



Si ta mjekojmë Mjeksinë?

Ilir Begolli, Fatime Arënliu - Qosaj

Maj 2011
Prishtinë

Botues: Forum 2015

Financuar nga: Fondacioni i Kosovës për Shoqëri të Hapur

Tirazhi: 500

PËRMBAJTJA

Në vend të parathënies

7

1.1. Roli i organizatave ndërkombëtare

1.2. Roli i organizatave vendëse

1.3. Roli i Ministrisë në realizimin e politikës shëndetësore

2. Hyrja

11

3. Nuk dihet kush pi e kush paguan - Financimi shëndetësor

13

3.1. Modeli i propozuar nga Banka Botërore

3.2. Modeli i propozuar nga Ministria e Shëndetësisë

4. Punëtorët shëndetësorë të pakënaqur - Pagesat

29

5. Nuk dihet kush, kur, çka dhe ku ofron - Organizimi

31

6. Nuk dihet kush është zot shtëpie - Legjislacioni

37

7. Nuk qeveris as forca, as ligji, por është mirësjellja¹ - Sjellja

39

8. Rekomandimet

42

9. Sa gjatë do të zgjasë reforma?

45

10. Referencat

49

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11]. In the United Kingdom, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1980s, *S. flexneri* was reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. In the 1990s, *S. flexneri* was reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [13].

The purpose of this study was to determine the prevalence of *S. flexneri* in children with acute bacterial dysentery in the United Kingdom. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

To dream anything that you want to dream. That's the beauty of the human mind. To do anything that you want to do. That is the strength of the human will.
To trust yourself to test your limits. That is the courage to succeed.

Bernard Edmonds

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11]. In the United Kingdom, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1980s, *S. flexneri* was reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. In the 1990s, *S. flexneri* was reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [13].

The purpose of this study was to determine the prevalence of *S. flexneri* in children with acute bacterial dysentery in the United Kingdom. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

1. NË VEND TË PARATHËNIES

Nëse një person do të vinte në Kosovë që nga viti 1999 e gjer më sot, do të haste në dy momente që njëkohësisht janë kontraste, të cilat nuk do t'i kuptonte dhe nuk do të mund t'i sqaronte:

Momenti i parë i një realiteti kosovar: Një shkencëtar – mjek, i rrethuar me kompjuterë, CT ehosonografi dhe pajisje të tjera moderne, të cilat i ka parë edhe në shtetet e tjera të zhvilluara me një shëndetësi të lakmueshme.

Mjeku i kryen detyrat e veta duke i shfrytëzuar pajisjet e tilla pa problem, por duke i paguar shërbimet e veta po si kolegu i tij në vende të tjera të botës. Pacienti i tij është një burrë i zhvilluar, i shtrirë dhe i kyçur në elektroda të këtyre pajisjeve shëndetësore.

Momenti i dytë i një realiteti kosovar: I njëjti person do të haste në mjekun, i cili nën dritën e qiriut dhe i rrethuar me copa qymyri përreth për ngrohje kontrollon fëmijën, i cili i ka humbur lëngjet trupore nga sëmundja e diarresë që e kishte goditur atë.

Arkeologët dhe antropologët pas 50 vjetësh do ta kishin pasur vështirë të përcaktonin se cilës kohë të zhvillimit do t'i takonte mjeku i dytë, edhe pse që të dy janë mjekë në Kosovë, që marrin nga një rrogë me vlerë të njëjtë në euro nga buxheti kosovar. Është fat i mirë për të dytë që nuk i kanë mbushur 65 vjet dhe që nuk janë në pension, sepse në atë rast nuk do të mund të llogarisnin as në këto vlera të rrogës dhe ndoshta tek të dytë do të kishte dritë të kandilave në shtëpi.

Implikimi i politikës globale, të cilën e kanë zbatuar dhe akoma janë duke e zbatuar organizmat përgjegjës për implementimin e Rezolutës 1244, edhe me gjithë shpalljen e pavarësisë së Kosovës nga viti 2009 dhe pranimin e saj deri sot (maj, 2011) nga 75 vende të botës, në masë të madhe ka kontribuar për një pozitë jo të qartë të së sotmes dhe të së ardhmes në Kosovë, e në kuadër të saj edhe të shëndetësisë kosovare. Nga pozita e sotme e Kosovës nuk dihet se a bëhet fjalë për një:

Koloni ndërkombëtare e udhëhequr nga iniciativat dhe interesat e ndryshme të organizmave që participojnë në shtetet që e administrojnë dhe që e influencojnë Kosovën.

- Rajon administrativ i papërcaktuar sa i përket rolit të pjesëmarrjes së qytetarëve të Kosovës në përkufizimin e asaj që ishte dashur të përcaktohej nga vetë ata (ndoshta të paartikuluara mirë nga vetë kosovarët?!).
- Rol dominues të qytetarëve kosovarë në marrjen e vendimeve dhe zbatimin e tyre, ku ndërkombëtarët luajnë rolin këshillëdhënës.
- Diçka tjetër apo gjithçka nga pak.

1.1. Roli i organizatave ndërkombëtare

Pas korrikut 1999, është konsideruar se Kosova nuk ka mekanizma që do të mund ta menaxhonin shëndetësinë kosovare. Nuk është pranuar struktura, e cila ishte Ministri e Shëndetësisë kosovare, që vepronte për popullatën shqiptare (e pranueshme për 90% të popullatës). Si e tillë, e mbetur pa zot shtëpie, këtë mungesë dhe zbrazëti të strukturave menaxhuese është dashur që ta mbulojë ndonjë organizëm i krijuar nga strukturat ndërkombëtare dhe ndonjë organizëm i huaj, meqë nga vetë kosovarët nuk kishte iniciativa për marrjen e ingerencave për këtë lëmi apo ndoshta edhe pengoheshin në këto iniciativa.

Organizmat ndërkombëtarë në fillim ishin të habitura me rolin dominues që e fituan në orientimin e shëndetësisë kosovare. Por, për arritjen e suksesit atyre u mungonin:

- Eksperienca për situatë të tillë (rasti i Kosovës u dëshmua si Sui Generis);
- Stafi i nevojshëm;
- Kualifikimet e stafit nuk i përgjigjeshin shpesh nivelit të duhur (bukëp-jekësja e kualifikuar ishte udhëheqëse e projekteve të shëndetësisë publike);
- Orientimet programore dhe strategjike ishin shpesh modele të vendeve amë të udhëheqësve të projekteve, ashtu që kishim një mori qasjesh të ndryshme, që shpesh i ngjanin në planin global lëkurës së leopardit dhe jo rrallë inkompatibile, ashtu që aktivizimi i tyre dhe implementimi nuk kishte të bënte me situatën në realitetin kosovar. Mund të numërohen në gishta projektet që ishin aplikative dhe të bazuara në resurset dhe kushtet kosovare.

1.2 .Roli i organizatave vendëse

Organizatave vendëse ishin në një vakum të udhëheqjes, kur atyre u imponohej bashkëkryesimi, i cili në shumë raste dhe për shumë arsye nuk sjell bashkudhëheqje. Stafi vendor nuk kishte mundësi komunikimi dhe shfrytëzimi të gjuhës angleze, që ishte bërë kusht pa të cilin nuk bëhej. Po ashtu, komunikimi i shpejtuar me shfrytëzimin e postës elektronike nuk ishte i mundur, për shkak të papërvojës dhe shkathtësive për ta përdorur atë, por edhe për shkak të mungesës së pajisjeve dhe qasjes në internet. Organizatat joqeveritare vendore, si pandan i zhvillimit të një aktiviteti qeveritar, janë vendosur më tepër në korniza, të cilat janë tipike për vendet në transicion. Pra, ndikimi në rrjedhat e strategjisë së ardhme të shëndetësisë kosovare ishte i varfër apo mungonte fare.

Institucionet e mëparshme publike (si sistemi i financimit shëndetësor përmes sigurimit shëndetësor) ishin të shkatërruara dhe me një pauzë 10-vjeçare të largimit nga skemat e ndikimit në politikën shëndetësore, me pamundësi të aktivizimit të sigurimeve shëndetësore edhe në formën initiale, pasi që edhe strukturat politikëbërëse nuk kishin interes që të rifillonin me forma të tilla të financimit shëndetësor.

1.3 .Roli i Ministrisë në realizimin e politikës shëndetësore

Ministria e Shëndetësisë kaloi në disa faza pas vitit 1999. Në fillim udhëhiqej nga strukturat e caktuara nga UN-UNMIK-u. Gjatë vitit 2000 bashkëkryesohej nga autoritetet ndërkombëtare dhe lokale. Para zgjedhjeve nacionale, Ministria apo Departamenti, siç quhej, mbeti pa udhëheqje të përbashkët dhe deri te vendosja e ministrit të parë u udhëhoq nga stafi ndërkombëtar.

Si iniciativë fillestare, është aktivizuar grupi i përbërë nga OBSH-ja, nga përfaqësuesit-ekspertët ndërkombëtarë dhe ekspertët lokalë, që kanë qenë të përfshirë në planifikim dhe zbatimin e strategjive shëndetësore në Kosovë.

Pas një kohe të shkurtër, iu përvishen punës në ripërcaktimin e strategjisë me një participim më dominues të palës kosovare. Kjo politikë e re u aprovua gjatë vitit 2001 si dokument i cili i prezanton synimet e kosovarëve për orientimin e shëndetësisë në të ardhmen.

Baza e politikës dhe e strategjisë nuk ka ndryshime në pikëpamjet esenciale të orientimit drejt mjekësisë primare e në kuadër të saj në përkrahjen e mjekësisë familjare. Zbatimi i strategjisë shëndetësore, pos në disa pjesë, ngeci. Kjo ngecjeje mund të ketë qenë si pasojë e:

- Ngecjes së përkrahjes financiare të strategjisë (nuk ka qëndrueshmëri apo mekanizma financiarë të përcaktuar për këtë);
- Ngecjes në përkrahjen politike të strategjisë (koncepti i papërcaktuar i përgjegjësisë në shtresa sipas ndarjes së pranuar asokohe administrative: lokal-distrikt-nacional);
- Ngecjes në përkrahjen e profesionistëve, që nuk e kanë akoma të qartë pozitën dhe rolin e tyre (orientim nga mjekësia familjare dhe roli i ardhshëm i tyre në atë sistem të reformuar);
- Çështjes së papërcaktuar, të parregulluar ligjërisht dhe çështjes së paqartë të veprimtarisë shëndetësore në pronësi private;
- Ambientit të parregulluar akoma që të përkrahë dhe të stimulojë orientimin drejt përqafimit të politikës së re shëndetësore.
- Mungesës së kornizës ligjore kosovare, e cila do ta vinte shëndetësinë kosovare si një tërësi të menaxhuar në mënyrë unike nga kosovarët në tërë territorin e saj;
- Mungesës së qasjes në shërbime shëndetësore për të gjithë.

2. HYRJA

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, shëndeti është gjendja e mirëqenies së plotë fizike, mentale dhe sociale, e jo vetëm mungesa e sëmundjes dhe dobësisë¹.

Në Kosovë është harruar kuptimi i vërtetë i fjalës shëndet. Sot, në Kosovë, të jesh i shëndoshë do të thotë pikërisht vetëm të mos jesh i sëmurë, që të mos kesh nevojë për operacion, për kujdes para, gjatë dhe pas lindjes, për kujdes intensiv, për mamografi, radioterapi, citostatikë apo barna, thjesht "mos u bëfsh për mjek!"

Sa e rëndësishme është jetëgjatësia si vlerë ndër shqiptarët, që si bazë e ka të domosdoshëm shëndetin më të mirë të mundshëm, reflektohet në thënien "t'u ngjat jeta", ndërsa për ata të cilët e masin mirëqenien e një populli e njëjta reflektohet në jetëgjatësi, një prej indikatorëve më të rëndësishëm të mirëqenies së një populli.

Mirëpo, sot më tepër se kurrë njeriu gjithnjë e më shumë është i rrezikuar nga faktorë të ndryshëm biologjikë, fizikë dhe kimikë. Ky rrezik është më i madh në vendet në zhvillim, për shkak të institucioneve të dobëta, strukturave të dobëta të hartimit të standardeve dhe normativave dhe mekanizmave joekzistues apo ekzistues joprofesional dhe të korruptuar për prevenim, trajtim dhe kujdes shëndetësor. Duke qenë Kosova një vend në zhvillim, qytetarët e saj nuk lihen pa u përjashtuar. Kur ata janë në nevojë për shërbime shëndetësore, i lihen fatit për cilësinë e shërbimeve shëndetësore publike, "varësisht kush ka qëlluar kujdestar në pranim". Ndërsa, ata të cilët kanë mundësi të paguajnë mund të zgjedhin mjek në sektorin privat, por edhe në atë publik.

Mirëpo, me zgjedhjen e mjekut nuk përfundon problemi. Ai vazhdon me sigurimin dhe pagesën e testeve dhe analizave diagnostikuese në të shumtën në sektorin privat, pasi që ato në sektorin publik nuk punojnë për arsye nga më të ndryshmet.

Kur njëherë qytetari i Kosovës merr vesh se ka një sëmundje vdekjeprurëse, si kanceri, lajm ky i cili sikur nuk mjafton të jetë i keq, por përkeqësohet më tutje nga pasiguria e qasjes në mos në citostatikë, atëherë në radioterapi. Për më tepër, pasiguria se çka do të gjendet dhe çka nuk do të gjendet apo çka mund t'i sigurojë vetes pacienti për shërim vjen para asaj se a do të ketë apo nuk do të ketë sukses terapia.

Paramendoni (fatkeqësisht disa nuk kanë nevojë të paramendojnë) se si do të ndiheshit sikur dikush t'ju kumtonte lajmin se keni një sëmundje të pashërueshme, por shansi për të jetuar dhe ecuria e sëmundjes, përveç tjerash, do të varet nga barnat dhe metodat terapeutike, për të cilat ju nuk jeni të sigurt se mund t'i siguron, sepse nuk keni ndonjë informatë të shkruar ku mund të informoheni se "çka ofron shteti e çka jo"! Prandaj, ju mbeten në mëshirën e fatit, të sëmureni në një periudhë të vitit kur MSH-ja është e furnizuar me ato barna, mbase kjo do të jetë për ju "fat në

<>

Preambula e Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë, e aprovuar nga Konferenca Ndërkombëtare e Shëndetësisë, Nju- Jork, 19 qershor – 22 korrik 1946: e nënshkruar më 22 korrik 1946 nga përfaqësues të 61 shteteve dhe ka hyrë në fuqi më 7 prill 1948. Definicioni nuk është ndryshuar që nga viti 1948.

fatkeqësi" apo nëse nuk keni të holla, t'i siguron ato nga miqtë dhe familjarët.

