhe koeficientët përkatës të besueshmërisë së tyre për Sektorin Privat. Në tabelën më poshtë vihet re, se peshat faktoriale të GAP për dimensionin – *përgjegjshmëria* janë të gjitha më të mëdha se 0.4 prandaj mbahen në analizë. Koeficienti Alpha për këto pyetje llogaritet në vlerën **0.917**.

Tabela 22: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Përgjegjshmëria për spitalet private

	Peshat faktoriale
Punonjësit e spitaleve ishin gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	.778
Punonjësit e spitaleve u japin pacientëve shërbimtë menjëhershëm, saherë ata kanë nevojë	.816
Trajtimet ju shpjegohen pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë	.821
Punonjësit e spitaleve u shpjegojnë, egzakhtësisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet	.812

Burimi: Autori, 2016

Për dimensionin e dytë – *besueshmëria* sërish konstatohet se edhe peshat faktoriale të secilës pyetje të tij janë mbi vlerën kufi ndërsa Alpha është **0.921**.

Tabela 23: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Besueshmëria për spitalet private

	Peshat faktoriale
Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve	.792
Spitalet i ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim	.784
Spitalet e japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë	.741
Kur pacientët kanë një problem, spitalet tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	.795
Spitali jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	.832

Burimi: Autori, 2016

Meqë edhe peshat faktoriale të dimensionit *siguria* janë më të larta se 0.4 ato mbahen të gjitha në analizën e mëtejshme dhe koeficienti i besueshmërisë për to është **0.959**.

Tabela 24: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Siguria për spitalet private

	Peshat faktoriale
Pacientët ndihen të sigurtë për pagesat e tyre	.720
Procedurat administrative duhet janë të shkurtra dhe të qarta	.701
Të dhënat e pacientëve ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës	.827
Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira	.862
Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t’iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	.842
Mjekët nuk gabojnë në diagnozat e tyre.	.797
Trajtimi kryhet me praktikat dhe metodat më moderne	.731
Përgjigjet laboratorike të spitaleve janë gjithmonë të sakta	.848

Nëpër spitale u jepet kujdes special pacientëve të urgjencës	.749
--	------

Burimi: Autori, 2016

Sipas Tabelës 25 edhe peshat faktoriale të faktorëve që matin dimensionin *Pajisjet & Teknologjia* i tejkalojnë të gjitha vlerën kufi prandaj edhe këto pyetje i mbajmë të gjitha në analizë. Ndërsa vlerësimi për koeficientin Alpha është **0.979** një vlerë shumë e lartë besueshmërie.

Tabela 25: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Pajisjet & teknologjia për spitalet private

	Peshat faktoriale
Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne	.871
Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht të pastër	.971
Dhomat janë të qeta	.815
Dhomat dhe banjot janë të pastra	.968
Ka lehtësira për shoqëruesit e pacientëve	.968
Pajisjet janë vizualisht tërheqëse	.954
Ushqimet janë atraktive	.679
Laboratori dhe farmacia gjenden lehtësisht, brenda spitalit	.963

Burimi: Autori, 2016

Për dimensionin e fundit të matjes së cilësisë së shërbimit që është ai i *ndjeshmërisë* së stafit mjekësor, shihet qartë se edhe pyetjet e këtij dimensionit mbahen në analizën e mëtejshme meqë peshat e faktoriale të tyre janë më të larta se 0.4. Vlera e Alpha për këto pyetje është **0.947**.

Tabela 26: Peshat faktoriale për GAP të dimensionit – Ndjeshmëria për spitalet private

	Peshat faktoriale
Mjekët shqetësohen në mënyrë të sinqertë për pacientët e tyre	.766
Stafi respekton privatësinë e pacientëve	.868
Stafi u siguron pacientëve vëmendje personale	.904

Stafi i njeh se cilat janë nevojat specifike të pacientëve	.885
Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre	.812

Burimi: Autori, 2016

3.9.1 Multikolineariteti

Para se të ndërtojmë ekuacionin edhe për këtë rast shohim fillimisht kushtin e multikolinearitetin e tyre. Tabela më poshtë tregon se vlerat e tyre të korrelacionit janë brënda normave të lejuara, gjë e cila na lejon që të ndërtojmë ekuacionin e regresionit të shumfishtë linear.

Tabela 27: Korrelacioni midis variablave të pavarur (GAP) për spitalet publike

	GAP Përgjegjshmëria	GAP Besueshmëria	GAP Siguria	GAP Pajisjet & Teknolog jia	GAP Ndjeshmë ria
GAP Përgjegjshmëria	1				
GAP Besueshmëria	.671**	1			
GAP Siguria	.508**	.476**	1		
GAP Pajisjet & Teknologjia	.669**	.600**	.695**	1	
GAP Ndjeshmëria	.662**	.591**	.673**	.615**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Burimi: Autori, 2016

Shohim tashmë kushtin e multikolinearitetit për dimensionet midis tyre për sektorin privat. Kështu sipas rezultateve vihet re se vlerat e korrelimit midis tyre janë brënda kufijve të lejuar duke na mundësuar kështu ndërtimin e ekuacionit të regresionit të shumfishtë linear të GAP-it të cilësisë së shërbimeve dhe kënaqësisë së pacientëve në spitalet private.

Tabela 28: Korrelacioni midis variablave të pavarur (GAP) për spitalet private

	GAP Përgjegjshmëria	GAP Besueshmëria	GAP Siguria	GAP Pajisjet & Teknologji a	GAP Ndjeshmëria
GAP Përgjegjshmëria	1				
GAP Besueshmëria	.675**	1			

GAP Siguria	.683**	.623**	1		
GAP Pajisjet & Teknologjia	.673**	.534**	.629**	1	
GAP Ndjeshmëria	.593**	.595**	.585**	.422**	1

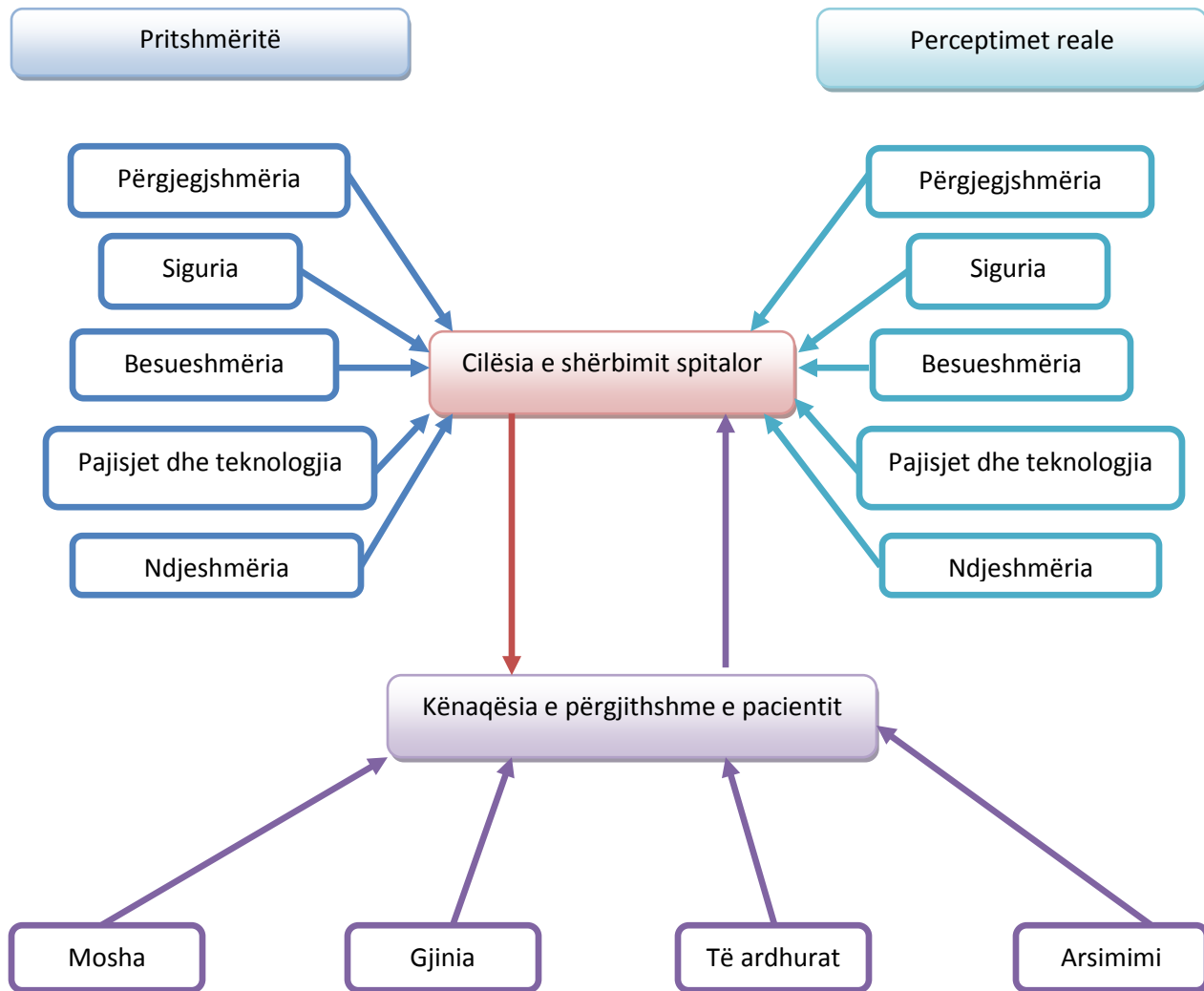
****. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Burimi: Autori, 2016

3.10 Modeli konceptual fillestar i studimit

Në përfundim të analizës faktoriale të të gjithë elementëve të dimensioneve të marra në studim, për të dy sektorët privat e publik, vazhdohet me analizën e mëtejshme dhe ndërtohet modeli konceptual fillestar i studimit.

Figura 2: Paraqitje skematike e modelit fillestar i kërkimit



KAPITULLI 4

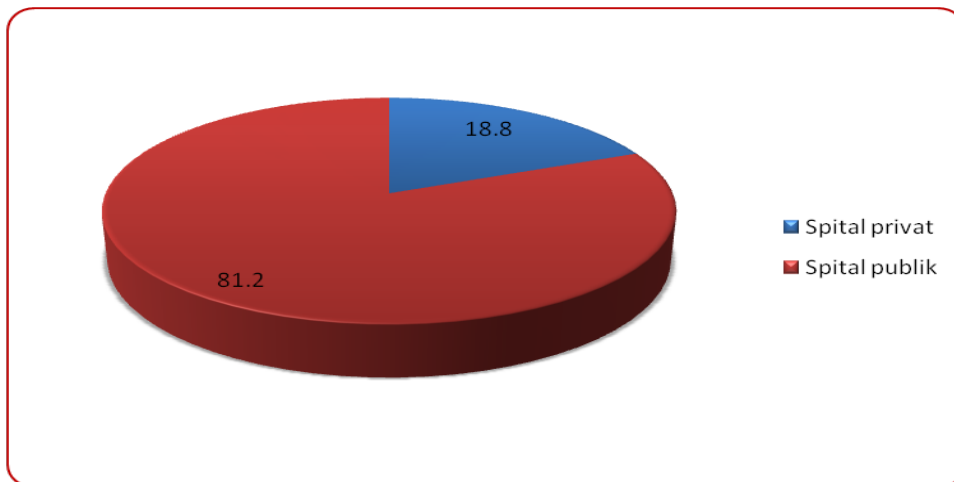
ANALIZA KËRKIMORE

4.1 Analizë përshkruese e faktorëve demografikë

4.1.1 Lloji i spitalit

Në këtë studim u pyetën rreth 800 pacientë, nga të cilët 650 ose 81.2%, kanë marrë shërbime spitalore në spitale publike dhe pjesa tjetër prej 150 pacientësh ose 18.8% i kanë marrë këto shërbime në spitalet private.

Grafiku 3: Lloji i spitalit ku marrin shërbim pacientët



Burimi: Autorja, 2016

4.1.2 Shpërndarja gjeografike

Në mënyrë që studimi të jetë sa më gjithpërfshirës, shtrirja gjeografike e shpërndarjes së pyetësorit për vlerësimin e këtij shërbimi është bërë në disa nga spitalet publike dhe private më të mëdha në vend, si dhe me fluksin më të madh të shërbimeve.

Kështu, ashtu sikurse vërehet edhe nga të dhënat e tabelës së mëposhtme, peshën më të madhe e zënë spitalet e Tiranë me 350 pacientë për arsye të numrit më të madh të spitaleve publike dhe private, por edhe të ofrimit të shërbimeve më të specializuara krahasuar me rrethet e tjera, ku Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” numëron 100 pacientë të intervistuar.

Më pas renditet spitali publik i qytetit të Durrësit me 150 pacientë ose 18.8% të numrit të përgjithshëm. Ndërsa, qytetet e tjera si Fieri, Shkodra, Lezha, Kruja, Vlora dhe Kavaja kanë secili nga 50 pacientë ose 6.3% çdonjëri.

Tabela 29: Shpërndarja e spitaleve sipas qyteteve

	Frekuenca	Përqindja
Spitali publik Durrës	150	18.8
Spitali publik Fier	50	6.3
Spitali publik Kavajë	50	6.3
Spitali publik Krujë	50	6.3
Spitali publik Lezhë	50	6.3
Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë	100	12.5
Spitali Amerikan (privat) Tiranë	50	6.3
Spitali “Mbretëresha Geraldinë” Tiranë	25	3.1
Spitali “Koço Glozheni” Tiranë	25	3.1
Spitali Hygeja (privat) Tiranë	50	6.3
Spitali Universitar i Traumës, Tiranë	50	6.3
Spitali Salus (privat) Tiranë	50	6.3
Spitali publik Shkodër	50	6.3
Spitali publik Vlorë	50	6.3
Total	800	100.0

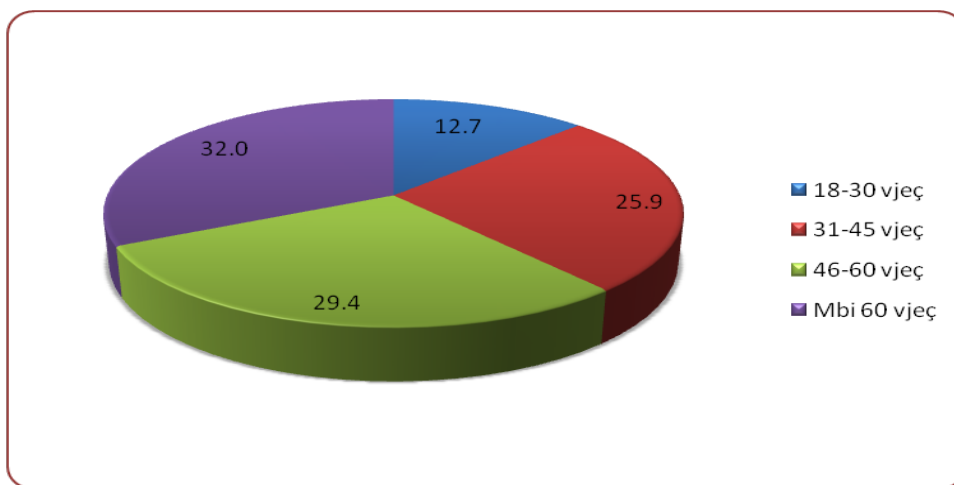
Burimi: Autorja, 2016

4.1.3 Moshë

Përsa i takon moshës së pacientëve të intervistuar shpërndarja e tyre jepet si më poshtë. Në vëndin e parë me 32%, renditen pacientët e grup moshës mbi 60 vjeç, për arsye se kjo grup moshë ka edhe nevojën më të madhe për kujdes shëndetësor në përgjithësi, por edhe për shërbim spitalor në veçanti.

Më pas renditen pacientët e grup moshës 46-60 vjeç me 29.4%, në vend të tretë janë pacientët e grup moshës 31-45 vjeç me 25.9% dhe së fundi me 12.7% renditet grup moshë 18-30 vjeç.

Grafiku 4: Shpërndarja e pacientëve sipas grup moshës

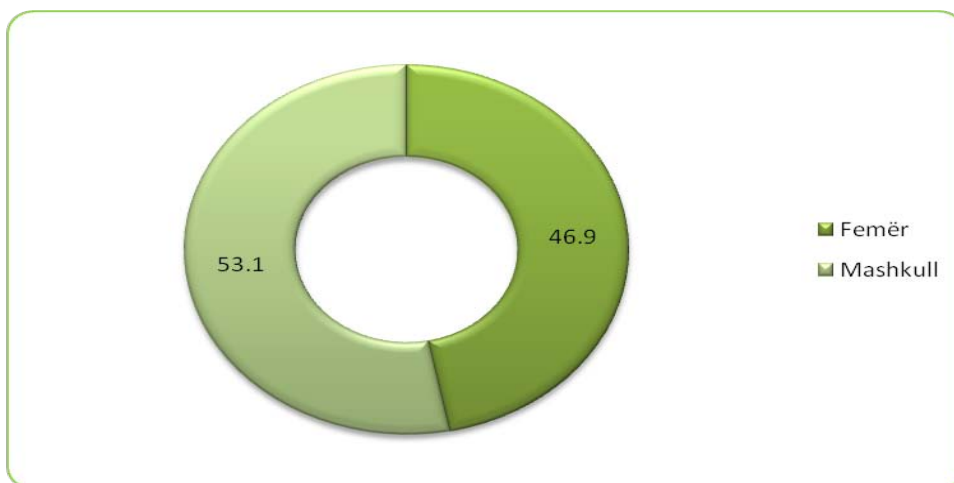


Burimi: Autorja, 2016

4.1.4 Gjinia

Sa i takon gjinisë së pacientëve grafiku më poshtë tregon se pjesa më e madhe e tyre me 53.1% janë femra, kjo edhe për arsye se femrat përbëjnë edhe numrin më të madh të popullsisë, ndërsa meshkujt llogariten në 46.9% të totalit.

Grafiku 5: Gjinia



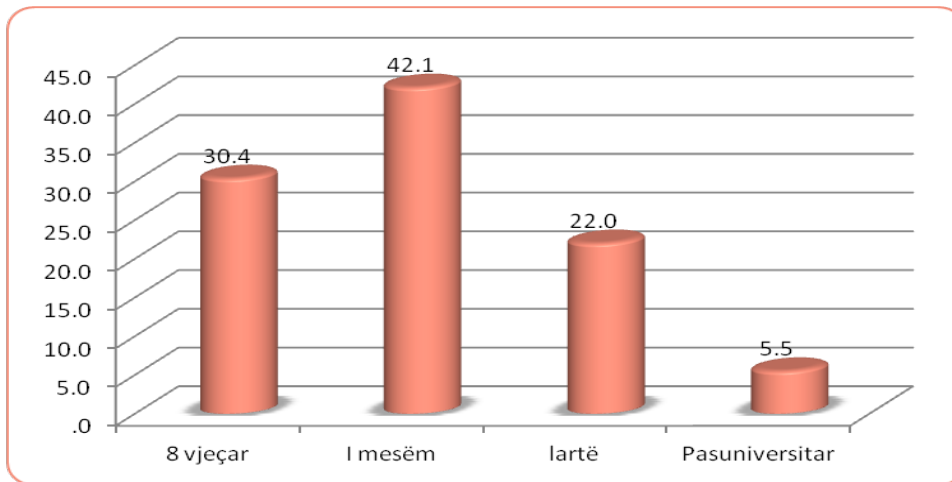
Burimi: Autorja, 2016

4.1.5 Niveli arsimor

Një tjetër informacion i rëndësishëm lidhur me të dhënat demografike të kampionit është edhe niveli arsimor i pacientëve. Kështu, pjesa më e madhe e tyre me 42.1% janë me

arsim të mesëm nga ku 85.5% e tyre kanë marrë shërbim shëndetësor në spitale publike (Tabela 1 në Shtojcën B), të ndjekur nga 30.4% që shprehen se janë me arsim 8 - vjeçar ku sërish 98.4% e tyre e kanë marrë shërbimin përkatës në spitale publike. 176 pacientë ose 22% e totalit janë me arsim të lartë, ku 63.1% prej tyre e kanë përfituar këtë shërbim në spitale publike, ndërsa pjesa tjetër me 36.9% e kanë marrë shërbimin shëndetësor në spitale private. Në fund vetëm me 5.5% renditen pacientët të cilët kanë nivel arsimor pasuniversitar ku 72.7% e tyre u janë drejtuar spitaleve private ndërsa pjesa tjetër prej 27.3% spitaleve publike.

Grafiku 6: Shpërndarja e numrit të pacientëve sipas nivelit arsimor



Burimi: Autorja, 2016

4.1.6 Niveli i të ardhurave

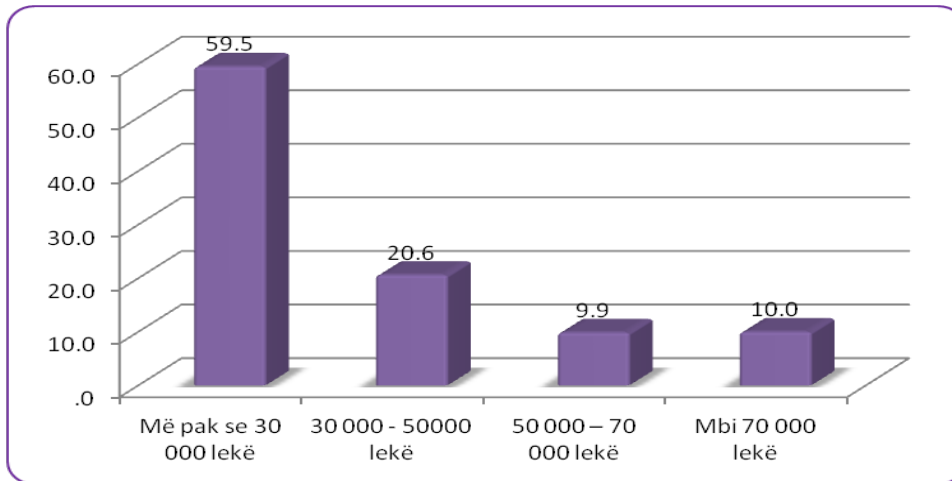
Lidhur me nivelin mesatar të të ardhurave, i cili shpesh ndikon edhe në vendimarrjen për zgjedhjen e llojit të spitalit për marrjen e një shërbimi të caktuar shëndetësor, jepet informacioni i mëposhtëm.

Më tepër se gjysma e tyre me 59.5% të totalit, deklarojnë se kanë të ardhura mesatare mujore më pak se 30 000 lekë, dhe nga këta 92.6% u janë drejtuar spitaleve publike (Tabela 2 Shtojcën B) për marrjen e shërbimit shëndetësor dhe vetëm 7.4% e tyre u janë drejtuar spitaleve private.

Në vend të dytë me 20.6%, renditen ata pacientë që deklarojnë se të ardhurat e tyre variojnë nga 30 000 – 50 000 lekë, ku edhe në këtë grup pacientësh pjesa më e madhe prej 83% i marrin shërbimet në spitale publike, të ndjekur nga 80 pacientë që përbëjnë 10% të totalit, që deklarojnë se të ardhurat mujore mesatare janë më të mëdha se 70 000 lekë, ku më shumë se 2/3 e tyre ose 66.3% u janë drejtuar spitaleve private dhe 9.9% të tjerë që deklarojnë se niveli mesatar i të ardhurave mujore është [50 000 – 70 000 lekë]

nga ku vetëm 43% e tyre u janë drejtuar spitaleve private ndërsa pjesa tjetër me 57% e kanë marrë këtë shërbim pranë spitaleve publike.

Grafiku 7: Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit mesatar të të ardhurave mujore



Burimi: Autorja, 2016

4.2 Analizë përshkruese e dimensioneve të cilësisë së shërbimit dhe kënaqësisë së pacientëve

Elementëve kryesorë të shërbimit spitalor, të cilat janë vlerësuar dhe matur për këtë studim janë: Përgjegjshmëria, Besueshmëria, Siguria, Pajisjet & Teknologjia dhe Ndjeshmëria e stafit.

4.2.1 Analiza e dimensioneve të cilësisë sipas perceptimeve reale të pacientëve

Përgjegjshmëria

Tabela më poshtë tregon vlerësimin që kanë bërë pacientët në përgjithësi, për kriterin e përgjegjshmërisë lidhur me shërbimin spitalor që ata kanë përfituar realisht, në spitalet publike dhe private njëkohësisht.

Kështu, të dhënat tregojnë se, vlerësimi për gadishmërinë e punonjësve të spitaleve, për të ndihmuar pacientët është: për 53% të tyre vlerësimi për gadishmërinë ka nivel shumë të mirë, të ndjekur nga 24% të tjerë të cilët janë shprehur se ky nivel është i mirë, ndërsa pjesa tjetër e vlerësojnë gadishmërinë në nivel mesatar dhe negativ, respektivisht me 16.4% dhe 6.6%.

I njëjti trend vlerësimi ndiqet edhe për vlerësimin e shpejtësisë me të cilën punonjësit e spitaleve u përgjigjen pacientëve të tyre, ku 77.1% e vlerësojnë shumë mirë dhe mirë këtë shërbim, të ndjekur nga 15.9%, për të cilët ky vlerësim është mesatar dhe pjesa tjetër

ndahet duke e vlerësuar keq apo shumë keq respektivisht me 6.1% dhe 0.9%, por ky një numër shumë i vogël. Edhe mënyra e shpjegimit të trajtimit mjekësor të pacientëve sipas 67.3% të të intervistuarve, është shpjeguar shumë mirë dhe mirë, në nivel mesatar vetëm për 21.9% dhe keq apo shumë keq respektivisht për 8.9% dhe 1% të pacientëve.

Shpjegimet mbi kohën e kryerjes së shërbimeve spitalore, janë vlerësuar me vlera të larta. Kështu, për 48.5% të pacientëve ky vlerësim është në nivel shumë të mirë, ndjekur nga 20.9% për të cilët vlerësimi qëndron në nivel mesatar. 19.9% e pacientëve të intervistuar janë shprehur se vlerësimi për shpjegimin e kohës ekzakte së marrjes së shërbimeve spitalore është i mirë dhe për 10.7% ky vlerësim është i keq ose shumë i keq

Tabela 30: Percepsionet reale për dimensionin Përgjegjshmëria

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Punonjësit e spitaleve ishin gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	1.0	5.6	16.4	24.0	53.0
Punonjësit e spitaleve u japin pacientëve shërbim të menjëhershëm, sa herë ata kanë nevojë	.9	6.1	15.9	22.8	54.3
Trajtimet ju shpjegohen pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë	1.0	8.9	21.9	21.0	47.3
Punonjësit e spitaleve u shpjegojnë, egzakhtësisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet	1.1	9.6	20.9	19.9	48.5

Burimi: Autorja, 2016

Besueshmëria

Sa i takon vlerësimit të dimensionit të besueshmërisë, ndër gjithë çështjet që lidhen me vlerësimin e këtij dimensionit, vlerësimin më të lartë me 92.1% (shumë i mirë dhe i mirë), e ka fakti se spitalet i ruajnë të dhënat e pacientëve pa asnjë gabim.

Më tej, renditet alternativa se ‘Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve’ duke marrë edhe ajo 86.4% të vlerësimit shumë mirë ose mirë, e ndjekur nga 9.6% që shprehen se ky vlerësim është mesatar dhe vetëm për 4% ky vlerësim mendohet se është i keq apo dhe shumë i keq.

Alternativa “Spitali jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij”, ka marrë 83.9% vlerësime pozitive, ndërkohë që, pjesa tjetër ndahet ndërmjet, 10.5% të pacientëve, që shprehen se niveli i dhënies së shërbimit mirë që herën e parë është mesatar, dhe 5.6% të tjerëve që shprehen se ky vlerësim është negativ (keq apo shumë keq). Ndërsa dy alternativat e tjera “Spitalet e japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë” dhe “Kur pacientët kanë një problem, spitalet tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë”, kanë marrë respektivisht 77.6% dhe 63.4% vlerësime pozitive, dhe pjesa tjetër e pacientëve janë shprehur se këto shërbime janë ende në nivel mesatar respektivisht me 16% dhe 28.3%. Pjesa tjetër kanë vlerësime negative respektivisht me 6.4% dhe 8.4% të totalit të gjithë pacientëve.

Tabela 31: Percepshionet reale për dimensionin Besueshmëria

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve	.8	3.3	9.6	15.9	70.5
Spitalet i ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim	.5	2.0	5.4	17.5	74.6
Spitalet e japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë	.6	5.8	16.0	21.6	56.0
Kur pacientët kanë një problem, spitalet tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	1.1	7.3	28.3	19.5	43.9
Spitali jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	1.1	4.5	10.5	19.8	64.1

Burimi: Autorja, 2016

Siguria

Siguria është një tjetër kriter i rëndësishëm për të cilin vlerësimet e pacientëve janë si më poshtë: Vlerësimin më të lartë ndër gjithë alternativat, që lidhen me matjen e sigurisë e ka alternativa “Të dhënat e pacientëve ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës”, e cila ka marrë 92.8% vlerësim shumë mirë ose mirë, e ndjekur nga alternativa “Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira” me 90.3% vlerësim pozitiv nga pacientët. Në vend të tretë dhe të katërt renditen alternativat ‘Mjekët nuk gabojnë në diagnozat e tyre’ dhe “Procedurat administrative janë të shkurtra dhe të qarta’ respektivisht me 89.3% dhe 86.5% vlerësime pozitive.