Prishtinë, 23 prill 2011 - Nuk janë të rralla defektet që po ndodhin në aparatet e QKUK-së. Kësaj radhe fokusojmë rezonancën magnetike, e cila tashmë dy javë është jashtë përdorimit.

"...presim që sa më shpejt që të jetë e mundur të kthehet në funksion, bëhet fjalë për një defekt të brendshëm në të. Janë bërë të gjitha përgatitjet që të ndërhyhet dhe të rregullohet defekti dhe të rikthehet në punë rezonanca që është e domosdoshme për shumë pacientë që janë të shtrirë në QKUK", thotë mjeku përgjegjës.

Pacientët, nga ana tjetër, natyrisht se pësojnë, madje kanë ardhur në një situatë kur edhe e shprehin mosbesimin se ka prishje në rezonancën magnetike. "E kam vajzën këtu, është 22-vjeçare. Po tash aparatet a po punojnë a s'po punojnë nuk po di. Këta po thonë s'po punojnë, e tash nuk e di pse mos të punojnë vetëm që s'po donë këta me punu, s'punojnë. Tash me shku në privat, aty po kushtojnë më së paku 100 euro, e ku me i siguru këto të holla. Me pas një të shtrirë këtu, e me e pasë një të sëmurë është shumë vështirë me i dal në ndihmë atij të sëmurë", thotë pacienti.

Derisa zyrtarë të QKUK-së premtojnë se rezonanca magnetike së shpejti do të jetë në shërbim të pacientëve, kjo te pacientët shtror dilema, ngase asnjëri nga QKUK-ja nuk ishte në gjendje të thotë datën e saktë të evitimit të prishjes. Gazeta "Lajm"

Rritja e faktorëve të rrezikut që e dëmtojnë shëndetin, rritja e njohurive lidhur me to, rritja e ekspozimit ndaj faktorëve të rrezikut, zhvillimi i teknologjisë dhe mjeteve të reja të diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit, rritja e marketingut komercial dhe mungesa e marketingut social i rrisin dita-ditës shpenzimet shëndetësore kudo në botë, prandaj edhe në Kosovë. Mirëpo, kjo rritje e shpenzimeve në Kosovë ndodh në një kontekst specifik politik dhe social, në kohën kur Qeveria e Kosovës ballafaqohet me limitet e kapaciteteve kapitale, financiare dhe njerëzore për t'i mbuluar ato. Në pamundësinë e Qeverisë për t'i mbuluar këto shpenzime me tepër se gjysmën, ato i bëhen barrë pacientit, gjegjësisht qytetarit të Kosovës. Qytetari i Kosovës i ekspohet riskut financiar për shkak të sëmundjes, e cila i çon në varfëri dhe kjo varfëri i ekspozon më tepër ndaj faktorëve të riskut, që më tutje e përkeqëson shëndetin, pra në një qark vicioz të rritjes së shpenzimeve në shëndetësi.

Për më tepër, përveç kufizimit të shpenzimeve nga Qeveria e Kosovës, sistemi financiar shëndetësor i Kosovës nuk ka ndonjë mekanizëm të kontrollimit të shpenzimeve shëndetësore në Kosovë. Ç'është më e keqja, e vetmja mënyrë e racionalizimit të shërbimeve shëndetësore në Kosovë mbetet pagesa nga xhepi dhe pasiguria shëndetësore lidhur me atë që bëhet normë që qytetari i Kosovës të mos dijë se cilat shërbime, cilat barna mund t'i marrë kur të ketë nevojë e për cilat do të duhet "vetë t'ia gjejë çarenë". Ne e kemi një çështje në Kosovë, njerëzit e humbasin dita-ditës besimin në sistemin shëndetësor të tyre.

Ky raport i trajton pesë çështje vendimtare të sistemit shëndetësor, të cilat vendosin për fatin e një të sëmuri apo të shëndoshi në Kosovë, që janë kuptuar apo injoruar nga kompetentët: financimi, pagesat, legjislacioni organizimi dhe sjellja.

Qëllimi i këtij raporti është që të analizojë sistemin shëndetësor, por vetëm me qëllim të paraqitjes së ndikimit të këtij sistemi në jetën e qytetarëve. Për më tepër, raporti vë kornizën e hapave që duhet të ndërmerren për të bërë që qytetari të mos ballafaqohet me mosbesim dhe pasiguri dhe ta kthejë besimin në sistemin tonë shëndetësor.

3. NUK DIHET KUSH PI E KUSH PAGUAN - FINANCIMI SHËNDETËSOR

Shërbimet shëndetësore dallojnë nga shërbimet e tjera publike. Sistemi i tanishëm shëndetësor, edhe pse ofron “qasje dhe mbulim universal”, nuk u kontribuon të varfërve. Konteksti politik, ekonomik dhe ai social i determinojnë humbjet në sistemin shëndetësor dhe e vendosin atë dhe pacientin në një qark vicioz. Modeli i propozuar nga BB-ja, ai i propozuar nga Qeveria e Kosovës dhe leksionet e mësuara gjatë dekadës së fundit, janë hapat që duhet të konsiderohen në të ardhmen.

Ne nuk mund të blejmë shërbime shëndetësore ashtu sikur të blejmë veshmbathje apo gjëra ushqimore. Së pari, shërbimet shëndetësore përdoren për ta mbajtur mirëqenien ose për ta shëruar sëmundjen, Pra, nëse nuk blihen atëherë kur janë të domosdoshme, e rrezikojnë jetën në afat të shkurtër apo të gjatë. Së dyti, kur dhe çfarë do të jenë të domosdoshme, është vështirë për t’u parashikuar. Së treti, ato mund të jenë të shtrenjta dhe në pamundësi të pagesës nga individ, mund të çojnë në probleme të konsiderueshme financiare, e jo rrallë edhe në falimentim financiar përmes shitjes së pasurisë së nevojshme për një jetë të dinjitetshme. Pikërisht këto karakteristika të shërbimeve shëndetësore janë arsyeja pse njerëzit janë të interesuar të blejnë/të paguajnë sigurime shëndetësore përgjatë historisë nëpër botë dhe Kosovë.

Duket e thjeshtë për të thënë “po shkoj te mjeku me u shëru” ose “me mbajt shëndetin”, fjalë që mund t’i dëgjojmë jo rrallë nga qytetarët në nevojë. Në momentin kur qytetari komunikon me punëtorin shëndetësor dhe merr shërbimin shëndetësor, ndodh një ndërveprim i interesave midis blerësve, ofruesve dhe rregullatorëve të shërbimeve shëndetësore. Qytetari komunikon me personelin shëndetësor, merr shërbime brenda institucioneve shëndetësore dhe regjistrohet, paguan sipas standardeve dhe rregullave të përcaktuara nga shteti dhe tregu. Për më tepër, ky ndërveprim ndodh në një kontekst të caktuar ekonomik, politik, social, kulturor dhe etik², që më tutje e bën më kompleks marrjen, ofrimin dhe rregullimin e shërbimeve shëndetësore për popullatën. Pacienti dhe mjeku janë të interesuar në shërbime më të sofistikuara shëndetësore, pacienti të paguajë më lirë, mjeku të përfitojë më shumë, ndërsa Ministria e Shëndet-

tësisë, në bazë të detyrave të punës³ dhe principeve të përcaktuar në Ligjin për shëndetësi, do të duhej të ishte e interesuar që të zmadhojë shëndetin dhe t'i zvogëlojë pabarazitë në shëndetësi, ndërsa ajo e Ekonomisë dhe Financave të mos kundërshtojë asgjë derisa është brenda mundësive fiskale.

Sikur pacientët të kishin shumë para për të paguar shumë shërbime shëndetësore, edhe ofruesit do të kishin përfituar shumë dhe askush nuk do të mbeshte pa u shërbyer në rast nevojë. Mirëpo, ne jetojmë në një botë me resurse të kufizuara, ku të varfrit kanë nevojë më tepër për shërbime shëndetësore sesa të pasurit (pabarazia horizontale) dhe kanë nevojë për më shumë asistencë financiare (pabarazia vertikale)⁴. Kjo është një arsye që atyre që nuk kanë mundësi të paguajnë të mos u ofrohen shërbime shëndetësore. Këto raporte janë të pranishme në tërë botën dhe jo vetëm në Kosovë. Mirëpo, në shtetet e ndryshme janë të rregulluara në mënyra të ndryshme çështjet e lidhura me koston e shëndetit.

Tani për tani në Kosovë kemi një qasje universale në shërbimet shëndetësore, d.m.th. të gjithë kanë qasje në tërë spektrin e shërbimeve shëndetësore që ofrohen në institucionet publike shëndetësore në Kosovë. Por, kur qytetari shkon në qendrat e mjekësisë familjare ose në spitale, përfundon duke i paguar analizat biokimike dhe diagnostikimet radiologjike, barnat, transportin, personelin shëndetësor e gjëra të tjera, që kapin gjysmën e shpenzimeve të përgjithshme në shëndetësi në Kosovë.

Sistemi i tanishëm financiar shëndetësor është në disfavor të të varfërve. "Mos të lëntë Zoti pa të njohshëm në spital kur të sëmuresh!", është fjalia që secili që jeton në Kosovë e ka dëgjuar. Fjali kjo që nënkupton që sistemi i tanishëm shëndetësor krijon standarde të dyfishta dhe ekonomitë familjare me mundësi më të mëdha mund të blejnë shërbime shëndetësore private dhe gjasat që t'i marrin ato janë më të mëdha nëse do të kenë "të njohshëm" në sistemin publik. Sistemi i tillë me qasje universale çon në sistemin me dy rankime. Për këtë arsye qasja universale në Kosovë po punon kundër të varfërve, d.m.th. afërsisht kundër gjysmës së popullatës.

Qytetarët e Kosovës paguajnë gjysmën e shpenzimeve të përgjithshme shëndetësore nga xhepi. Por, kjo pagesë për dikë është shkatërruese, ndërsa për dikë e durueshme ende. Qytetarët e Kosovës e dinë mirë se ç'do të thotë të paguash nga xhepi: do të thotë të blesh anestetikë, relaksantë muskolorë, infuzione, citostatikë apo çfarëdo që nuk ka në spitalet shtetërore kur pacientët kanë nevojë, të bësh teste dhe incizime kur nuk ka reagensë dhe filma të rëntgenit. Të paguash nga xhepi do të thotë po ashtu të kërkes shërbime shëndetësore në sektorin privat dhe jashtë vendit.

Këtë pagesë e mundëson edhe tregu farmaceutik i parregulluar, që tani ofron barna pa përshkrim dhe barnat si anestetikët, muskulrelaksantët shiten sikur edhe vitaminat. Qytetarët mbesin të painformuar se çka përmban lista e barnave dhe materialeve shpenzuese të financuara nga MSH-ja. Shumë barna të importuara nuk i kanë udhëz-

3 Rregullorja e Punës së MSH-së

4 Shih referencën Social Epidemiology

imet në gjuhën shqipe dhe kjo e vështirëson edhe më tepër përdorimin adekuat të preparateve. Fare nuk funksionon komunikimi mes mjekut ordinar dhe përshkruesit të barit me farmacistin apo ofruesin e shërbimit në barnatore. Është e natyrshme që qytetari të mos dijë kur do të sëmuret, po nuk është natyrshme të mos i ofrohen informata se si ta mbrojë shëndetin dhe të dijë se ku do të marrë shërbime, me siguri dhe se cilat barna nuk do t'i blejë, pa marrë parasysh nëse merr shërbime në sektorin publik ose privat.

Një çështje tjetër me rëndësi që i rrit pagesat nga xhepi është teknologjia e re shëndetësore, ashtu që pacienti përfundon duke i paguar ato në sektorin privat të Kosovës ose jashtë vendit. Shembull tipik i një *"investimi muze në teknologjinë më të re shëndetësore"* është aparati i radioterapisë, që tani sa vjet nuk funksionon dhe ky fakt bën që qytetarët të kenë ende nevojë të udhëtojnë jashtë vendit. E njëjta gjë vlen për të gjitha aparataturat për të cilat nuk mund të paguhen shpenzimet e mirëmbajtjes dhe të përdorimit, që i rrisin shpenzimet nga xhepi, sepse janë shërbime të domosdoshme që qytetari medoemos duhet të gjendet për t'i paguar ashtu si vetëm ai mund ta dijë dhe ashtu si thuhet në proverbin popullor "peni këputet aty ku është më i hollë", të varfrit përfundojnë duke paguar më shumë.

Atëherë kur qytetarët paguajnë nga xhepi, kur të varfrit paguajnë më shumë se ata që kanë dhe kur Qeveria nuk është në gjendje të gjejë një zgjidhje të qëndrueshme për ta grumbulluar dhe për ta shpërndarë riskun financiar, lind skepticizmi në idetë e zakonshme që rreh si një bombë e kurdisur sociale.

Anashkalimi i solidaritetit institucional në sistemin shëndetësor të Kosovës, për shkak të qeverisjes së dobët, politikave të pazbatuara dhe korrupsionit të regjistruar gjithnjë e më shumë, i ka humbur edhe ato pak mjete në dispozicion dhe i ka rënduar më të varfrit. Ky është burimi kryesor i skepticizmit të qytetarëve në institucionet shëndetësore, që sa vjen e rritet. Që nga viti 1999, konsulentët, ndërmarrësit, ekspertët nga fondacionet private dhe agjencitë ndërkombëtare i kanë ofruar Kosovës asistencë profesionale dhe materiale, që në disa raste kanë siguruar qëndrueshmëri, ndërsa në të shumtën kanë dështuar ta sigurojnë atë.

Në këtë grup të fundit hyn sistemi i qëndrueshëm financiar dhe udhëheqja kosovare është gjetur edhe para rekomandimeve se një sistem i bazuar në solidaritet është i papërballueshëm dhe se një sistem shëndetësor pro privat është zgjedhje e kohës. Ndërsa vetë Qeveria nuk ka qenë në gjendje të argumentojë të kundërtën (MEF 2003 -2007).

Sipas vlerësimeve të BB-së, shpenzimet në shëndetësi më tutje do të ngrenë për 2 deri në 3 për qind në vit shkallën e varfërisë, për shkak të shpenzimeve nga xhepi.

Prandaj, edhe është e natyrshme që Qeveria e Kosovës ka aq shumë presione që të ndërrojë sistemin financiar shëndetësor, të përmirësojë menaxhimin e tij dhe pastaj të ngrejë nivelin e shpenzimeve.

Këto kërkesa vijnë si nga ofruesit, ashtu dhe nga kërkuesit e shërbimeve shëndetësore. Ky presion nuk do të paraqiste problem po të mos ndodhte në kontekst pa vizion, e kombinuar me resurse të kufizuara makroekonomike, duke përfshirë ato fiskale dhe një sistem shëndetësor **joefiçient**. Dëshmitë e një **joefiçience** reflektohen me një numër të madh të shërbimeve jashtë sistemit publik shëndetësor, presionit permanent për shërim jashtë vendit, pagesave gjithnjë e më të mëdha të pacientëve për trajtim, mjekim dhe barna, si dhe pakënaqësi me sistemin shëndetësor. Në anën tjetër, niveli i aktiviteteve preventive nënçmohet edhe me kufizime financiare (mungesë totale e mjeteve të dedikuara enkas për promovim dhe edukim shëndetësor) për parandalimin e shumë sëmundjeve, sidomos ato të lidhura me mjedisin (ethet hemorragjike Kongo-Krime, sëmundjet ngjitëse akute të lidhura me ujin e pijes jo të rregullt - raportet e IKSHPK-së, 2009).

Konteksti politik, ekonomik dhe social influencon shkallën e performancës së sistemit shëndetësor në Kosovë dhe po ashtu shkakton humbje. Humbjet janë si rezultat i fragmentimit politik, qeverisës dhe institucional. Fragmentimi politik reflektohet në udhëheqjen e institucioneve shëndetësore nga Qeveria e Beogradit, fragmentimi qeverisës reflektohet në decentralizimin e institucioneve shëndetësore në nivelin e kujdesit parësor me alokimin e granteve nga MEF-i, ndërsa ajo institucionale, në mungesë të një sistemi të referimit, duke përfshirë edhe atë jashtë vendit, rezulton në humbje të mbishikimit kush çka ofron, në çfarë vëllimi, për çfarë çmimi, si dhe çfarë cilësie. Kjo që u tha më sipër çon në vlerësimin e performancës së dobët të funksioneve të sistemit shëndetësor, cilësi të ulët të shërbimeve shëndetësore, transparencë të ulët dhe llogaridhënie, pabarazi që më tutje çon patjetër në rezultate të dobëta të sistemit shëndetësor (duke u manifestuar me një status të dobët shëndetësor, mbrojtja e ulët nga risku financiar dhe ndjeshmëria e sistemit në kërkesat dhe nevojat e qytetarëve), që sipas vlerësimeve të BB-së më tutje e ngrit shkallën e varfërisë për shkak të shpenzimeve nga xhepi për shëndetësi (Qosaj, Berisha, 2010).

Që nga viti 1999, vala e transformimeve politike, sociale dhe ekonomike e kaploi edhe sektorin shëndetësor. Zhvillimi i strukturave nacionale dhe tërheqja e atyre ndërkom-bëtare, decentralizimi, sistemi paralel shëndetësor, zgjerimi i disparitetit të të ardhurave, ndryshimi i rolit të shtetit, jostabilitetit ekonomik, rritja ekonomike pa krijimin e vendeve të reja të punës me shkallë të lartë të papunësisë ka sfiduar rolin e Qeverisë në sektorin shëndetësor, për më tepër mungesa e kuptimit të politikave shëndetësore dhe çështjeve të sistemit shëndetësor nga makroekonomistët vendës si pjesë përbërëse e njohurive të makroekonomisë, paraqesin një të ardhme dekurajuese për intervenimet e Qeverisë duke lejuar kështu një "laissez-faire" në sistemin e financimit shëndetësor.

Po ashtu përparim është parë nga viti në vit në cilësinë e dokumentit të planifikimit trevjeçar KASH dhe mbajtjes së mbledhjeve të parapara ne procesin e planifikimit, ekzekutimit dhe vlerësimit të buxhetit. Lidhje midis përmbajtjes së KASH-it dhe planifikimit sektorial shëndetësor nga përmbajtja mbesin sfida për shkak të hendekut që ekziston midis politikave shëndetësore dhe ekonomisë shëndetësore. Prandaj qëllimet

e politikave shëndetësore nuk ngujohen brenda qarkores buxhetore dhe KASH-it, dhe se investimet mbesin të fragmentuara dhe nuk sjellin benefite afatgjate, sepse nuk caktohen prioritetet brenda sektorit shëndetësor dhe zhvillimit të gjithëmbarshtëm ekonomik. Kjo shihet dhe në KASH 2011-2013, ku shpenzimet eventuale për theme-limin e FSSH-së nuk janë marrë parasysh (MEF.2010) edhe pse gjatë këtij vitit pritet që Qeveria ta dorëzojë Projektligjin për sigurime shëndetësore në Parlament.

Prioritetet kryesisht nuk vendosen për shkak të kapaciteteve të dobëta menaxheriale të mungesës të informatave dhe mungesës së edukimit, mungesës së shprehive, për të analizuar në mënyrë kritike të dhënat ekzistuese, që rrjedhimisht prioritetet në sektorin e shëndetësisë në Kosovë bazohen në modelin e votimit të shumicës, ku politikanët investojnë aty ku presin vota (shembull: investojnë në ato projekte ku fuqizohen dhe ku përfitimet janë në kuadër të fushëveprimit të tyre (shembull: radioterapia⁵ apo edhe incrementale, ku investimet përcjellin trendë historikë me ndryshime marginale).

Investimet muze

“Në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës (QKUK) Instituti Onkologjik nuk funksionon tërësisht që nga viti 2004, thonë zyrtarë të Ministrisë së Shëndetësisë. Në Institutin Onkologjik, që nga viti 2004, janë investuar 6 milionë euro. Ditët e fundit, QKUK-ja ka formuar një Këshill për Institutin e Onkologjisë, në mënyrë që të përfshihen të gjithë personat që kanë qenë të përfshirë në problematikën e institutit.

Një mjek thotë se ky institut funksionon pjesërisht dhe se “Ne duhet të fillojmë me pjesën diagnostike, me hemoterapi e pastaj edhe me radioterapi. Pacientët kanë pësuar shumë, jashtëzakonisht shumë. Ne duhet ta funksionalizojmë për shkak të pacientëve që janë duke hequr shumë, e jo për Ministrinë e Shëndetësisë, e as për QKUK-në

Ndërkaq zyrtarët e MSH-së thonë se edhe nëse funksionalizohet Instituti Onkologjik, mirëmbajtja e aparateve që posedon ky institucion kushton shumë shtrenjtë. Sipas tyre, buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë dhe ai i Qendrës Klinike Universitare është tejet i limituar që t’i mbulojnë shpenzimet për mirëmbajtje.

Këto pajisje të montuara që nga viti 2004 nuk janë futur në funksion. Ato kanë nevojë që të servisohen dhe të mirëmbahen. Ministria e Shëndetësisë dhe QKUK-ja e kanë buxhetin e limituar. Sigurisht që do të jetë problem funksionalizimi, sepse janë bërë gabime teknike në shumë faza gjatë punimeve. Sidoqoftë, pacientët e prekur me kancer janë ata që pësojnë nga mosfunksionalizimi i Institutit Onkologjik. “Bota Sot”, 25.09.2010.

Derisa në botë diskutohet për përmirësimin e metodologjisë së kost-efektivitetit të shërbimeve shëndetësore për të avancuar përdorimin praktik të këtyre analizave në përcaktimin e prioriteteve, në Kosovë në mungesë të këtyre të dhënave Qeveria e Kosovës duhet të konsiderojë të dhënat e mortalitetit në Kosovë. Vetëm 60% të vdekjeve në Kosovë u dihet shkaku (ESK.2009). Të dhënat ekzistuese dhe bazike nuk janë complete, ato bëjnë me dije se vdekjet e raportuara mund të shmangen. Alokimet në sektorin shëndetësor duhet të jenë strategjike dhe duhet të konsiderojnë prioritetet e identifikuara.

Përveç mundësive financiare edhe faktorët organizativë e institucionalë në këtë drejtim duhet të konsiderojnë që investimet kapitale, të resurseve njerëzore dhe shpenzimeve rrjedhëse, të jenë më të prezantuara në mënyrë që të sigurojnë qëndrueshmëri. Mbi të gjitha duhet të sigurohet pronësia e projektit dhe llogaridhënia për suksesin ose mosesuksesin e implementimit. Panacea shihet në themelimin e fondit të sigurimeve shëndetësore, mirëpo kjo e fundit ka shumë sfida.

Çështja e investimit në prioritete është më e komplikuar dhe i tejkalon suazat e sektorit shëndetësor në përgjithësi dhe në veçanti institucionet publike shëndetësore janë joefikase pjesërisht për shkak të përparësive politike. Sektori i tanishëm shëndetësor shfrytëzohet me tepër për të ushtruar patronazh se për të ofruar shërbime, për të punësuar dhe jo punuar dhe i lejon Qeverisë që të ndërtojë një bazë politike brenda institucioneve. Punëtorët shëndetësorë në një territor të vogël, siç është Kosova, shumë lehtë identifikohen dhe ata me influencë janë mirënjohës të qeveritarëve për punësimin dhe postet. Ndërsa pacientët më vështirë mund të identifikohen dhe nuk janë të organizuar mirë si fuqi avokuese, prandaj dhe nuk kanë influencë në dizajnim dhe funksion të sistemit shëndetësor. Këta janë faktorët që kanë çuar sistemin shëndetësor publik të Kosovës me punësim joracional, dobët të menaxhuar, me staf të padobishëm, me higjienë të ulët dhe shërbime të cilësisë së ulët.

Sipas ekspertëve, në aspektin financiar viti 2011 pritet të jetë viti më i vështirë deri tani, ndërsa prognozat për vitin 2012 mbase do të jenë edhe më të zymta sesa për vitin paraprak. Kjo, sipas ekspertëve, nuk do të thotë se mund të pritet me fillimin e sigurimeve shëndetësore. Themelimi i fondit të sigurimeve shëndetësore është një proces që zgjat, sipas BB, 10 deri 17 vjet, sipas ekspertëve kosovarë 4-5 vjet, d.m.th. ligji edhe nëse do të gjejë mirëkuptim në Parlamentin e Kosovës pritet të operacionalizohet tek pas vitit 2015/2016. Është e qartë se mbulimi do të jetë i kufizuar, sipas ekspertëve, në fillim do të ketë mbulimin prej 30 – 40 % të nevojave universale, po kjo nuk do të duhej të jetë arsye për të mos filluar përgatitjet serioze për themelimin e Fondit të sigurimeve shëndetësore. Për më tepër duhet të konsiderohen leksionet nga dekada e kaluar (Fokus Grupi, 2011).

Gjatë viteve të fundit, duke filluar nga viti 2004, Qeveria ka punuar tre versione të Projektligjit për sigurime shëndetësore (MSH 2007, 2009) dhe ka propozuar Ligjin për sigurime shëndetësore, rishikimi i fundit i Ligjit për sigurime shëndetësore nuk ka marrë parasysh rekomandimet e studimit të BB, si dhe të ligjëruesve të AUK-ut. Prandaj çdo grup i ardhshëm i hartuesve të Ligjit për sigurime shëndetësore, i cili nuk do t'i konsiderojë ose nuk do t'i kuptojë punët dhe gabimet e bëra, ka mundësi të mbetet i dështuar.

Leksioni i parë i mësuar nga këta dhjetë vjetët e fundit lidhur me financimin shëndetësor është se financimi i qëndrueshëm i tejkalon kompetencat e Ministrisë së Shëndetësisë dhe implikon ndërrime në legjislacionin jo vetëm të shëndetësisë, por dhe ato të ndërlidhura me financimin publik. Prandaj çdo intervenim në propozimin e taksave si burim të të ardhurave të qëndrueshme të financimit shëndetësor do të duhej të përpilohej nga ekspertët të lëmit, duke parashikuar implikimet afatshkurtra dhe afatgjata në planin makroekonomik.

Leksioni i dytë që është mësuar nga dekada e fundit është se një ligj i sigurimeve shëndetësore do të duhej të shkonte në Parlament me një plan zhvillimi afatmesëm dhe afatgjatë në kuadër të kornizës makroekonomike dhe jo siç është tani, ku KASH-i nuk merr parasysh shpenzimet për Ligjin e sigurimeve shëndetësore. Deri më tani Ligji për sigurime është konsideruar si ligj i sektorit shëndetësor, duke anashkaluar apo injoruar faktin se ai në të vërtetë paraqet Ligjin e financimit të sistemit shëndetësor që ka implikime në stabilitetin makroekonomik.

Leksioni i tretë është ai se qëndrimi mbi themelimin e fondit nuk është kuptuar drejt dhe gjatë dekadës së fundit ka pasur një kundërshti të komunikimit midis BB, FMN-së dhe Qeverisë së Kosovës.

Një e vërtetë ka qarkulluar në qarqet qeveritare dhe një e vërtetë tjetër me bashkësinë ndërkombëtare. Në qarqet ndërkombëtare se institucionet vendëse nuk i kuptojnë implikimet e themelimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore në stabilitetin makroekonomik, ndërsa në qarqet vendëse se FMN-ja dhe BB-ja janë kundër themelimit të sigurimeve shëndetësore. Asnjëherë nuk ka ndodhur pajtimi me një propozim të mirëfilltë që konsideron kontekstin social-ekonomik, i cili do të ishte i pranueshëm, prandaj dhe i realizueshëm.