Më pas vjen alternativa “Pacientët ndihen të sigurtë për pagesat e tyre” me 82.8% vlerësim pozitiv e ndjekur nga alternativa tjetër “Nëpër spitale u jepet kujdes special pacientëve të urgjencës” e cila gjithashtu ka vlerësim të lartë pozitiv me 81.8%. Vlerësim më të ulët pozitiv kanë marrë alternativat “Përgjigjet laboratorike të spitaleve janë gjithmonë të sakta”, “Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t’iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve” dhe “Trajtimi kryhet me praktikat dhe metodat më moderne”, të cilat kanë marrë respektivisht 76.9%, 75.1% dhe 53.5% vlerësime pozitive.

Pjesa tjetër ose i vlerësojnë mesatarisht këto elementë, ose japin vlerësime negative të cilat variojnë nga 1.9% - 8.8%, por një numër relativisht i vogël pacientësh.

Tabela 32: Percepshionet reale për dimensionin Siguria

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Pacientët ndihen të sigurtë për pagesat e tyre.	.5	4.4	12.4	17.0	65.8
Procedurat administrative janë të shkurtra dhe të qarta	.5	2.5	10.5	15.5	71.0
Të dhënat e pacientëve ruhen duke	.4	1.5	5.4	15.1	77.6

zbatuar parimin e konfidencës					
Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira	.5	1.5	7.8	18.4	71.9
Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	1.1	5.0	17.0	24.5	52.4
Mjekët nuk gabojnë në diagnozat e tyre.	.3	2.5	8.0	16.1	73.1
Trajtimi kryhet me praktikatat dhe metodat më moderne	1.3	7.5	37.8	22.6	30.9
Përgjigjet laboratorike të spitaleve janë gjithmonë të sakta	.5	3.8	20.6	30.9	44.3
Nëpër spitale u jepet kujdes special pacientëve të urgjencës	1.0	5.8	11.5	15.0	66.8

Burimi: Autorja, 2016

Pajisjet dhe teknologjia

Gjithashtu për të marrë një vlerësim sa më të plotë lidhur me shërbimin spitalor në tërësi është matur edhe vlerësimi për pajisjet dhe teknologjinë e përdorur gjatë ekzaminimit dhe trajtimit të pacientëve në këto spitale. Kështu, sipas këtij vlerësimi, alternativa “Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht të pastër” është vlerësuar më shumë se të tjerat, duke kapur vlerën 88.1% të vlerësimit shumë mirë dhe mirë, e ndjekur nga alternativat ‘Dhomat janë të qeta’ dhe “Dhomat dhe banjot janë të pastra”, respektivisht me 64.9% dhe 45.8% vlerësime pozitive. Ndërkohë që, pjesa tjetër e pacientëve kanë perceptim negativ ose kanë qëndruar thujase neutral.

Dy nga alternativat që kanë vlerësimin pozitiv më të ulët janë: “Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne” dhe “Pajisjet janë vizualisht tërheqëse” me respektivisht 29% dhe 27.8%, pra janë pikërisht alternativat që lidhen me vlerësimin e modernizimit të pajisjeve të këtyre spitaleve. Ndërkohë, vlerësimet e moderuara kapin vlerat nga 42,9% dhe 42.1%, që tregon se pacientët që kanë marrë shërbime mjekësore në këto spitale nuk i vlerësojnë maksimalisht pajisjet ekzistuese të këtyre spitaleve, megjithë përpjekjet e vazhdueshme të institucioneve publike për përmirësimin e tyre, pasi përmirësimi i tyre ndikon drejtpërdrejt në ekzaminimet dhe trajtimet e sakta të pacientëve.

Tabela 33: Percepshionet reale për dimensionin Pajisjet dhe teknologjia

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne	3.5	24.6	42.9	8.3	20.8
Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht të pastër	.4	2.1	9.4	21.9	66.3
Dhomat janë të qeta	2.4	7.1	25.6	28.3	36.6
Dhomat dhe banjot janë të pastra	3.4	15.4	35.5	16.0	29.8
Ka lehtësira për shoqëruesit e pacientëve	2.1	19.0	42.8	12.8	23.4

Pajisjet janë vizualisht tërheqëse	2.9	27.3	42.1	7.8	20.0
Ushqimet duhet janë atraktive	1.9	24.8	38.6	17.3	17.5
Laboratori dhe farmacia gjenden lehtësisht, brenda spitalit	2.3	22.4	35.3	18.0	22.1

Burimi: Autorja, 2016

Ndjeshmëria

Lidhur me ndjeshmërinë e stafit mjekësor gjatë marrjes së këtyre shërbimeve nga të dhënat e tabelës së mëposhtme shihet qartë se të gjitha alternativat e paraqitura kanë marrë vlerësim shumë të mirë. Kështu, pacientët vlerësojnë më së shumti faktin se “Stafi mjekësor respekton privatësinë e pacientëve” duke e vlerësuar me 84.9% pozitivisht.

Më pas renditet alternativa “Stafi u siguron pacientëve vëmendje personale” me 81.6% vlerësim pozitiv. Vendi i tretë dhe të katërt e zënë alternativat “Stafi i njeh se cilat janë nevojat specifike të pacientëve” dhe “Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre”, respektivisht me 78.3% dhe 74.4%, vlerësime pozitive. Në fund vetëm me 64.6% vlerësim pozitiv (shumë mirë dhe mirë), është vlerësuar fakti se “Mjekët shqetësohen në mënyrë të sigurtë për pacientët e tyre”. Ndërsa, vlerësimet negative kanë qënë me vlera të ulëta nga 4.5% - 9.6%, ndërsa pjesa tjetër kanë vlerësim mesatar.

Tabela 34: Percepionet reale për dimensionin Ndjeshmëria

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Mjekët shqetësohen në mënyrë të sigurtë për pacientët e tyre	1.4	8.3	25.8	23.9	40.8
Stafi respekton privatësinë e pacientëve	.9	3.6	10.6	26.0	58.9
Stafi u siguron pacientëve vëmendje personale	.9	4.3	13.3	24.1	57.5
Stafi i njeh se cilat janë nevojat specifike të pacientëve	.6	6.0	15.1	25.5	52.8
Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre	.9	6.0	18.8	20.6	53.8

Burimi: Autorja, 2016

4.2.2 Analiza përshkruese e dimensioneve të cilësisë sipas pritshmërive të pacientëve

Përgjegjshmëria

Tabela e mëposhtme tregon vlerësimin për pritshmëritë që kanë patur pacientët për shërbimet shëndetësore në spitalet publike sa i takon dimensionit të përgjegjshmërisë.

Kështu sipas këtij vlerësimi 36.2% e tyre prisnin që punonjësit e spitaleve të ishin gjithmonë shumë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre, të ndjekur nga 27.7% të tjerë që kanë pritur që ky shërbim të ishte i mire, dhe pjesa tjetër ndahet midis atyre pacientëve që e kanë parashikuar ose pritur që niveli i gadishmërisë të ishte mesatar nga 22.9% e

tyre. Por ka edhe nga ata pacientë që kanë menduar gjithashtu se gadishmëria e stafit mjekësor në spitalet publike të ishte i keq ose shumë i keq respektivisht me 12.8% dhe 0.5% të tyre.

“Dhënia e shërbimit të menjëhershëm për pacientët sa here ata të kenë nevojë” ka patur pritshmëri të larta apo shumë të larta tek 62.5% e tyre dhe mesatare tek 25.4% të tjerë. Ndërkohë që pjesa tjetër 12%,priste që ky shërbim të ishte i keq apo shumë i keq.

“Shpjegimet e qarta, pacientëve/familjarëve të tyre, lidhur me trajtimin” ka patur pritshmëri të larta dhe shumë të larta, nga ana e 62.6% e pacientëve, për 24.8% të tjerë kjo pritshmëri ka qënë mesatare, ndërsa pjesa tjetër prej 12.7%, e ka parashikuar se ky element pritej të ishte i sqaruar keq ose shumë keq.

“Shpjegimi i saktë për kohën e marrjes së shërbimeve” gjithashtu ka patur pritshmëri të mira ose shumë të mira tek pjesa më e madhe e pacientëve që u janë drejtuar spitaleve publike, pasi 63% e tyre e konfirmojnë këtë gjë. 24.5% të tjerë kanë pritur që ky shërbim të ishte në nivele mesatare dhe pjesa tjetër janë treguar pesimist duke pritur të ishte respektivisht nga 12.2% e tyre si shërbim i keq dhe 0.5% të tjerë si shumë i keq.

Tabela 35: Pritshmëritë për dimensionin Përgjegjshmëria –Spitalet publike

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Punonjësit e spitaleve duhet të jenë gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	.5	12.8	22.9	27.7	36.2
Punonjësit e spitaleve duhet t’u japin pacientëve shërbimtë menjëhershëm, sa herë ata kanë nevojë	.5	11.5	25.4	26.8	35.8
Trajtimet u duhen shpjeguar pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë	.5	12.2	24.8	26.6	36.0
Punonjësit e spitaleve duhet ti shpjegojnë, egzakhtësisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet	.5	12.2	24.5	26.8	36.2

Burimi: Autorja, 2016

Besueshmëria

Lidhur me dimensionin e besueshmërisë, vlerësimet për pritshmërinë e pyetjeve që masin këtë dimension janë si më poshtë: 45.1% e pacientëve kanë pritur që elementi “mjekët nuk duhet të nguten në ekzaminimin e pacientëve”, të jetë në nivel shumë të mirë, pasi kjo është shumë e rëndësishme për ta, të ndjekur nga 22.3% të tjerë për të cilët pritshmëritë e tyre janë të mira, ndërsa 21.5% kanë pritur që ky element i shërbimit spitalor publik të ishte mesatar. Pjesa tjetër ka patur pritshmëri më të ulët respektivisht me 10.2% në nivelin keq dhe 0.9% në nivelin shumë keq.

Edhe “Ruajtja e të dhënave të pacientëve”, pothuaj ka të njëjtin nivel vlerësimi të pritshmërisë, ku 45.2% e pacientëve prisnin që spitalet publike të ruanin të dhënat shëndetësore të tyre në nivelin më të lartë, të ndjekur nga 26.3% të tjerë për të cilët pritshmëritë kanë qënë tek mirë, ndërsa për 18.6% të tyre pritshmëritë kanë qënë mesatare dhe për pjesën tjetër 9.9% përgjigjet ndahen ndërmjet nivelit keq dhe shumë keq.

“Dhënia e shërbimeve spitalore në kohën e duhur” është pritur të ishte në nivele të larta nga 66.4% e pacientëve, ku 41.2% prisnin që ky element të ishte shumë mirë dhe 25.2% të tjerë në nivelin mirë. Ndërsa 22.6% e kanë pritur të ishte mesatar, dhe pjesa tjetër 10.9% mendonin se ky element do të ishte keq ose shumë keq.

“Interesimi për të zgjidhur problemin e pacientit”, është një tjetër alternativë e rëndësishme e këtij dimensionit, për të cilën pritshmëritë kanë qënë të larta apo shumë të larta nga 63.5% e tyre, ndërsa 24.6%, janë treguar të moderuar në pritshmëritë e tyre dhe pjesa tjetër 11.9% kanë qënë pesimist duke pritur që ky element të ishte në nivele keq ose shumë keq.

“Marrja e shërbimit të duhur spitalor që herën e parë të dhënies së tij” është pritur të ishte e lartë nga 68.1% e tyre pasi shpesh ky shërbim lidhet edhe me rastet urgjente. Për 20.9% kjo pritshmëri ka qënë në nivel mesatar dhe 10.9% të tjerë janë shprehur se pritshmëritë e tyre kanë qënë në nivelet më të ulëta

Tabela 36: Pritshmëritë për dimensionin Besueshmëria –Spitalet publike

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Mjekët nuk duhet të nguten në ekzaminimin e pacientëve	.9	10.2	21.5	22.3	45.1
Spitalet duhet të ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim	.5	9.4	18.6	26.3	45.2
Spitalet duhet të japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë	.6	10.3	22.6	25.2	41.2
Kur pacientët kanë një problem, spitalet duhet të tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	.5	11.4	24.6	24.9	38.6
Spitali duhet të japë shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	.6	10.3	20.9	24.6	43.5

Burimi: Autorja, 2016

Siguria

Dimensioni i sigurisë është matur me 9 elementë, ku pritshmëritë më larta (të vlerësuara shumë mirë dhe mirë) kanë qënë lidhur me: “Mjekët duhet të kenë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira” dhe “Mjekët nuk duhet të gabojnë në diagnozat e tyre”, respektivisht me 77.7% dhe 70% të totalit për secilën prej tyre. Kjo ishte pritshmëri

evidente pasi aftësia e gjithë stafit në përgjithësi dhe e mjekëve në veçanti në përcaktimin e diagnozave të sakta apo në trajtimin e duhur të pacientëve, vlerësohet më së shumti nga ata, pasi lidhet drejtpërdrejtë me shëndetin dhe jetën e tyre.

Ndërkohë, pacientët kanë patur pritshmëri të larta gjithshatu edhe për elementin “Të dhënat e pacientëve duhet të ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës” duke e pritur atë në nivel të mirë dhe shumë të mirë në spitalet publike në masën 74.9%.

Pritshmëritë për elementin “Ndjehem i sigurt në kryerjen e pagesave për marrjen e shërbimeve spitalore” gjithashtu kanë qënë të larta me 72.9% të totalit, i ndjekur nga pritshmëritë optimiste lidhur me faktin se “Punonjësit e spitaleve duhet të kenë njohuri të mjaftueshme për t’iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve” dhe “Kujdesin special ndaj pacientëve të urgjencës”, me respektivisht 73.5% dhe 72%. Sipas 70.9% të pacientëve është pritur që “Procedurat administrative në spitalet publike duhet të ishin të shkurtra dhe të qarta”, në nivele shumë të mira.

Dy alternativat që kanë patur pritshmëri pozitive më të ulëta se të tjerat më sipër janë: “Përgjigjet laboratorike të spitaleve duhet të jenë gjithmonë të sakta” dhe “Trajtimi duhet të kryhet me praktikë dhe metodat më moderne”, respektivisht me 68.8% dhe 57.8% pjesa tjetër kanë qëndrim të moderuar në pritshmëritë e tyre ashtu sikurse edhe pritej sepse nuk mjaftojnë vetëm kërkesat e larta për mjekët dhe stafin e aftë, por edhe mjete dhe aparatura bashkëkohore në ekzaminim apo trajtimin e tyre .

Tabela 37: Pritshmëritë për dimensionin Siguria –Spitalet publike

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Pacientët duhet të ndjehen të sigurtë për pagesat e tyre.	.5	8.2	18.5	23.5	49.4
Procedurat administrative duhet të jenë të shkurtra dhe të qarta	.5	7.7	20.9	22.0	48.9
Të dhënat e pacientëve duhet të ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës	.3	7.7	17.1	23.7	51.2
Mjekët duhet të kenë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira	.2	6.9	15.2	20.3	57.4
Punonjësit e spitaleve duhet të kenë njohuri të mjaftueshme për t’iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	.2	7.7	18.6	24.3	49.2
Mjekët nuk duhet të gabojnë në diagnozat e tyre.	.2	7.2	14.9	19.2	58.5
Trajtimi duhet të kryhet me praktikë dhe metodat më modern	.9	10.0	31.2	26.6	31.2
Përgjigjet laboratorike të spitaleve duhet të jenë gjithmonë të sakta	.2	8.6	22.5	28.5	40.3
Nëpër spitale duhet tu jepet kujdes special pacientëve të urgjencës	.3	8.0	19.7	22.0	50.0

Burimi: Autorja, 2016

Pajisjet dhe teknologjia

Krahas përgatitjes së stafit mjekësor, e rëndësishme gjithashtu është edhe diagnostikimi dhe trajtimi i pacientëve me pajisje dhe aparatura moderne aq më tepër që teknologjia në fushën e mjekësisë, ashtu sikurse edhe në fusha të tjera, po përparon gjithnjë e më shumë.

Por, duke ju referuar reformave të ndërmarra vitet e fundit apo investimeve publike në këto spitale pritshmëritë e pacientëve nuk janë të larta. Ky fakt reflektohet tek vlerësimi që ata i kanë bërë elementëve të dimensionit Pajisjet dhe teknologjia. Në lidhje me pamjen moderne të aparaturave pritshmëritë kanë qënë mirë apo shumë mirë në masën 29.1%, mesatare me 46.2% dhe pjesa tjetër janë pesimist në pritshmëritë e tyre.

Vlerësim mesatar ka dhënë shumica e tyre edhe për alternativën që lidhet me faktin se “Dhomat e spitaleve duhet të jenë të qeta” në masën 38%, ndërkohë që për 43.3% të tjerë ky vlerësim ka qënë optimist. Nga ana tjetër 50.5% e pacientëve, presin në vlerësimin shumë mirë dhe mirë, që punonjësit e spitaleve të kenë pamje vizualisht të pastër ashtu sikurse presin që edhe mjediset e brëndshme të jenë gjithashtu të pastra me 37.7% të vlerësuar shumë mirë dhe mirë.

“Lehtësirat për shoqëruesit e pacientëve në mjediset spitalore” apo “Lehtësia e gjëndjes së farmacive dhe laboratorëve brënda spitalit” kishin pritshmëri pozitive respektivisht nga 34.9% dhe 33.4% e pacientëve. Ndërsa, dy alterntativat e tjera të këtij dimensionit renditen të fundit nga vlerësimi pozitiv i pritshmërive dhe saktësisht alternativa “Ushqimet duhet të jenë atraktive” dhe “Pajisjet duhet të jenë vizualisht tërheqëse” kanë respektivisht 31.1% dhe 28.6% pritshmëri shumë mire dhe mire. Pjesa tjetër e përgjigjeve shkon si pritshmëri në nivel mesatar apo të ulët.

Kjo nënkupton faktin se shumica e pacientëve që frekuentojnë spitalet publike janë të vetëdijshëm për cilësinë e pajisjeve dhe aparaturave mjekësore, ashtu sikurse edhe për ambjentet dhe kushtet e brëndëshme të këtyre spitaleve, pavarësisht përpjekjeve të viteve të fundit për të rregulluar gjendjen e tyre.

Tabela 38: Pritshmëritë për dimensionin Pajisjet dhe Teknologjia –Spitalet publike

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Pajisjet dhe teknologjia duhet të kenë pamje moderne	1.8	22.9	46.2	22.0	7.1
Punonjësit e spitaleve duhet të kenë pamje vizualisht të pastër	1.4	15.8	32.3	25.2	25.2
Dhomat duhet të jenë të qeta	1.4	17.2	38.0	27.5	15.8
Dhomat dhe banjot duhet të jenë të pastra	1.7	19.2	41.4	24.8	12.9
Duhet të ketë lehtësira për shoqëruesit e pacientëve	1.4	19.4	44.3	25.8	9.1

Pajisjet duhet të jenë vizualisht tërheqëse	1.7	23.4	46.3	22.2	6.5
Ushqimet duhet të jenë atraktive	1.7	22.5	44.8	24.3	6.8
Laboratori dhe farmacia duhet të gjënden lehtësisht, brenda spitalit	1.5	20.2	44.9	25.4	8.0

Burimi: Autorja, 2016

Ndjeshmëria

Përsa i takon dimensionit të ndjeshmërisë së stafit mjekësor, pritshmëritë e pacientëve janë të larta. Kështu kjo reflektohet tek fakti se 67.8% e tyre presin që stafi duhet të respektojë privatësinë e pacientëve në nivele të larta, të ndjekur nga 67.4% të tjerë, që sipas vlerësimeve të tyre presin gjithashtu që stafi duhet të sigurojë pacientëve vëmendje personale në nivele maksimale. Ashtu sikurse ka edhe nga ata pacientë (rreth 10.3%) që nuk kanë pritshmëri të larta, sidomos kur bëhet fjalë për faktin se stafi duhet të jetë tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre.

Përvoja e pacientëve lidhur me elementin “Njohja e nevojave specifike të pacientëve nga stafi mjekësor” ka bërë që vlerësimi i këtij parashikimi të jetë optimist për 67.1% të tyre dhe i moderuar në masën 23.5%. Alternativa “Mjekët duhet të shqetësohen në mënyrë të sigurtë për pacientët e tyre”, ka pritshmëri pozitive nga 65.2% e pacientëve dhe nivel mesatar në masën 24.6% ndërsa për 10.2% të tjerë ky parashikim është pesimist, duke përfaqësuar ata pacientë që janë zhgënjyer të paktën 1 herë, nga mënyra sesi stafi mjekësor është shqetësuar për problemin e tyre.

Tabela 39: Pritshmëritë për dimensionin Ndjeshmëria –Spitalet publike

	Shumë keq	Keq	Mesatar	Mirë	Shumë mirë
Mjekët duhet të shqetësohen në mënyrë të sigurtë për pacientët e tyre	.2	10.0	24.6	28.0	37.2
Stafi duhet të respektojë privatësinë e pacientëve	.2	9.2	22.8	28.0	39.8
Stafi duhet të sigurojë pacientëve vëmendje personale	.2	9.2	23.2	28.2	39.2
Stafi duhet të njohë se cilat janë nevojat specifike të pacientëve	.2	9.2	23.5	28.3	38.8
Stafi duhet të jetë tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre	.2	10.2	25.2	25.2	39.2

Burimi: Autorja, 2016

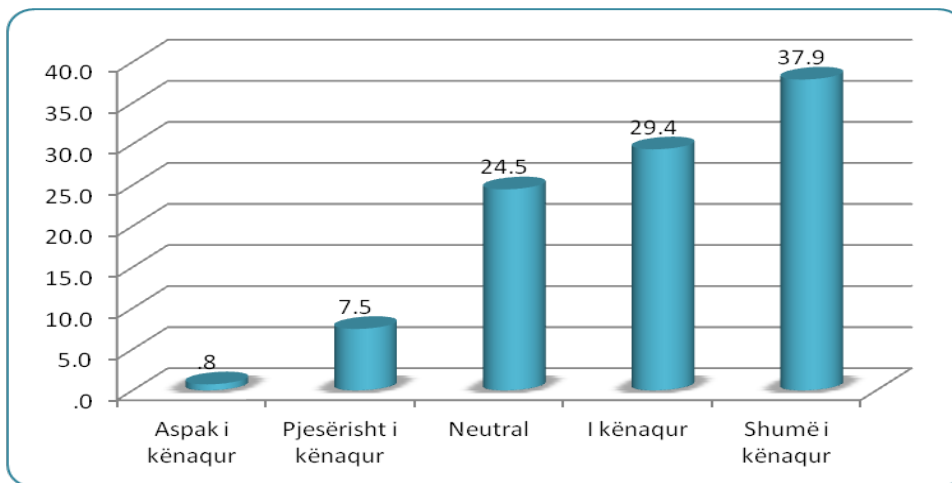
Kjo analizë është kryer vetëm për sektorin publik pasi në sektorin privat niveli i pritshmërive të pacientëve në 99 % të rasteve për çdo element të çdo dimensionit ishte maksimal.

4.2.3 Kënaqësia e pacientëve

Pacientët, janë pyetur gjithashtu edhe për kënaqësinë e përftuar në përgjithësi nga të gjithë elementët e shërbimit të ofruar spitalor, që ata kanë marrë, gjatë gjithë kohës që kanë qënë shtruar në spital, qofshin ato spitale publike apo private.

Kështu, 37.9% e pacientëve të intervistuar shprehen se janë shumë të kënaqur për shërbimet spitalore që kanë marrë, të ndjekur nga 29.4% të tjerë që shprehen se janë të kënaqur. Të pakënaqur apo pjesërisht të kënaqur janë respektivisht 0.8% dhe 7.5% ndërsa pjesa tjetër me 24.5% janë neutral në vlerësimet e tyre.

Grafiku 8: Vlerësimi për nivelin e kënaqësisë së pacientëve.

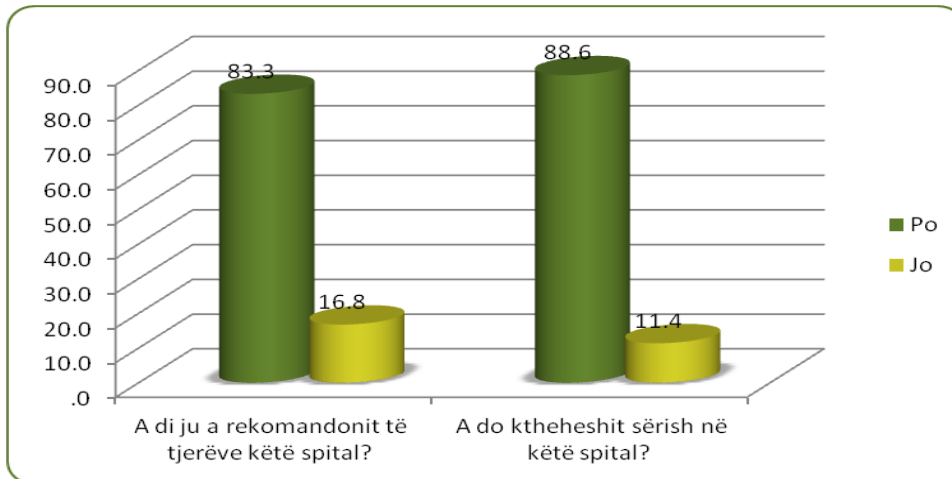


Burimi: Autorja, 2016

Lidhur me mundësinë e rikthimit sërish në të njëjtin spital në rast nevojë apo për t'u rekomanduar pacientëve të tjerë marrjen e shërbimeve në këto spitale, grafiku më poshtë tregon se, 88.6% e pacientëve të intervistuar do të ktheheshin sërish në të njëjtat spitale ku kanë marrë edhe më parë shërbimet e kujdesit shëndetësor apo shërbimet e urgjencës spitalore, dhe 83.3% e tyre do t'ua rekomandonin këto spitale edhe personave të tjerë.

Ndërsa, 11.4% e këtyre pacientëve nuk do të dëshironin të riktheheshin sërish në këto spitale dhe 16.8% të tjerë nuk kishin dëshirë t'ua rekomandonin personave të tjerë marrjen e shërbimit shëndetësor në këto spitale.

Grafiku 9: Vlerësimi për mundësinë e rikthimit sërish në po atë spital dhe rekomandimet tek pacientët e tjerë



Burimi: Autorja, 2016

4.3 Analiza krahasuese e sektorëve, bazuar në dimensionet e cilësisë së shërbimit, sipas perceptimeve reale të pacientëve

Në funksion të pyetjes së parë kërkimore, nëse ka ose jo ndryshime ndërmjet dy sektorëve të analizuar, fillimisht testohet nëse ka ndryshime në vlerësimet e pesë dimensioneve të cilësisë së shërbimit, sipas perceptimeve reale të pacientëve, për këto sektorë, pasi kanë marrë shërbimin shëndetësor, si dhe nëse ka të tilla, ku janë më të dukshme.

Përgjegjshmëria

Fillimisht, analizohet nëse ka dallime të rëndësishme statistikore lidhur me dimensionin e përgjegjshmërisë së stafit mjekësor në të dy llojet e institucioneve shëndetësore, pra spitaleve publike dhe spitaleve private. Analiza kryhet nëpërmjet Testit t për zgjedhjet e pavarura në lidhje me variablin përgjegjshmëria, si një element i rëndësishëm në cilësinë e shërbimit spitalor.

Fillimisht, shihet Levent Test lidhur me homogjenitetin e këtyre dy grupeve (spital publik dhe spital privat). Kështu, sipas këtij testi vlera e Sig. = 0.000 < 0.05, gjë që tregon se variancat e vlerave të vlerësimit të dimensionit “përgjegjshmëria” e këtyre dy grupeve nuk janë të barabarta, prandaj i referohemi Testit të krahasimit të mesatareve.

Këtë fakt, e tregojnë edhe vlerat e devijimeve standarte përkatëse $DS_{S, publik} = 1.006$ ndërsa $DS_{S, Privat} = 0.662$. Ky test tregon se për $t(-5.930)$ dhe me shkallë lirie $df = 328$ vlera e Sig. (2-tailed) = 0.000 < 0.05 (5%), gjë që konfirmon faktin se midis këtyre dy grupeve ka

dallime të rëndësishme statistikore sa i takon vlerësimin real të përgjegjshmërisë së stafit mjekësor.

Po ku vërehen këto dallime më së shumti në spitalet publike apo në ato private? Përgjigjen e kësaj pyetje e marrin duke analizuar të dhënat e testit ku vlerësimi mesatar për dimensionin përgjegjshmëria e stafit mjekësor, tek pacientët që e morën këtë shërbim në spitalet publike është $M_{S, Publik} = 4.22$ ndërsa vlerësimi mesatar për pacientët të cilët e morën shërbimin në spitalet private është $M_{S, privat} = 4.62$, pra spitalet private janë vlerësuar më tepër se spitalet publike lidhur me përgjegjshmërinë e stafit mjekësor.

Besueshmëria

Sërisht i drejtohem Testit t për zgjedhjet e pavaruara, për të parë fillimisht nëse ka dallime apo jo lidhur me vlerësimin real të dimensionit besueshmëria, sipas vlerësimeve që kanë bërë pacientët gjatë marrjes së shërbimit shëndetësor në këto spitale.

Statistika e përlogaritur e Leven Test lidhur me homogjenitetin e këtyre dy grupeve pacientësh është $0.000 < 0.05$, e cila tregon se variancat e këtyre dy grupeve për vlerësimin e dimensionit besueshmëria nuk janë të barabarta, prandaj i drejtohem Testit të krahasimit të mesatareve.

Sipas këtij testi për $t(-5.542)$ dhe shkallë lirie $df = 302$ vlera e Sig. (2-tailed) = 0.000 pra më e vogël se 5% dhe lejon të thuhet se, ka dallime të rëndësishme statistikore lidhur me vlerësimin e besueshmërisë së tyre. Analiza e mëtejshme mbi dallimin ndërmjet dy sektorëve, i referohet analizës së vlerësimin mesatar dhe vlerave të devijimeve standarte përkatëse. Kështu, $MS_{Publik} = 4.31$ dhe $DSS_{publik} = 0.854$ ndërsa për spitalet private vlerat janë përkatësisht $MS_{privat} = 4.64$ dhe $DSS_{Privat} = 0.605$. Pra vlerësimi lidhur me besueshmërinë është më i lartë në spitalet private krahasuar me spitalet publike.

Siguria

Statistika e Leven Test për homogjenitetin tregon se përsëri edhe për këtë dimension vlera e Sig. = 0.000 pra më e vogël se 0.05, duke treguar se variancat e vlerësimin të dimensionit siguria, midis grupeve të pacientëve nuk janë të barabarta.

Vlerat përkatëse të devijimeve standarte respektive e konfirmojnë këtë fakt. Kështu, $DS_{S, publik} = 0.772$ ndërsa $DS_{S, Privat} = 0.631$. Duke u nisur nga ky fakt i referohemi analizës së testit të krahasimit të mesatareve. Kështu të dhënat e këtij testi tregojnë se për $t(-5.081)$ dhe shkallë lirie $df=262$ vlera e Sig. (2-tailed) = 0.000 < 0.05, gjë që tregon se edhe në këtë vlerësim ka dallime të dukshme statistikore, të cilat na lejojmë të arrijmë në përfundimin se siguria që perceptojnë realisht pacientët ndyshon nga lloji i spitalit.

Po ku ndihen relativisht pacientët më të sigurt gjatë marrjes së shërbimit në spitalet publike apo në spitalet private? Përgjigjen e kësaj pyetje e japin vlerat mesatare ku $M_{S, Publik} = 4.36$ dhe $M_{S, privat} = 4.67$, pra pacientët ndihen pak më të sigurt në spitalet

private lidhur me sigurinë e të dhënave të tyre shëndetësore, nivelin e përgatitjes së stafit mjekësor, në saktësinë e përcaktimit të diagnozës etj.

Pajisjet dhe teknologjia

Edhe vlerësimi për pajisjet mjekësore dhe teknologjinë e përdorur në spitale është tepër i rëndësishëm në cilësinë e shërbimit mjekësor. Por, si qëndron kjo cilësi për këtë dimension në vlerësimin e pacientëve? Sipas statistikës së Leven Test lidhur me variancën e vlerësimit të secilit grup pacientësh shihet se, vlera e $\text{Sig.} = 0.000 < 0.05$ që do të thotë se grupet e pacientëve nuk janë homogjene lidhur me vlerësimin që ata i kanë bërë pajisjeve mjekësore dhe teknologjisë gjatë marrjes së shërbimeve respektive. $DS_{S,\text{publik}} = 0.702$ ndërsa $DS_{S,\text{Privat}} = 0.082$.

Prandaj i referohemi më tej testit të krahasimit të mesatareve nga ku vërehet se për $t(-63.142)$ dhe shkallë lirie $df = 716$ kemi vlerën e $\text{Sig.}(2\text{-tailed}) = 0.000 < 0.05$, gjë që konfirmon faktin se, midis spitaleve publike dhe atyre private ka dallime sa i takon vlerësimit për cilësinë e shërbimit që varet drejtpërdrejt nga pajisjet mjekësore dhe teknologjia e përdorur.

Ndërkohë, vlerësimet mesatare për secilin nga spitalet për këtë dimension janë respektivisht: $M_{S,\text{Publik}} = 3.20$ ndërsa $M_{S,\text{privat}} = 4.99$ pra, spitalet private vlerësohen më së shumti edhe për pajisjet mjekësore dhe teknologjinë bashkëkohore që përdorin gjatë ekzaminimeve apo trajtimeve të pacientëve krahasuar me spitalet publike, pavarësisht shtimit të investimeve gjithnjë e në rritje vitet e fundit për pajisje bashkëkohore.

Ndjeshmëria

Analiza për dimensionin e fundit, që lidhet me ndjeshmërinë e stafit mjekësor në tërësi gjatë trajtimit të pacientëve, si në spitalet publike ashtu edhe në ato private, e kryer fillimisht nëpërmjet Leven Test për homogjenitetin tregoi se vlera e $\text{Sig.} = 0.000$.

Kjo tregon se, vlerësimet e pacientëve që kanë marrë shërbimet shëndetësore në të dy llojet e spitaleve kanë varianca të ndryshme midis tyre. Kjo konfirmohet edhe nga vlerat e devijimeve standarte përkatëse ku $DS_{S,\text{publik}} = 0.950$ ndërsa $DS_{S,\text{Privat}} = 0.646$.

Mbështetur në këto rezultate, analiza vijon me testin e krahasimit të mesatareve. Të dhënat e tij tregojnë se për $t(-7.748)$ dhe shkallë lirie $df = 316$ vlera e $\text{Sig.}(2\text{-tailed}) = 0.000$, sërish më e vogël se 0.05 , gjë që tregon se midis grupeve të pacientëve që kanë marrë shërbime në spitalet publike dhe atyre që u janë drejtuar spitaleve private ka dallime.

Madje, vlerësimi mesatar për dimensionin ndjeshmëria e stafit mjekësor në spitalet private, është pak më i lartë krahasuar me këtë vlerësim të kryer në spitalet publike sepse $M_{S,\text{Publik}} = 4.15$ ndërsa $M_{S,\text{privat}} = 4.65^3$.

³ Për testet statistikore mbi vlerësimet e kryera për këtë pyetje kërkimore referohu Shtojcës C

Ajo që vihet re nga analiza e mësipërme, është fakti se jo vetëm që ka ndryshime në vlerësimet e pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit në të dy sektorët, por edhe se spitalet private kanë marrë një vlerësim më të lartë krahasuar me ato publike, në të gjithë dimensionet e vlerësuara të cilësisë, nga pacientët, për sa i përket gjykit të tyre bazuar vetëm në perceptimet reale të tyre mbi cilësinë pasi kanë marrë shërbimin nga këto spitale.

4.4 Analiza e lidhjes së dimensioneve të cilësisë së perceptuar të shërbimit me kënaqësinë e pacientit

Në përgjigje të pyetjes së dytë kërkimore, mbi përcaktimin e dimensioneve të matjes së cilësisë së shërbimit shëndetësor që ndikojnë tek kënaqësia e përgjithshme e pacientëve që kanë marrë shërbim mjekësor në spitalet publike dhe private në Shqipëri, janë ngritur hipotezat e mëposhtme, në lidhje me analizën e percipsioneve reale dhe lidhjes së tyre me kënaqësinë e pacientëve të ndarë veçmas për sektorët.

4.4.1 Analiza për sektorin publik

Hipoteza e pare

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet përgjegjshmërisë së stafit spitalor publik dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet përgjegjshmërisë së stafit spitalor publik dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Për të analizuar se cila nga hipotezat qëndron, i referohemi testit të pavarësisë Chi Square Vlera e Sig. (2-sided) në testin e pavarësisë midis dimensionit përgjegjshmëria dhe kënaqësisë për cilësinë e shërbimeve është 0.000 pra më e vogël se 0.05 (5%) që do të thotë se H₀ rrëzohet (nuk qëndron), pra dy variablat varen nga njëri tjetri dhe koeficienti i korrelimit (i fortësisë midis tyre) $r_{xy} = 0.718$, që tregon për një lidhje relativisht të fortë dhe me drejtim pozitiv, që do të thotë se rritja e vlerësimit të dimensionit përgjegjshmëria sjell rritje të nivelit të kënaqësisë së pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve spitalore publike (Për më shumë referohu tabela 1 në shtojcën D).

Hipoteza e dytë

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet besueshmërisë së stafit mjekësor publik dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet besueshmërisë së stafit mjekësor publik dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Njëlloj analizojmë edhe hipotezën në lidhje me dimensionin e besueshmërisë dhe lidhjen e saj me kënaqësinë e pacientëve. Vlera e Sig. (2-sided) e Koefiçentit Pearson Chi Square është sërish $0.000 < 0.05$ gjë që tregon se H_0 (për pavarësinë e tyre) nuk qëndron, duke treguar se këto variabla varen nga njëra – tjetra dhe $r_{xy} = 0.663$, pra lidhje e fortë dhe positive.

Hipoteza e tretë

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet sigurisë që krijon stafi spitalor publik dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_1 – Ekziston lidhja ndërmjet sigurisë që krijon stafi spitalor publik dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Vlera e Sig. = $0.000 < 0.05$ gjë që konfirmon faktin se këto variabla varen nga njëri-tjetri. Pra H_0 se nuk ka lidhje midis tyre nuk qëndron. Koefiçenti i fortësisë së tyre $r_{xy} = 0.611$ sërish një vlerë që tregon një lidhje realtivisht të fortë dhe pozitive

Hipoteza e katërt

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet përdorimit të pajisjeve dhe teknologjive moderne në spitalet publike dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_1 – Ekziston lidhja ndërmjet përdorimit të pajisjeve dhe teknologjive moderne në spitalet publike dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit..

Tabela 4 në Shtojcën D e testit Chi Square për këtë dimension dhe nivelit të kënaqësisë së pacientëve tregon gjithashtu se këto variabla varen nga njëri tjetri pasi Sig. (2-sided) = $0.000 < 0.05$, duke bërë që H_0 të bjerë poshtë. $r_{xy} = 0.492$ duke treguar një lidhje pozitive dhe mesatarisht të fortë.

Hipoteza e pestë

H_0 – Nuk ekziston lidhja ndërmjet ndjeshmërisë së stafit mjekësor në spitalet publike dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H_1 – Ekziston lidhja ndërmjet ndjeshmërisë së stafit mjekësor në spitalet publike dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit..

Edhe në këtë rast H_0 rrëzohet pasi vlera e Sig. (2-sided) = $0.000 < 0.05$, duke treguar se midis këtyre dy variablave ekziston një lidhje varësie, madje lidhja e tyre ka koefiçent fortësie $r_{xy} = 0.787$, relativisht lidhje e fortë dhe pozitive.

Megjithatë, lind pyetja se cilët nga faktorët e matjes së cilësisë së shërbimit shëndetësor ndikon më shumë tek kënaqësia e përgjithshme e pacientëve, që kanë marrë shërbim mjekësor në spitalet publike?

Për t’iu përgjigjur dhe analizuar vërtetësinë e kësaj pyetjeje përdoret analiza e regresionit të shumëfishtë linear, ku në këtë rast variabli i varur është kënaqësia e pacientëve nga

shërbimet e spitaleve publike dhe variabla të pavarur janë pesë dimensionet e cilësisë së këtij shërbimi. Pasi shihet kushti për multikolinearitetin ndërmjet variablave, ku vlerat e tyre qëndrojnë brënda normave të lejuara kufi -0.7 dhe 0.7 (Tabela 15), trajta e përgjithshme e ekuacionit të regresionit është:

$$(Kënaqësia\ e\ pacientëve\ mbi\ cilësinë\ e\ shërbimit\ në\ spitalet\ publike) = 0.746 + 0.143(përgjegjshmëria) + 0.153(besueshmëria) + 0.209 (siguria) + 0.258 (pajisjet\ \&\ teknologjia) + 0.393 (ndjeshmëria\ e\ stafit\ mjekësor)$$

Nga ekuacioni vihet re se të gjithë dimensionet e cilësisë së shërbimit spitalor publik ndikojnë në marrjen e kënaqësisë së përgjithshme të pacientëve por ndikimin më të madh në këtë korrelim e ka dimensionin *ndjeshmëria* pasi koeficienti $\beta = 0.393$ është më i madh krahasuar me gjithë koeficientët e tjerë (Tabela 7 në shtojcën D).

Më pas, renditet dimensionin *pajisjet & teknologjia* me koeficient $\beta = 0.258$, në vend të tretë dimensionin *siguria* dhe në dy vendet e fundit janë dimensionin *besueshmëria* dhe *përgjegjshmëria* me koeficientë respektivisht 0.153 dhe 0.143. Ajo që vihet re është se të gjithë koeficientët e variablave të pavarur janë me vlera pozitive që do të thotë se rritja një njësi të secilit nga variablat e pavarur sjell që edhe kënaqësia e pacientëve nga shërbimet spitalore publike rritet respektivisht β_i – herë.

Madje, tabela më poshtë tregon se ekuacioni i ndërtuar shpjegon 71.1% të vlerave të variancës së nivelit të kësaj kënaqësie, një vlerë kjo e lartë duke patur parasysh faktin se vlera maksimale e koeficientit të përcaktueshmërisë (R^2) është 1 ose 100%.

Tabela 40: Analiza e regresionit të shumëfishtë “kënaqësi e pacientëve – cilësi e shërbimit” në spitalet publike, bazuar në perceptimet reale të pacientëve.

Modeli	R^2	R^2 i rregulluar	t	Sig.
Konstantja	.713	.711	5.749	
Përgjegjshmëria			4.251	.000
Besueshmëria			3.462	.001
Siguria			4.660	.000
Pajisjet & Teknologjia			8.403	.000
Ndjeshmëria			9.347	.000

Burimi: Autorja, 2016

4.4.2 Analiza për sektorin privat

E njëjta analizë ndiqet edhe për të parë lidhjen ose jo të dimensioneve të cilësisë dhe nivelit të kënaqësisë, por tashmë në spitalet private.

Hipoteza e parë

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet përgjegjshmërisë së stafit spitalor privat dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet përgjegjshmërisë së stafit spitalor privat dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Vlera e Sig. (2-sided) = 0.000 < 0.05, tregon se variablat varen nga njëri-tjetri pra, H₀ nuk qëndron, madje $r_{xy} = 0.589$ tregon se lidhja është mesatarisht e fortë dhe pozitive.

Hipoteza e dytë

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet besueshmërisë së stafit spitalor privat dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet besueshmërisë së stafit spitalor privat dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Edhe të dhënat e testit Chi Square në tabelën 8 të Shtojcës D, tregojnë se vlera e Sig. (2-sided) = 0.000 < 0.05 që do të thotë se H₀ rrëzohet, dhe se këto dy variabla varen nga njëri-tjetri. $r_{xy} = 0.708$, pra relativisht lidhje e fortë dhe me drejtim pozitiv.

Hipoteza e tretë

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet sigurisë së stafit spitalor privat dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet sigurisë së stafit spitalor privat dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Vlera e Sig. (2-sided) = 0.000 < 0.05 që do të thotë se H₀ rrëzohet dhe se këto dy variabla varen nga njëri-tjetri. Koeficienti korrelacionit $r_{xy} = 0.710$, tregon për një lidhje relativisht të fortë dhe me drejtim pozitiv.

Hipoteza e katërt

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet pajisjeve dhe teknologjisë në spitalet private dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet pajisjeve dhe teknologjisë në spitalet private dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Vlera e Sig. (2-sided) = 0.025 < 0.05 prandaj edhe në këtë rast kënaqësia e pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimeve spitalore private varet nga niveli i pajisjeve dhe teknologjisë. Në këtë rast koeficienti korrelacionit $r_{xy} = 0.153$ ka një vlerë të ulët

pavarësisht se është positive, e cila lidhet me faktin se pacientët janë të vetëdijshëm se pajisjet dhe teknologjia që përdoren në spitalet private janë më të mira se ato në spitalet publike prandaj e marrin si fakt të vërtetë pothuajse gjithnjë.

Hipoteza e pestë

H₀ – Nuk ekziston lidhja ndërmjet ndjeshmërisë së stafit mjekësor në spitalet private dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

H₁ – Ekziston lidhja ndërmjet ndjeshmërisë së stafit mjekësor në spitalet private dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientit.

Edhe dimensiononi i ndjeshmërisë lidhet me kënaqësinë e pacientëve pasi vlera e Sig. (2-sided) = 0.000 < 0.05, duke treguar se H₀ edhe në këtë rast nuk qëndron. Koeficienti korrelacionit $r_{xy} = 0.566$ tregon për një vlerë pozitive por jo të fortë, çka shpjegon edhe faktin se ky dimension pavarësisht se ka rëndësi në nivelin e përgjithshëm të kënaqësisë së pacientëve që u janë drejtuar spitaleve private, nuk ndikon aq shumë sa katër dimensionet e tjera.

Megjithatë lind pyetja edhe këtu, se cilët nga faktorët e matjes së cilësisë së shërbimit shëndetësor ndikojnë më shumë tek kënaqësia e përgjithshme e pacientëve që kanë marrë shërbim mjekësor në spitalet private?

Sërisht, ndërtohet ekuacioni i regresionit të shumfishtë linear për vlerësimet e pacientëve që kanë marrë shërbime në spitalet private duke parë fillimisht kushtin për multikolinearitetin midis variablave të pavarur. Kështu rezultatet e vlerave të këtyre korrelimeve tregojnë se ato janë brënda vlerave kufi -0.7 dhe 0.7, prandaj ndërveprimet midis variablave të pavarur nuk sjellin problem në ndërtimin e ekuacionit të regresionit linear. Gjithashtu edhe vlerat e VIF janë nga 1.155 deri në 2.858 pra më të vogla se kufiri i lejuar 5. Ndërsa vlerat e Tolerancës janë të gjitha më të mëdha se 0.2.

Ndërkohë, duke ju refruar të dhënave të Tabelës 12 në Shtojcën D, vërehet se dimensiononi ndjeshmëria në rastin e spitaleve private nuk përfshihet në ekuacionin e regresionit të shumfishtë linear ndërkohë që në lidhje me dimensionet e tjera trajta e këtij ekuacioni është:

(Kënaqësia e pacientëve për cilësinë e shërbimit në spitalet private) = 3.999 + 0.281 (përgjegjshmëria) + 0.635(besueshmëria) + 0.282(siguria) + 0.141 (pajisjet & teknologjia)

Pra, ashtu siç duket nga ndërtimi i këtij ekuacioni rëndësi më të madhe për pacientët që kanë marrë shërbime në spitalet private lidhur me nivelin e kënaqësisë së tyre ka

dimensioni i besueshmërisë pasi vlera e $\beta = 0.635$ është më e lartë krahasuar me koeficientët e tjerë të ekuacionit.

Në vend të dytë për nga niveli i rëndësisë renditet dimensionin e sigurisë, dhe në vend të tretë vjen dimensionin e përgjegjshmërisë. Në fund me vlerën më të ulët të koeficientëve β -ta renditet dimensionin e pajisjet & teknologjia, ndoshta kjo edhe për faktin se pacientët e marë në mirëqënë faktin që në spitalet private ku ata drejtohen për të marrë shërbimet mjekësore specifike, pajisjet dhe aparataturat mjekësore janë më bashkëkohore.

Të gjithë koeficientët β -ta janë pozitivë edhe në këtë ekuacion, që tregon se përmirësimi i secilit faktor sjell automatikisht rritjen e nivelit të përgjithshëm të kënaqësisë së pacientëve. Madje koeficienti i përcaktueshmërisë i këtij ekuacioni ka vlerën 76.7% pra edhe në këtë rast ekuacioni ynë shpjegon 76.7% të ndryshimit të vlerave të variancës lidhur me nivelin e kënaqësisë së pacientëve, që u janë drejtuar spitaleve private.

Tabela 41: Analiza e regresionit të shumëfishtë “kënaqësi e pacientëve – cilësi e shërbimit” në spitalet private, bazuar në perceptimet reale të pacientëve.

Modeli	R^2	R^2 i rregulluar	t	Sig.
Konstantja	.775	.767	1.970	
Përgjegjshmëria			3.662	.000
Besueshmëria			7.507	.000
Siguria			3.860	.000
Pajisjet & Teknologjia			-2.717	.007
Ndjeshmëria			1.507	.134

Burimi: Autorja, 2016

Si përfundim mund të themi se nëse nisemi nga vlerësimet që kanë bërë pacientët (perceptimet e tyre reale) mbi cilësinë e shërbimit spitalor, dimensionet e cilësisë që ndikojnë në kënaqësinë e pacientëve sipas rëndësisë së tyre në të dy sektorët kanë këtë renditje:

Spektori publik

Ndjeshmëria

Pajisjet dhe teknologjia

Siguria

Besueshmëria

Përgjegjshmëria

Spektori privat

Besueshmëria

Siguria

Përgjegjshmëria

Pajisjet dhe teknologjia

4.5 Analiza e hendekut “perceptim real/pritshmëri” e pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit

4.5.1 Analiza për sektorin publik

Ashtu siç u theksua edhe më sipër pyetësi përmban vlerësimet e pacientëve mbi cilësinë e shërbimeve që ata kanë marrë nga spitalet publike dhe private, fillimisht sipas pritshmërive të tyre dhe më pas bazuar në perceptimet reale, pas marrjes së shërbimit spitalor.

Kështu, duke ju referuar pacientëve të cilët u janë drejtuar spitaleve publike për secilin nga dimensionet e matjes së cilësisë së shërbimit shëndetësor shohim se për dimensionin e parë **përgjegjshmëria**, vlera mesatare e GAP-it (Vlera mesatare e perceptimeve reale - Vlera mesatare e pritshmërive) = 0.21 pra hendeku ka vlerë të vogël pozitive, që do të thotë se perceptimi real lidhur me përgjegjshmërinë e stafit mjekësor në spitalet publike rezulton të jetë pak më i lartë nga pritshmëritë e tyre, si në trajtimin e pacientëve ashtu edhe në gadishmërinë në dhënien e shërbimit.

Për dimensionin tjetër **besueshmëria**, mesatarja e këtyre diferencave përsëri rezulton të jetë pozitive, madje lehtësisht më e lartë se vlerat e pritshmërive, duke kapur vlerën 0.32 madje më e lartë se mesatarja e dimensionit të parë.

E njëjta tendencë vërehet edhe me vlerësimet mesatare për secilën nga pyetjet me të cilat kemi matur dimensionin e **sigurisë**. Kështu kjo diferencë pozitive ka vlerën 0.21 që tregon se edhe në këtë rast vlerësimi real i pacientëve që kanë marrë shërbime shëndetësore në spitalet publike, është pak më i lartë krahasuar me vlerat e pritshmërive të tyre. I vetmi gap negativ, që vihet re brënda këtij dimensionit, është ai i cili lidhet me teknikat e përdorura në trajtimin e pacientëve, i cili sipas të intervistuarve duhet të kryhet me praktika dhe metoda më moderne. Vlera e gap-it në këtë pyetje është -0.25, që na tregon se pritshmëritë e pacientëve për shërbimet shëndetësore spitalore janë gjithnjë e më të mëdha duke qënë se edhe teknologjia, trajtimet dhe pajisjet mjekësore po përmirësohen gjithnjë e më shpejt jo vetëm në vendet e zhvilluara por edhe në një pjesë të mirë të vendeve në zhvillim.

Duke ju referuar rezultateve të analizës vihet re, se vlera mesatare e GAP-t për dimensionin **pajisjet dhe teknologjia** ka vlerë negative -0.05. Një vlerë e vogël por negative, që do të përkthehej se pritshmëritë e pacientëve janë më të larta krahasuar me perceptimin real të tyre sa i takon vlerësimin të pajisjeve dhe teknologjisë së përdorur për ekzaminimin dhe trajtimin e pacientëve në spitalet publike, kushteve të higjienës, ushqimit, etj. Sigurisht që është një fakt i pamohueshëm, që një pjesë e pajisjeve apo edhe e metodave të trajtimit të pacientëve është ende e vjetëruar pavarësisht investimeve të vazhdueshme në këtë sektor të shëndetësisë. Diferencat që kanë çuar në vlerë negative të

hendekut, lidhen më së shumti me modernizimin e pajisjeve, hapësirat e dhomave të shtrimit në spital, ushqimin, laboratorët dhe farmacitë etj

Dimensioni i fundit por jo nga rëndësia është ai i **ndjeshmërisë** së stafit mjekësor në tërësi. Vlera mesatare e GAP-it të logaritur për këtë dimension është 0.18 një vlerë kjo positive. Pra, shërbimi shëndetësor publik i marrë nga pacientët, e që lidhet ngushtësisht me ndjeshmërinë dhe kujdesin e stafit mjekësor në përgjithësi i ka tejkaluar pritshmëritë e tyre. E vetmja vlerë negative e këtij gap-i lidhet me kërkesën akoma më të lartë që kanë pacientët mbi interesimin më të sigurtë nga ana e mjekëve për pacientët e tyre.

4.5.2 Analiza për sektorin privat

Hendeku i vlerësuar për dimensionin e **përgjegjshmërisë** është -0.29, pra një vlerë negative që do të thotë se pacientët të cilët u drejtohen spitaleve private kanë pritshmëri më të larta krahasuar me atë çka ata kanë perceptuar realisht gjatë marrjes së këtij shërbimi si në gadishmërinë që duhet të tregojë stafi mjekësor ashtu edhe në trajtimin e tyre. Vlerat negative vërehen tek të gjitha çështjet që lidhen me dimensionin e përgjegjshmërisë. Ndoshta për faktin se duke shkuar në spital privat kostot e larta financiare dhe jo vetëm duhet t'u përgjigjeshin maksimalisht pritshmërive të pacientëve.

E njëjta gjë vërehet edhe me vlerësimin e GAP-it për dimensionin e **besueshmërisë**, ku vlera e tij është -0.18, pra përgjithësisht pritshmëritë edhe për këtë dimension kanë qënë më të mëdha, kryesisht për çështje që lidhen me ekzaminimin nga ana e mjekëve, respektimin e kohëve të marrjes së shërbimit sidomos në vizitat e para dhe kontaktin fillestar me mjekët.

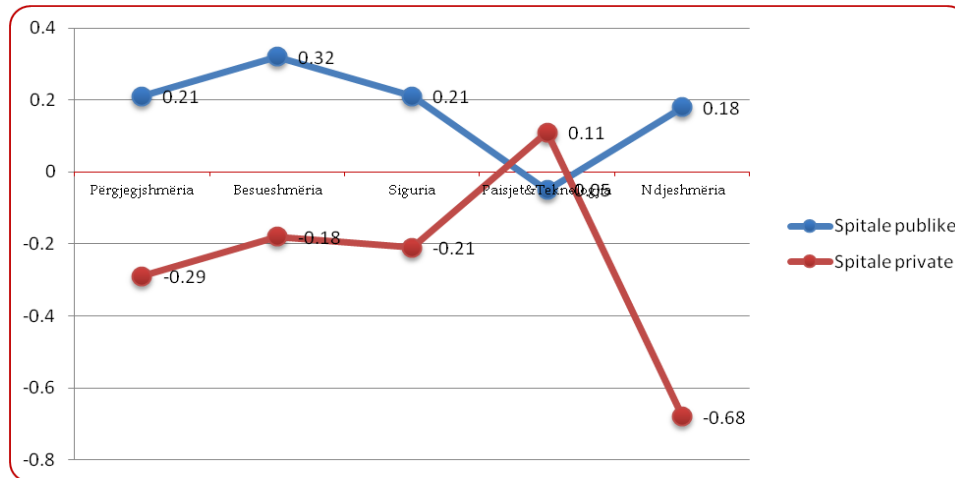
Edhe dimensionin e **sigurisë** ka patur gjithashtu pritshmëri më të larta krahasuar me perceptimin real të shërbimeve në spitalet private dhe si rrjedhim edhe vlera e GAP-it të llogaritur në këtë rast është - 0.21. Kjo pritshmëri duket se ka qënë e lartë për të gjitha pyetjet që lidhen me këtë dimension, ndërkohë që vlerësimet më pozitive i ka marrë siguria në ruajtjen e të dhënave personale shëndetësore të pacientit, si dhe shpejtësia e dhënies së shërbimit të urgjencës.