Nëse pritet që fondi të kontrakttojë shërbime shëndetësore cilësore publike dhe private, atëherë si parakusht për formimin e fondit të sigurimeve shëndetësore që do të sillte benefite publike do të ishte formimi i sistemit publik shëndetësor kompetitiv.

Leksioni i katërt ka të bëjë me themelimin e Agjencisë për komisionim të shërbimeve shëndetësore brenda Ministrisë së Shëndetësisë e izoluar nga Ministria e Ekonomisë, që ka treguar një dështim që nga viti 2001. Me gjithë përpjekjet përmes projekteve të ndryshme për ta funksionalizuar këtë agjenci, ajo asnjëherë nuk është funksionalizuar, madje as për funksionet inkrementale, si është trajtimi jashtë vendit⁶ apo rimbursimi nga sigurimet e punëtorëve që punojnë jashtë Kosovës, apo të atyre që punojnë në Kosovë në institucione ndërkombëtare që janë të siguruar⁷ dhe marrin shërbime nga sistemi publik po nuk paguajnë. Nga ky dështim mësojmë se Agjencia duhet të jetë midis MSH-së dhe ME-së ose në ME për t'u shndërruar në Fondin për sigurime shëndetësore sipas një plani zhvillimor, i cili do të aprovohet nga Parlamenti së bashku me Ligjin për sigurime shëndetësore në kuadër të një kornize kohore reale me përkrahje politike, e cila ka munguar në dekadën e fundit.

6 70-80 mil. euro shpenzohen në Turqi nga kosovaret në vit

7 Edhe pse kjo e fundit ndodhë rallë, meqë ata që kanë sigurime më tepër i shfrytëzojnë insitucionet private shëndetësore

Leksioni i pestë ka të bëjë me situatën aktuale. Qeveria e Kosovës duhet të ketë të qartë se ngecjet në sektorin e transportit dhe të energjisë kanë implikime në produktivitet dhe konkurrencë. Dhe se përpjekjet për të përmirësuar infrastrukturën të shoqëruara me presionin për të adresuar çështjet sociale gjatë viteve të fundit kanë çuar në "përkeqësimin e financave publike". Për më tepër, në këtë letër premtohet se do të ketë vetëpërmbytje në rritje të shpenzimeve dhe ngritje të të ardhurave për të përmirësuar qëndrueshmërinë fiskale. Programi i investimeve publike do të financohet nga rialokimet e shpenzimeve, "one off revenues" dhe vazhdimësinë e privatizimit për të siguruar qëndrueshmëri fiskale.⁸

Në aneksin e parë të Memorandumit të Politikave Ekonomike dhe Fiskale Qeveria zotohet se "ne do të sigurojmë që pagat e punonjësve publikë të mos tejkalojnë 7.4 për qind të GDP-së"⁹.

Për një periudhë afatmesme Qeveria do të kërkojë ndihmën e FMN-së për një strategji për të racionalizuar shpenzimet. Kjo strategji, sipas kërkesës së Qeverisë, do të duhej të adresonte: së pari, ristrukturimin racionalizimin/thjeshtëzimin (streamline) e të punësuarve publikë, që do të siguronte rritjen e kompensimit për të punësuarit e domosdoshëm (esencialë) në sektorin publik. Së dyti, një strategji gjithëpërfshirëse të shpenzimeve të qëndrueshme në aspektin fiskal për kujdesin shëndetësor, pensional dhe social[□]. Këto politika i sollën Kosovës kredi prej 110 milionë eurosh, qe pasoi me 300 milionë ndihma euro të tjera nga UE-ja dhe BB-ja.

Mirëpo një gjë e tillë nuk ndodhi, premtimet e fushatës zgjedhore për rritje 50 % të pagës së arsimtarëve dhe 30 % të shërbyesve civilë, si dhe rritje të pensioneve që do të ishte mbi 7.5 % të premtuara.

Nga kjo që u tha më sipër Qeveria e Kosovës për të mbajtur qëndrueshmërinë fiskale do të duhej të zbatonte politikat ekonomike dhe politika të reflektuara në Letrën e qëllimit. Moszbatimi i Letrës së qëllimit më tutje po e vështirëson iniciimin e themelimit të FSSH-së.

Leksioni i gjashtë i fundit dhe jo më i parëndësishmi është se çdo iniciativë e themeimit të FSSH-së duhet të jetë pjesë e KASH-it dhe planit vjetor të shpenzimeve në MSH fillimisht.

8 Letra e qëllimit. Memorandum i Politikave Ekonomike dhe Financiare dhe memorandum i teknik i marrëveshjes së Republikës së Kosovës dhe FMN-së. Korrik 7, 2010

9 Memorandum i Politikave Ekonomike dhe Fiskale fq.9 ,paragrafi 19

3.1. Modeli i propozuar nga Banka Botërore

Bazuar në analizat e Bankës Botërore (BB, 2008) Kosovës i rekomandohet modeli i sigurimeve shëndetësore i krahasueshëm me atë në Estoni dhe Republikën e Kyrgistanit, duke marrë edhe mësimet vendëse nga Trusti i Kursimeve Pensionale të Kosovës (TKPK). Në fund të këtij studimi ofrohet edhe një kornizë e reformave financiare në tri faza e cila, sipas BB-së, mund të zgjasë nga 10 deri në 17 vjet.

Qeveria duhet të konsiderojë gjendjen e situatës makroekonomike, fiskale, të fuqisë punuese dhe përgatitjes së tyre, të financimit shëndetësor dhe strukturës organizative të sistemit shëndetësor.

Meqë Kosova ka një popullatë të vogël, propozohet një përfshirje mandatore e gjithë popullatës në një "pool" të vetëm ***për të prevenueuar seleksionimin e riskut nga siguruesi***. Kjo, sipas BB-së, do të tejkalonte fragmentimin e "pooling" të tanishëm në nivel të komunave për kujdesin sekondar dhe terciar në nivelin e MEF-it. Banka po ashtu sugjeron mundësinë e kontraktimit të një kompanie ndërkombëtare për t'i menaxhuar sigurimet shëndetësore në Kosovë, e cila do të ndihmonte zhvillimin e kapaciteteve njerëzore, si dhe sistemin e teknologjisë informative.

Sikurse edhe çdo reformë, për t'u ndërtuar dhe funksionalizuar modeli i sistemit financiar të propozuar nga BB-ja, që në qendër ka qytetarin, do të ketë ndryshime në rolin dhe përgjegjësitë e faktorëve të tanishëm relevantë, si MEF-it, MSH-së dhe AQB-së. Ndarja e blerësit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore në këtë model të sistemit financiar është pikënisje. Ministria nuk do të ketë më rolin e blerësit. MSH-ja do të përforcojë rolin e hartuesit të politikave, rregullativave dhe sigurimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore duke menaxhuar resurset në institucionet shëndetësore, duke përfshirë këtu barnat dhe materialin shpenzues. MEF-i do të sigurojë transferimin e të ardhurave në FSSH, i cili do të marrë përgjegjësinë për "grumbullimin e riskut" dhe blerjen e shërbimeve shëndetësore nga ofruesit e licencuar të institucioneve shëndetësore publike dhe private. Prandaj do të ketë implikime edhe në reformat e sistemit të pagesave dhe sugjerohet që të bëhet pagesa e shërbimeve spitalore në bazë të rasteve, ndërsa të atyre të kujdesit parësor në bazë të kapitationit. Sipas BB-së, institucionet shëndetësore do të ofrojnë shërbimet shëndetësore të përcaktuara nga pasojat bazike, të cilat do të vlerësohen në bazë të standardeve të performancës që do të vlerësohet nga një institucion neutral karshi ofruesve dhe shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore, respektivisht FSSH-së. Kjo do të kërkonte autonomi më të lartë të menaxherëve të institucioneve shëndetësore për të menaxhuar faktorët e prodhimit. Një parakusht tjetër i sugjeruar nga BB-ja do të ishte ripërcaktimi i rolit të komunave në këtë drejtim.

Sa i përket bordit drejtues të Fondit BB, sugjeron modelin e TKPK-së, i cili do të kishte anëtarësi kombëtare dhe ndërkombëtare, ndërsa mbishikimin do ta bënte Banka Qendrore e Republikës së Kosovës. Sipas BB-së, rezervat statutores do të investoheshin në vende të sigurta sipas praktikave më të mira ndërkombëtare dhe do të binin "positive real net returns" të siguruarve me kosto të ulët administrative.

Studimi i BB-së, duke u bazuar në statistikat e punës së Entit Statistikor të Kosovës për 2005, llogarit bazën e kontributeve deri në 1,1 miliardë euro.

Tabela 1. Baza e kontributeve për sigurime shëndetësore në Kosovë, 2005

Sektori	Publik	Privat	Bujqësi	Total
% të punësuar	25%	69%	18.8%	
Të punësuar për sektor, numri i përafërt i individëve, afërsisht	90,313	249, 985	67,915	408,213
Paga mesatare në € për sektor	1,800	3,600	720	
Shuma vjetore e pagave: baza e kontributeve për sigurime, € për sektor	162,562,500	899,946,000	48,898,800	1,111,407,300

Burimi: BB, 2008

BB-ja në Kosovë parasheh zero evazion fiskal për të ardhurat nga sektori publik, 50 % nga sektori privat dhe 80 % të bujqësisë, dhe si rrjedhojë ka prezantuar tre skenarë të mundshëm.

Skenari i parë parasheh shkallën e kontributit prej 10 %, shkallë kjo më e ulët se në Maqedoni, Serbi dhe Turqi (12 %).

Tabela 2: Skenari 1. Shkalla e kontributit 10 % , e barabartë me shpenzimet shëndetësore publike të vitit 2004

Sektori	Publik	Privat	Bujqësi	Total
Shkalla e kontributit të FSSH/taksa nga pagat	10%	10%	10%	
Të ardhurat e pritura për FSSH (€)	16,256,250	89,994,600	4,889,880	111,140,730
Shkalla e evazionit të kontributeve	0%	50%	80%	
Të ardhurat vjetore të FSSH (€)	16,256,250	44,977,300	977,976	62,231,526

Burimi: BB, 2008

Sipas këtij skenari, shkalla e kontributeve do të ishte e njëjtë me atë të shpenzimeve të vitit 2004, sipas llogaritjeve të BB-së.

Skenari i tretë supozon se do të ketë 10 % rritje të shpenzimeve totale shëndetësore në krahasim me shpenzimet e vitit 2004, si pasojë e shfrytëzimit më të madh të shërbimeve shëndetësore.

Tabela 3. Skenarët 1-3: Shpenzimet shëndetësore të vlerësuara/ llogaritura (estimated) për afërsisht sipas burimit të fondeve

	Viti bazë		Skenari 1		Skenari 2		Skenari 3	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Fondet nga pagat			62,231,526	40%	93,347,289	54%	62,241,526	36%
Bashkë-pagesa (Cost sharing)	62,300,000	40%	12,446,305	8%	18,669,458	11%	12,446,305	7%
Buxheti qendror	87,900,000	56%	82,752,169	53%	61,156,253	35%	98,459,169	57%
Donatorët	7,200,000	5%	-	0%	-	0%	-	0%
Shpenzimet totale shëndetësore	157,430,000	100%	157,430,000	100%	173,173,300	100%	173,173,000	100%

Burimi: BB 2008

3.2. Modeli i propozuar nga Ministria e Shëndetësisë

Derisa modeli i BB-së fokusohet më tepër në strukturën organizative dhe funksionale të Fondit në kuadër të sistemit shëndetësor, Projektligji për sigurime shëndetësore i hartuar nga Qeveria tenton të rregullojë themelimin, organizimin, funksionimin dhe mënyrën e financimit të sigurimit shëndetësor. Ligji po ashtu tenton të definojë të drejtat dhe obligimet e palëve të përfshira në Fondin e sigurimeve shëndetësore.

Projektligji i Sigurimeve Shëndetësore '09, edhe pse më i strukturuar se versioni '07, nuk merr parasysh rekomandimet e BB-së. Ky version ka paqartësi në terminologji profesionale, është më i kushtueshëm se versioni '07, sepse, përveç që ofron sigurime bazike shëndetësore, ofron dhe kompensim material për shkak të paaftësisë së përkohshme për punë, si dhe 9 muaj pagesë të pushimit të lehonisë. Ligji nuk përcakton kriteret për përcaktimin e shërbimeve shëndetësore të pakos bazike. Ligji siguron ofrimin e shërbimeve shëndetësore në të gjitha nivelet shëndetësore, duke përfshirë këtu dhe trajtimin jashtë vendit. Ofron shërbime të preventimit, diagnostikimit, trajtimit dhe rehabilitimit (Neni 16, MSH 2009). Vëllimi i të drejtave nga sigurimi shëndetësor i obligueshëm për kujdesin shëndetësor përcaktohet nga Qeveria e Kosovës përmes listës së shërbimeve shëndetësore të mbuluara nga fondit. Sigurimet e ofruara janë të detyrueshme dhe vullnetare në kuptimin komplementar në terminologjinë profesionale. Ligji parasheh dhe funksionimin e institucioneve private shëndetësore që do të ofrojnë sigurime komplementare, përveç fondit të sigurimeve shëndetësore. Ashtu sikurse sugjeron BB-ja, do të jetë një "risk pool" ku do të jenë të përfshirë të gjithë. Standardet e shërbimeve të ofruara në kujdesin parësor shëndetësor përcaktohen nga Ministria e Shëndetësisë. Ligji parasheh edhe shërbimet që nuk përfshihen në sigurimin shëndetësor të obligueshëm. Ligji po ashtu përcakton kriteret, kohëzgjatjen, si dhe bazën e llogaritjes së kompensimit material për paftësi të përkohshme dhe lehonitë, si dhe kriteret përjashtuese për kompensim material.

Projektligji definon përqindjen e kompensimit të shërbimeve shëndetësore dhe bashkëpagesat që të siguruarit do të paguajnë me rastin e marrjes së shërbimeve shëndetësore, barnat dhe materialin harxhues, si dhe mjetet ndihmëse protetike dhe ortoprotetike.