Ndërsa për dimensionin **pajisjet dhe teknologjia**, vlera e GAP-it ashtu sikundër edhe pritej është pozitive me vlerë 0.11, pasi perceptimi real i ka tejkaluar pritshmëritë e tyre. Kjo gjë evidentohet edhe realisht, pasi spitalet private konkurojnë (një pjesë e mirë e tyre) me spitalet publike, dhe anë të tyre të fortë kanë përdorimin e pajisjeve bashkëkohore si për teknikat e përdorura në ekzaminimin e pacientëve ashtu edhe për mënyrat e trajtimit të tyre.

Dimensioni i **ndjeshmërisë** ka marrë vlera negative të gap-it, madje një vlerë relativisht të lartë krahasuar me vlerat e hendekut të dimensioneve të tjera, pasi $GAP_{mesatar} = -0.69$. Kjo gjë vërehet për të gjithë elementët vlerësues të këtij dimensionin.

Në mënyrë të përmblodhur vlerat përkatëse të vlerave mesatare të GAP për secilin nga dimensionet e cilësisë së shërbimit si për spitalet publike ashtu edhe për ato private paraqiten në Grafikon 10.

Grafiku 10: Vlerat mesatare të hendekut për secilin dimension.



Burimi: Autorja, 2016

4.6 Analizë krahasuese e të dy sektorëve mbi hendekun perceptim real /pritshmëri e pacientëve në vlerësimin e cilësisë së shërbimit

Në përgjigje të pyetjes së tretë kërkimore nëse ekzistojnë ndryshime në hendekun ndërmjet perceptimeve reale dhe pritshmërive të pacientëve mbi cilësinë e shërbimit në sektorin spitalor privat në krahasim me atë publik, janë ngritur hipotezat e mëposhtme:

Hipoteza e parë

H₀ – Nuk ka diferenca të rëndësishme në pritshmëritë e pacienteve në dimensionet kryesore të cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

H₁ – Ka diferenca të rëndësishme në pritshmëritë e pacienteve në dimensionet kryesore të cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private..

I referohemi *Testi t* për zgjedhjet e pavaruara ku fillimisht shikojmë homogjenitetin e këtyre dy grupeve të pacientëve në vlerësimin e cilësisë së shërbimeve spitalore. Duke parë statistikën e Leven Test shohim se për $F = 96.092$ kemi se vlera e $\text{Sig.} = 0.000 < 0.05$ që tregon se hipoteza H_0 , e cila thotë se grupet i kanë variancat e barabarta bie poshtë, pra pranohet hipoteza alternative se variancat e këtyre dy grupeve të pacientëve nuk janë të barabarta ose grupet nuk janë homogjene në vlerësimin e cilësisë së shërbimeve.

Kjo duket qartë edhe nga vlerat e devijimeve standarte të tyre, kështu $DS_{S, \text{publike}} = 0.862$ ndërsa $DS_{S, \text{private}} = 0.479$.

Më tej, vlerësohet testi i krahasimit të mesatareve ku për $t(-19.161)$ dhe $df = 403.275$, vlera përkatëse e Sig. (2-tailed) = $0.000 < 0.05$, që tregon se midis këtyre dy grupeve ka dallime të rëndësishme statistikore lidhur me vlerësimin e pritshmërive, pra H_0 bie poshtë.

Po ku janë më të mëdha këto pritshmëri? Duke ju referuar vlerave të mesatares së këtij vlerësimi për secilin institucion shohim se $M_{S.Publike} = 3.83$ ndërsa $M_{S.Private} = 4.82$ (Tabela 13 Shtojca E).

Rezultatet tregojnë se, këto pritshmëri janë më të larta në spitalet private referuar këtu kostove të shërbimit, pajisjeve dhe aparaturave por padyshim edhe nivelit dhe aftësisë së mjekëve përfshirë këtu edhe ata të huaj që asistojnë shpesh herë në spitalet private.

Tabela 42: Testi t për pritshmëritë e cilësisë së shërbimeve në spitalet publike dhe private

Pritshmëria	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	96.092	.000	-13.594	798	.000	-.990	.073	-1.133	-.847
Equal variances not assumed			-19.161	403.275	.000	-.990	.052	-1.092	-.889

Burimi: Autorja, 2016

Hipoteza e dytë

H_0 – Nuk ka diferenca të rëndësishme në perceptimet e pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

H_1 – Ka diferenca të rëndësishme në perceptimet e pacientëve mbi dimensionet e cilësisë së shërbimit ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

Edhe në këtë rast përdoret Testi t për zgjedhjet e pavaruara. Kështu, vlera e Sig. në *Leven test* tregon se grupet nuk janë homogjene midis tyre, prandaj shohim testin e krahasimit të mesatareve sipas të cilit për $t(-14.409)$ dhe $df = 347.601$, vlera e Sig. (2-tailed) = $0.000 < 0.05$, gjë që lejon të thuhet se ka dallime domethënëse midis vlerësimit mesatar të perceptimeve reale të pacientëve në të dy spitalet, pra H_0 bie poshtë.

Sipas Tabelës 14 në Shtojcën E, vlerat e $M_{S.Publike} = 4.05$ ndërsa $M_{S.Private} = 4.71$. Pra vlerësimi mesatar më i madh është për spitalet private ashtu sikurse edhe pritej.

Tabela 43: Testi *t* për perceptimet reale të cilësisë së shërbimeve në spitalet publike dhe private

Perceptimet reale	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	47.309	.000	-10.897	798	.000	-.665	.061	-.785	-.545
Equal variances not assumed			-14.409	347.601	.000	-.665	.046	-.756	-.575

Burimi: Autorja, 2016

Hipoteza e tretë

H₀ – Nuk ka diferenca të rëndësishme në vlerësimin e hendekut perceptim/pritshmëri, të dimensioneve të cilësisë së shërbimit, ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

H₁ – Ka diferenca të rëndësishme në vlerësimin e hendekut perceptim/pritshmëri, të dimensioneve të cilësisë së shërbimit, ndërmjet spitaleve publike dhe atyre private.

Tabela më poshtë tregon se grupet e pacientëve nuk janë homogjene në vlerësimin e hendekut të cilësisë, sepse vlera e Sig. = 0.000 < 0.005. Prandaj i referohemi testit të krahasimit të mesatareve ku për *t*(4.432) dhe *df* = 35.0786 kemi sërish vlera e Sig. (2-tailed) = 0.000 < 0.05, gjë që tregon se ka dallime domethënëse nga ana statistikore në vlerësimin e hendekut të cilësisë së shërbimeve midis spitaleve publike dhe private, pra H₀ bie poshtë.

Po ku është më i madh ky hendek? Përgjigjen e jep Tabela 15 në Shtojcën E, sipas së cilës $M_{S.Publike} = 0.1118$ ndërsa $M_{S.Private} = -0.1975$.

GAP-i me vlerë negative do të thotë se vlerësimi real ka qënë më i ulët se pritshmëritë e tyre tek spitalet private krahasuar me ato publike. Kjo për arsyen se ndoshta pacientët, sidomos ajo kategori e cila shkon më shpesh në spitale publike, nuk ka pritshmëri të larta lidhur me gjithë dimensionet që përcaktojnë cilësinë e shërbimeve dhe kjo pritshmëri ka qënë më e madhe tek spitalet private gjë që konfirmohet gjithashtu edhe nga vlerat negative të GAP për pjesën më të madhe të dimensioneve të analizuara për spitalet private.

Tabela 44: Testi *t* për vlerësimin e GAP të cilësisë së shërbimeve në spitalet publike dhe private

GAP	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	59.542	.000	3.338	798	.001	.30931	.09268	.12739	.49123
Equal variances not assumed			4.432	350.786	.000	.30931	.06979	.17204	.44658

Burimi: Autorja, 2016

4.7 Analiza e lidhjes së dimensioneve të cilësisë së shërbimit vlerësuar sipas SERVQUAL me kënaqësinë e pacientit

Kështu, në përgjigje të pyetjes së katërt kërkimore, që vlerëson lidhjen ndërmjet faktorëve të cilësisë së shërbimit sipas SERVQUAL dhe kënaqësinë e pacientëve është zgjedhur të përdoret analiza e ekuacionit të regresionit të shumfishtë linear.

4.7.1 Analiza për sektorin publik

Për pasojë analizohen dimensionet e cilësisë së shërbimeve në spitalet publike duke marrë tashmë në konsideratë GAP për secilin prej tyre. Fillimisht janë testuar peshat faktoriale që kanë secili prej dimensioneve sipas pyetjeve përkatëse si dhe koeficientët e besueshmërisë, ku peshat faktoriale për çdo dimension rezultuan të gjitha mbi vlerat e lejuara si më poshtë:

Dimensioni	Peshat Faktoriale
Përgjegjshmëria	0.915
Besueshmëria	0.964
Siguria	0.966
Pajisjet dhe Teknologjia	0.938
Ndjeshmëria	0.975

Për këtë arsye të gjitha këto dimensionet mbahen në analizë. Njëkohësisht u vlerësua edhe multikolinariteti ndërmjet tyre ku të gjitha vlerat ishin brenda normave të lejuara (Tabela

27, kapitulli i metodologjisë). Vlera e Sig. = 0.000 sipas analizës ANOVA na lejon të themi se lidhja midis kënaqësisë dhe dimensioneve të cilësisë është statistikisht e rëndësishme. Trajta e përgjithshme e ekuacionit të regresionit që lidh GAP e matur për çdo dimension në spitalet publike dhe kënaqësisë së pacientëve rezulton:

(Kënaqësia e pacientëve për cilësinë e shërbimit në spitalet publike) = 3.722 + 0.247 (përgjegjshmëria) + 0.578 (besueshmëria) + 0.130 (siguria) + 0.151 (pajisjet & teknologjia) + 0.371 (ndjeshmëria)

Ashtu siç shihet edhe nga ekuacioni vlera më e lartë e koeficientëve β -ta vërehet tek dimensionet e besueshmërisë, që do të thotë se me rritjen 1 njësi këtij dimension vlera e kënaqësisë rritet 0.578 herë. Më pas, renditet dimensionet ndjeshmëria dhe përgjegjshmëria respektivisht me koeficientë 0.371 dhe 0.247 dhe në dy vëndet e fundit janë respektivisht dimensionet pajisjet dhe teknologjia dhe siguria (Tabela 16 në shtojcën E).

Dy dimensionet e fundit renditen në këto pozicione për nga niveli i rëndësisë së ndikimit të tyre në kënaqësinë e përgjithshme të cilësisë së shërbimeve, pasi sipas pacientëve përgjegjshmëria dhe besueshmëria e stafit mjekësor kanë më tepër ndikim tek ata, në rritjen e kënaqësisë së tyre. Tabela më poshtë tregon gjithashtu se ky ekuacion ka koeficient përcaktueshmërie $R^2 = 51.4\%$, pra ai përcakton 51.4% të ndryshimit të vlerave të variancës së nivelit të kënaqësisë së pacientëve.

Tabela 45: Analiza e regresionit të shumëfishtë midis GAP të variablave të pavaur dhe variablit të varur kënaqësia e pacientëve nga shërbimet në spitalet publike.

Modeli	R^2	R^2 i rregulluar	t	Sig.
Konstantja	.0519	.514		
GAP Përgjegjshmëria			5.509	.000
GAP Besueshmëria			-8.304	.000
GAP Siguria			2.212	.000
GAP Pajisjet & Teknologjia			3.194	.001
GAP Ndjeshmëria			6.785	.000

Burimi: Autorja, 2016

Kështu, mund të thuhet se dimensionet e cilësisë së shërbimit ndikojnë në kënaqësinë e pacientëve në spitalet publike sipas kësaj renditjeje:

1. Besueshmëria

2. Ndjeshmëria
3. Përgjegjshmëria
4. Pajisjet dhe teknologjia
5. Siguria

4.7.2 Analiza për sektorin privat

E njëjta analizë ndiqet edhe për vlerësimin e ndikimit të GAP-it të dimensioneve të cilësisë së shërbimit shëndetësor në kënaqësinë e pacientëve, në spitalet private. Sërisht më lart u analizuan, peshat faktoriale të GAP-ve sipas secilit dimension dhe koeficientët përkatës të besueshmërisë së tyre.

Dimensioni	Peshat Faktoriale
Përgjegjshmëria	0.917
Besueshmëria	0.921
Siguria	0.959
Pajisjet dhe Teknologjia	0.979
Ndjeshmëria	0.947

Analiza vijon me kushtin e multikolinearitetit për dimensionet midis tyre. Kështu, sipas Tabelës 28 (Kapitulli i metodologjisë), vihet re se vlerat e korrelimit midis tyre janë brënda kufijve të lejuar duke mundësuar kështu ndërtimin e ekuacionit të regresionit të shumfishtë linear ndërmjet GAP-it të dimensioneve të cilësisë së shërbimeve dhe kënaqësisë së pacientëve në spitalet private.

Vlera e Sig. = 0.000 sipas analizës ANOVA na lejon të themi se lidhja midis kënaqësisë dhe dimensioneve të cilësisë është statistikisht e rëndësishme dhe trajta e përgjithshme e tij është:

$$(Kënaqësia\ e\ pacientëve\ për\ cilësinë\ e\ shërbimit\ në\ spitalet\ private) = 4.709 + 0.415 (përgjegjshmëria) + 0.489 (siguria) + 0.803 (pajisjet\ \&\ teknologjia) + 0.265 (ndjeshmëria)$$

Ashtu siç duket edhe nga ekuacioni, në këtë lidhje në rastin e spitaleve private marrin pjesë vetëm 4 dimensione duke përjashtuar dimensionin e besueshmërisë, por duke theksuar faktin se në këtë rast ky dimension sigurisht që ndikon në kënaqësinë e pacientëve, por jo aq shumë sa dimensionet e tjera.

Siç shihet, edhe nga ekuacioni i ndërtuar dimensionin pajisjet & teknologjia ashtu sikurse edhe pritej ka edhe vlerën më të madhe ndër koeficientët β -ta. Kjo gjë vërtetohet edhe

realisht pasi një ndër arsytet që pacientët i drejtohen spitaleve private janë edhe përdorimi i pajisjeve dhe teknologjisë bashkëkohore në ekzaminimin dhe trajtimin e tyre. Më pas renditet dimensionin i sigurisë, i ndjekur nga përgjegjshmëria. Në fund me koeficientin më të ulët kemi dimensionin ndjeshmëria, ndoshta sepse pacientët e marrin të mirëqënë këtë dimension në spitalet private (Tabela 17 në shtojcën E).

Madje duke e konfirmuar edhe më tej këtë lidhje midis dimensioneve të cilësisë së shërbimit dhe nivelit të kënaqësisë Tabela më poshtë tregon se, ky ekuacion shpjegon 63.7% të ndryshimit të vlerave të variancës së saj, pra një koeficient i mirë i përcaktueshmërisë.

Tabela 46: Analiza e regresionit të shumëfishtë midis GAP të variablave të pavarur dhe variablit të varur kënaqësia e pacientëve nga shërbimet në spitalet private

Modeli	R ²	R ² i rregulluar	t	Sig.
Konstantja	.650	.637		
GAP Përgjegjshmëria			3.983	.000
GAP Besueshmëria			-1.548	.124
GAP Siguria			4.007	.000
GAP Pajisjet & Teknologjia			-5.898	.000
GAP Ndjeshmëria			2.220	.028

Burimi: Autorja, 2016

Kështu, mund të thuhet se dimensionet e cilësisë së shërbimit ndikojnë në kënaqësinë e pacientëve në spitalet privat, sipas kësaj renditjeje:

1. Pajisjet dhe teknologjia
2. Siguria
3. Përgjegjshmëria
4. Ndjeshmëria

4.8 Analiza e lidhjes së faktorëve demografikë me kënaqësinë e pacientit

Për ta bërë edhe më të plotë analizën e këtij studimi më poshtë janë trajtuar edhe disa hipoteza të rëndësishme statistikore që lidhen me analizën e kënaqësisë së këtyre pacientëve të intervistuar me elementët demografik si gjinia, mosha, niveli arsimor dhe niveli i të ardhurave të tyre, për të parë nëse këta faktorë ndikojnë tek niveli i përgjithshëm i kënaqësisë së tyre dhe nëse ndikojnë sa e fortë është lidhja midis tyre.

4.8.1 Mosha

Për të vlerësuar nëse ka dallime midis grup-moshave të pacientëve sa i takon kënaqësisë së përgjithshme që ata marrin nga shërbimi shëndetësor publik apo privat dhe nëse po, cila prej grup-moshave është më e kënaqur do të kryhet analiza nëpërmjet Leven Test, ANOVA dhe Proçedurës Tukey.

Kështu sipas *Leven Test Statistics* vërejmë se grup moshat e pacientëve dhe kënaqësia e tyre janë homogjene midis tyre pasi vlera e Sig.= 0.179 > 0.05 (Tabela 4 në Shtojcën B). Sipas analizës ANOVA dallimet midis grup-moshave të pacientëve sa i takon vlerësimit të kënaqësisë së tyre kanë rëndësi statistikore sepse vlera e Sig.= 0.000 < 0.05 kur vlera e Fisherit $F(3;796) = 21.043$ duke na lejuar të pohojmë se ka kuptim të flitet për dallime midis grup-moshave (Tabela 5 në Shtojcën B).

Po ku vërehen këto dallime statistikore më së shumti? Për këtë realizohet *Testi Post Hoc të Proçedurës Tukey* (Tabela 6 në Shtojcën B). Sipas të dhënave të kësaj tablele diferencat më të rëndësishme janë midis grup moshës [18-30 vjeç] dhe [31-45 vjeç] pasi vlera e Sig.= 0.000 < 0.05 gjë që na lejon të themi se midis këtyre dy grupeve të pacientëve ka dallime statistikisht të rëndësishme në nivelin e kënaqësisë së tyre mbi cilësinë e shërbimeve spitalore. Madje grup mosha [18-30 vjeç] ka edhe vlerësim mesatar më lartë krahasuar me grup-moshën tjetër pasi $M[18-30 \text{ vjeç}] = 4.12$ dhe $M[31-45 \text{ vjeç}] = 3.58$, pra një dallim i vogël midis tyre ndoshta kjo mund të lidhet me faktin se ky grup pacientësh shkon më rrallë në spitale dhe në rastet kur e ka marrë këtë shërbim ka mbetur përgjithësisht i kënaqur.

Edhe pacientët që i takojnë grup-moshës [31-45 vjeç] kanë dallime gjithashtu me pacientët mosha e të cilëve i kalon 60 vjeç pasi vlera e Sig.= 0.000 < 0.05, duke treguar se $M_{\text{mbi } 60 \text{ vjeç}} = 4.27$ duke qënë kështu më e lartë se grup-mosha tjetër.

Gjithashtu kjo grup moshe ka dallime statistikisht të rëndësishme në nivelin e kënaqësisë edhe me moshën [46-60 vjeç] pasi Sig.= 0.006 < 0.05. Këto fakte statistikore janë gjithashtu edhe reale pasi këto grup mosha janë përdorues më të shpeshtë të institucioneve shëndetësore publike dhe private gjithashtu.

4.8.2 Gjinia

Për të parë nëse kënaqësia e përgjithshme e pacientëve varet nga gjinia e tyre, do të përdoret Testi i Pavarësisë Chi Square. Testi i pavarësisë Chi Square përdoret për të testuar nëse dy variabla cilësore janë të pavarur apo jo nga njëri-tjetri. Një vlerë e vogël e Chi Square tregon se hipoteza zero (që variablat janë të pavarur) nuk pranohet dhe se dy variablat janë të varur nga njëri-tjetri. Proçedura përfshin krahasimin e frekuencave të vërtetuara të qelizave me frekuencat e pritura.

Teknika e cila përdoret në këtë rast është Testi i Pavarësisë Chi Square e cila përdoret kryesisht për të dhënat cilësore ashtu sikurse janë edhe variablat tanë. Koeficienti të cilit

ne i refrohemi është Koeficienti Pearson Chi Square. Supozimi ynë është të dy variablat janë të pavarur nga njëri-tjetri dhe kjo hipotezë hidhet poshtë nëse vlera e koeficientit Chi Square e cila shprehet nëpërmjet Sig. (2-sided) është më e vogël se $p = 0.05$ (5%) duke ditur se kemi marrë një interval besueshmërie 95%.

Në rastin e variablave që morrëm në shqyrtim vlera e Sig. (2-sided) e koeficientit Pearson Chi Square është $0.736 > 0.05$, duke treguar kështu se kënaqësia e pacientëve e vlerësuar sipas perceptimeve reale mbi shërbimin spitalor, nuk varet nga gjinia e tyre. E rëndësishme për ta si për femrat edhe meshkujt është cilësia e shërbimit në përgjithësi dhe saktësia në trajtimin e tyre në veçanti (Tabela 3 në Shtojcën B).

4.8.3 Niveli arsimor

Një tjetër analizë do të kryhet për të parë nëse ka dallime midis nivelit arsimor të pacientëve sa i takon kënaqësisë së përgjithshme që ata marrin nga shërbimi shëndetësor publik dhe privat, dhe nëse po cili prej këtyre grupeve të pacientëve është më i kënaqur, ata që kanë nivel më të lartë arsimimi apo jo?

Sërish përgjigjen e këtyre pyetjeve e marrim nëpërmjet *Leven Test*, ANOVA dhe Proçedurës Tukey. Vlera e Sig. sipas Leven test tregon se grupet e pacientëve të ndarë sipas nivelit arsimor janë homogjene pasi kjo vlerë është $0.115 > 0.05$ (Tabela 7 në Shtojcën B). Ndërsa vlera e Sig. = 0.00 për F (3;796) në analizën ANOVA tregon se ka kuptim të flitet për dallime statistikore midis këtyre grupeve të pacientëve lidhur me vlerësimin e nivelit të kënaqësisë pëe cilësinë e shërbimit spitalor të përfutur (Tabela 8 në Shtojcën B).

Por ku vërehen më së shumti këto dallime? I referohemi të dhënave të Tabelës 9 në Shtojcën B, e cila tregon qartë se dallimet statistikore më të rëndësishme janë midis grupit të pacientëve me arsim 8 vjeçar dhe atyre me arsim të mesëm pasi vlera e Sig. = $0.002 < 0.05$ madje duke analizuar më tej nivelin mesatar të vlerësimit të kënaqësisë ku $M_{8 \text{ vjeçar}} = 4.20$ dhe $M_{\text{i mesëm}} = 3.90$ mund të thuhet se tek pacientët me nivel të ulët arsimor niveli i kënaqësisë në lidhje me cilësinë e shërbimit spitalor është më i lartë se tek pacientët me arsim të mesëm.

Ndërsa dallimi tjetër qëndron përsëri midis pacientëve me arsim 8 vjeçar dhe atyre me arsim të lartë ku $M_{\text{I lartë}} = 3.80$ pra pak më e ulët. Ndërsa grupet e tjera midis tyre nuk kanë dallime statistikore të rëndësishme midis tyre. Kjo na lejon të themi se me rritjen e shkallës së nivelit arsimor edhe pritshmërinë në lidhje me kënaqësinë nga cilësia e shërbimeve spitalore vjen duke u rritur, thënë kjo pasi niveli i vlerësimit të kënaqësisë së tyre me rritjen e nivelit arsimor vjen duke u zvogëluar.

4.8.4 Niveli i të ardhurave

Për të parë nëse ka dallime ndërmjet nivelit mesatar të të ardhurave të pacientëve lidhur me kënaqësinë e përgjithshme që ata marrin nga shërbimi spitalor publik dhe privat dhe

nëse po cili prej këtyre grupeve të pacientëve është më i kënaqur, ata që kanë nivel më të lartë ekonomik apo jo, i referohemi të njëjtave teknikave.

Kështu statistika sipas *Leven Test* tregoi se vlera e Sig. = 0.684 shumë më e madhe se 0.05 gjë që tregon se grupet e pacientëve tashmë të ndarë sipas nivelit mesatar të të ardhurave mujore janë homogjene pra me varianca të njëjta (Tabela 10 në Shtojcën B). Gjithashtu analiza sipas ANOVA na lejon të themi se ka kuptim të flitet për dallime statistikisht të rëndësishme në vlerësimin e kënaqësië së pacientëve dhe nivelit mesatar të të ardhurave mujore të tyre pasi për F (3;796) vlera e Sig.= 0.000 < 0.05 (Tabela 11 në Shtojcën B).

Por ku janë më të dukshme këto dallime? I referohemi Tabelës 12 në Shtojcën B, e cila tregon se dallimet e dukshme janë midis atyre pacientëve që kanë nivel mesatar të ardhurash [më pak se 30 000 lekë] në muaj dhe atyre që kanë [30 000 – 50 000 lekë] pasi vlera e Sig. = 0.000 < 0.05. Madje vlera mesatare e pacientëve të grupit të parë është pak më e lartë se pacientët e gjithë grupeve të tjera në përgjithësi dhe e grupit me [30 000 -50 000 lekë] në veçanti. Respektivisht këto vlera janë: $M_{[më\ pak\ se\ 30000]} = 4.09$ dhe $M_{[30000-50000\ lekë]} = 3.77$.

Gjithashtu ata, kanë dallime edhe me pacientët e grupit me të ardhura mesatare [50 000 – 70 000 lekë] ku sërish vlera e Sig. është më e vogël se 0.05 dhe saktësisht 0.006 dhe $M_{[50000-70000]} = 3.70$. Ndërsa grupet e tjera nuk kanë dallime midis tyre. Kjo na çon në përfundimin se pacientët me nivel ekonomik të lartë kanë edhe vlerësim më të ulët të kënaqësisë, ose thënë ndryshe, pritshmëritë e tyre lidhur me cilësinë e shërbimit spitalor janë më të larta se grupet e tjera me nivel ekonomik më të ulët, kjo edhe për arsyen se ata janë më të gatshëm të përballojnë edhe kosto më të mëdha financiare për marrjen e këtyre shërbimeve, duke kërkuar cilësi.

Gjithashtu, në përfundim të analizës mbi secilin prej faktorëve është po aq e rëndësishme gjenerimi i ekuacioni i regresionit të kënaqësisë me gjininë, moshën, të ardhurat dhe nivelin arsimor. Tabela 13 në Shtojcën B, tregon se tek niveli i kënaqësisë kanë marrë pjesë të katër variablat demografikë siç janë gjinia, mosha, niveli arsimor dhe niveli mesatar i të ardhurave mujore.

Ndërsa Tabela 14 në Shtojcën B, tregon se si ndryshojnë vlerat e koeficientëve R^2 sipas secilit model. Kolona e fundit Sig. F change, teston nëse ka ndonjë përmirësim të rëndësishëm midis modeleve kur futet variabli i pavarur shtesë. Ashtu siç tregohet edhe nga vlerat e saj me shtimin e variablit të tretë (niveli arsimor) edhe vlera e R^2 ndryshon me 0.010 ose me 1%, dhe këtë gjë na lejon ta themi edhe vlera e Sig.F Change = 0.005 < 0.05. Ndryshe ndodh me variablin gjinia, futja e të cilit nuk mund të themi se sjell ndikim tek niveli i kënaqësisë së pacientëve gjë që e konfirmon edhe analiza e mëparshme e Testit Chi Square, sepse Sig. F Change = 0.101 > 0.05.

E njëjta gjë mund të thuhet edhe për variablin e të ardhurave mesatare mujore të tyre pasi vlera e Sig. F Change = 0.819 > 0.05 dhe ndikimi i saj tek niveli i kënaqësisë nuk konsiderohet. (Vlera R^2 me futjen e variablit – të ardhurat mesatare mujore është 0.000).

Variabli mosha e rrit vlerën e R^2 me 0.024 = 2.4% dhe ka kuptim të flitet për ndikimin e saj tek niveli i kënaqësisë pasi edhe Sig. F Change = 0.000 < 0.05. Atëherë trajta e përgjithshme e këtij ekuacioni hierarkik do të ishte:

Kënaqësia e përgjithshme e pacientëve për cilësinë e shërbimit spitalor) = 3.667 + 0.128 (Mosha) – 0.121 (Niveli arsimor).

Kjo gjë ashtu sikurse është analizuar edhe më parë pritej pasi kënaqësia e pacientëve varet nga mosha e tyre ashtu sikurse edhe nga niveli arsimor i tyre. Pra, rritja e moshës së pacientëve shoqërohet edhe me rritjen e nivelit të kënaqësisë së tyre ndërsa rritja e nivelit arsimor ndikon negativisht tek kënaqësia ($\beta = -0.121$) (Tabela 15 në Shtojcën B) pasi edhe pritshmëritë e tyre lidhur me kënaqësinë e cilësisë së shërbimit shëndetësor janë më të larta.

4.9 Ekuacioni përfundimtar i kënaqësisë së pacientit

Regresioni Hierarkik është i ngjashëm me regresionin standart të shumëfishtë, me të vetmin ndryshim që variablat e pavarur futen sipas një mënyre të caktuar. Për shembull, në shembullin tonë kushtet teorike mund të kërkojnë që ne fillimisht të vlerësojmë modelin vetëm për variablat demografikë dhe në një moment të dytë të shtojmë dimensionet e cilësisë së shërbimit. Kjo procedurë modeli është quajtur Hierarchical (hierarkik) pasi ndiqet një lloj hierarkie në futjen e variablave të pavarur.

Qëllimi i ndërtimit të këtij ekuacioni është të rishihet edhe njëherë fortësia e lidhjes së dimensioneve të cilësisë dhe variablave të kontrollit si gjinia, mosha, niveli arsimor dhe niveli mesatar i të ardhurave, me kënaqësinë e përgjithshme të pacientëve.

Fillimisht studiojmë se cilët nga këta variabla kontrolli ndikojnë tek variabli i varur që në rastin tonë është *kënaqësia e përgjithshme e pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit spitalor publik*.

Rezultatet tregojnë se të katër këta variabla kontrolli, mosha, gjinia, niveli arsimor dhe niveli mesatar i të ardhurave ndikojnë tek variabli i varur, por duke vazhduar më tej me analizën e korrelimit midis tyre vërejmë se niveli arsimor dhe niveli mesatar i të ardhurave janë me vlera negative, që do të thotë se rritja e tyre shoqërohet me uljen e nivelit të kënaqësisë së pacientëve. Madje variabli i kontrollit gjinia ka ndikim shumë të

ulët krahasur me variblat e tjerë pothuaj të papërfisllshëm pasi $r_{xy} = 0.037$. Futja e secilit prej variablave të kontrollit sipas metodës Stepwise ka kuptim nga ana statistikore sepse në secilin model vlera e Sig. = $0.000 < 0.05$.

Por tashmë duhet parë sesi ndikojnë gjithë dimensionet e cilësisë së shërbimeve spitalore nën efektin e variablave të kontrollit. Pas futjes sipas metodës Stepwise, të secilit dimension vërehet se variblat e kontrollit e humbin rëndësinë e tyre pasi vlerat e Sig. për secilin janë dukshëm më të mëdha se 0.05 duke bërë që variabli i varur (kënaqësia e pacientëve për cilësinë e shërbimeve spitalore publik) të varet kryesisht vetëm nga 5 dimensionet e cilësisë, gjë e cila konfirmohet edhe nga vlerat e larta të korrelimit midis secilit dimension me kënaqësinë. Kështu ekuacioni merr trajtën:

(Kënaqësia e përgjithshme e pacientëve për cilësinë e shërbimit spitalor publik) = .0629 + 0.143 (Përgjegjshmëria) + 0.134 (Besueshmëria) + 0.208 (Siguria) + 0.256 (Pajisjet dhe teknologjia) + 0.381 (Ndjeshmëria)

Ashtu siç vihet re nga ekuacioni, rritja e ndjeshmërisë së stafit dhe përmirësimi i pajisjeve dhe teknologjisë, rrisin më së shumti nivelin e kënaqësisë së pacientëve. Më pas vijnë dimensionet sipas kësaj rradhe: siguria, përgjegjshmëria dhe besueshmëria.

E njëjta analizë ndiqet edhe për sektorin privat, ku rezulton se, në rastin e spitaleve private variabli i kontrollit që ndikon tek kënaqësia është niveli arsimor ashtu sikurse pritej pasi niveli i informacionit është edhe më i madh tek pacientët më të arsimuar, duke bërë këtë kategori edhe më kërkuese.

Këtë gjë e konfirmon nga ana statistikore edhe vlera e Sig = $0.000 < 0.05$. Ashtu siç shihet nga tabela përkatëse vlera më e lartë e korrelimit të variablit të varur dhe variablave të kontrollit është me nivelin arsimor ku $r_{xy} = -0.356$ madje me drejtim negativ, që do të thotë se rritja e nivelit arsimor sjell edhe uljen e niveleve të kënaqësisë dhe më pas vjen niveli i të ardhurave mesatare.

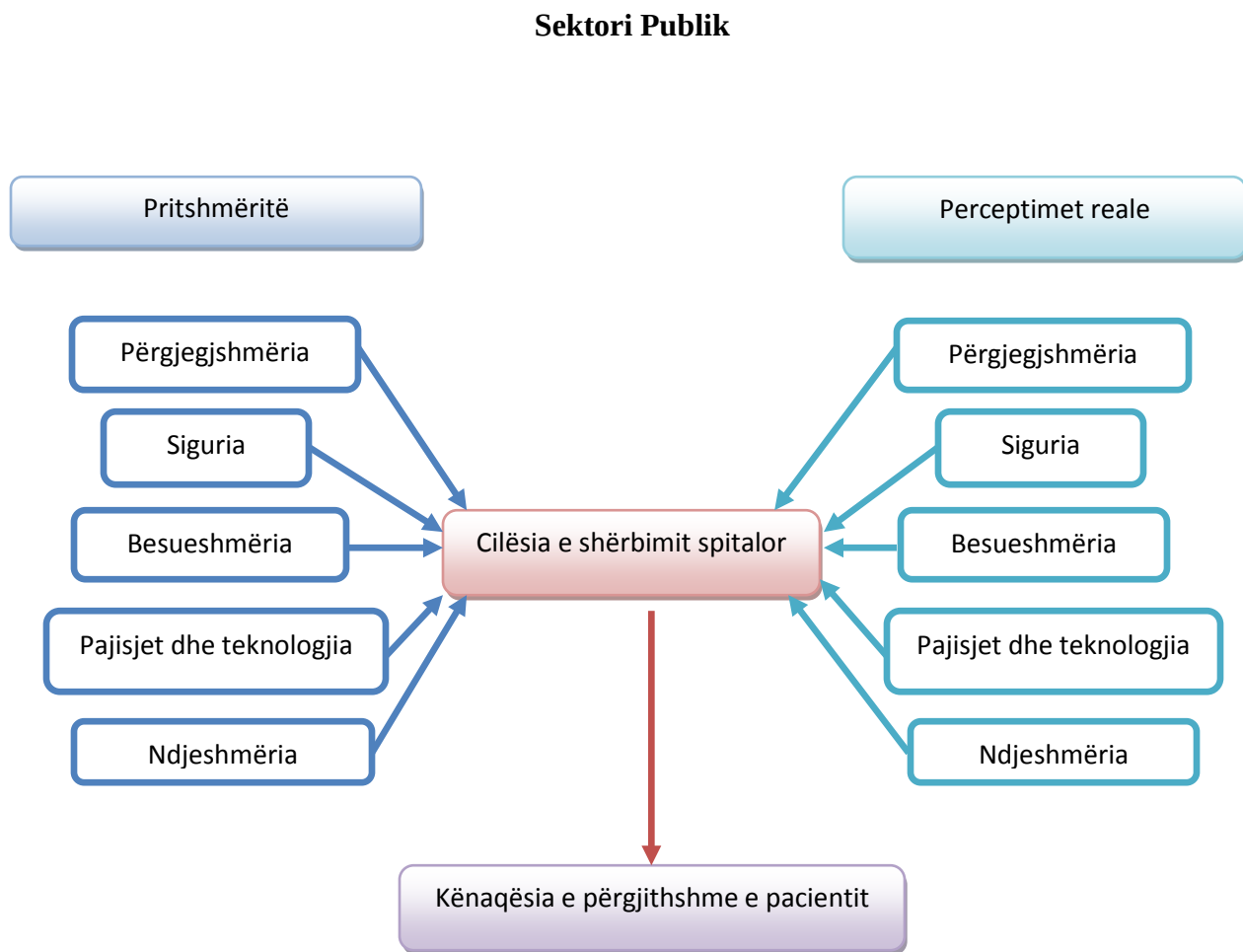
Por, cila do jetë lidhja e nivelit arsimor dhe 5 dimensioneve të tjera së bashku, me nivelin e përgjithshëm të kënaqësisë së pacientëve që marrin shërbime shëndetësore në spitale publike? Përgjigjen e kësaj pyetje e marrim duke përdorur metodën Stepwise për futjen e variablave të pavarur. Kështu dimensionin *ndjeshmëria* ka Sig. = $0.100 > 0.05$ prandaj në analizën e nivelit të kënaqësisë nën ndikimin e variablave të kontrollit nuk hyn në ekuacionin e ndërtuar. Prandaj ekuacioni përfundimtar ka trajtën:

Kënaqësia e përgjithshme e pacientëve për cilësinë e shërbimit spitalor privat = 4.842 – 0.099 (niveli arsimor) + 0.298 (Përgjegjshmëria) + 0.602 (Besueshmëria) + 0.243 (Siguria) + 1.212 (Pajisjet dhe teknologjia)

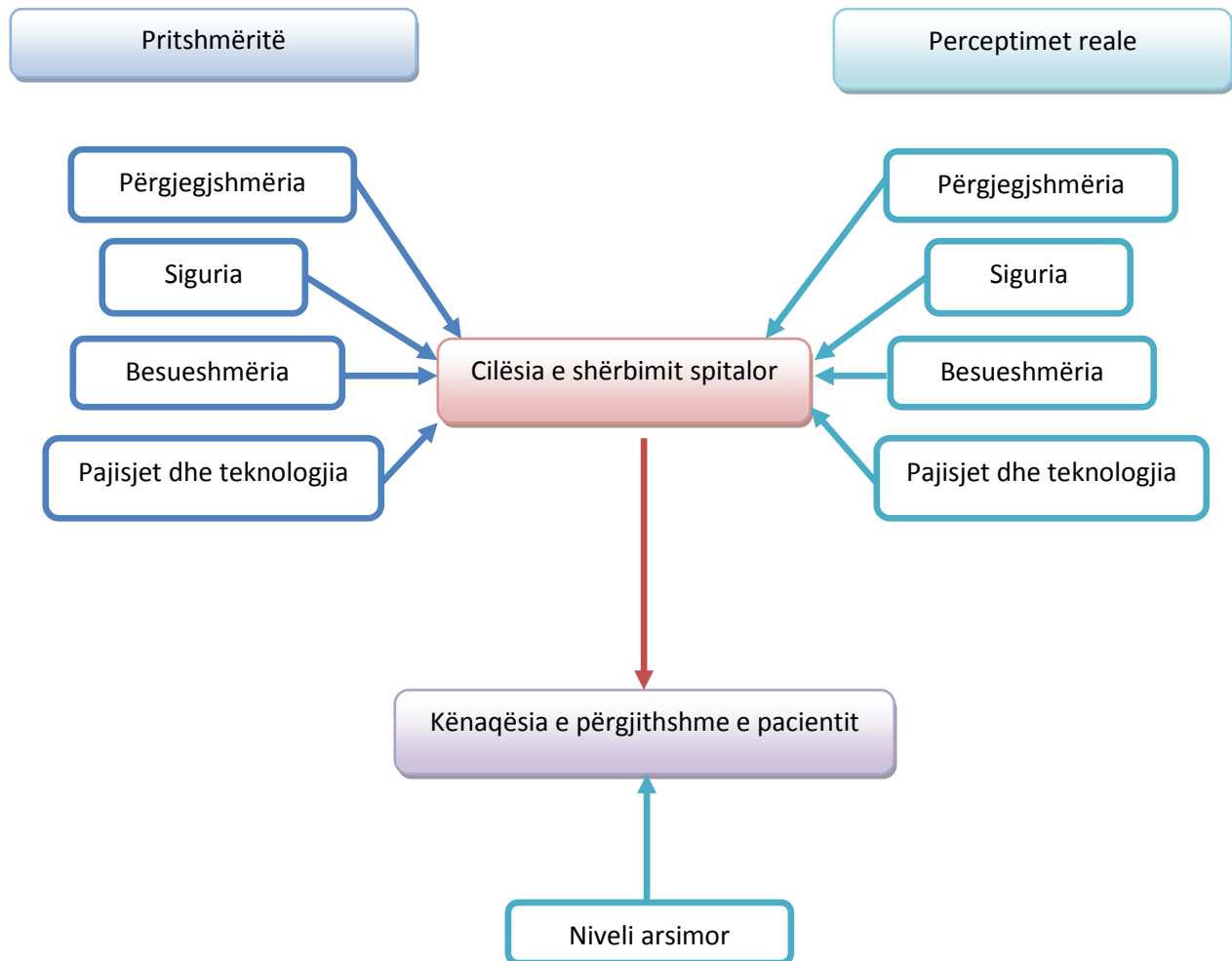
Ashtu siç shihet edhe nga ekuacioni vlerën më të lartë të koeficientit β e kanë pajisjet dhe teknologjia e cila është edhe një nga arsyt kryesore të marrjes së shërbimit në këto spitale, e ndjekur nga besueshmëria, përgjegjshmëria dhe siguria. Niveli arsimor ka vlerë negative, por edhe ndikim më të vogël se dimensionet e cilësisë së shërbimit në kënaqësinë e pacientëve, por gjithsesi ai duke u futur në këtë ekuacion tregon se është një element të cilit i duhet kushtuar vëmëndje.

4.10 Modeli përfundimtar i studimit

Figura 3: Paraqitje skematike e modelit final të kërkimit



Sektori Privat



KAPITULLI 5

PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

5.1 Përfundime

Cilësia e shërbimit shëndetësor, gjithmonë e më tepër po bëhet kusht themelor për kënaqësinë e pacientëve. Gjatë trajtimit të këtij punimi mbi cilësinë e shërbimit shëndetësor në sistemin spitalor Shqipëtar, në sektorët publik e privat u pa dhe njëherë se në këtë drejtim, hapat e ndërmara janë të paktë. Gjithsesi situata ka ndryshuar. Gjithmonë e më tepër, po i kushtohet rëndësi opinioneve dhe kënaqësisë së pacientëve nga ana e menaxherëve, stafit spitalor dhe nga politikëbërësit.

Literatura sugjeron se matja dhe vlerësimi i cilësisë së shërbimit është kusht themelor për përmirësimin e saj e për pasojë dhe rritjen e kënaqësisë së pacientëve. Ndër vite janë bërë përpjekje për gjetjen e instrumentëve më të përshtatshëm për matjen e cilësisë dhe adaptimin e tyre në sektorin shëndetësor. Edhe pse teorikisht janë shpjeguar dhe vërtetuar anët pozitive të këtyre instrumentëve, gjithmonë ka patur hezitime dhe kundërshti në zbatimin praktik të tyre në sektorin shëndetësor. Instrumenti i SERVQUAL, i përzgjedhur për vlerësimin e kënaqësisë së pacientëve në këtë punim, pati përballjen e tij të parë me sektorin spitalor në Shqipëri, por mund të thuhet se ai rezultoi i vlefshëm në përcaktimin dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimit e për pasojë dhe të kënaqësisë së pacientëve duke përmbushur kështu dhe një nga objektivat e këtij punimi.

Duke qënë se në Shqipëri, matjet e cilësisë së shërbimit spitalor të kryera me këtë instrument, apo instrumentë të tjerë të ngjashëm me të mungojnë, është e vështirë të bëhet një analizë krahasuese e rezultateve të përftuara. Gjithsesi në këtë kapitull do të tregohen rezultatet dhe përfundimet e punës kërkimore dhe rekomandimet e duhura për përmirësimin e cilësisë së shërbimit në sektorin spitalor Shqipëtar.

Nga pyetësi i zhvilluar në 14 spitalet më të mëdha të vëndit, të shtrira në rrethet kryesore, në të dy sektorët privat e publik, në 800 pacientë, rezulton se niveli i përgjithëshëm i cilësisë së shërbimit edhe pse ka patur së tepërmi përmirësime në dy vitet e fundit (siç shprehen dhe pacientët e intervistuar), përsëri ka ende shumë rrugë për të bërë. Nga pacientët e marrë në studim vetëm 38% e tyre janë shprehur se janë shumë të kënaqur nga cilësia e shërbimit, dhe 29% janë të kënaqur nga ajo, rezultate këto jo shumë të larta duke pasur parasysh se këto përgjigje vlejné për të dy sektorët.

Në sektorin publik, dimensionet e vlerësuara më së shumti janë siguria që krijon stafi dhe besueshmëria e tij, e ndjekur nga përgjegjshmëria dhe ndjeshmëria e stafit, ndërsa pajisjet dhe teknologjia është dimension i vlerësuar më keq në këtë sektor. Nga ana tjetër ky i fundit ka marrë vlerësimet më të larta në sektorin privat, i ndjekur nga besueshmëria, përgjegjshmëria, siguria dhe ndjeshmëria e stafit.

Gjithsesi, po të shihen dimensionet e cilësisë së shërbimit të veçuara e të vlerësuara vetëm nga perceptimet reale të pacientëve mbi to, dhe të analizohet lidhja e tyre me kënaqësinë e pacientëve, vihet re se në sektorin publik lidhjen më të fortë me kënaqësinë e ka dimension i ndjeshmërisë së stafit, rezultat ky i pritshëm edhe nga literatura e studiuar. Ky dimension ka një lidhje të fortë pozitive me kënaqësinë e pacientëve, duke na treguar se nëse pacientët perceptojnë se stafi është i sjellshëm, mjekët shqetësohen në mënyrë të sinqertë për ta, iu kushtojnë atyre vëmendje personale, respektojnë privatësinë dhe njohin nevojat e tyre specifike, atëherë kënaqësia e tyre rritet, edhe nëse elementët e tjerë të shërbimit do të çalojnë.

Një tjetër element i rëndësishëm, që lidhet fort dhe pozitivisht me kënaqësinë e pacientëve është përgjegjshmëria e stafit, ku gadishmëria e tyre për të ndihmuar pacientët dhe shpjegimi i qartë i procedurave dhe trajtimeve të kryera, do të rezultonte në pacientë të kënaqur. Gjithashtu dimension i besueshmërisë ka një lidhje pozitive, relativisht të fortë, me kënaqësinë e pacientëve, e cila rritet, nëse stafi u kushton atyre kohën e nevojshme për ekzaminim, jep shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij dhe sigurisht nëse tregojnë interes për zgjidhjen e problemeve të pacientëve në mënyrë të sinqertë.

Siguria, e cila lidhet më së shumti me aftësitë dhe njohuritë e mira teorike dhe teknike të stafit, vendosjen e saktë të diagnozës, saktësinë e rezultateve laboratorike dhe dhënien e menjëherëshme të shërbimit të urgjencës, gjithashtu rezulton të lidhet pozitivisht me kënaqësinë e pacientëve. Sa më të sigurt të ndjehen ato nga shërbimi i marrë dhe mënyra e dhënies së tij, aq më të kënaqur janë nga cilësia e shërbimit spitalor. Lidhjen më të vogël me kënaqësinë e ka dimension i pajisjeve dhe teknologjisë, kjo ndoshta dhe për faktin se pacientët besnik të spitaleve publike tashmë janë të vetëdijshëm mbi cilësinë dhe kushtet që do të gjejnë në këto spitale. Gjithsesi përmirësimi i kushteve dhe modernizimi i pajisjeve do të rriste kënaqësinë e tyre.

Nëse flitet për spitalet private, situata ndryshon. Dimension i lidhjen më të fortë me kënaqësinë në këto spitale, është besueshmëria e ndjekur nga siguria dhe përgjegjshmëria e stafit spitalor. Ndjeshmëria dhe pajisjet dhe teknologjia kanë lidhjen më të dobët me kënaqësinë. Kjo vjen si pasojë e faktit se arsyet kryesore që drejtojnë zgjedhjen e këtyre pacientëve drejt sektorit privat janë kushtet më të mira, përdorimi i pajisjeve moderne dhe mirësjellja e kujdesi specifik i stafit ndaj tyre, e për pasojë ato i marrin si të mirëqëna këto elementë, duke kërkuar nga këto spitale rritjen e besueshmërisë, përgjegjshmërisë së

stafit, mjekë të aftë e të kualifikuar, siguri në vendosjen e diagnozës e trajtimit, elementë të cilët rifusin në konsideratën e tyre sektorin publik.

Gjithsesi, ashtu sikurse vihet re nga analiza e kryer, studimi krahasues ndërmjet të dy sektorëve, nxjerr në pah se në të gjithë dimensionet sektori publik ka marrë vlerësime më të ulta krahasuar me atë privat, përsa i përket gjykimit bazuar vetëm në perceptimet reale të pacientëve pas marrjes së shërbimit. Diferencat më të vogla ndërmjet tyre shihen në dimensionin e sigurisë, të ndjekura nga besueshmëria, ndjeshmëria dhe përgjegjshmëria e stafit. Ashtu sikurse pritej ajo çka largon më së shumti këta sektorë nga njëri tjetri është niveli i teknologjisë së pajisjeve dhe teknikave të përdorura në trajtimin e pacientëve, higjena dhe kushtet e ofruara mbi qëndrimin në spital, pamja vizive e pajisjeve dhe ushqimi.

Ky rezultat duhet parë në këndin e duhur nga menaxherët e të dy sektorëve, për të gjetur mënyrat e duhura në përballjen me konkurrencën dhe nxitjen e saj.

Siç u theksua nga literatura, kënaqësia është një koncept psikologjik, vlerësimi i të cilës konsiderohet si një gjykim i individëve mbi çdo objekt apo ndodhi, pasi ka një eksperiencë lidhur me të në kohë. Për këtë arsye instrumenti SERVQUAL i përdorur në këtë kërkim, mat cilësinë e shërbimit bazuar në perceptimet reale të pacientëve mbi cilësinë e shërbimit të marrë dhe pritshmëritë që pacientët kishin përpara se të merrnin shërbimin spitalor. Parë në këtë këndvështrim situata ndryshon. Në të dy sektorët e marrë veçmas, pritshmëritë e pacientëve ishin tepër të ndryshme.

Në sektorin publik pritshmëritë e pacientëve nuk ishin të larta dhe varionin nga dimensionin në dimension. Pritshmëritë më të larta (ku mbi 55% e pacientëve prisnin që situata të ishte shumë mirë), qëndronin mbi dimensionin e sigurisë që stafi i krijon pacientëve (dhe duhet theksuar se ky është dhe dimensionin e vlerësuar më tepër dhe realisht prej tyre), duke vijuar me besueshmërinë, përgjegjshmërinë, ndjeshmërinë dhe në fund dimensionin me pritshmëritë më të ulta është pajisjet dhe teknologjia (ku vetë 10% e të intervistuarve prisnin që gjëndja të ishte shumë e mirë dhe pothuajse mbi 40% e tyre prisnin që gjëndja të ishte të paktën tek mesatarja).

Në sektorin privat këto pritshmëri nuk varionin nga dimensionin në dimension. Vlerësimi ishte pothuaj konstant dhe gati 98% e pacientëve të intervistuar prisnin të gjëndja të paraqitej shumë e mirë në të gjithë aspektet. Pa dyshim kjo tendencë ndikon edhe në rezultatet përfundimtare të hendekut ndërmjet perceptimeve reale dhe pritshmërive të tyre, për të përcaktuar kënaqësinë e pacientëve në të dy sektorët e analizuar.

Për shkak të pritshmërive mesatare ose të ulta e më pas vlerësimeve të bëra nga pacientët mbi cilësinë e shërbimit të marrë, në sektorin publik hendeku i vlerësuar rezultoi të ishte pozitiv në katër dimensionet, e për pasojë pacientët ishin të kënaqur nga ky shërbim. Dimensionin e vetëm i vlerësuar negativisht është pajisjet dhe teknologjia, gjë e cila pritej dhe nga analiza e mëparëshme. Përsa i përket dimensioneve të tjera, pacientët rezultuan

të ishin të kënaqur nga besueshmëria e stafit, e ndjekur nga përgjegjshmëria dhe siguria me vlera të barabarta dhe në fund ndjeshmëria. Ashtu siç shprehen dhe pacientët gjatë intervistimit, në këtë rezultat nuk ndikonte vetëm fakti që ato e dinin në një farë mënyre gjëndjen e spitalit ku do të shtroheshin, por edhe fakti se në dy vitet e fundit situata kishte ndryshuar së tepërmi për mirë, përsa i përket sjelljes dhe komunikimit të stafit, gadishmërisë në shërbim, shpejtësisë në dhënien e shërbimit të urgjencës, kualifikimeve të mjekëve, mënyrës së shpjegimit të trajtimeve, etj.

Përsa i përket pritshmërive që kishin, pacientët mund ti ndajmë në tre grupe:

- Ata që kishin qënë më parë të shtuar në spital dhe e njihnin gjëndjen, e për pasojë pritshmëritë e tyre përputheshin me vlerësimin e tyre real mbi cilësinë.
- Ata pacientë që prisnin një gjëndje shumë të keqe të spitaleve ndikuar nga opinionet e dëgjua nga të tjerët ose dhe komentet nga mediat e ndryshme, të cilët më pas mund të surprizoheshin nga gjendja reale e spitaleve, duke bërë që vlerësimet të ishin më të larta se pritshmëritë e tyre, e për pasojë të rezultonin të kënaqur.
- Pacientë, të cilët prisnin që gjendja spitalore të ishte shumë e mirë, ndikuar dhe nga politikat më të fundit të kryera në vend, e ku pritshmëritë e tyre ishin shumë të larta, por që më tej pas marrjes së shërbimit, vlerësimet e tyre qoftë edhe mesatare ose të ulta çonin në një hendek negativ e për pasojë, në pakënaqësi.

Situata ndryshon në spitalet private, madje është pikërisht e kundërta. Dimension i vetëm i vlerësuar me hendek pozitiv siç dhe pritej, është pajisjet dhe teknologjia, ndërsa dimensionet e tjera kishin hendeqe negative, pavarësisht se me vlera të vogla, nga ku dimension i ndjeshmërisë rezulton të ketë dhe hendekun më të madh, e ku pacientët janë më të pakënaqur, ndjekur nga përgjegjshmëria, siguria dhe besueshmëria që krijon stafi spitalor.

Analiza vazhdon më tej me rishikimin e lidhjes ndërmjet dimensioneve të cilësisë, matur sipas SERVQUAL, dhe kënaqësisë së përgjithshme të pacientëve. Sipas regresionit të shumëfishtë linear, rezulton se dimensionet që ndikojnë më tepër në rritjen e kënaqësisë në sektorin publik renditen sipas kësaj rradhe: besueshmëria, ndjeshmëria, përgjegjshmëria, pajisjet dhe teknologjia dhe siguria. Pra e thënë ndryshe, nëse spitali jep shërbimin atëherë kur ka premtuar ta japë atë, ashtu siç duhet që herën e parë dhe nuk ngutet në ekzaminimin e pacientëve, duke treguar interes të sinqertë në zgjidhjen e problemeve të tyre, si dhe duke rritur cilësinë e pajisjeve dhe kushteve spitalore do të çonte në rritjen e kënaqësisë së pacientëve.

Nga ana tjetër, kjo analizë e kryer në sektorin privat tregon se dimension i vetëm që ndikon më tepër në kënaqësinë e pacientëve është pajisjet dhe teknologjia e ndjekur nga siguria, përgjegjshmëria dhe ndjeshmëria. Këto rezultate janë konsistente edhe me të dhënat e përfthuara nga analizat e mësipërme.

Një element tjetër i studiuar në këtë punim, është dhe lidhja e faktorëve demografik, me kënaqësinë e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit. Faktorë si mosha, gjinia, niveli arsimor dhe niveli i të ardhurave, sipas literaturës së rishikuar, ndikojnë në mënyra të ndryshme në kënaqësinë e pacientëve. Nga analiza e kryer rezulton se kënaqësia e pacientëve në Shqipëri nuk varet nga gjinia e tyre, por shohim se ka një tendencë varësie me elementët e tjerë. Kështu më të kënaqur janë pacientët e moshës mbi 60 vjeç dhe ato të moshës nën 30 vjeç. Grup moshat mesatare 30-60 vjeç, janë më pak të kënaqur krahasuar me grupet e tjera.

Gjithashtu mund të thuhet se kemi ndryshime ndërmjet grupeve të ndryshme, përsa i përket nivelit arsimor. Kështu shohim se lidhja e nivelit arsimor dhe kënaqësisë është me drejtim negativ, ku sa më i lartë niveli arsimor, aq më i ulët niveli i kënaqësisë së pacientëve. Po kjo tendencë vërehet edhe në lidhjen me nivelin e të ardhurave. Me rritjen e të ardhurave, ulët niveli i kënaqësisë së pacientëve. Kjo rezultate ishin deri diku të pritshme nisur edhe nga rishikimi i literaturës.

Në përfundim të analizës, u rishikua edhe një herë lidhja e kënaqësisë së përgjithshme të pacientëve me dimensionet e cilësisë së shërbimit, vlerësuar sipas SERVQUAL, dhe faktorëve demografik, sipas analizës së regresionit hierarkik, ku përsëri rezultatet për të dy sektorët ishin të ndryshme. Kështu në sektorin publik (sipas teknikës hap pas hapi), kënaqësia e përgjithshme e pacientëve varet vetëm nga pesë dimensionet e cilësisë së shërbimit, dhe nuk ndikohet nga faktorët dhe karakteristikat demografike të pacientëve. Ajo që theksohet sërish për këtë sektor është fakti se rritja e ndjeshmërisë së stafit dhe përmirësimi i pajisjeve dhe modernizimi i teknologjisë janë faktorët që ndikojnë më tepër në rritjen e kënaqësisë së pacientëve.

Në sektorin privat (po sipas kësaj teknike), ndikimin më të madh në kënaqësinë e pacientëve e kanë vetëm katër nga dimensionet e cilësisë së shërbimit (ndjeshmëria nuk hyn në ekucionin e zhvilluar), si dhe niveli arsimor i pacientëve (në një masë më të vogël).