Projektligji propozon një kombinim të burimeve financiare nga taksat direkte dhe indirekte, kontributet nga të ardhurat mujore, bashkëpagesat ashtu sikurse edhe propozimi i BB-së. Baza dhe mënyra e llogaritjes së kontributeve për sigurime shëndetësore të obligueshme, si dhe afatin e pagesave e përcakton Qeveria me propozimin e Fondit. Mirëpo Qeveria caktohet përgjegjëse për sigurimin e mjeteve të nevojshme financiare për sigurimet shëndetësore të obligueshme në nivel qendror dhe të komunave. Po ashtu, sipas këtij projektligji, parashihet transferimi mujor i këtyre mjeteve nga Qeveria. Rezervat e parapara janë 4 % të shumës së përgjithshme të mjeteve. Ndërsa mjetet e sigurimit vullnetar evidencohen në llogari të posaçme pa të drejtë përdorimi jashtë destinimit për të cilin janë mbledhur.

Sa i përket menaxhimit të Fondit, për dallim nga modeli propozuar i BB-së, në Këshillin drejtues me mandat trevjeçar me mundësi të zgjedhjes edhe për një mandat do të jenë ministri i Shëndetësisë, ministri i Ekonomisë dhe i Financave, ministri i Punës

dhe Mirëqenies sociale, një përfaqësues nga Kuvendi i Kosovës, dy përfaqësues të të siguruarve, dy përfaqësues të punëdhënësve, dy përfaqësues të institucioneve publike, një përfaqësues i sindikatës dhe një përfaqësues nga shoqëria civile. Anëtarët e Këshillit emërohen nga Qeveria e Kosovës, të propozuar nga institucionet përkatëse. Kryetari i Këshillit zgjidhet nga radhët e anëtarëve të Këshillit drejtues. Këshilli drejtues aprovon strategjinë afatshkurtër, afatmesme dhe buxhetin vjetor të fondit. Fondin e udhëheq drejtori që zgjidhet nga Këshilli drejtues në bazë të konkursit publik të shpallur nga Fondi.

Projektligji parasheh se me kontraktim do të përcaktohet përbërja, vëllimi dhe cilësia e punës së institucioneve shëndetësore sipas prioriteteve të politikave shëndetësore të përcaktuara nga MSH-ja. Kontrata do të rregullojë çmimin e shërbimeve shëndetësore, mënyrën e llogaritjes dhe pagesës për shërbime, mekanizmin e mbikëqyrjes së zbatimit të kontratës, masat stimuluese, masat ndëshkuese, mekanizim e arbitrazhit dhe kur nuk arrihet kjo e fundit rregullimin e çështjeve përmes gjykatës kompetente sipas ligjeve në fuqi.

Qeveria, sipas këtij ligji, kërkon raporte vjetore dhe plotësuese nga Fondi. "Kërkon nxjerrjen e akteve nënligjore të Fondit", mbikëqyr zbatimin e ligjshmërisë së punëve të fondit. Në fund ligji parasheh edhe dispozita ndëshkuese nëse nuk paguan kompensimin e të ardhurave gjatë kohës së paaftësisë së përkohshme në vlerën prej 20 herë më të lartë se vlera e të ardhurave minimale në Republikën e Kosovës. Ky draft parashihte edhe ndëshkimet e tjera lidhur me mosrespektimin e mirëvajtjes dhe detyrimeve, aktiviteteve dhe evidencës brenda institucioneve shëndetësore.

Ligji i Sigurimeve Shëndetësore si i tillë nuk është i aplikueshëm. Së pari ka paqartësi në termat e përdorur, si shërbimet profesionale të fondit, pastaj bashkëpagesat, shkollimi i rregullt, pastaj termet sigurimet vullnetare dhe komplementare nuk janë të sqaruara mirë. Principet e gjithëpërfshirës barazisë dhe efijencës i janë shtuar solidaritetit në krahasim me versionin e Projektligjit '07, por jo të gjitha principet janë të përcaktuara. Po ashtu roli i MSH-së në ushtrimin e rolit mbikëqyrës është i dobët sa u përket zhvillimeve në sektorin shëndetësor.

Ligji përcakton se do të kontraktohen shërbimet shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe private të licencuara, por nuk përcakton kriteret specifike të kontraktimit kështu që lë mundësinë e monopolit në blerjen e shërbimeve shëndetësore.

Pra, ajo e para dhe e domosdoshme për themelimin e FSSH-së do të ishte autonomia dhe llogaridhënia e menaxherëve të institucioneve shëndetësore që do të forconte besimin e qytetarëve në institucionet shëndetësore.

Ligji nuk përcakton mënyrën e pagesës së shërbimeve shëndetësore, prandaj kjo e pamundëson llogaritjen e kostos së këtij ligji. Kostoja e ligjit nuk mund të bëhet pa parapërgatitjet, të cilat i propozon BB-ja në studimin e fundit.

Ligji nuk përmend ligjet e antidiskriminimit, ndërsa sa i përket barazisë ofron kushte të njëjta për të gjithë të siguruarit në kujdesin parësor, dytësor, terciar shëndetësor, si në sektorin publik ashtu edhe atë privat.

Ligji definon të drejtat për kujdes themelor shëndetësor që do të përfshihen në listën e shërbimeve të mbuluara nga fondi dhe të aprovuar nga Qeveria (Neni 16). Të drejtat e sigurimit shëndetësor të obligueshëm realizohen nëpërmjet institucioneve shëndetësore të përcaktuara me ligj dhe nuk propozohet finalizimi dhe implementimi i masterplanit të institucioneve shëndetësore sipas Ligjit për shëndetësi. Vëllimi i të drejtave nga sigurimet shëndetësore të obligueshme përcaktohet çdo vit me *Listën e shërbimeve shëndetësore të mbuluara nga Fondi*. Projektligji përcakton shërbimet e përjashtuara nga të drejtat themelore nga kjo listë definuar në nenin 20 të këtij ligji.

Ministria llogarit se kostoja vjetore e sigurimeve shëndetësore do të jetë 296, 100,000 €, ndërsa parashohin se mund të mbliidhen 187,366,054 € ndërsa ndryshimi prej 108,733,946 € do të financohet nga BK-ja.

Ndikimet e drejtpërdrejta, sipas MSH-së, do të jenë 78 mil. € dhe madje:

- Pagesa e kontributeve si punëdhënës 14 mil. € (5% të pagave prej 281 mil. €
- Pagesa e kontributeve përmes institucioneve qeveritare , prej 64 mil. € (neni 13, kontributet për kategoritë e veçanta për të siguruarit nga neni 11, nënparagrafi 12-20)

Tabela 4. Planifikimi i grumbullimit të kontributeve për sigurimin shëndetësor

Nr	Kontribuuesit	Mënyra e llogaritjes	TOTALI
1	Kontributet e të punësuarve	200,000 punëtorë x 312 euro/vit	62,400,000 €
2	Kontributet e obliguesve tjerë për kontribute	0	0 €
3	Kontributet e familjeve të bujqve	183,200 familje x 240 euro/vit	43,968,000 €
4	Mjetet nga bashkëpagesat	Participim në koston e shërbimit shëndetësor nga 10-80%(neni 36.2)	17,000,000 €
5	Kontributet për punëkërkuesit	350,000 punëkërkues x 144 euro / vit	50,400,000 €
6	Kontributet për pensionistët	174,949 pensionistë x ≈62,8 euro/vit (mesatare)	10,986,171 €
7	Kontributet për përfituesit e asistencës sociale	34,307 familje x ≈76 Euro/vit	2,611,883 €
TOTALI			187,366,054 €

Burimi: Qeveria e Kosovës, MEF, MSH 2010

Ndikimet indirekte, sipas MSH-së konsiderohen 108,700.000 € obligimet e BKK-së për financimin e deficitit të fondit.

Sipas MSH-së, shpenzimet e përlllogaritura të FSSH-së janë paraqitur në tabelën 5 dhe ato arrijnë shumën prej 296,100,000 €.

Tabela 5. Kostoja vjetore e punës së Fondit të sigurimeve shëndetësore-Shpenzimet e Fondit (në euro)

Shërbimet shëndetësore dhe shërbimet e tjera	200,000,000
Medikamentet	40,000,000
Paaftësia e përkohshme për punë, lëndimet në punë dhe sëmundjet profesionale	37,674,000
Pushimi i lehonisë	4,334,400
Nën-Totali	282,008,400
Rezerva 4%	11,280,000
Shpenzimet operacionale vjetore 1%	2,820,000
Nën -Totali	14,100,000
TOTALI	296,100,000

Vlerësimet buxhetore të BB-së dhe MSH-së dallojnë në metodologji, por dhe në kohë. Derisa MSH-ja përlllogarit shpenzimet vjetore të MSH-së, BB-ja mbetet më strikte në përlllogaritjen e shpenzimeve duke i barazuar ato gjithnjë me të ardhurat. Prandaj edhe në përlllogaritjet e BB-së, BKK-ja do të transferojë në FSSH në fakt porcionin e tashëm të MSH-së, derisa sipas përlllogaritjeve të MSH-së, Qeveria do të duhej të transferonte duke përfshirë këtu ndikime direkte dhe indirekte 186,733,946 €.

Qeveria e Kosovës ashtu sikurse edhe BB-ja konsiderojnë se ligji mund të ketë ndikime të "konsiderueshme" në ekonominë e Kosovës. Qeveria e Kosovës nuk parasheh rritje signifikante të numrit të vendeve të punës në një periudhë tre deri pesëvjeçare, nga 200.000 sa janë llogaritur në Kosovë (MEF, 2010) dhe, sipas tyre, "sigurimi i qëndrueshmërisë së Fondit të propozuar do të jetë mjaft sfidues".

Sipas vlerësimeve të Qeverisë, papunësia në Kosovë sillet rreth 40 % dhe, sipas tyre, "papunësia do të kushtëzojë që mbledhja e kontributeve shëndetësore nga të punësuarit aktivë nuk do të mund të siguronte qëndrueshmëri të Fondit, që automatikisht do të shtrojë nevojën për mbështetje nga Buxheti i Kosovës".

Kontributet për sigurime shëndetësore do të grumbullohen nga punëtorët dhe punëdhënësit. Sipas Qeverisë, obligohen që të dyja palët të kontribuojnë secili me nga 5% të të hyrave, mbi kontributet të cilat i paguajnë tani. Kjo, sipas Qeverisë, do të "ngrejë koston e punës nga 10 % sa është aktualisht në 20% ". Kjo sipas Qeverisë, do të jetë barrë për bizneset duke inkurajuar punësim joformal dhe rritje të saj, e që do të ndikonte në uljen e konkurrencës në treg. Ndërsa efekti pozitiv, sipas Qeverisë, mund

të vijë nga "presioni i të punësuarve për t'u regjistruar dhe kontribuar aktivisht në Fondin e sigurimeve shëndetësore".

Qeveria po ashtu parasheh që ligji mund të ketë "efekte në rritjen e çmimeve të përgjithshme të mallrave në vend". Duke konsideruar se shpenzimet e fuqisë punëtore janë të konsiderueshme për cilindo ndërmarrje, sipas Qeverisë, kjo do të ngrinte koston e punës, çmimet e mallrave dhe do të dëmtoheshin bizneset dhe konsumatorët.

Pos dallimit të metodologjisë, kohës dhe bazës së kontributeve, dallimi kryesor midis vlerësimeve të BB-së dhe Qeverisë qëndron në atë se, derisa për BB-në grumbullimi kontributeve dhe shpenzimeve vetëkuptohet që duhet të barazohen, për Qeverinë e Kosovës ka dallim të masës monetare të kontributeve të parapara në nenin 33 për të siguruarit, e nenit 11 nga nënparagrafët 1.12 -1.20, që arrijnë shumën prej 78 milionë euro, sipas përlogaritjeve të Qeverisë, si dhe deficitin vjetor të shpenzimeve të Fondit që kap vlerën prej 108,7 milionë €.

Për më tepër, Qeveria parasheh koston 3.2 - 3.5 milionë € për fazën përgatitore 2010 – 2012.

Qeveria e Kosovës bëri një studim të ndikimit, duke vlerësuar si "një ligj me ndikime të mundshme buxhetore që paraqet një shkallë të lartë pasigurie dhe qëndrueshmërie" dhe për dallim nga BB-ja, nuk propozoi mundësitë e sigurimit të të ardhurave shtesë. Përveç që 108,7 milionë € nën sugjerime dhe rekomandime, konsideron që "cilado kosto shtesë buxhetore që mund të paraqitet si rezultat i zbatimit të këtij ligji duhet të trajtohet me rastin e përgatitjes dhe aprovimit të KASH 2011-2013", ndërsa shpenzimet e përgatitjeve në kuadër të buxhetit të vitit 2010.

4. PUNËTORËT SHËNDETËSORË TË PAKËNAQUR - PAGESAT

“Merr atë që paguan”, është thënie e njohur që vlen edhe për shërbimet shëndetësore në Kosovë. Sistemi i sotëm shëndetësor shfaqet ashtu siç është i dizajnuar të paraqitet.

Ofruesit e shërbimeve shëndetësore në Kosovë paguhen me pagë që bazohet në kohën që mjekët janë në punë pavarësisht nga numri i pacientëve të trajtuar, volumit të shërbimeve ose çmimi i shërbimeve të ofruara. Në këtë mënyrë mjekët kanë paga të sigurta dhe mbajnë më pak risk financiar, mirëpo ata mund të vendosin që të trajtojnë më pak pacientë, të ofrojnë volum më të ulët të shërbimeve shëndetësore, duke i referuar pacientët në ordinancat private shëndetësore ose spitalet private, ndërsa mjekët e kujdesit parësor, duke i referuar ata në spitale apo ordinanca private specialistike. Referimet drejt ordinancave private shikohen edhe si mundësi e abuzimeve duke drejtuar pacientët që edhe nuk kanë nevojë imediate për shërbime të tilla, gjë që mund të shprehet më së tepërmi në fushën e diagnostikimit.