Si konkluzion përfundimtar i punimit, mund të thuhet se ka dallime të dukshme në të dy sektorët përsa i përket vlerësimeve si të pritshmërive ashtu dhe të perceptimeve reale të pacientëve mbi cilësinë e ofruar të shërbimit. Pavarësisht se sektori privat është vlerësuar më tepër, në të pesë dimensionet e cilësisë, edhe pritshmëritë për këtë sektor kanë qënë tepër të larta, duke bërë që diferencat e hendeut (perceptim/pritshmëri) për të, të ishin negative, që do të thotë se pacientët prisnin më tepër se ajo çka i është ofruar realisht nga këto spitale. Nga ana tjetër përmirësimet në cilësinë e shërbimit, vitet e fundit, në sektorin publik, dhe pritshmëritë mesatare apo të ulta të pacientëve lidhur me të, rezultuan në pacientë të kënaqur, pavarësisht mangësive në kushtet e ofruara.

Besnikëria e pacientëve, përkundrejt sektorëve të analizuar, duket se nuk ka diferenca ndërmjet tyre. 89% e pacientëve të intervistuar u shpreh se do të riktheheshin përsëri në atë spital për të marrë shërbim, dhe se do tja rekomandonin atë edhe të tjerëve. Mund të

mendohet se kjo vjen si pasojë e besnikërisë së pacientëve shqipëtarë, por, edhe e faktit se mundësitë e tyre për të zgjedhur institucione të tjera të ofrimit të shërbimit spitalor janë të kufizuara nga mundësitë e tyre financiare, mosarsimimi, pamundësia për të lëvizur drejt zonave të tjera apo dhe të pranuarit të situatës së tyre aktuale. Gjithsesi, kjo do të mbetet në dorë të menaxherëve spitalor për tu vlerësuar, në mënyrë që ata të krijojnë kushtet e duhura për të arritur dhe pse jo dhe tejkaluar, pritshmëritë e pacientëve, në të dy sektorët.

5.2 Rekomandime

Analiza e kryer dhe përfundimet e përfutuara, na tregojnë një realitet të situatës së sistemit shëndetësor në Shqipëri, mbi cilësinë e shërbimit, parë nga këndvështrimi i pacientëve. Pavarësisht se në vitet e fundit, ka nisur ti kushtohet vëmendje cilësisë si përcaktues i kënaqësisë së pacientit, ende studimi dhe analizimi i këtyre elementëve është në hapat e parë. Ajo çka vihet re me siguri nëpërmjet këtij kërkimi, është se në Shqipëri sektorët e ofrimit të kujdesit spitalor (publik dhe privat), shfaqin karakteristika të ndryshme.

Përsa i përket sektorit publik, vlerësimet e pacientëve mbi cilësinë, nuk janë të larta, por sipas analizës së kryer me instrumentin SERVQUAL, ata rezultojnë të kënaqur. Kjo për shkak se pritshmëritë e pjesës më të madhe të tyre, mbi këtë sektor kanë qënë të ulta ose mesatare. Gjithsesi ajo çka duhet theksuar dhe marrë në konsideratë është se, sektori shëndetësor publik në Shqipëri, përsa i përket cilësisë së shërbimit, mezi arrin të kënaqë pritshmëritë e pacientëve, madje në dimensionet e caktuara edhe pse këto pritshmëri janë tepër të ulëta, përsëri nuk arrin ti përmbushë ato. Për këtë arsye ndjehet e nevojshme të bëhen këto rekomandime si më poshtë:

1. Menaxherët spitalorë duhet të kryejnë herë pas here, sondazhe periodike me anë të pyetësorëve të ndryshëm, apo metodave të tjera, që vlerësojnë cilësinë e shërbimit, në spitalet publike, me qëllim që të informohen mbi pikat e dobëta të cilësisë së shërbimit të ofruar nga spitalet e tyre, duke u bazuar në dimensionet e cilësisë së shërbimit, për të vlerësuar kënaqësinë e pacientëve.
2. Duke qënë se dimensionet e cilësisë, që ndikon më së tepërmi në kënaqësinë e pacientëve është ndjeshmëria e stafit, duhet ti kushtohet vëmendje kryesisht sjelljes së stafit, duke kryer trajnime apo seminare të ndryshme mbi mënyrën e komunikimit dhe sjelljes së tyre me pacientët.
3. Nevojitet një rishikim i alokimit të burimeve financiare, për të rritur investimet në teknologjinë e përdorur dhe pajisjet spitalore, pasi ky është dhe dimensionet e vlerësuar më dobët nga pacientët. Kërkohet një modernizim i teknologjisë së përdorur si për diagnostikimin e sëmundjeve, ashtu dhe për trajtimin e tyre. Gjithashtu, është e nevojshme të rishikohen kushtet e higjienës nëpër spitale,

mbase duke deleguar disa prej shërbimeve tek sektori privat, për të rritur cilësinë e shërbimit, por gjithmonë duke mos hequr dorë nga monitorimi i këtij bashkëpunimi.

4. Duke qënë se pika më e fortë e këtij sektori janë aftësitë profesionale të mjekëve dhe stafit mbështetës, është shumë e rëndësishme të mbahet në nivele të larta ky profesionalizëm, duke u siguruar mjekëve, kushtet e nevojshme për kualifikime të mëtejshme, si dhe ofrimin e programeve për akreditimet e duhura profesionale si për stafin ashtu dhe për shërbimin spitalor.
5. Një pikë tepër e rëndësishme, që ndikon së tepërmi në kënaqësinë e pacientëve është dhe shpejtësia e marrjes së shërbimit. Për këtë arsye duhet rivlerësuar shërbimi i urgjencës, duke caktuar për mbulimin e tij mjekë të specializuar në këtë fushë, të cilët duhet të japim një shërbim jo vetëm të shpejtë por edhe efektiv.
6. Është gjithashtu e rëndësishme, që stafi të komunikojë me pacientët mbi trajtimet dhe medikamentët që ata marrin, pasi kjo do të ndikonte në rritjen e kënaqësisë së tyre përkundrejt shërbimit të ofruar. Për këtë qëllim, një pikë tjetër e rëndësishme që i duhet kushtuar vëmendje nga ana e menaxherëve spitalorë është ndërgjegjësimi i stafit mbi informimin e pacientëve në mënyrë konçize, mbi çështje që lidhen me trajtimin e tyre dhe medikamentët që marrin.
7. I duhet kushtuar një vëmendje më e madhe grup moshave mesatare (30-60 vjeç) dhe me arsim të lartë, pasi këto janë edhe grupi më pak i kënaqur, por që kanë edhe mundësitë më të mëdha për të zgjedhur sektorin se ku do të marrin shërbimin spitalor. Për këtë arsye në mënyrë që të nxitet konkurenca me sektorin privat, menaxherët spitalorë publik duhet të zhvillojnë strategji të ndryshme marketingu dhe menaxhimi, për të tërhequr këto kategori pacientësh dhe për të kënaqur sa më shumë ata.
8. Pjesëmarrje më aktive në media, për informimin masiv, mbi shërbime të reja të ofruara apo për specializime specifike bashkëkohore të stafit.

Ndërkohë, në sektorin privat situata paraqitet krejt ndryshe. Duke qënë se arsyet kryesore, që drejtojnë pacientët për të marrë shërbim në këto spitale janë pakënaqësitë nga sektori publik, menaxherët e këtyre spitaleve gjenden përballë sfidave edhe më të forta. Kështu pritshmëritë e pacientëve mbi këtë sektor janë tepër të larta në të gjithë dimensionet, duke bërë që stafi dhe drejtuesit të jenë gjatë gjithë kohës në një situatë maksimale shërbimi. Për fat të keq, në sektorin spitalor privat në Shqipëri kjo nuk arrihet gjithmonë. Pacientët, sipas gjetjeve së këtij punimi, pavarësisht se kanë vlerësuar pozitivisht cilësinë e shërbimit shëndetësor në të gjithë dimensionet e tij, sipas vlerësimit të kënaqësisë së tyre me anë të SERVQUAL, rezultojnë të pakënaqur në katër, nga pesë dimensionet e vlerësimit të cilësisë, pasi pritshmëritë e tyre tepër të larta, nuk janë përmbushur plotësisht, duke pasur parasysh që duhen justifikuar dhe

kostot monetare për shërbimet e ofruara. Për këtë arsye rekomandimet e mëposhtme mund të ishin në ndihmë të përmirësimit të mëtejshëm të cilësisë së shërbimit të këtij sektori.

1. Besueshmëria që krijon stafi spitalor, është një nga dimensionet që ndikon më së shumti në rritjen e kënaqësisë së pacientëve në këtë sektor, për këtë arsye rishikimi i mjekëve të punësuar dhe kualifikimet specifike të tyre, duhen vlerësuar me kujdes nga menaxherët e këtyre spitaleve.
2. Një tjetër aspekt i rëndësishëm, që duhet përmirësuar nga ky sektor, është dhënia e shërbimit të urgjencës, në mënyrë të menjëherëshme, pavarësisht nga kryerja e detyrimeve financiare, të paktën për pacientët që ndiqen rregullisht pranë këtyre institucioneve, pasi mbi të gjitha nuk duhet harruar edhe sensi human i shërbimit. Gjithashtu edhe ndjekja e plotë, e njëtrajtëshme e pacientit deri në shërimin e plotë të tij, është një pikë tjetër që duhet përmirësuar nga stafi spitalor privat e duhet mbajtur në konsideratë nga menaxherët e tyre.
3. Respektimi i kohëve të premtuara të dhënies së shërbimit, do të ishte një tjetër aspekt për tu rregulluar nga stafi i këtyre spitaleve, pasi duket se ndikon së tepërmi në kënaqësinë e pacientëve që marrin shërbim spitalor në këtë sektor.

Për ta përmbyllur, pavarësisht se ku vendosin të marrin shërbimin spitalor pacientët në Shqipëri, vlerësimi i tyre mbi cilësinë e ofruar të shërbimit rritet, përse kohë stafi është i sjellshëm, krijon besim gjatë dhënies së shërbimit, është i aftë në diagnostikim e trajtim si dhe disponon teknologji dhe pajisje moderne bashkëkohore.

5.3 Kufizime të punimit

Është e pashmangshme që një punim të mos ketë kufizimet e tij. Edhe ky studim pa dashur të cënojë vlerat e tij, ka kufizimet e veta si më poshtë:

1. Sado i madh numri i kampionimit, përsëri ky numër nuk përfaqëson të gjithë pacientët që kanë marrë shërbim spitalor, në të gjithë spitalet e anketuara.
2. Nuk ka siguri për vërtetësinë dhe sinqeritetin e përgjigjeve të marra nga pacientët, pasi pjesa më e madhe e tyre janë intervistuar brenda ambjenteve spitalore, duke bërë që pacientët të ndikohen në përgjigje nga prania e stafit, ose të kenë pasur ndrojtje të përgjigjen. Thuhet dhe dyshohet kjo mundësi, pasi një pjesë jo e vogël e tyre, kanë refuzuar të bëhen pjesë e këtij pyetësi, duke menduar se ishte i drejtuar nga menaxherët e këtyre spitaleve ose dhe nga media.
3. Kohëzgjatja e pyetësit, e shtirë në tre muaj, kushtëzohet edhe nga faktorë personal si dhe nga ngjarjet e ndodhura brenda kësaj periudhe.

4. Duke qënë se studimi lidhet me sektorin shëndetësor, përgjigjet e pacientëve ndikohen pjesërisht edhe nga ecuria e shërimit të tyre, pasi është e pashmangshme të ndahet kënaqësia nga shërbimi i ofruar, me rezultatet finale të trajtimit.
5. Së fundmi, edhe mungesa e krahasimit të rezultateve të këtij kërkimi me punime të tjera të ngjashme të kryera në Shqipëri me anë të këtij instrumenti, shkakton kufizime mbi rezultatet e përftuara.

5.4 Studime të mëtejshme

Ashtu sikurse u theksua, gjatë gjithë këtij punimi, pikëpamja e pacientëve mbi cilësinë e shërbimit dhe vlerësimi i kënaqësisë së tyre mbi këtë cilësi të perceptuar, ka rëndësi të madhe për të bërë ndryshimet e duhura në sektorin shëndetësor. Gjithashtu me rëndësi do të ishte që edhe në punime të tjera t'i kushtohet po kaq vëmendje edhe këndvështrimit të mjekëve, apo dhe menaxherëve spitalor, mbi perceptimet e tyre mbi arritjen dhe kënaqësinë së pacientëve, në mënyrë që të përcaktohen rrugët e përbashkëta të përmirësimit të cilësisë së shërbimit.

Një tjetër aspekt i rëndësishëm do të ishte kryerja e analizave të ngjashme edhe në sektorë të tjerë të shëndetësisë, si në shërbimin parësor, dentar privat dhe publik apo farmaceutik, duke shërbyer si një bazë krahasuese për sektorët me njëri tjetrin, për identifikimin e sektorëve me problematikat më të mëdha në cilësinë e shërbimit, si dhe përdorimit të këtyre studimeve si mjet reference për orientimin e reformave shëndetësore në të ardhmen.

Një tjetër rekomandim për studime të mëtejshme, mund të ishte edhe ndërthurja e instrumentëve të ngjashëm të vlerësimit të cilësisë, me njëri tjetrin, për të bërë sa më të plotë përputhjen e tyre me situatën e sektorit shëndetësor në Shqipëri, si dhe për të evidentuar në mënyrë sa më efektive problemet e këtij sistemi në lidhje me cilësinë e shërbimit dhe rritjen e kënaqësisë së pacientit.

5.5 Konsiderata të etikës

Gjatë zhvillimit të këtij punimi janë ndjekur të gjithë rregullat e etikës si më poshtë:

1. Perpara se të intervistoheshin pacientët, iu është drejtuar një kërkesë drejtorive përkatëse të spitaleve për të marrë leje, për të zhvilluar pyetësorët. Në rastet ku leja nuk është dhënë, pacientët janë intervistuar jashtë ambjentëve spitalorë.
2. Pacientët e kanë plotësuar pyetësorin vetëm pasi atyre iu është sqaruar qartë arsyeja e zhvillimit të pyetësorit dhe pasi janë siguruar për ruajtjen e konfidencialitetit të të dhënave të marra prej tyre.

3. Ky informacion nuk do të përdoret për qëllime të tjera jashtë kuadrit të këtij punimi, dhe nuk do të modifikohet për qëllime të ndryshme.
4. Ky punim nuk përmban asnjë burim të pacituar informacioni.

REFERENCA

A. Field, Sage Publication 2005.

Aagja, J. P. and Garg, R. (2010) "Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 4. Iss: 1, pp.60 - 83.

Accounts Commission for Scotland (1999a), *Can't Get No Satisfaction*, Accounts Commission for Scotland, Edinburgh.

Andaleeb, S. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 11(6), 181-187.

Andaleeb, S. S. (2000). Service quality in public and private hospitals in urban Bangladesh: A comparative study. *Health Policy*. 15(1), 95–102.

Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*. 52, 1359–1370.

Andaleeb, SS. and Millet, I. (2010) "Service experiences in hospitals in Bangladesh: are there gender inequities?", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23, Iss: 6, pp.591 – 606.

AHRQ (2006). *National health care quality report*, 2006. Rockville, Md, US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ Pub. No. 07-0013).

Angelopoulou, P., Kangis, P. & Babis, G. 1998. Private and public medicine: A comparison of quality perceptions. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 11(1):14-20.

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, ten Asbroek AHA, Custers T: (2003), Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15: 377-398.

Arah, O, Westert GP, Hurst J, Klazinga, NS. (2005), A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators. *International Journal for Quality in Health Care*.

Arasli, H., Ekiz, E. H. & Katircioglu, S. T. (2008). Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 21(1), 8-23.

Atinga, R.A., Abekah-Nkrumah, G., & Domfeh, K.A. (2011). Managing healthcare quality in Ghana: a necessity of patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24(7), 548-563.

Babakus E. and Mangold W.G. (1992), Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation, *HSR: Health Services Research*. 26:6

Babakus, E and Boller, G W (1992), "An Empirical Assessment of the Servqual Scale", *Journal of Business Research*. 24(3), pp 253-268.

- Bitner, M.J., (1990), "Evaluating service encounters: the effects of physical Surroundings and employee responses, *Journal of Marketing*, Vol. 54, pp. 69-82.
- Bleich S, Özaltın E, Murray C. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ* 2009.
- Boshoff C, Gray B (2004). The relationship between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South Afr. J. Bus. Manage.*, 35(4): 27-37.
- Brady, M. K. & Cronin, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*. 65, 34-49.
- Brady, M. K. & Robertson, C. J. (2001). Searching for a consensus on the antecedent role of service quality and satisfaction: an exploratory cross-national study. *Journal of Business Research*. 51: 53-60.
- Brook, R, McGlynn, E, Cleary, P (1996). Measuring quality of care. *The New England Journal of Medicine*, 335(13):966-970.
- Brook, R, McGlynn, E, Shekelle, P (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4):281-295.
- Brown, T. J., Gilbert A. Churchill, Jr., & Peter, J. P. (1993). Improving the Measurement of Service Quality. *Journal of Retailing*, 69(1), 127-139.
- Butler, D. Oswald, SL. and Turner, DE. (1996) "The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality: The case of users and observers", *Journal of Management in Medicine*, Vol.10, Iss:5, pp.8-20.
- Buttle, F., (1996), "SERVQUAL: review, critique, research agenda", *European Journal of Marketing*, Vol. 30, No. 1, pp. 8-32.
- Cadott, E., Woodruff, R., & Jenkins, R., (1987), "Expectations and norms in Models of consumer satisfaction", *Journal of Marketing Research*, Vol. 24, August, pp. 305-314.
- Camilleri, D. and O'Callaghan, M. (1998) "Comparing public and private hospital care service quality", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11. Iss:4, pp. 127 – 133.
- Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG. Quality indicators for general practice. Which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *J Pub Health Med* 1998; 20: 414-421.
- Canadian Institute for Health Information (2004), Health Indicators. www.cihi.ca.
- Carman, J. M., (1990),"Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions", *Journal of Retailing*, Vol. 66. No. 1, pp.33- 55.
- Chikovani I, (2008),"Assesment of the health information system in Albania", Curatio International Foundation.

Choi, S. Kui. et al, (2005), "The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationships in South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types of Services", *Journal of Service Marketing*, Vol. 19. No. 3, pp. 140- 149.

Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.

Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., & Delbanco, T. L. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff.* 10, 254-267.

Constantino MJ, Arnkoff DB, Glass CR, Ametrano RM, Smith JZ. Expectations. *J Clin Psychol* 2011;67(2):184-92.

Council of Europe (2001). Recommendation Rec(2001)13 on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices and explanatory memorandum of the Council of Europe. Strasbourg, Council of Europe.

Council of Europe (2006). Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Strasbourg, Council of Europe.

Covinsky, K. E., Rosenthal, G. E., Chren, M. M., Justice, A. C., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, S. (1988). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *J. Gen. Intern. Med.* 13, 223-229.

Coyle, J. & Williams, B. 1999. Seeing the woods for the trees: Defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 12(6-7).

Cronin Jr.J.J., and Taylor, S.A., (1992)," Measuring service quality: a reexamination and extension", *Journal of Marketing Research*, Vol. 56, July. 56, 55–68.

Cronin Jr.J.J., and Taylor, S.A., (1994)," SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perception-minus-expectation measurement of service quality", *Journal of Marketing*, Vol. 58, January. pp. 125-31.

Crowe, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H. (2002), "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature", *Health Technology Assessment*, Vol.6. No. 32, pp. 1-244.

Dabholkar, P. A., Thorpe, D. I. & Rentz, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the Academy of Marketing Science.* 24(1), 3-16.

Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D. & Thorpe, D. I. (2000). A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of Retailing.* 76(2), 139-173.

Dagger, T.S., Sweeney, J.C. and Johnson, L.W. (2007), "A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model", *Journal of Service Research*, Vol.10(2), 123-142.

Davies AR, Ware JE, Brook RH et al: Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service care: results from a randomized controlled trial. *Health Serv Res* 1986. 21: 429-452.

Dean, M. Alison, (1999), "The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environment", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 16. No. 3, pp. 1- 21.

Dempsey, C., Reilly, B., & Buhlman, N. (2014). Improving the patient experience: Real-world strategies for engaging nurses. *The Journal of Nursing Administration*. 44(3), 142-151.

Department of Health (1997). A first class service – quality in the new NHS. London, Department of Health.

Dey, P.; Hariharan, S.; Brookes, N.(2006), Managing healthcare quality using logical framework analysis. *Managing Service Quality*. 16 (2): 203-222.

Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

Donabedian, A. (1986). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund. Q.*, 44, 166±206. Glass, R. M. (1996). The patient±physician relationship. *JAMA focuses on the center of medicine*. *JAMA*. 44, 166-206.

Donabedian, A (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260:1743–1748

Donabedian, A. 1997. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med* 121. 121(11):1145-1150.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly J.* 83(4), 691–729.

Dursun, Y. and Cerci, M., (2004), " Perceived Quality : A Study on Patient Satisfaction and Behavioral Factors", *Erciyes Universitesi Iktisadi ve Idari Bilimler Fakiltesi Dergisi*, Vol. 23. pp. 1- 16.

Eastwood, D.B., Brook, J.R., & Smith, J.D., (2005)," Developing Marketing Strategies for Green Grocers: An Application of SERVQUAL", *Wiley Periodicals. Inc*, 21,PP. 81-96.

Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Beckett, M. K., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., & Giordano, L. A. (2012). Gender differences in patients' perceptions of inpatient care. *Health Services Research*. 47(4), 1482-1501.

Engels, Y et al. (2005). Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice*, 22:215-222.

Epstein KR, Laine C, Farber NJ et al. Patients’ perceptions of Office Medical Practice: judging quality through the patients eyes. *Am J Med Qual* 1996;11:73–80.

Fitzpatrick, R. and Hopkins, A. (1983), “Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 5. No. 3.

Fitzpatrick R. The assessment of patient satisfaction. In: Jenkinson C, editor. Assessment and evaluation of health and medical care. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 85-101.

Fornell, C. & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. 39-50.

Fox, J.G. and Storms, D.M. (1981), "A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care", *Social Science & Medicine. Part A: Medical Sociology*, Vol. 15. No. 5, pp. 557-64.

Frimpong, O. Nana, Nwankwo, Sonny. And Dason, Baba, 2010),"Measuring Service Quality and Patient Satisfaction with Access to Public and Private Healthcare Delivery", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 23. No. 3, pp.203- 220.

Funderburk JS, Fielder RL, Demartini KS, Flynn CA. Integrating behavioral health services into a university health center: patient and provider satisfaction. *Fam Syst Health* 2012 .

Gilbert, G.R. and Veloutsou, C. (2006), "A cross-industry comparison of customer satisfaction", *The Journal of Services Marketing*, Vol. 20. No. 5, pp. 298-307.

Gill L, White L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*. 22(1): 8-19.

Goldstein, E., Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Hambarsoomian, K., & Giordano, L. A. (2010). Racial/ethnic differences in patients' perceptions of inpatient care using the HCAHPS survey. *Medical Care Research and Review. MCRR*, 67(1), 74-92.

Gonzalez, N., Quintana, J.M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Thompson, A., Esteban, C., Sebastian, J.A.S. and de la Sierra, E. (2005), "Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17 . No. 6, pp. 465-72.

Gotlieb, J.B., Grewal, D. and Brown, S.W. (1994), "Consumer satisfaction and perceived quality: complimentary or divergent constructs", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79. No. 6, pp. 875-85.

Gray LC: Consumer satisfaction with physician provided services: a panel study. *Soc Sci Med* 1980. 14A: 65-73

Greco M, Brownlea A *et al.* (2001). Impact of patient feed back on the interpersonal skills of general practice registrars. Results of a longitudinal study. *Med Educ*. 35:748-56.

Greenberg RP, Constantino MJ, Bruce N. Are patient expectations still relevant for psycho therapy process and outcome? *Clin Psychol Rev* 2006. 26(6):657-78.

Greene, J. Y., Weinberger, M., & Mamlin, J. J. (1980). Patient attitudes toward health care: expectations of primary care in a clinic setting. *Soc. Sci. Med.* 14, 133-138.

Gronroos, C., (1984),"A Service Quality Model and Its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, Vol.18. No.4, pp.36- 44.

Grönroos, C. (1998). Marketing services: the case of a missing product. *Journal of Business & Industrial Marketing*. 13(4/5), 322-338.

- Grönroos, C. (2001). The perceived service quality concept – a mistake. *Managing Service Quality*. 11(3), 46-55.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., & Linzer, M., et al. (1996). The difficult patient: prevalence, psychopathology and functional impairment. *J. Gen. Intern. Med.* 11, 1-8.
- Hahn, S. R., Thompson, K. S., Stern, V., Budner, N. S., & Wills, T. A. (1994). The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J. Clin. Epidemiol.*, 47, 647-658.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. & Black, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990. 30: 811-8.
- Harper and Row Zarei, A., Arab, M., Froushani, A., Rashidian, A., & Tabatabaei, S. (2012), Service quality of private hospitals: The Iranian patients' perspective. *Health Services Research*.
- Harris EL, Swindle WR *et al.* (1999). Measuring patient satisfaction for quality improvement. *Medical Care*. 37(12):1207-1213.
- Hallowell, R. (1996). The relationships of customer satisfaction, customer loyalty, and profitability: an empirical study. *International Journal of Service Industry Management*, 7(4): 27-42.
- Hawthorne, G. (2006), Review of Patient Satisfaction Measures, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra. *Healthcare Marketing*.
- Haywood-Farmer J, Stuart F (1988). Measuring the quality of professional services. The Management of Service Operations, Proceedings of The Third Annual International Conference of the U.K. Operations Management Association, R. Johnston, Ed., London, University Of Warwick
- Heidegger, T., Saal, D. and Nuebling, M. (2006), "Patient satisfaction with anaesthesia care: what is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction", *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*, Vol. 20. No. 2, pp. 331-46.
- Helena Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E and Glinos I, (2008), Assuring the quality of health care in the European Union", World Health Organization, Observatory Studies Series No 12 5.
- Henley, B., & Davis, M. S. (1967). Satisfaction and dissatisfaction: a study of the chronically ill aged patients. *J. Hlth. Soc. Behav.*
- Hertz P, Stamps PL: A re-evaluating appointment-keeping behaviour. *Am J Public Health* 1977. 67: 1033-1036
- Hulka, B., Zyzanski, S., Cassel, J. and Thompson, S. (1970), "Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care", *Medical Care*, Vol.8. No. 5, pp. 429-36.

Hutchison B, Ostbye T *et al.* (2003). Patient satisfaction and quality of care in Walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-in Clinic Study. *CMAJ*. 169(1):977-83.

Ibrahim JE (2001): Performance indicators from all perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*.

Ingleton C (1999) The views of patients and carers on one palliative care service. *International Journal of Palliative Nursing* 5.

INSTAT, (2015), *Methodology on Health, Social Insurance and Social Protection*

IOM (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol.1. Washington, DC, National Academy Press.

IOM- Committee on quality of care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press. Washington 2001.

Irfan, S.M., & Ijaz, A. (2011). Comparison of service quality between private and public hospitals: Empirical evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*, 4(1), 1-22.

Irving, P. and Dickson, D. (2004), "Empathy: towards a conceptual framework for health professionals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17. Nos 4/5, pp. 212-20.

Jabnoun N, Chaker M (2003). Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Serv. Qual.* 13(4): 290-299.

Jabnoun, Naceur. And Al. Rasasi, J. Aisha., (2005), "Transformational Leadership and Service Quality in UAE Hospitals", *Managing Service Quality*, Vol. 15. No. 1, pp.70- 81.

Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001. 51:609–20.

Jackson, J. L., O'Malley, P. G., & Kroenke, K. (1999c). A Psychometric comparison of military and civilian medical practices. *Military Medicine*.

Jaipaul CK, Rosenthal GR. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med* 2003. 18:23-30.

Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002. 11:335-9.

Jeremy Hurst and Melissa Jee-Hughes, (2001), *Performance measurement and performance management in OECD health systems*.

Kara A, Lonial S, Tarim M, Zaim S (2005). A paradox of service quality in Turkey: The seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinants of service quality. *Eur. Bus. Rev.*, 17(1): 5-20.

Khandwalla P., (1976), *The Design of Organizations*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

- Kilbourne WE, Duffy JA, Duffy M, Giarchi G (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *J. Serv. Mark.* 18(7): 524-33.
- Kleinsorge, I.K. and Koenig, H.F. (1991), "The silent customers: measuring customer satisfaction in nursing homes", *Journal of Health Care Marketing*, Vol.11. No. 4, pp. 2-13.
- Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Paterniti, D., Antoneius, D., Dunham, M., & Lewis, C. E. (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann. Intern. Med.*,
- Kroenke, K., & Jackson, J. L. (1998). Outcome in general medical patients presenting with common symptoms: a prospective study with a 2-week and a 3-month follow-up.
- Kurti S.; Kënaqësia e pacientit, instrument për vlerësimin dhe përmirësimin e cilësisë së shërbimimeve shëndetësore në spitalet publike. Rasti i QSUT. Phd Dissertacion, UT, Shqipëri, 2015.
- Ladhari, R. (2009) "A review of twenty years of SERVQUAL research". *International Journal of Quality and Service Science*, Vol.1. Iss:2, pp.172-198.
- Lafond, A. K. (1995). Improving the quality of investment in health: Lessons on sustainability. *Health Policy and Planning*.
- Lalonde M (1974): A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Lam, S. S. K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*. 8(4):145-52.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A. and Nguyen, T.D. (1979), "Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale", *Evaluation and Program Planning*, Vol. 2. No. 3, pp. 197-207.
- Lawrence M, Olesen F *et al.* Indicators of Quality Health Care. *Eur J Gen Pract* 1997. 103-108.
- Lazare, A., & Eisenthal, S. (1977). Patient requests in a walk-in clinic. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 165, 330-340.
- Leatherman S, Sutherland K (2004): Quality of care in the NHS of England. *British Medical Journal*.
- Lebow JL: Similarities and differences between mental health and health care. evaluation studies assessing consumer satisfaction. *Eval Program Plann* 1983. 6: 237-245.
- Lee, H. Lee, Y. and Yoo, D. (2000) "The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction", *Journal of Service Marketing*, Vol.14. Iss:3, pp.217-231.
- Legido-Quigley, H. et al. (2011) Cross-border healthcare in the European Union: clarifying patients' rights, *BMJ*. 334:188-190.

- Lehtinen, U., and Lehtinen, J.R., (1985),"Service Quality: a Study of Quality Dimensions", *paper read at Second World Marketing Congress*, University of Stirling, Scotland.
- Leplege A, Coste J. (2002). (sous la direction de) *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et application*, Estem eds, Paris 2002. 333p.
- Levinson, W. (1995). Physician's psychosocial beliefs correlate with their communication skills. *J. Gen. Intern. Med.* 10, 375-379.
- Likert, R. (1934) "A simple and reliable method of scoring the turnstone attitude scales" *Journal of Social Psychology*, Vol.5. pp.:228.
- Liljander.V and Strandvik T (1995), *The Nature of Customer Relationships in Services*, Swartz T.A.
- Lim and N. K.H. Tang, "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals", 2000. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13 (7), 290-299.
- Lin, B. and Kelly, E. (1995), "Methodological issues in patient satisfaction surveys", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8. No. 6, p. 32.
- Linder-Pelz, S. U. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* No. 5, pp. 577-82.pp. 297-311.
- Linder-Pelz, S. U. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of ®ve hypotheses. *Soc. Sci. Med.* 16, 583-589.
- Lochoro P. (2004). Measuring patient satisfaction in UCMB Health Institutions. *Health and Policy Development*. 2(3):243-248.
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc. Sci. Med.* 12, 283±292.
- Lorenz K, Lynn K, Dy S, et al (2006).Southern California evidence-based practice center under Contract .Agency for Healthcare Research and Quality.
- Lovelock, C., Wirtz, J. (2004), "Services Marketing-People-Technology-Strategy", Pearson Education Int., International Edition, 5. Edition. *Quality Assurance*, Vol. 9, No. 1, 1996.
- Mangkolrat S. (2008), *Foreign Patient Customer Satisfaction with Private Hospital Service*, A thesis on Public Health Programme in health Systems Development, College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.
- Marple, R., Lucey, C., Kroenke, K., Wilder, J., & Lucas, C. (1997). A prospective study of concerns and expectations in patients presenting with common symptoms. *Arch. Intern.* 157, 1482-1488.
- Maxwell, R (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*, (1):171-177.
- McAlexander, J., Kim, S., and Roberts, S. (2003), 'Loyalty: the influences of satisfaction and brand community integration'. *Journal of marketing Theory and Practice*, 11(4): 1-11.

- McAlexander, J.H., Kaldenberg, D.O. and Koenig, H.F. (1994), "Service quality measurement: examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction, and purchase intentions in a healthcare setting", *Journal of Healthcare Marketing*, Vol. 14. No.3, pp. 34-40.
- McGlynn EA, Asch SM. Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med* 1998. 14: 14–21.
- Meterko, M., Nelson, E.C., Rubin, H.R., Batalden, P., Berwick, D.M., Hays, R.D. and Ware, J.E. Jr (1990), "Patient judgments of hospital quality: report of a pilot study", *Medical Care*, Vol. 28.
- Ministria e Shëndetësisë, (2010), "Situata Shendetesore dhe Kujdesi Shendetesor, Arritjet dhe Drejtimet per te ardhmen".
- Ministry of Health, (2009, April), "Health in Albania and National background Report".
- Mostafa, M. Mohamed, (2005), "An empirical Study of Patients' Expectations and Satisfaction in Egyptian Hospitals", *International Journal of Health Care*, Vol. 18(7): 516-32.
- Mpinga, E.K. & Chastonay, P. 2011. Patient satisfaction studies and the monitoring of the right to health: Some thoughts based on a review of the literature. *Global Journal of Health Science* 3(1):64-69.
- Mulrow, C. D., Williams, J. W., & Gerety, M. B., et al. (1995). Case-®nding instruments for depression in primary care settings. *Ann. Int. Med*, 122, 913-921.
- Murray, D. and Howat, G. (2002) "The relationship among service quality, value, satisfaction, and future intentions of customers at an Australian sports and leisure centre", *Sport Management Review*, Vol.5. pp.25-43.
- Murray CJ, Evans DB, (2003).: *Health System Performance Assessment: Debates, Methods, and Empiricism*. Geneva: World Health Organization.
- Mutawa A. T., Elbabi T. and Brinkman P.W.(2006), Development of Conceptual Model of Internal Data Source for Measurement of Customer Satisfaction, European and Mediterranean Conference on Information System (EMCI), July 6-7, Costablanca, Alicante, Spain.
- Narang, Ritu., (2010), "Measuring Perceived Quality of Health Care Services in India", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23, No. 2, pp. 171-186.
- Nguyen, T.D., Attkisson, C.C. and Stegner, B.L. (1983), "Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire", *Evaluation and Program Planning*, Vol.6. 299–314.
- Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002;54(4):493-504.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nuri B and Tragakes E, (2002)" Health Care Systems in Transition", EUR/02/5037245 (ALB) 2002.

- O'Connor, S. J., Shewchuk, R. M., & Carney, L. W. (1994). The great gap. *Journal of Health Care Marketing*, 14(2), 32–39.
- O'Connor, S.J. and Shewchuk, R. (2003), "Commentary – patient satisfaction: what is the point?", *Health Care Management Review*, Vol. 28.
- O'Connor S.J., Trinh H. Q. and Shewchuk R. M.(2001), "Perceptual gaps in understanding patient expectations for healthcare service quality", *Quality Management in Healthcare*, vol. 9. pp. 26-42.
- OECD (2010a) *Improving value in health care: measuring quality*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2010b) *Value for money in health spending*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Policy Series).
- Oliver, R.L. (1989), "Processing of the satisfaction response in consumption: a suggested framework and research propositions", *Journal of Customer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 2. 460-469.
- Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *Health Manag* 2005;50:311–24.
- Pakdil F.and Harwood T.M. (2005), "Patient satisfaction in a pre-operative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions," *Total Quality Management*", 16, pp. 15-30.
- Parasuraman A., Zeithaml, V.A. & Berry, I. I., (1985),"A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol. 49. Fall, pp. 41- 50.
- Parasuraman A., Zeithaml, V.A. & Berry, I. I., (1988),"SERVQUAL: Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality", *Journal of Retailing*,Vol.64. NO. 1 pp.12-40
- Parasuraman A., Zeithaml, V.A. & Berry, I. I., (1991),"Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", *Journal of Retailing*, Vol. 67. No. 4, pp.420-450.
- Pascoe GC, Attkisson CC: The Evaluation Ranking Scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Eval Program Plann* 1983;6: 335-347.
- Peprah, A. A. (2014), "Determinant of Patients' Satisfaction at Sunyani regional Hospital, Ghana". *International Journal Business and Social Research (IJBR)*, Vol 4, No 1. Pp. 96-108.
- Piette J. Satisfaction with care among patients with diabetes in two public health care systems. *Med Care* 1999;37:538-46.
- Polsa, P., Spens, K., Soneye, A., & Antai, I. (2011). Comparing the perceived quality of private and public health services in Nigeria. *Journal of Management Policy and Practice*, 12(7), 18-26.
- Pollack, B. L. (2008). The nature of the service quality and satisfaction relationship. *Managing Service Quality*. 18(6), 537-558.

Pope CR: Consumer satisfaction in a health maintenance organization. *J Health Soc Behav* 1978, 19: 291-303.

Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 2006;6:102.

Ramachandran; A. ; Cram, N(2005), Standards and Customer Satisfaction in the Healthcare industry. *Journal of Clinical Engineering*. October/December: 219-228.

Ramsuran-Fowdar RR (2005). Identifying health care quality attributes. *J. Health and Human Services Administration*. Winter /Spring 27(¾): 428-444.

Rancic N, Aleksandra Kovacevic A and Dragojevic-Simic V, (June, 2015), "Long-term health expenditure changes in selected Balkan countries", Medical Faculty of Military Medical Academy, Centre for Clinical Pharmacology, University of Defence, Belgrade, Serbia.

Reeves, C. A. & Bednar, D. A. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of Management Review*. 19(3), 419-445.

Reidenback ER, Sandifer-Smallwood B (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *J. Health Care Mark*, 10(4), 47–55.

Robini, R. and Mahadevappa, B., (2006), "Service Quality in Bangalore Hospitals- An Empirical Study", *Journal of Services Research*, Vol. 6. No. 1, pp.59- 84.

Rodriguez, H. P., von Glahn, T., Grembowski, D. E., Rogers, W. H., & Safran, D. G. (2008). Physician effects on racial and ethnic disparities in patients' experiences of primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 23(10), 1666-1672.

Ross CK, Steward CA *et al.* (1995). A comparative study of seven measure of patient satisfaction. *Med Care*. 33(4): 392-406.

Roter, D.L., Hall, J.A. and Katz, N.R. (1987), "Relations between physicians, behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions", *Medical Care*, Vol. 25 No. 5, pp. 437-51.

Rubin, H. R., Gandek, B., Rogers, W. H., Kosinski, M., McHorney, C. A., & Ware, J. E. (1993). Patients ratings of outpatient visits in differ practice settings. Results of the medical outcomes study.

Rust, T.; Oliver L.(1994), Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. In *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, edited by R. T. Rust and R. L. Oliver, pp. 1-19.

Safavi, K. (2006). Patient-centered pay for performance: Are we missing the target? *Journal of Healthcare Management*. 51(4): 215-218.

Sanchez-Menegay, C., & Stalder, H. (1994). Do physicians take into account patients' expectations?. *J. Gen. Int. Med*.

Sanchez-Perez, M., Sanchez-Fernandez, R., Marin-Carrillo, G.M. and Gazquez-Abad, J.C. (2007), "Service quality in public services as a segmentation variable", *Service Industries Journal*, Vol.27.

- Saunders, M. Lewis, P. and Thornhill, A.(2009), *Research Methods for Business Students* fifth edition. London: Pearson Education Limited
- Sewell, N. (1997), “Continuous quality improvement in acute healthcare: creating a holistic and integrated approach”, *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol.10. pp. 442 – 456.
- Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner’s communication style on patients’ satisfaction: a controlled study. *BMJ* 1990; 301:968-70.
- Scotti.D.J.,Harmon J., Behson. S.J. (2007), Links among High-performance Work Environment, Service Quality and Customer Satisfaction: an Extention to the Healthcare Sector, *Journal of Helth Care Mangement*. 52(2), 109-124.
- Sequist, T. D., Schneider, E. C., Anastario, M., Odigie, E. G., Marshall, R., Rogers, W. H., & Safran, D. G. (2008). Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. 23(11), 1784-1790.
- Sewell, N. (1997), “Continuous quality improvement in acute healthcare: creating a holistic and integrated approach”, *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 10 No. 1, pp. 20-6.
- Shaw, C (2000a). Editorial: The role of external assessment in improving health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3):167.
- Shaw, C (2000b). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRt project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3):169-175.
- Shaw, C, Kalo, I (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. "What families want – an assessment of family expectations in the ICU". *Int Arch Med* 2011. 22(4):21.
- Silvestro R, Johnston R (1992). The determinants of service quality: Hygiene and enhancing factors. in Scheuing, E.E., Gummesson, E. And Little, C. (Eds.), *QUIS II: Selected Papers*, Business Research Institute, St John’s University, New York, NY.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* (1982), 45(12), 1829-1843.
- Stizia J, Wood N. (1998). Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 219 published papers. *International Journal of quality in health care*. 10(4):311-7.
- Sitzia, J. (1999), “How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, 10(4):311-7.
- Sixam, H.J., Spreeuwenber, P.M. and Van Der Pasch, M.A. (1998), “Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis”, *Medical Care, Journal of the Academy of Marketing Science*.
- Smith PC, (2002): *Measuring up. Improving health system performance in OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.

- Smith, A.; Swinehart (2001), K. Integrated systems design for customer focused health care performance measurement: A strategic service unit approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 14 (1): 21-28.
- Sofaer S, Crofton C, Goldstein E et al. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Serv Res* 2005; 40:2057–77.
- Sofaer, S. and Firminger, K. (2005), "Perceptions of the quality of health services", *Annual Review of Public Health*, Vol.26. 19(2), 1-10.
- Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., and Jones, P. (2001), 'The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the KQCAH scale'. *Health Care Management Review*, 26(2): 47- 58.
- Sohail. S. M., (2003), "Service Quality in Hospitals more Favourable than You Might Think", *Managing Service Quality*, Vol. 13. Iss:3, pp.197-206.
- Sultana A, Riaz R, Hameed S, Arshad S , Tehseen I, Bilal A, Hayat M. Patient satisfaction in emergency department of District Head Quarters Hospital, Rawalpindi. *Rawal Med J* 2010. 13:41-3.
- Svensson, G. (2006), "New aspects of research into service encounters and service quality", *International Journal of Service Industry Management*, 17, pp. 245-57.
- Sweeney, JC. Soutar, GN. and Mazzarol T. (2008) "Factors influencing word of mouth effectiveness: Receiver perspectives", *European Journal of Marketing*, Vol.42, Iss:3/4, pp.344-364.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*. 19(2), 1-10.
- Tang, N.K.H. (2000), "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals", *International Journal of Healthcare Quality Assurance*.
- Tarantino, D., (2004), "How should we measure patient satisfaction?" *Physician executive*, Vol.30, NO. 4 pg. 60-61.
- Taylor, S. A., & Cronin Jr., J. J. (1994). Modeling patient satisfaction and service quality. *Journal of Health Care Marketing*. 14(1), 34–44.
- Teas, R. (1993). Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. *Journal of Marketing*, Vol. 57 October. pp. 18-34.
- Teas, R.K., (1994), "Expectations as a comparison standard in measuring service Quality: an assessment of reassessment", *Journal of Marketing*, Vol. 58, January. pp. 132-139.
- Thompson, Philip; D'souza, Glenn and Gale, Bradley T (1985). *The Strategic Management Service Quality* Cambridge, MA: The Strategic Planning Institute PIMS LETTER.
- Tomes, A. E. & Ng, C. P. (1995). Service quality in hospital care: the development of an inpatient questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 8(3), 25-34.

- Tucker III, J. L. & Adams, S. R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: An integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality*. 11(4), 272-286.
- Urden, K.D. (2002), "Patient satisfaction measurement: current issues and implications", *Outcomes Management*, Vol. 6. No. 6, pp. 125-31.
- Van Campen, C., Sixma, H., Friele, R.D., Kerssens, J.J. and Peters, L. (1995), "The quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments", *Medical Care Research and Review*, Vol.52(1):109-33.
- Xhafa H. Drejtimi financiar i organizatave publike, Tiranë 2010.
- Wadwha, S. S. (2002). Customer satisfaction and health care delivery systems: Commentary with Australian bias. [Electronic Version]. *The Internet Journal of Nuclear Medicine*. 1(1): 1539-4638.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R. and Davies, A.R. (1983), "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", *Evaluation and Program Planning*, Vol.6. 247-63.
- Ware JE, Hays RD: Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988. 26: 393-402
- Ware, J. E., Nelson, E. C., Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1992). Preliminary tests of a six-item general health survey.
- WB Albania, (2015), "World Bank to help improve quality, access, and efficiency of Albania's health care system", Press Release.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001) *Draft report of technical consultation on effective coverage in health systems*. 27–29 August 2001, Rio De Janeiro, Brazil.
- WHO (2008) *A framework to monitor and evaluate implementation*. Geneva: World Health Organization Document Production Services.
- WHO Regional Office for Europe (2009) *The European Health Report 2009: Health and health systems*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2010a) *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011) *World Health Statistics 2011*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2012) *Case studies on health system performance assessment: A long-standing development in Europe*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wilson P, McNamara JR: How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. *Soc Sci Med* 1982. 16: 1699-1704

- Wisniewski, Mik. and Wisniewski, Hazel., (2005), "Measuring Service Quality in a Hospital Colposcopy Clinic", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18, No. 3. Pp. 217-228
- Wolf MH, Putnam SM, James SA et al: The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med* 1978; 1: 391-401.
- Wolosin RJ. (2005). The Voice of the patient: A national representative study of satisfaction with family physicians. *Q Manage Health Care*, 14(3):155-164.
- Wolosin, R., Ayala, L., & Fulton, B. R. (2012). Nursing care, inpatient satisfaction, and value-based purchasing: Vital connections. *The Journal of Nursing Administration*. Pp.42.
- Wolley FR, Kane RL, Hughes CC et al: The effects of doctor patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc Sci Med* 1978.
- Woodside, A.G., Frey,L.L., & Daly,R.T. (1989). Linking service quality, customer satisfaction and behavioural intention. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 9. No. 4, pp. 5-17.
- Yamane, T. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York.
- Yellen, E., Davis, G. C. & Ricard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*. 16(4), 23–29.
- Yeşilada, F. and Direktör E. (2010), “Health care service quality: A comparison of public and private hospitals”, *African Journal of Business Management*, Vol. 4(6),pp-962-971.
- Young GJ, Meterko M, Desai KR. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care* 2000;3:325-34.
- Youssef, D. Nel, and T. Novaird, “Health care quality in NHS hospitals”, *International Journal of Health Care Health Services*, Vol. 19, 2006. 15-28.
- Zastowny, T. R., Roghman, K. J., & Hengst, A. (1983). Satisfaction with medical care: replications and theoretic reevaluation. *Med. Care*, 21, 294-322.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, Vol. 52, No. 3, pp. 2-22.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of Service quality. *Journal of Marketing*, Vol. 60 April. Pp.31-46.
- Zeithaml, V.A. (2000). Service quality, profitability, and the economic worth of customers: what we know and what we need to learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28, No. 1, pp. 67-85.
- Zeithaml, V.A., & Bitner,M.J. (2003). *Services Marketing, Integrating Customer Focus across the Firm*. New York: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. & Gremler, D. D. (2009). *Services marketing:integrating customer focus across the firm*. (5ft Edition). New York: McGraw-Hill.

Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D.D. (2012). *Services Marketing*, McGraw-Hill, Inc, New York, NY.

Zineldin, M. (2006). The quality of health care and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 60-92.

Zyzanski SJ, Hulka BS, Cassel JC: Scale for the measurement of satisfaction with medical care: modifications in content, format and scoring. *Med Care* 1974, 13: 611-620.

SHTOJCA

Shtojca A: Pyetësi

Seksioni A					
Informacione të përgjithshme					
Spitali					
Rrethi					
Departamenti					
1	Mosha	18-30	30-45	45 -60	>60
2	Gjinia	M			F
3	Arsimi	8 Vjecar	i Mesëm	I Lartë	Pas universitar
4	Të ardhurat mujore	0-30.000	30.000 - 50.000	50.000 - 70.000	>70.000
Seksioni B Pritshmëritë					
Përgjegjshmëria					
1	Punonjësit e spitaleve duhet të jenë gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	1	2	3	4 5
2	Punonjësit e spitaleve duhet t'u japin pacientëve shërbim të menjëhershëm, sa herë ata kanë nevojë.	1	2	3	4 5
3	Trajtimet u duhen shpjeguar pacientëve dhe /ose familjarëve të tyre shumë qartë.	1	2	3	4 5
4	Punonjësit e spitaleve duhet ti shpjegojnë, egzaktesisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet.	1	2	3	4 5
Besueshmëria					
5	Mjekët nuk duhet të nguten në ekzaminimin e pacientëve.	1	2	3	4 5
6	Spitalet duhet të ruajnë të dhënat, pa asnjë gabim.	1	2	3	4 5
7	Spitalet duhet të japin shërbimin në kohën kur kanë premtuar ta kryejnë atë.	1	2	3	4 5
8	Kur pacientët kanë një problem, spitalet duhet të tregojnë interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	1	2	3	4 5
9	Spitali duhet të japë shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	1	2	3	4 5
Siguria					
10	Pacientët duhet të ndjehen të sigurtë për pagesat e tyre.	1	2	3	4 5

11	Procedurat administrative duhet të jenë të shkurtra dhe të qarta.	1	2	3	4	5
12	Të dhënat e pacientëve duhet të ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës.	1	2	3	4	5
13	Mjekët duhet të kenë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira.	1	2	3	4	5
14	Punonjësit e spitaleve duhet të kenë njohuri të mjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	1	2	3	4	5
15	Mjekët nuk duhet të gabojnë në diagnozat e tyre.	1	2	3	4	5
16	Trajtimi duhet të kryhet me praktikat dhe metodat më moderne.	1	2	3	4	5
17	Përgjigjet laboratorike të spitaleve duhet të jenë gjithmonë të sakta.	1	2	3	4	5
18	Nëpër spitale duhet tu jepet kujdes special pacientëve të urgjencës.	1	2	3	4	5
Pajisjet dhe teknologjia						
19	Pajisjet dhe teknologjia duhet të kenë pamje moderne.	1	2	3	4	5
20	Punonjësit e spitaleve duhet të kenë pamje vizualisht të pastër.	1	2	3	4	5
21	Dhomat duhet të jenë të qeta.	1	2	3	4	5
22	Dhomat dhe banjot duhet të jenë të pastra.	1	2	3	4	5
23	Duhet të ketë lehtësira për shoqëruesit e pacientëve.	1	2	3	4	5
24	Pajisjet duhet të jenë vizualisht tërheqëse.	1	2	3	4	5
25	Ushqimet duhet të jenë atraktive.	1	2	3	4	5
26	Laboratori dhe farmacia duhet të gjenden lehtësisht, brenda spitalit.	1	2	3	4	5
Ndjeshmëria.						
27	Mjekët duhet të shqetësohen në mënyrë të sigurtë për pacientët e tyre.	1	2	3	4	5
28	Stafi duhet të respektojë privatësinë e pacientëve.	1	2	3	4	5
29	Stafi duhet tu sigurojë pacientëve vëmendje personale.	1	2	3	4	5
30	Stafi duhet të njohë se cilat janë nevojat specifike të pacientëve.	1	2	3	4	5
31	Stafi duhet të jetë tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre.	1	2	3	4	5

Seksioni C Perceptimet reale						
Përgjegjshmëria						
1	Punonjësit e spitaleve ishin gjithmonë të gatshëm të ndihmojnë pacientët e tyre.	1	2	3	4	5
2	Punonjësit e spitaleve u japin pacientëve shërbim të menjëhershëm, saherë ata kanë nevojë.	1	2	3	4	5
3	Trajtimet iu shpjeguan pacientëve dhe / ose familjarëve të tyre shumë qartë.	1	2	3	4	5
4	Punonjësit e spitaleve u shpjeguan, egzakhtësisht, pacientëve se kur do të kryhen shërbimet.	1	2	3	4	5
Besueshmëria						
5	Mjekët nuk nguten në ekzaminimin e pacientëve.	1	2	3	4	5
6	Spitali i ruan të dhënat, pa asnjë gabim	1	2	3	4	5
7	Spitalet e dha shërbimin në kohën kur premtoi ta kryejnë atë	1	2	3	4	5
8	Kur pacienti pati një problem, spitali tregoi interes të sinqertë për ta zgjidhur atë.	1	2	3	4	5
9	Spitali dha shërbimin e duhur që herën e parë të dhënies së tij.	1	2	3	4	5
Siguria						
10	Pacienti u ndje i sigurt për kryerjen e pagesave të tij.	1	2	3	4	5
11	Procedurat administrative janë të shkurtra dhe të qarta.	1	2	3	4	5
12	Të dhënat e pacientëve ruhen duke zbatuar parimin e konfidencës.	1	2	3	4	5
13	Mjekët kanë njohuri dhe aftësi teknike shumë të mira.	1	2	3	4	5
14	Punonjësit e spitaleve kanë njohuri të mjaftueshme për t'iu përgjigjur pyetjeve të pacientëve.	1	2	3	4	5
15	Mjekët nuk gabuan në diagnozat e tyre.	1	2	3	4	5
16	Trajtimi u krye me praktikat dhe metodat më moderne.	1	2	3	4	5
17	Përgjigjet laboratorike të spitaleve ishin gjithmonë të sakta.	1	2	3	4	5
18	Në spital iu dha kujdes special pacientëve të urgjencës.	1	2	3	4	5
Pajisjet dhe teknologjia						
19	Pajisjet dhe teknologjia kanë pamje moderne.	1	2	3	4	5
20	Punonjësit e spitaleve kanë pamje vizualisht	1	2	3	4	5

	të pastër.					
21	Dhomat janë të qeta.	1	2	3	4	5
22	Dhomat dhe banjot janë të pastra.	1	2	3	4	5
23	Ka lehtësira për shoqëruesit e pacientëve.	1	2	3	4	5
24	Pajisjet janë vizualisht tërheqëse.	1	2	3	4	5
25	Ushqimet janë atraktivë.	1	2	3	4	5
26	Laboratori dhe farmacia gjenden lehtësisht, brenda spitalit.	1	2	3	4	5
Ndjeshmëria.						
27	Mjekët shqetësohen në mënyrë të sinqertë për pacientët e tyre.	1	2	3	4	5
28	Stafi respekton privatësinë e pacientëve.	1	2	3	4	5
29	Stafi u kushton pacientëve vëmendje personale.	1	2	3	4	5
30	Stafi njih se cilat janë nevojat specifike të pacientëve.	1	2	3	4	5
31	Stafi është tepër i sjellshëm me pacientët dhe shoqëruesit e tyre.	1	2	3	4	5
Seksioni D						
1	Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit.	1	2	3	4	5
2	A do t'ua rekomandonit të tjerëve këtë spital?	Po			Jo	
3	A do të riktheheshit sërisht në këtë spital?	Po			Jo	

Shtojca B: Analiza e faktorëve demografikë

Tabela 1: Shpërndarja sipas nivelit arsimor të pacientëve dhe llojit të spitalit

Lloji i spitalit	Niveli arsimor				Total
	8 vjeçar	I mesëm	I lartë	Pasuniversitar	
Privat	4	49	65	32	150
%	1.6%	14.5%	36.9%	72.7%	18.8%
Publik	239	288	111	12	650
%	98.4%	85.5%	63.1%	27.3%	81.3%
Total	243	337	176	44	800
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 2: Shpërndarja sipas nivelit mesatar të të ardhurave të pacientëve dhe llojit të spitalit

Lloji i spitalit	Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore				Total
	Më pak se 30 000 lekë	30 000 - 50000 lekë	50 000 – 70 000 lekë	Mbi 70 000 lekë	
Privat	35	28	34	53	150
%	7.4%	17.0%	43.0%	66.3%	18.8%
Publik	441	137	45	27	650
%	92.6%	83.0%	57.0%	33.8%	81.3%
Total	476	165	79	80	800
%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabela 3: Testi i pavarësisë Chi Square midis kënaqësisë së pacientëve dhe gjinisë së tyre

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.997 ^a	4	.736
Likelihood Ratio	2.037	4	.729
Linear-by-Linear Association	.367	1	.544
N of Valid Cases	1225		

a. 1 cells (10.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.06.