Institucionet shëndetësore paguhen sipas linjave buxhetore të bazuara në buxhete historike. Mënyra e tillë e performancës bën që shumica e drejtorëve të mos jenë të vetëdijshëm për koston e shërbimeve të ofruara, të ofrojnë volum të ulët të shërbimeve shëndetësore, t'i kushtojnë më pak vëmendje nivelit të rezultateve të trajtimit dhe nivelit të kënaqshmërisë së pacientëve dhe nuk ka stimulim për racionalizim të numrit të punëtorëve shëndetësorë. Kjo gjë reflektohet në nivelin e ulët të okupimit të shtretërve spitalorë në QKUK, zgjatjes mesatare të shërimit, komplikacioneve gjatë trajtimit, numrit të vizitave mjekësore për mjek në KPSH.

Dyzet euro është pagesa për hospitalizim dhjetë e me tepër ditë pa trajtim operativ, ndërsa 30 euro plus për hospitalizim me trajtim operativ. Mirëpo sipas mjekëve të QKUK-së, vetëm 20% të pacientëve të hospitalizuar paguajnë këtë çmim. Arsyeja është se disa kanë librezë të invalidëve, librezë sociale, librezë të veteranëve të luftës, anëtarëve të familjeve të dëshmorëve, të sëmurët kronikë, të sëmurët me sëmundje mentale, nxënësit, si dhe studentët. Është fakt se për funksionim të drejtë financiar duhet reduktuar diapazoni i rasteve të liruara nga pagesat, si dhe për rastet që do të lirohen nga ato të gjendet burimi i sigurt i kompensimit.

Pagesa gjegjësisht mënyrat e pagesës në sistemin shëndetësor rezultojnë në mungesën e dijenive të menaxherëve shëndetësorë lidhur me koston e shërbimeve të ofruara dhe mosgjeturinë e tyre në një ambient të resurseve të kufizuara, mosstimulimin e tyre për të racionalizuar numrin e punëtorëve shëndetësorë dhe joshëndetësorë, punëtorët shëndetësorë të pakujdesshëm për nivelin e rezultateve të punës së tyre dhe definitivisht pacientët e pakënaqur.

Pagesa si një mekanizëm i kontrollit të performancës tentohet të mbivlerësohet nga ekonomistët dhe të nënvlerësohet nga punëtorët shëndetësorë. E vërteta është se mënyra e pagesës definon mundësitë e ofruesve të shërbimeve shëndetësore për të fituar vlerat dhe qëndrimet që ata kanë dhe marrin si përgjigje. Disa mjekë ende of-

rojnë shërbime shëndetësore joprofitabile për shkak të sensit të tyre të përgjegjësisë, ndërsa disa të tjerë në nivel të ndryshëm stimulojnë rritjen e kërkesës për shërbime shëndetësore, të cilat kufizohen nga normat profesionale.

5. NUK DIHET KUSH, KUR, ÇKA DHE KU OFRON - ORGANIZIMI

Ministria e Shëndetësisë sot në Kosovë paraqet interesat e pacientit dhe të punëtorëve shëndetësorë që kanë interesa të kundërta: pacienti që të marrë shërbime për çmim më të ulët, ndërsa mjeku të ofrojë sa më pak shërbime për më shumë të holla. Ristrukturimi i MSH-së kërkon funksionalizimin e Odës së Mjekëve si një entitet profesional i pavarur në të cilën do të shkrihen funksionet e bordit etik, të licencimit, të edukimit të vazhdueshëm, Fondi i sigurimeve të merret me çështjet e financimit shëndetësor, ndërsa furnizimi me barna t'u kalojë institucioneve shëndetësore ashtu që Ministria të merret me politikën, rregullimin dhe aprovimin e standardeve, gjegjësisht mbikëqyrjen e funksionimit të institucioneve shëndetësore në bashkëpunim me inspektoratet dhe Institutin Kombëtar të Shëndetësisë Publike, t'i mbrojë interesat e qytetarëve në sferën e shëndetit publik në nivel të vendit dhe jashtë vendit (kontrolli i ushqimit, ajrit, ujit e produkteve të tjera), Odën e Mjekëve (ku do të mbrohen interesat e profesionistëve shëndetësorë ashtu si e parasheh neni 100 i Ligjit për Shëndetësi) dhe Fondin e sigurimeve shëndetësore (ku do të mbrohen interesat e pacientëve). Ky riorganizim do të mundësonte adresimin e çështjeve në mënyrë institucionale dhe të qëndrueshme (Focus Grupi.2011).

Sulmohet fizikisht punëtori i Qendrës Emergjente

"Në Qendrën Emergjente të Qendrës Klinike Universitare të Kosovës sot në mëngjes është sulmuar fizikisht infermieri L.TH, punëtor i ndërresës së natës. Ngjarja ka ndodhur në orën 6:05, derisa infermieri po e kryente detyrën e tij. Siç ka shpjeguar i sulmuari, sulmi ka ndodhur, derisa ai po i shpjegonte një familjari se në mungesë të qeseve urinare duhet blerë ato për të kryer shërbimin. Menjëherë pas kësaj, pala e revoltuar fillimisht ka sulmuar verbalisht institucionin dhe stafin.

Infermieri, pas kësaj është munduar ta qetësoj palën duke i shpjeguar atij për mungesën e shumë gjërave, mes tjerave edhe qeseve urinare, mirëpo pala nuk bindej. Pas gjithë këtyre pakënaqësive, pala ka sulmuar fizikisht infermierin L.TH, thuhet në një komunikatë të QKUK-së.

QKUK-ja vlerëson se aktet e tilla të ushtrimit të dhunës ndaj punëtorëve shëndetësor[në detyrë, në institucionet publike, janë të papranueshme dhe dëmtojnë rëndë imazhin e punëtorëve shëndetësor[dhe ofrimin e shërbimeve shëndetësore cilësore për t[gjithë qytetarët e Kosovës.

QKUK-ja, kërkon nga organet kompetente që të ndërmarrin masa për të mbrojtur gjithë punëtorët shëndetësor, të cilët edhe përkundër vështirësive dhe problemeve të shumta, po tregojnë suksese në punë. /Telegrafi/ 30/07/2009"

Korporatizimi i sektorit shëndetësor do të ishte një nga mundësitë që do të kërkonte një debat të gjerë, sepse kjo do të kërkonte investime në sektorin publik që të jetë në nivel të njëjtë dhe konkurrues me sektorin privat. Duke pasur parasysh kapacitetet e planifikimit, monitorimit dhe evoluimit të sektorit publik, kjo do të paraqiste një sfidë serioze (Focus Grupi. 2011).

Mungesa e barnave dhe materialit shpenzues në institucione shëndetësore është si pasojë e vonesave procedurale të MSH-së në furnizimin me barna dhe material shpenzues, për më tepër nuk ka përcaktim të prioritetëve dhe ka një keqmenaxhim dhe keqorganizim të furnizimit me barna. Nuk ka një mekanizëm, i cili përcjell kush është marrësi përfundimtar i produkteve të listës esenciale të barnave. Jo vetëm përmbajta, por dhe volumi dhe transparenca e distribuimit të barnave duhet të sigurohet nga MSH-ja (Focus Grupi. 2011).

Llogaridhënia duhet të forcohet në nivelin institucional, statutet e sjella në nivele të institucioneve shëndetësore duhet të jenë bashkëkohore dhe me vizion të qartë për zhvillimet që i presin institucionet shëndetësore në të ardhmen. Po ashtu termat e referencës duhet të përpilohen duke marrë parasysh zhvillimet në nivelet profesionale bashkëkohore.

Rregullimi i sistemit të referimit brenda niveleve të sistemit shëndetësor duhet të rregullohet dhe për mosrespektim të referimit të pasojnë pagesat për shërbime të kërkuara me vetiniciativë e krejt kjo me qëllim të ngritjes së efikasitetit të shërbimeve shëndetësore, ngarkesës proporcionale të profesionistëve, ruajtjes dhe ngritjes së cilësisë së shërbimeve shëndetësore, si dhe kursimeve financiare për të realizuar shërbime më të lira në nivele në të cilat ato vizita edhe mund të realizohen.

Ngritja e kapaciteteve menaxheriale duhet të jetë një veprim permanent brenda sistemit shëndetësor me ç'rast ky aktivitet duhet të sponsorizohet nga Ministria e Shëndetësisë, institucionet shëndetësore nga rrjedhin kandidatët, por edhe me një vetëparticipim personal apo obligim ligjor lidhur me afatizimin e ofrimit të shërbimit. Kjo do të mundësonte një përgjegjësi më të lartë të individëve ndaj ngritjes së kapaciteteve, si dhe kostos për realizimin e tyre. Pasi që sistemi shëndetësor gjithnjë po bëhet më i hapur, atëherë edhe ngritjen e kapaciteteve menaxheriale duhet të kuptohet si prioritet profesional dhe duhet shikuar që ajo të realizohet si në vendet e regjionit po ashtu edhe në qendrat më eminente botërore, e krejt me qëllim të krijimit të bazës për një kompetencë menaxheriale që do të sjellë performancë më të mirë të sistemit shëndetësor në Kosovë (Fokus Grupi.2011).

Monitorimi i implementimit të legjislacionit është një kapitull tjetër me të cilin duhet të merren Ministria e Shëndetësisë, por edhe organizmat e tjerë (Parlamenti i Kosovës përmes Grupit Parlamentar për Shëndetësi e institucionet shëndetësore). Është i kotë krijimi i ligjeve dhe legjislacionit të mirë e në anën tjetër të mos gjejnë zbatim në praktikë. Edhe ligji më i keq është i mirë nëse zbatohet. Kjo do të duhej të jetë deviza e institucioneve përkatëse me qëllim të avancimit të legjislacionit specifik në shëndetësi dhe avancimit të legjislacionit përmes praktikave të përditshme dhe situatave reale.

Përcaktimi i termave të referencës në nivelin e institucioneve qeverisëse dhe shëndetësore është i pashmangshëm dhe duhet të përcjellë ndërrimet dhe dinamikën e zhvillimeve. Shpesh institucionet shëndetësore mbesin pa staf mjekësor, kopshtet dhe shkollat mbesin pa vizita sistematike, ndërsa siguria në punë as që diskutohet.

Ndarja institucionale e shërbimeve shëndetësore sekondare dhe terciare për rajonin e Prishtinës, përkatësisht nivelit terciar të QKUK-së.

Në ndërtesat e institucioneve shëndetësore kemi pajisje dhe aparate të llojeve të ndryshme, të prodhuesve të ndryshëm, pa staf adekuat dhe pa pjesë rezerve për mirëmbajtjen e tyre. Kur kësaj ia shtojmë edhe pakujdesin gjatë operimit me këto aparate, gjithnjë e më shumë është duke u bërë një problem i madh, dhe për sektorin publik një kërcënim në tregun e lirë të ofertuesve për shkak se shumë shpesh këto aparate janë jashtë funksionit nga defektet (ka zëra se edhe bëhen me qëllim për shkaqe të përfitimeve materiale të sektorit privat).

Sa i përket aparaturës, ajo është e prodhuesve të ndryshëm dhe shumë shpesh nuk punojnë për shkak të mungesës së mirëmbajtjes ose mungesës të ekspertëve të këtij lëmi, që dinë të mirëmbajnë apo edhe shpesh në mungesë të mjeteve të rregullta për një mirëmbajtje të rregullt të qëndrueshme kanë skaduar kontratat me kompaninë mirëmbajtëse duke përfshirë këtu dhe "pajisjet shitesë dhe materialet shpenzuese" ... "aparati vjen me donacion, i harxhohen reagensët dhe s'ka punë me të", janë arsyetimet që shpesh dëgjohen nga menaxherët në institucionet shëndetësore (Fokus Grupi.2011).

Ngritja e cilësisë së shërbimeve shëndetësore është komponenti që do të reflektonte më së miri në rikthimin e imazhit të dëmtuar të sistemit shëndetësor. Për këtë duhet që në të ardhmen Oda e profesionistëve shëndetësorë apo odat e veçanta të tyre, në varshmëri se si do të organizohen, të jenë bartëse të krijimit të sistemeve të qëndrueshme të ndërtimit të mekanizmave adekuatë që të ofrojnë ngritje profesionale permanente konkurruese në treg të shërbimeve, të një kostoje të pranueshme, si dhe të pranimi nga shfrytëzuesit. Për të realizuar këtë shërbimet e ofruara duhet të jenë konkurruese jo vetëm për nga kostoja e tyre, por edhe nga cilësia, vëllimi, qasja, standardi dhe normativi i përdorur për realizimin e shërbimit. Pos këtyre elementeve ofruesit nuk duhet të lënë anash edhe elementet si: komunikimi, ambienti i institucionit, qasja në institucion, shërbimet përcjellëse, të cilat garantojnë komfortin e pacientit dhe përcjellësve të tij, si dhe performanca e përgjithshme e institucionit shëndetësor.

Përmirësimi i sistemit të informimit shëndetësor do të siguronte një pasqyrë reale për gjendjen, prioritetet dhe kahet e mundshme të zhvillimeve në sektorin shëndetësor të bazuar në evidencë. Në dhjetëvjetëshin e fundit është investuar një shumë e konsiderueshme e mjeteve financiare, është blerë pajisja e teknologjisë informative, janë trajnuar individët për grumbullim, përpunim dhe analizim të informatave shëndetësore, por qasja e fragmentarizuar e udhëhequr në fillim nga donacionet dhe donatorët, interesi i dobët i politikës shëndetësore për rolin dhe rëndësinë e informatës në lëmin e shëndetësisë, si dhe fakti i ekzistimit të përshtypjes se shëndetësia është falas, pasi që nuk kanë ekzistuar strukturat që përkujdesen për të dhëna dhe përkthim

të tyre në mjete financiare apo kosto, ka rezultuar në atë se sot e kemi sistemin e informimit prapë gati në fillim të viteve 2000.

Riorganizimi i MSH-së është hap tjetër me rëndësi në konsolidimin e sistemit shëndetësor. Konform dinamikës së rrjedhës së ngjarjeve, në sistemin shëndetësor duhet të zbatohen edhe reformat e caktuara brenda vetë Ministrisë së Shëndetësisë. Ajo duhet të lirohet nga presioni i deritashëm i politikave ditore dhe të fokusohet në zhvillime që do të sjellin qëndrueshmëri në këtë sferë të rëndësishme. Nga fillimi i punës Ministria e Shëndetësisë është dimensionuar si projekt glomaz me një staf të shumtën të pamotivuar dhe pa eksperiencë në lëmenj të nevojshëm për punë në një institucion të këtij niveli. Dhjetëvjetëshit të fundit ka pasur një lëvizje të madhe si të stafit profesional po ashtu edhe politikë, gjë që nuk ka sjellë ndryshime të pritura në këtë ministri. Ministria e Shëndetësisë ka qenë e influencuar edhe nga struktura të shumë të personave me epitete të ekspertizës e që në realitet nuk e kanë sjellë atë në praktikë, por efekti i tyre kishte jetëgjatësi sa edhe projektet në të cilat ishin angazhuar.