Tabela 4: Leven Test për kënaqësisë së pacientëve dhe moshës së tyre

Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit?			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.637	3	796	.179

Tabela 5: ANOVA për kënaqësinë dhe moshën e pacientëve

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	58.183	3	19.394	21.043	.000
Within Groups	733.616	796	.922		
Total	791.799	799			

Tabela 6: Proçedura Tukey për dallimet midis kënaqësisë së secilës grup-moshë të pacientëve

(I) Mosha	(J) Mosha	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
18-30 vjeç	31-45 vjeç	.533*	.116	.000	.23	.83
	46-60 vjeç	.233	.114	.173	-.06	.53
	Mbi 60 vjeç	-.156	.112	.509	-.45	.13
31-45 vjeç	18-30 vjeç	-.533*	.116	.000	-.83	-.23
	46-60 vjeç	-.301*	.092	.006	-.54	-.06
	Mbi 60 vjeç	-.689*	.090	.000	-.92	-.46
46-60 vjeç	18-30 vjeç	-.233	.114	.173	-.53	.06
	31-45 vjeç	.301*	.092	.006	.06	.54
	Mbi 60 vjeç	-.388*	.087	.000	-.61	-.17
Mbi 60 vjeç	18-30 vjeç	.156	.112	.509	-.13	.45
	31-45 vjeç	.689*	.090	.000	.46	.92
	46-60 vjeç	.388*	.087	.000	.17	.61
Mosha	N	Subset for alpha = 0.05				
		1	2	3		
31-45 vjeç	207	3.58				
46-60 vjeç	235		3.89			
18-30 vjeç	102		4.12	4.12		
Mbi 60 vjeç	256			4.27		
Sig.		1.000	.106	.426		

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 175.466.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabela 7: Leven Test për kënaqësisë së pacientëve dhe nivelit arsimor

Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.985	3	796	.115

Tabela 8: ANOVA për kënaqësinë dhe nivelit arsimor të pacientëve

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20.716	3	6.905	7.129	.000
Within Groups	771.082	796	.969		
Total	791.799	799			

Tabela 9: Proçedura Tukey për dallimet midis kënaqësisë së secilit grup të pacientëve në varësi të nivelit arsimor

(I) Niveli arsimor	(J) Niveli arsimor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
8 vjeçar	I mesëm	.301*	.083	.002	.09	.51
	Iartë	.396*	.097	.000	.15	.65
	Pasuniversitar	.402	.161	.062	-.01	.82
I mesëm	8 vjeçar	-.301*	.083	.002	-.51	-.09
	Iartë	.095	.092	.727	-.14	.33
	Pasuniversitar	.101	.158	.920	-.31	.51
Iartë	8 vjeçar	-.396*	.097	.000	-.65	-.15
	I mesëm	-.095	.092	.727	-.33	.14
	Pasuniversitar	.006	.166	1.000	-.42	.43
Pasuniversitar	8 vjeçar	-.402	.161	.062	-.82	.01
	I mesëm	-.101	.158	.920	-.51	.31
	Iartë	-.006	.166	1.000	-.43	.42

The mean difference is significant at the 0.05 level.

Niveli arsimor	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Pasuniversitar	44	3.80	
Iartë	176	3.80	
I mesëm	337	3.90	3.90
8 vjeçar	243		4.20
Sig.		.869	.099

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabela 10: Levene Test për kënaqësisë së pacientëve dhe nivelit mesatar të të ardhurave mujore

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.497	3	796	.684

Tabela 11: ANOVA për kënaqësinë dhe nivelit mesatar të të ardhurave mujore

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20.060	3	6.687	6.897	.000
Within Groups	771.739	796	.970		
Total	791.799	799			

Tabela 12: Proçedura Tukey për dallimet midis kënaqësisë së secilit grup të pacientëve në varësi të nivelit ekonomik të tyre

(I) Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore	(J) Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Më pak se 30 000 lekë	30 000 - 50000 lekë	.319*	.089	.002	.09	.55
	50 000 – 70 000 lekë	.392*	.120	.006	.08	.70
	Mbi 70 000 lekë	.226	.119	.230	-.08	.53
30 000 - 50000 lekë	Më pak se 30 000 lekë	-.319*	.089	.002	-.55	-.09
	50 000 – 70 000 lekë	.073	.135	.948	-.27	.42
	Mbi 70 000 lekë	-.093	.134	.900	-.44	.25
50 000 – 70 000 lekë	Më pak se 30 000 lekë	-.392*	.120	.006	-.70	-.08
	30 000 - 50000 lekë	-.073	.135	.948	-.42	.27
	Mbi 70 000 lekë	-.166	.156	.711	-.57	.24
Mbi 70 000 lekë	Më pak se 30 000 lekë	-.226	.119	.230	-.53	.08
	30 000 - 50000 lekë	.093	.134	.900	-.25	.44
	50 000 – 70 000 lekë	.166	.156	.711	-.24	.57

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
50 000 – 70 000 lekë	79	3.70	

30 000 - 50000 lekë	165	3.77	3.77
Mbi 70 000 lekë	80	3.86	3.86
Më pak se 30 000 lekë	476		4.09
Sig.		.558	.060

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 120.049.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Tabela 13: Shtimi/heqja e variablave

Modeli	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Mosha ^a	.	Enter
2	Gjinia ^a	.	Enter
3	Niveli arsimor ^a	.	Enter
4	Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Tabela 14: Të dhënat e koeficientëve sipas secilit model

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df 1	df 2	Sig. F Change
1	.154 ^a	.024	.023	.984	.024	19.489	1	798	.000
2	.165 ^b	.027	.025	.983	.003	2.690	1	797	.101
3	.192 ^c	.037	.033	.979	.010	7.922	1	796	.005
4	.192 ^d	.037	.032	.979	.000	.053	1	795	.819

a. Predictors: (Constant), Mosha

b. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia

c. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Niveli arsimor

d. Predictors: (Constant), Mosha, Gjinia, Niveli arsimor, Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore.

Tabela 15: Kënaqësia e përgjithshme e pacientëve dhe marrëdhënia me variablat demografikë

Modeli		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.541	.101		34.921	.000
	Mosha	.150	.034	.154	4.415	.000
2	(Constant)	3.322	.167		19.854	.000
	Mosha	.163	.035	.168	4.683	.000
	Gjinia	.118	.072	.059	1.640	.101
3	(Constant)	3.667	.207		17.736	.000
	Mosha	.128	.037	.132	3.448	.001
	Gjinia	.118	.071	.059	1.654	.098
	Niveli arsimor	-.121	.043	-.105	-2.815	.005
4	(Constant)	3.673	.208		17.629	.000
	Mosha	.126	.037	.130	3.376	.001
	Gjinia	.118	.071	.059	1.645	.100
	Niveli arsimor	-.112	.058	-.097	-1.930	.054
	Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore	-.011	.050	-.011	-.229	.819

a. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Tabela 16: Variablat e kontrollit

Modeli	Variblat që hyjnë	Variblat largohen	Metoda
1	Mosha	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	Gjinia	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	Niveli arsimor	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	Niveli mesatar i të ardhurave	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

Tabela 17: ANOVA e variablave të kontrollit

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	25.037	1	25.037	25.909	.000 ^a

	Residual	626.187	648	.966		
	Total	651.225	649			
2	Regression	29.321	2	14.661	15.252	.000 ^b
	Residual	621.903	647	.961		
	Total	651.225	649			
3	Regression	61.443	3	20.481	22.433	.000 ^c
	Residual	589.781	646	.913		
	Total	651.225	649			
4	Regression	67.361	4	16.840	18.604	.000 ^d
	Residual	583.864	645	.905		
	Total	651.225	649			

a. Predictors: (Constant), Mosha

b. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia

c. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel
arsimor

d. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor , Nivel mesatar i të ardhurave familjare mujore

e. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.196 ^a	.038	.037	.983	.038	25.909	1	648	.000	1.723
2	.212 ^b	.045	.042	.980	.007	4.457	1	647	.035	
3	.307 ^c	.094	.090	.955	.049	35.184	1	646	.000	
4	.322 ^d	.103	.098	.951	.009	6.537	1	645	.011	
5	.717 ^e	.514	.510	.701	.411	544.189	1	644	.000	
6	.777 ^f	.604	.601	.633	.090	146.815	1	643	.000	
7	.800 ^g	.639	.635	.605	.035	62.019	1	642	.000	
8	.825 ^h	.681	.677	.569	.042	84.188	1	641	.000	
9	.847 ⁱ	.717	.713	.536	.036	81.523	1	640	.000	

a. Predictors: (Constant), Mosha

b. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia

c. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor

d. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor , Nivel mesatar i të ardhurave familjare mujore

e. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor , Nivel mesatar i të ardhurave familjare mujore , P12_mes

f. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor , Nivel mesatar i të ardhurave familjare mujore , P12_mes, P13_mes

g. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor , Nivel mesatar i të ardhurave familjare mujore , P12_mes, P13_mes, P14_mes

h. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Nivel arsimor , Nivel mesatar i të ardhurave familjare

mujore , P12_mes, P13_mes, P14_mes, P15_mes_ok

i. Predictors: (Constant), Mosha , Gjinia, Niveli arsimor , Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore , P12_mes, P13_mes, P14_mes, P15_mes_ok, P16_mes

j. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Tabela 18: Modeli i ekuacionit linear nën ndikimin e variablave të kontrollit

Modeli		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
9	(Constant)	.629	.184		-3.421	.001
	Mosha	.031	.023	.032	1.372	.170
	Gjinia	.004	.043	.002	.082	.934
	Niveli arsimor	-.026	.037	-.020	-.703	.482
	Niveli mesatar i të ardhurave	-.041	.036	-.032	-1.127	.260
	Përgjegjshmëria	.143	.033	.144	4.276	.000
	Besueshmëri	.134	.044	.122	3.231	.001
	Siguria	.208	.045	.160	4.641	.000
	Paisjet&Teknologjia	.256	.031	.200	8.358	.000
	Ndjeshmëria	.381	.042	.361	9.029	.000

Tabela 19: Variablat e kontrollit

Modeli	Variblat që hyjnë	Variblat që largohen	Metoda
1	Niveli arsimor	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

Tabela 20: ANOVA e variablave të kontrollit

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	12.331	1	12.331	21.535	.000 ^a
Residual	84.743	148	.573		
Total	97.073	149			

Tabela 21: Korrelimi i variablave të kontrollit me kënaqësinë e pacientëve

		Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit
Pearson Correlation	Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit	1.000
	Mosha	.119
	Gjinia	-.149
	Niveli arsimor	-.356
	Niveli mesatar i të ardhurave familjare mujore	-.330

Tabela 22: Modeli i ekuacionit linear nën ndikimin e variablave të kontrollit

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part
6	(konstantja)	4.842	2.033		2.381	.019			
	Niveli arsimor	-.099	.043	-.097	-2.305	.023	-.356	-.189	-.090
	Ndjeshmëria	.136	.082	.109	1.656	.100	.716	.137	.064
	Pais&Tekn	1.212	.415	.123	-2.923	.004	.147	-.237	-.114
	Siguria	.243	.074	.190	3.299	.001	.716	.266	.128
	Besueshmeria	.602	.085	.451	7.113	.000	.826	.511	.277
	Përgjegjshmeria	.298	.076	.245	3.927	.000	.734	.312	.153
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.356 ^a	.127	.121	.757	.127	21.535	1	148	.000

Predictors: (Constant), Niveli arsimor

Shtojca C: Testet e analizës krahasuese ndërmjet sektorëve

Tabela 1: Testi *t* për dimensionin - përgjegjshmëria

Përgjegjshmëria	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	25.341	.000	-4.607	798	.000	-.397	.086	-.566	-.228
Equal variances not assumed			-5.930	328.528	.000	-.397	.067	-.529	-.265

Tabela 2: Testi *t* për dimensionin – besueshmëria

Besueshmëria	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	29.060	.000	-4.492	798	.000	-.331	.074	-.475	-.186
Equal variances not assumed			-5.542	302.596	.000	-.331	.060	-.448	-.213

Tabela 3: Testi *t* për dimensionin – siguria

Siguria	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	17.708	.000	-4.485	798	.000	-.304	.068	-.436	-.171

Equal variances not assumed			-5.081	262.359	.000	-.304	.060	-.421	-.186
-----------------------------	--	--	--------	---------	------	-------	------	-------	-------

Tabela 4: Testi t për dimensionin – pajisjet dhe teknologjia

Pajisjet &teknologjia	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	207.835	.000	-31.146	798	.000	-1.789	.057	-1.901	-1.676
Equal variances not assumed			-63.142	716.603	.000	-1.789	.028	-1.844	-1.733

Tabela 5: Testi t për dimensionin – ndjeshmëria

Ndjeshmëria	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Equal variances assumed	32.635	.000	-6.135	798	.000	-.501	.082	-.661	-.340
Equal variances not assumed			-7.748	316.275	.000	-.501	.065	-.628	-.373

Shtojca D: Testet e analizës së lidhjes së dimensioneve të cilësisë me kënaqësinë e pacientëve

Tabela 1: Testi Chi square midis dimensionit përgjegjshmëria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet publike

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Përgjegjshmëria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	35	19	8	62
Mesatarisht i kënaqur	6	73	99	178
Plotësisht i kënaqur	0	10	400	410
Total	41	102	507	650
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	468.114 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	357.617	4	.000	
Linear-by-Linear Association	334.631	1	.000	
N of Valid Cases	650			

Tabela 2: Testi Chi square midis dimensionit besueshmëria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet publike

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Besueshmëria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	25	27	10	62
Mesatarisht i kënaqur	1	48	129	178
Plotësisht i kënaqur	0	8	402	410
Total	26	83	541	650
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	384.660 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	282.763	4	.000	
Linear-by-Linear Association	285.237	1	.000	

N of Valid Cases	650		
------------------	-----	--	--

Tabela 3: Testi Chi square midis dimensionit siguria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet publike

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Siguria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	17	30	15	62
Mesatarisht i kënaqur	0	27	151	178
Plotësisht i kënaqur	0	4	406	410
Total	17	61	572	650
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	333.512 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	232.150	4	.000	
Linear-by-Linear Association	242.540	1	.000	
N of Valid Cases	650			

Tabela 4: Testi Chi square midis dimensionit pajisjet dhe teknologjia, dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet publike

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Pajisjet&teknologjia			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	42	20	0	62
Mesatarisht i kënaqur	53	113	12	178
Plotësisht i kënaqur	34	222	154	410
Total	129	355	166	650
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	180.003 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	182.755	4	.000	
Linear-by-Linear Association	156.815	1	.000	
N of Valid Cases	650			

Tabela 5: Testi Chi square midis dimensionit ndjeshmëria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet publike

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Ndjeshmëria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	39	21	2	62
Mesatarisht i kënaqur	3	86	89	178
Plotësisht i kënaqur	0	7	403	410
Total	42	114	494	650
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	588.444 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	458.916	4	.000	
Linear-by-Linear Association	401.767	1	.000	
N of Valid Cases	650			

Tabela 6: Analiza e regresionit të shumëfishtë “kënaqësi e pacientëve - cilësi e shërbimit” në spitalet publike, bazuar në perceptimet reale të pacientëve.

Model	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1 (Constant)	.746	.130	-5.749	.000	-1.001	-.491		
Përgjegjshmëria	.143	.034	4.251	.000	.077	.208	.393	2.546
Besueshmëria	.153	.044	3.462	.001	.066	.240	.313	3.199
Siguria	.209	.045	4.660	.000	.121	.298	.372	2.688
Pajisjet dhe teknologjia	.258	.031	8.403	.000	.197	.318	.782	1.279
Ndjeshmëria	.393	.042	9.347	.000	.311	.476	.280	3.568

Tabela 7: Testi Chi square midis dimensionit përgjegjshmëria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet private

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Përgjegjshmëria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	1	2	1	4
Mesatarisht i kënaqur	1	5	12	18
Plotësisht i kënaqur	0	2	126	128
Total	2	9	139	150
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	56.002 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	31.841	4	.000	
Linear-by-Linear Association	51.712	1	.000	
N of Valid Cases	150			

Tabela 8: Testi Chi square midis dimensionit besueshmëria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet private

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Besueshmëria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	1	3	0	4
Mesatarisht i kënaqur	0	4	14	18
Plotësisht i kënaqur	0	0	128	128
Total	1	7	142	150
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	101.476 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	44.925	4	.000	
Linear-by-Linear Association	74.743	1	.000	
N of Valid Cases	150			

Tabela 9: Testi Chi square midis dimensionit siguria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet private

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Siguria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	

Aspak i kënaqur	1	2	1	4
Mesatarisht i kënaqur	0	8	10	18
Plotësisht i kënaqur	0	0	128	128
Total	1	10	139	150
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	100.228 ^a	4	.000	
Likelihood Ratio	52.307	4	.000	
Linear-by-Linear Association	75.069	1	.000	
N of Valid Cases	150			

Tabela 10: Testi Chi square midis dimensionit pajisjet dhe teknologjia, dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet private

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Pajisjet&teknologjia			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	0	0	4	4
Mesatarisht i kënaqur	0	1	17	18
Plotësisht i kënaqur	0	0	128	128
Total	0	1	149	150
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	7.383 ^a	2	.025	
Likelihood Ratio	4.290	2	.117	
Linear-by-Linear Association	3.476	1	.062	
N of Valid Cases	150			

Tabela 11: Testi Chi square midis dimensionit ndjeshmëria dhe kënaqësia për cilësinë e shërbimeve në spitalet private

Kënaqësia per cilësinë e shërbimeve	Ndjeshmëria			Total
	E keqe	Mesatare	E mire	
Aspak i kënaqur	1	2	1	4
Mesatarisht i kënaqur	1	4	13	18
Plotësisht i kënaqur	0	2	126	128
Total	2	8	140	150
Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	

Pearson Chi-Square	52.137 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	28.291	4	.000
Linear-by-Linear Association	47.727	1	.000
N of Valid Cases	150		

Tabela 12: Analiza e regresionit të shumëfishtë “kënaqësi e pacientëve - cilësi e shërbimit” në spitalet private, bazuar në perceptimet reale të pacientëve.

Model	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error			Tolerance	VIF
1 (Constant)	3.999	2.030	1.970	.051		
Përgjegjshmëria	.281	.077	3.662	.000	.394	2.539
Besueshmëria	.635	.085	7.507	.000	.388	2.576
Siguria	.282	.073	3.860	.000	.480	2.084
Pajisjet dhe teknologjia	.141	.420	-2.717	.007	.866	1.155
Ndjeshmëria	.126	.083	1.507	.134	.350	2.858

Shtojca E: Analiza e hendekut “perceptime reale dhe pritshmëri” të pacientëve lidhur me cilësinë e shërbimit

Tabela 1: GAP për spitalet publike i ndarë sipas rretheve

Qyteti/Dimensioni i cilësisë	Përgjegjshmëria	Besueshmëria	Siguria	Pajisjet & Teknologjia	Ndjeshmëria
Durrës	0.51	0.54	0.38	0.14	0.48
Krujë	-0.39	-0.45	-0.54	-0.39	-0.64
Shkodër	-0.12	-0.22	-0.12	-0.14	-0.20
Fier	0.79	0.49	0.64	0.05	0.86
Lezhë	0.07	-0.18	0.01	-0.28	-0.06
Vlorë	0.90	0.51	0.81	0.16	0.95
Kavajë	0.03	-0.20	-0.24	-0.06	-0.09
Spitali "Koço Glozheni"(Tiranë)	0.72	0.30	0.80	0.17	0.72
Spitali "Mbretëresha Geraldinë"(Tiranë)	-0.32	-0.66	-0.17	-0.03	-0.38
Spitali Ushtarak (Traumës) (Tiranë)	0.77	0.52	0.98	0.12	0.88
QSUT (Tiranë)	-0.55	-0.25	-0.32	-0.29	-0.50

Tabela 2: GAP për spitalet private

Qyteti/Dimensioni i cilësisë	Përgjegjshmëria	Besueshmëria	Siguria	Pajisjet & Teknologjia	Ndjeshmëria
Spitali Salus (Tiranë)	-0.32	-0.39	-0.37	0.05	-0.36
Spitali Amerikan (Tiranë)	0.02	-0.23	0.17	0.25	0.17
Spitali Hygeja (Tiranë)	-0.57	-0.55	-0.42	0.03	-0.46

Tabela 3: Vlerësimi i GAP për dimensionin – përgjegjshmëria në spitalet publike

Përgjegjshmëria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Vlera mesatare e GAP
P1	3.86	4.12	0.26	0.21

P2	3.86	4.21	0.35	
P3	3.86	3.97	0.11	
P4	3.86	3.97	0.11	

Tabela 4: Vlerësimi i GAP për dimensionin – besueshmëri në spitalet publike

Besueshmëria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Vlera mesatare e GAP
P1	4.00	4.47	0.47	0.32
P2	4.06	4.57	0.51	
P3	3.96	4.23	0.27	
P4	3.89	3.91	0.02	
P5	4.00	4.33	0.33	

Tabela 5: Vlerësimi i GAP për dimensionin – siguria në spitalet publike

Siguria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Mesatarja e GAP
P1	4.13	4.49	0.36	0.21
P2	4.11	4.61	0.50	
P3	4.17	4.64	0.47	
P4	4.27	4.57	0.30	
P5	4.14	4.15	0.01	
P6	4.28	4.58	0.30	
P7	3.77	3.52	-0.25	
P8	4.00	4.01	0.01	
P9	4.13	4.31	0.18	

Tabela 6: Vlerësimi i GAP për dimensionin – pajisjet & teknologjia në spitalet publike

Pajisjet & Teknologjia	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Mesatarja e GAP
P1	3.10	2.77	-0.33	-0.05
P2	3.57	4.40	0.83	
P3	3.39	3.65	0.26	
P4	3.28	3.19	-0.09	
P5	3.21	2.99	-0.22	
P6	3.08	2.72	-0.36	

P7	3.12	2.87	-0.25	
P8	3.18	2.97	-0.21	

Tabela 7: Vlerësimi i GAP për dimensionin – ndjeshmëria në spitalet publike

Ndjeshmëria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Mesatarja e GAP
P1	3.92	3.90	-0.02	0.18
P2	3.98	4.29	0.31	
P3	3.97	4.24	0.27	
P4	3.96	4.15	0.19	
P5	3.93	4.08	0.15	

Tabela 8: Vlerësimi i GAP për dimensionin – përgjegjshmëria në spitalet private

Përgjegjshmëria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Vlera mesatare e GAP
P1	4.81	4.67	-0.14	-0.29
P2	4.81	4.63	-0.18	
P3	4.81	4.39	-0.42	
P4	4.81	4.39	-0.42	

Tabela 9: Vlerësimi i GAP për dimensionin – besueshmëria në spitalet private

Besueshmëria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Vlera mesatare e GAP
P1	4.81	4.75	-0.06	-0.18
P2	4.81	4.95	0.14	
P3	4.81	4.42	-0.39	
P4	4.81	4.25	-0.56	
P5	4.81	4.77	-0.04	

Tabela 10: Vlerësimi i GAP për dimensionin – siguria në spitalet private

Siguria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Mesatarja e GAP
---------	-------------------------------	-------------------------------------	-----	-----------------

P1	4.81	4.16	-0.65	-0.21
P2	4.81	4.25	-0.56	
P3	4.81	4.86	0.05	
P4	4.81	4.70	-0.11	
P5	4.81	4.53	-0.28	
P6	4.81	4.65	-0.16	
P7	4.81	4.70	-0.11	
P8	4.81	4.75	-0.06	
P9	4.81	4.84	0.03	

Tabela 11: Vlerësimi i GAP për dimensionin – pajisjet & teknologjia në spitalet private

Pajisjet & Teknologjia	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Mesatarja e GAP
P1	4.85	4.98	0.13	0.11
P2	4.86	4.99	0.13	
P3	4.86	4.95	0.09	
P4	4.86	4.99	0.13	
P5	4.86	4.99	0.13	
P6	4.85	5.00	0.15	
P7	4.85	4.83	-0.02	
P8	4.86	5.00	0.14	

Tabela 12: Vlerësimi i GAP për dimensionin – ndjeshmëria në spitalet private

Ndjeshmëria	Vlera mesatare e pritshmërive	Vlera mesatare e perceptimeve reale	Gap	Mesatarja e GAP
P1	4.82	4.13	-0.69	-0.69
P2	4.82	4.13	-0.69	
P3	4.82	4.13	-0.69	
P4	4.81	4.13	-0.68	
P5	4.82	4.13	-0.69	

Tabela 13: Vlerësimi mesatar dhe devijimet standarte për spitalet publike dhe spitalet private lidhur me vlerësimin e pritshmërive të cilësisë së shërbimeve (Hipoteza I)

Lloji i spitalit	Numri	Mean	Std. Deviation
Publik	650	3.83	.862
Privat	150	4.82	.479

Tabela 14: Vlerësimi mesatar dhe devijimet standarte për spitalet publike dhe spitalet private lidhur me vlerësimin real të cilësisë së shërbimeve (Hipoteza II)

Lloji i spitalit	Numri	Mean	Std. Deviation
Publik	650	4.05	.716
Privat	150	4.71	.449

Tabela 15: Vlerësimi mesatar dhe devijimet standarte për spitalet publike dhe spitalet private lidhur me vlerësimin e GAP për cilësinë së shërbimeve (Hipoteza III)

Lloji i spitalit	Numri	Mean	Std. Deviation
Publik	650	.1118	1.08718
Privat	150	-.1975	.67671

Tabela 16: Koeficientët e regresionit për GAP në spitalet publike

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	3.722	.032		114.606	.000
Përgjegjshmëria	.247	.045	.352	5.509	.000
Besueshmëria	.578	.070	-.562	-8.304	.000
Siguria	.130	.059	.153	2.212	.027
Pajisjet dhe teknologjia	.151	.047	.143	3.194	.001
Ndjeshmëria	.371	.055	.523	6.785	.000

Tabela 17: Koeficientët e regresionit për GAP në spitalet private

	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.709	.073		64.731	.000					
	Përgjegjshmëria	.415	.104	.490	3.983	.000	.714	.315	.196	.161	6.219
	Besueshmëria	-.269	.174	-.184	-1.548	.124	.549	-.128	-.076	.172	5.819
	Siguria	.489	.122	.502	4.007	.000	.686	.317	.198	.155	6.450
	Pajisjet dhe teknologjia	.803	.136	-.464	-5.898	.000	.273	-.441	-.291	.394	2.540
	Ndjeshmëria	.265	.119	.276	2.220	.028	.663	.182	.110	.157	6.361

Tabela 18: Rezultatet për spitalet publikë për ekuacionin përfundimtar të kënaqësisë

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.647 ^a	.419	.414	.767	.419	92.770	5	644	.000

a. Predictors: (Constant), Mes_Did_11, Mes_Dif_10, Mes_Dif_8, Mes_Dif_7, Mes_Dif_9

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	272.664	5	54.533	92.770	.000 ^a
	Residual	378.560	644	.588		
	Total	651.225	649			

a. Predictors: (Constant), Mes_Did_11, Mes_Dif_10, Mes_Dif_8, Mes_Dif_7, Mes_Dif_9

b. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3.722	.032		114.606	.000		
	Përgjegjshmëria	.247	.045	.352	5.509	.000	.221	4.530
	Besueshmëria	.578	.070	.562	-8.304	.000	.197	5.071
	Siguria	.130	.059	.153	2.212	.027	.188	5.325
	Pajisjet dhe teknologjia	.151	.047	.143	3.194	.001	.452	2.213
	Ndjeshmëria	.371	.055	.523	6.785	.000	.152	6.579

a. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				(Constant)	Mes_Dif_7	Mes_Dif_8	Mes_Dif_9	Mes_Dif_10	Mes_Did_11
1	1	4.143	1.000	.00	.01	.01	.01	.02	.01
	2	1.033	2.002	.78	.00	.00	.00	.02	.00
	3	.381	3.297	.09	.03	.04	.01	.93	.01
	4	.191	4.663	.00	.67	.08	.31	.01	.00
	5	.144	5.369	.12	.00	.83	.22	.03	.20
	6	.109	6.177	.02	.28	.03	.45	.00	.78

a. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Tabela 19: Rezultatet për spitalet privatë për ekuacionin përfundimtar të kënaqësisë

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.806 ^a	.650	.637	.486	.650	53.398	5	144	.000

a. Predictors: (Constant), Mes_Did_11, Mes_Dif_10, Mes_Dif_8, Mes_Dif_7, Mes_Dif_9

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	63.062	5	12.612	53.398	.000 ^a
	Residual	34.012	144	.236		
	Total	97.073	149			

b. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	4.709	.073		64.731	.000					
	Përgjegjshmëria	.415	.104	.490	3.983	.000	.714	.315	.196	.161	6.219
	Besueshmëria	.269	.174	.184	-1.548	.124	.549	-.128	-.076	.172	5.819
	Siguria	.489	.122	.502	4.007	.000	.686	.317	.198	.155	6.450
	Pajisjet dhe teknologjia	.803	.136	.464	-5.898	.000	.273	-.441	-.291	.394	2.540
	Ndjeshmëria	.265	.119	.276	2.220	.028	.663	.182	.110	.157	6.361

a. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				(Constant)	Mes_Dif_7	Mes_Dif_8	Mes_Dif_9	Mes_Dif_10	Mes_Did_11
1	Konstantja	4.093	1.000	.00	.01	.01	.01	.01	.01
	Përgjegjshmëria	1.294	1.778	.14	.00	.01	.00	.09	.00
	Besueshmëria	.315	3.603	.15	.07	.02	.03	.61	.03
	Siguria	.115	5.970	.01	.02	.01	.69	.01	.54
	Pajisjet dhe teknologjia	.103	6.319	.01	.80	.01	.18	.03	.42
	Ndjeshmëria	.080	7.167	.69	.10	.94	.10	.24	.00

a. Dependent Variable: Jeni të kënaqur nga cilësia e shërbimit të spitalit