Përmirësimi i gjendjes materiale të punëtorëve shëndetësorë dhe pagesa sipas angazhimit respektivisht performancës së punës është njëra nga kërkesat e kamotshme të punëtorëve të angazhuar në sektorin publik shëndetësor. Disa herë, nga viti 1999, ka pasur greva të shkaktuara nga pozita jo e kënaqshme materiale e punonjësve të këtij sektori. Ishin të kota përpjekjet për të sjellë ndërrime, bile edhe shumë greva të organizuara nga punëtorët kishin dështuar duke i shndërruar ato shpesh në momente përleshjeje me pozitën e punëtorëve dhe duke i identifikuar si kërkues të asaj që nuk u takon, bile viteve të fundit bëhet lojë e hapur edhe me 44 eurot e parapara për secilin punëtor në këtë sektor në emër të shujtave të ushqimit. Edhe sot ka disa komuna që nuk kanë arritur të bëjnë këtë kompensim, duke u arsytuar se nuk kanë mjete të parapara për këtë qëllim. Kështu punëtorëve u mohohet edhe ajo që është ligjore, që u takon, dhe ajo që një pjesë e kolegëve të tyre veç e realizojnë me muaj të tërë.

Matja e performancës ka filluar të zbatohet si ide në disa pilotime në institucione shëndetësore, por nuk ka një vlerësim të efektit të saj, e sidomos efektin në ngritje të të ardhurave të profesionistëve shëndetësorë, cilësisë së shërbimeve, përkushtimit ndaj punës, disiplinës dhe në fund benefiteve për qytetarët.

Një aspekt tjetër i ri në sistemin shëndetësor është organizimi i shërbimeve shëndetësore të minoriteteve, që mund të ndahet në dy grupe sa i përket faktit të respektimit të sistemit shëndetësor të organizuar nga Qeveria e Kosovës. Një pjesë e komuniteteve minoritare dhe RAE është mirë e inkuadruar në sistemin shëndetësor dhe shfrytëzon sistemin shëndetësor në të gjitha nivelet. Një pjesë nuk është e integruar, duke vazhduar shfrytëzimin e sistemit paralel shëndetësor dhe njëkohësisht duke mos raportuar për gjërat që do të ishin në dobi për ndërmarrjen e masave të parandalimit të sëmundjeve, përparimit të shëndetit dhe zvogëlimit të dëmit shëndetësor për të gjithë qytetarët e Kosovës. Edhe pse të paregjistruar në sistemin zyrtar shëndetësor të Kosovës si institucionet në të cilat zbatohet kujdesi shëndetësor e po ashtu edhe profesionistët shëndetësorë, të cilët janë të angazhuar në këto institucione paralele, vazhdojnë punën e tyre pa asnjë pengesë nga zyrtarët, gjë që mund të reflektohet negativisht sidomos në raste të kërcënimeve për situata masive emergjente, si epidemitë, vërshimet apo fatkeqësitë e tjera natyrore apo njerëzore. Një disfunkcionim për një pjesë të madhe të territorit me një potencial kërcënues shëndetësor duhet të

jetë brengë alarmuese edhe për komunitetin ndërkombëtar që akoma mund të krijojë mundësi për një unifikim të shërbimit me qëllim të përmirësimit dhe bashkëveprimit të të gjithë komponentëve institucionalë dhe rajonalë shëndetësorë në Kosovë.

Pasi që nuk raportohet për gjendjen shëndetësore në nivelin e Kosovës, nga pjesa e institucioneve shëndetësore nga statistikat rutinore, nuk mund të fitohet një pasqyrë e gjendjes shëndetësore të kësaj popullate, por supozohet se dallimet eventuale në morbiditet, mortalitet dhe letalitet mund të jenë të pranishme vetëm si pasojë e dallimeve në moshë dhe të kushteve ekonomiko-sociale dhe higjienike.

Në vitet e fundit është duke iu kushtuar vëmendje e veçantë popullatës së komuniteteve RAE dhe gjendjes së tyre shëndetësore, duke iniciuar masa të shtuara preventive, si edukim shëndetësor, kujdes lidhur me shëndetin riprodktiv, por edhe parandalimit të sëmundjeve me masat specifike, si: imunizimi, sanimi i ambientit, furnizimi me ujë të pijshëm, rrejtji i kanalizimit dhe kushtet e banimit.

6. NUK DIHET KUSH ËSHTË ZOT SHTËPIE - LEGJISLACIONI

Indikatorët e statusit shëndetësor janë të ndërruar nga konteksti ekonomik, politik, social, si në nivelin shtetëror ashtu edhe atë ndërkombëtar. Implikimet e politikës ndërkombëtare të zbatuara nga Qeveria e Kosovës dhe institucionet ndërkombëtare kontribuojnë në vazhdimësi për një pozitë jo të qartë të së sotmes dhe të ardhmes së Kosovës në aspektin politik, ekonomik, gjë që reflektohet në mënyrë direkte ose indirekte në sektorin shëndetësor. Avancimi i pozicionimit të Kosovës në kuadër të shteteve të formuara dhe të njohura anëtare të Kombeve të Bashkuara mbetet një aspiratë që do të varet nga:

- Dinamikat e zhvillimeve të politikës ndërkombëtare;
- Zhvillimit të vetëdijes së shtetudhëheqjes të ndikuar nga pikëpamjet e qytetarëve përmes strukturave të zgjedhura në mënyrë demokratike;
- Pozicionimit të Kosovës si partner i barabartë në kuadër të partneritetit ndërkombëtar.

Derisa shtetet e ish-Jugosllavisë në dekadën e fundit kanë harmonizuar legjislacionin e tyre "aquis communautaire", Kosova që nga viti 1999 ka hartuar një numër të ligjeve, duke u bazuar kryesisht në përvojën e vendeve në rajon dhe përvojën e asistencës profesionale të përkrahur nga donatorët e komunitetit ndërkombëtar. Në mungesë të memories institucionale dhe në disa raste të shpërfilljes së saj në sektorin shëndetësor, legjislacioni i hartuar është i bazuar kryesisht në legjislacionin e shteteve të rajonit duke shpërfillur resurset e nevojshme për implementimin e tyre.

Ndërsa monitorimi i implementimit të legjislacionit po ashtu mbetet një punë për të bërë posaçërisht nga Komisioni për shëndetësi, punë dhe mirëqenie sociale, strukturat e inspektimit dhe qytetarët e Kosovës të organizuar në asociacione përkatëse.

Asnjë nga ligjet në sektorin shëndetësor nuk është diskutuar më gjatë sesa Ligji për sigurime shëndetësore, madje nuk janë diskutuar as ndërrimet e Ligjit për shëndetësi që kishin të bënin kryesisht me kërkesat të cilat dilnin nga Pakoja e Ahtisarit¹⁰. Këto janë ato që kishin të bënin kryesisht me sistemin shëndetësor në komunat me shumicë serbe. Kjo ndërhyrje legjitimoi defragmentimin e sistemit shëndetësor të Kosovës në baza etnike.

Sot sistemi shëndetësor i Kosovës ka institucione shëndetësore, të cilat financohen nga BK-ja dhe Qeveria e Beogradit, si dhe ato që financohen vetëm nga Qeveria e Beogradit. Themelimi i FSSH-së në Kosovë do të duhet të kishte parasysh defragmentimin politik që ka të bëjë me institucionet shëndetësore në komunat me shumicë serbe dhe defragmentimin qeverisës që ka të bëjë me qeverisjen e KPSH-së nga komunat, gjegjësisht grantet për komuna, të cilat u ndahen komunave direkt nga MEF-i.

10 Shih health andujdestari. Një mik i ve gjë e cila e kishte mundësuar mjekimin më të mirë të ndryshmet e deri tek ato që sugjerojnë mjekim jo health care

Nuk është asgjë e re të kemi aprovim të Qeverisë, si dhe nga Parlamenti të ligjeve, të cilat nuk janë të aplikueshme. Cilido projektpropozim i Ligjit për sigurime shëndetësore nuk do të jetë i përkryer në situatat, kur nuk do të ketë qëllime dhe politika të qarta. Ajo që do ta bëjë këtë ligj më ndryshe nga të tjerët është korniza e legjislacionit që inkorporon në vete elementet e cekura më lart; kornizën e implementimit të aktiviteteve, si dhe kornizën e dokumenteve plotësuese për të mundësuar implementimin e këtij legjislacioni. Këto korniza do të mundësojnë vlerësimin e implementimit të Ligjit për sigurime shëndetësore dhe ndërmarrjen e masave për ta reviduar atë sipas nevojës.

Planifikimi i resurseve humane duhet të bëhet në nivel qendror ashtu që mjekët specialistë të mos e humbasin vendin e punës pas përfundimit të specializimit, institucionet shëndetësore duhet të zhvillojnë kuadro në bazë të standardeve të përcaktuara nga Departamenti i Mjekësisë Sociale i Institutit Kombëtar të Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe të aprovuara nga Ministria, duke marrë për bazë nevojat e institucioneve shëndetësore në bazë të funksionit të tyre. Kjo gjë do të kërkonte po ashtu përcaktimin e qartë të spektrit të shërbimeve shëndetësore që ofrohen në nivelin parësor, dytësor dhe terciar dhe ndarjen funksionale të niveleve shëndetësore.

Planifikimi i resurseve njerëzore implikon edhe bashkëpunimin me MASHT-in në planifikimin e shkollimit të numrit të studentëve të Fakultetit të Mjekësisë, duke pasur parasysh dinamikat demografike, ekonomike dhe trendët e morbiditetit dhe mortalitetit.

Reformat në Fakultetin e Mjekësisë, si dhe edukimi i vazhdueshëm duhet të reflektojnë aftësimin praktik dhe teorik të mjekëve të rinj në bazë të të arriturave me të reja shkencore. Edukimi i vazhdueshëm po ashtu duhet të sigurojë që së pari të zgjerohet spektri i performancës së shërbimeve shëndetësore dhe të përsoset ato të cilat ofrohen.

Financimi i qëndrueshëm i tejkalon kompetencat e Ministrisë së Shëndetësisë dhe implikon ndërrime në legjislacionin jo vetëm të shëndetësisë, por dhe ato të ndërlidhura me financimin publik. Prandaj çdo intervenim në propozimin e taksave si të ardhura të qëndrueshme të financimit shëndetësor do të përpilohet nga ekspertë të lëmit, duke parashikuar implikimet afatshkurtra dhe afatgjata, si dhe mënyrën e pagesave që parasheh sjelljen e pacientëve në mënyrë që ata të jenë të vetëdijshëm për koston e shërbimeve shëndetësore, të jenë të vëmendshëm në nivelin e rezultateve të punës dhe në kënaqësinë e pacientit.

7. NUK QEVERIS AS FORCA, AS LIGJI, POR ËSHTË MIRËSJELLJA¹¹ - SJELLJA

Performanca e sistemit shëndetësor dhe gjendja shëndetësore varen shumë nga sjellja individuale. Gjatë dhjetë vjetëve të fundit është investuar shumë në sektorin publik shëndetësor, investimet kanë qenë të fragmentuara dhe jo të qëndrueshme por mbi të gjitha të mosmirëmbajtura. Qeveria ka bërë shumë pak ose, aspak në marketing social kryesisht për arsye se efektet e marketingut mund të shihen pas një periudhe më të gjatë se një periudhë e qeverisjes politike, prandaj dhe politikanët nuk kanë qenë të interesuar të përdorin marketingun social me qëllim që të ndërrojnë sjelljet e qytetarëve për të arritur synimet e sistemit shëndetësor.

Në të kundërtën marketingu komercial ka influencuar dhe po influencon gjithnjë e më shumë sjelljen e qytetarëve duke pas parasysh më tepër synimet komerciale sesa ato publike. Ajo po influencon çdo pore të jetës duke shitur çdo gjë duke filluar nga cigaret, alkooli, kompjuterët, shurupet kundër kollitjes, anestetikët, muskul relaksantë, antibiotikë dhe produkte të tjera.

Pra, nga kjo që u tha më lart shihet se performanca e sistemit shëndetësor dhe statusi shëndetësor ndikohen shumë edhe nga sjellja e parregulluar e pacientëve dhe punëtorëve shëndetësorë, si dhe stili jo i shëndoshë i jetës.

Pacientët në kërkim të trajtimit i kalojnë nivelet parësore dhe dytësore shëndetësore, pra institucionet e kujdesit parësor dhe ato dytësor, si spitalet regjionale, për t'u trajtuar në QKUK, madje ka të atillë që edhe pse intervenimin mjekësor mund ta marrin në Kosovë shkojnë dhe trajtohen jashtë vendit. Kjo për arsye se asnjëherë nuk është bërë promovimi i mirëfilltë i konceptit të mjekësisë familjare duke investuar në rritjen e cilësisë dhe spektrit të shërbimeve të ofruara në kujdesin parësor, dytësor dhe terciar. Për më tepër nuk ka ndonjë mekanizëm të qëndrueshëm për të kontrolluar kalimet nga një nivel shëndetësor në tjetrin.

Një mik duke pritur rezultatin e një analize në korridorin e Qendrës emergjente të QKUK dëgjon rrëfimin e një mjeku kujdestar se si çdo ditë kanë diskutime brenda hapësirave të Qendrës emergjente me familjarët të cilët edhe pse nuk janë profesionistë edhe pse nuk kanë të drejtë të qëndrojnë në hapësirat ku ofrohet kujdesi shëndetësor insistojnë në procedura shëndetësore, trajtime të caktuara të dëgjua apo sugjeruara nga mjekët e sektorit privat apo nga interneti se duhet të japin këtë, atë , duhet ta operojnë apo t'ia bëjnë atë apo këtë. I hidhëruar dhe shqetësuar nga mungesa e kushteve për ofrim të shërbimit shëndetësor cilësor dhe sipas normave e standardeve, mjeku tha: " E sheh këtu, e kemi si me qenë në "workshop", secili familjar, vizitues i rastit apo përcjellës propozon aktivitetet si ua merr mendja të cilat nëse ne i refuzojmë do të kemi probleme permanente me familjarë, duke marrë akuza nga më të ndryshmet e deri tek ato që sugjerojnë mjekim joprofesional, mosnjohje të pacientit apo kushërinjve. gjë që kishte mundësuar mjekimin më të mirë, shmangie nga ofrimi i shërbimit për shkaqe të kërkesave për mitë e shumë akuza të tjera.

Pagesa prej 15 eurove me rastin e pranimin pa udhëzim në QKUK nuk zbatohet nga ana e personelit shëndetësor pasi që punëtori shëndetësor nuk i sheh benefitet nga pagesat e grumbulluara duke pasur eksperiencë të hidhura me ridistribucionin nga Qeveria e mjeteve të grumbulluara me mund në sektorin shëndetësor (Fokus Grupi 2011).

Punëtorët shëndetësorë nuk zbatojnë protokolle të trajtimit por ata u lihen diturisë dhe eksperiencës individuale apo edhe vetë kërkesave të pacientit për t'u trajtuar (Focus Grupi 2011).

Shpesh mjekët akuzohen për përshkrim të medikamenteve ampulare mirëpo ata janë të detyruar të përshkruajnë injeksionet sepse vetëm me këtë mënyrë të ofrimit të medikamenteve mjeku është i sigurt se pacienti do ta marrë terapinë e përshkruar nga ai dhe atë terapi të cilën do t'i ndihmojë në trajtimin e sëmundjes së tij (Fokus Grupi 2011).

Problemi i sistemit shëndetësor në Kosovë nuk është vetëm buxheti i kufizuar – sjellja është ajo që ndikon në shëndetin dhe performancën e sistemit shëndetësor

Nga ana tjetër, ndërprerja e furnizimit të rregullt të barnave antiretrovirale dhe ato kundër tuberkulozit apo mosmarrja e tyre e rregullt mund të shkaktojë rritjen e rezistencës ndaj antibiotikëve gjegjësisht. Prandaj ngritja e vetëdijes për marrjen e rregullt të terapisë si dhe furnizimi i rregullt luan një rol me rëndësi në trajtimin adekuat të pacientëve.

Sa i përket sjelljes dhe stilit të shëndoshë të jetës ajo që në masë më të madhe e rrezikon jetën e qytetarëve të Kosovës është konsumi i duhanit, vozitja e pasigurt, seksi i pasigurt, sjelljet e rrezikshme në mesin e përdoruesve të drogave, gjuajtja dhe eliminimi i bërllokut, higjiena në tualetet e institucioneve publike e veçanërisht të institucioneve shëndetësore. Kjo e fundit përveçqë ndikon në gjendjen shëndetësore ndikon edhe në performancën e sistemit shëndetësor që çon në përshkrimin rutinor postoperativ të antibiotikëve dhe prezencën e baktereve rezistente në antibiotikë.

Ajo që kjo Qeveri dhe çdo qeveri e ardhshme duhet ta kuptojë janë elementet bazike të marketingut social. Qeveria konfrontohet me sfidat e marketingut dhe ndikimeve të cilat në disa raste mund të jenë të dëmshme për shëndetin. Për këtë arsye Qeveria mund të përfitojë nga marketingu social. Ky marketing duhet të dizajnohet nga specialistët e shëndetit publik të cilët e njohin problematikën, audiencën si dhe të plotësojnë nevojat themelore të informimit të drejtë të qytetarëve d.m.th. nëse dëshirohet të parandalohet fillimi i duhanpirjes, duhet qartë të definohet produkti i marketingut, d.m.th. liria nga duhanpirja, pavarësia nga manipulimi i industrisë së duhanit dhe përfaqësuesit e tyre që shpesh përdorin edhe shuma të larta financiare për të reklamuar produktet që dëmtojnë shëndetin e që janë konfirmuar si të tilla nga shumë hulumtime të bazuara në evidencë.

Sot QKUK-ja paraqet një kompleks i cili ka thithur shumë investime dhe mbetet institucioni i vetëm sekondar/terciar në gjendje më të mjeruar sa i përket higjienës dhe infrastrukturës në Kosovë.

Sa është reale dhe e lidhur me cilësi dhe performanca kërkesa për shërbime në sektorin privat dhe sa realisht është e kushtëzuar nga shantazhi në sektorin publik?

Kërkesa e shërbimeve në sektorin privat është e kushtëzuar nga cilësia që reflektohet në mosmirëmbajtjen e aparaturave mjekësore, qoftë për shkak të mosfunksionimit të tyre për shkak të prishjeve apo çmimeve të reaguesëve apo të materialeve tjera shpenzuese . Po ashtu shpesh ka edhe investime në aparatura pa e menduar nëse ka apo nuk ka resurse për të punuar me ato aparatura, apo për t'ju bërë servise profesionale në raste të nevojës për riparime të domosdoshme.

Ka pasur raste kur mjekët janë rrahur, marrë në paraburgim dhe dënuar me burgim për lëshime, dyshime për keqpërdorime nga më të ndryshme. Këto janë simptoma të një sistemi shëndetësor që degradon dhe nuk lë hapësirë për një "laissez-faire" në shëndetësi.

8. REKOMANDIMET

Themelimi FSSH duket tani të jetë i pashmangshëm në Kosovë. Tanimë Kosova si shtet anëtar i FMN-së dhe i Bankës Botërore obligohet të punojë drejt sigurimit të stabilitetit financiar, rritjes së shkallës së punësimit, zhvillimit të qëndrueshmërisë ekonomike dhe zvogëlimit të varfërisë. Kosova po ashtu aspirojnë të jetë shtet anëtar OBSH –së që sa i përket financimit shëndetësor pritet të evokojë për financim të qëndrueshëm shëndetësor brenda kontekstit specifik shtetëror të bazuar në parapagimin dhe grumbullimin e mjeteve dhe risqeve (WHA, 2005). Po ashtu pritet që sistemi shëndetësor financiar i shteteve anëtare të OBSH-së duhet të zhvillojë ashtu që të garantojë shërbimet e nevojshme duke ofruar mbrojtje nga risku financiar. Prandaj, duke konsideruar synimet e Kosovës si anëtare e BB, FMN-së dhe synimeve të saja të jetë anëtare e shteteve të OBSH-së në kontekstin ekzistues politik, ekonomik, dhe social koncepti i sigurimeve shëndetësore në Kosovë për momentin mbetet nën mbrojtjen politike dhe sulmin fiskal.

Asnjë nga përlogaritjet e propozuara gjer më tani nuk ofron një zgjidhje për hapat e mëtutjeshëm të aprovimit dhe implementimit të projektligjit të sigurimeve shëndetësore. Vlerësimi i ndikimit buxhetor nga Qeveria edhe pse një tentativë transparente brenda mundësive për të dhënë llogari për shpenzimet e ndikimit dhe qëndrueshmërisë financiare të Projektligjit për sigurime shëndetësore nuk është bindës për të sqaruar se si do të arrihej një qëndrueshmëri e tillë (Qeveria e Kosovës 2005, 2009). Nga ana tjetër BB ofron eksperiencën institucionale globale (BB, 2008) për Qeverinë e Kosovës dokument ky që nuk është mëvetësuar nga Qeveria e Kosovës mbase se strukturat relevante si ato të cilët kanë hartuar analizën e ndikimit buxhetor në buxhetin e Kosovës në Projektligjin për Sigurime Shëndetësore nuk kanë marrë pjesë në studim prandaj dhe nuk kanë mundur t'i "përcjellin" rekomandimet e BB, llogarive të së cilës përveç tjerash i mungojnë projeksionet vjetore të rritjes ekonomike, të popullatës dhe të shkallës së varshmërisë që është me rëndësi në këtë kontekst të shkallës së lartë të papunësisë (BB.2008) pasi që mesatarja e madhësisë së familjes Kosovare është përlogaritur të jetë 6.4 anëtarë.

Prandaj Qeveria e Kosovës rekomandohet të punojë në dy drejtime në pesë vjetët e ardhshëm:

I. Forcimi i sistemit shëndetësor të Kosovës - për të themeluar FSSH, Qeveria e Kosovës do të duhej t'i përmbahej letrës së qëllimit dërguar FMN-së (IMF. Republic of Kosovo.2010). Fillimisht Parlamenti i Kosovës do të duhej të aprovonte një plan strategjik pesëvjeçar me një plan të aktiviteteve dyvjeçare së bashku me "masterplanin për rrjetin e sistemit shëndetësor" sipas nenit 56 të Ligjit për shëndetësi të Kosovës, dokumente këto pjesë përbërëse të KASH. Ky proces do të siguronte në proces të llogaridhënies ashtu që investimet të shkojnë aty edhe ku duhet. Për të realizuar këtë proces kërkohet që strategjia të udhëhiqet nga Ministria e Shëndetësisë, nga një grup ekspertësh entuziastë dhe të përkushtuar që do të rishikonin¹² dhe përvetësonin "masterplanin e rrjetit të institucioneve shëndetësore në Kosovë" që do t'ia dorëzonin Parlamentit për aprovim. Në kuadër të strukturave të MSH-së dhe procesit të planifikimit të buxhetit kjo strategji do të duhej të planifikohej, investohej dhe monitorohej

nga një njësi e veçantë e lidhur ngushtë me Kabinetin e Ministrit, sekretarin e përhershëm dhe Departamentin e Buxhetit dhe Financave. Parlamenti i Kosovës përmes Komisionit për shëndetësi, punë dhe mirëqenie sociale do të mund të luante një rol me aktiv në përcaktimin dhe përcjelljen e zbatimit të strategjisë, masterplanit përmes mekanizmave të ndryshëm duke përfshirë këtu edhe procesin e aprovimit të buxhetit duke siguruar që investimet në shëndetësi, reflektojnë investimet që kontribuojnë në strategjinë dhe masterplanin e aprovuar sipas Ligjit për shëndetësi të Kosovës.

Një projekt tjetër do të përforconte Departamentin e shërbimeve shëndetësore në nivelin e makromenaxhimit. Një proces i vlerësimit të kapaciteteve ekzistuese dhe proceseve ekzistuese menaxheriale të institucioneve shëndetësore. Duke punuar drejtpërdrejt me stafin e MSH dhe menaxherët e institucioneve për të siguruar adresimin e problemeve të përditshme me të cilat ballafaqohen institucionet shëndetësore dhe adresuar ato duke përfshirë këtu dhe kujdesit parësor shëndetësor lidhur me politikën dhe rregulloret e MSH-së.

Hapi i ardhshëm do të ishte forcimi i rolit të Institutit Kombëtar të Shëndetësisë Publike në promovimin shëndetësor dhe propozimin e normave dhe standardeve që do të ndihmohej nga OBSH si agjenci e specializuar në këtë fushë.

Roli i Inspektoratit shëndetësor do të duhej të promovohet në këtë drejtim të monitorimit të implementimit të këtyre standardeve dhe normave për ofrimin e shërbimeve shëndetësore, të aprovuara nga MSH. Ky do të ishte një hap vendimtar i cili do të kontribuonte në rritjen e llogaridhënies, monitorim të strukturës dhe funksioneve të institucioneve shëndetësore të licencuara që do të jenë të gatshme për një konkurrencë të barabartë për kontraktim nga blerësit e shërbimeve shëndetësore si FSSH kur njëherë të themelohet apo blerësve të tjerë.

II. Themelimi i FSSH - Fillimisht duhet të iniciohet një aktivitet me qëllim të themelimit të Njesisë për parapërgatitjet e reformave të financimit shëndetësor në Kosovë me përkrahjen e Qeverisë së Kosovës e ndihmuar nga BB. Kjo njësi që do të ishte e vendosur në kuadër të MF në kuadër të njesisë së makroekonomisë që dhe me aprovimin e Ligjit për sigurime shëndetësore do të shndërrohej në bërthamën e ardhshme të FSSH.

Në fillim duhet bërë rishikimi i Projektligjit për sigurime shëndetësore nga një grup i ekspertëve kompetent që do të hartonte një ligj me një llogarë sa më reale dhe të qëndrueshme. Grupi do të merrte parasysh nevojat e qytetarëve të Kosovës, obligimet e Qeverisë si anëtare e FMN-së dhe BB duke siguruar transparencë në komunikim gjatë procesit të rishikimit të Projektligjit për sigurime shëndetësore.

Po ashtu duhet siguruar llogaria e Projektligjit për sigurime shëndetësore, përcaktimi i burimeve të të ardhurave për sigurime shëndetësore, kalkulimi i kostos së shërbimeve bazike, të drejtat dhe obligimet e të siguruarve duke pasur cak të varfrit dhe grupet vulnerable, të propozojë standarde të trajtimit posaçërisht për sëmundjet që kushtojnë shumë, të paraqesë llogarinë/koston e implementimit të Ligjit për sigurime shëndetësore së bashku me një plan biznesi për 3-5 vjet.

Sigurimi i bazës legale për ndarje të blerësit nga ofruesi i shërbimeve shëndetësore në mënyrë që të fillonte pilotimi i kontraktimit të shërbimeve shëndetësore. Vetëm

në këtë mënyrë Projektligji për sigurime shëndetësore do të jetë i implementuar dhe i qëndrueshëm.

Qeveria e Kosovës duhet konsideruar si moment të fundit për të intervenuar për të shmangur larushinë e sigurimeve dhe ofruesve të cilët në këtë stad do të komplikojnë sistemin dhe rrisin koston e shërbimeve shëndetësore pa përmirësuar shërbimin dhe pa përmirësuar statusin shëndetësor.

9. SA DO TË ZGJASË REFORMA?

Procesi i tranzicionit drejt sigurimeve shëndetësore universale është proces gradual duke pasur parasysh se sistemet shëndetësore dallojnë shumë nga shteti në shtet dhe janë të ngujuara në kontekste specifike politike, ekonomike dhe sociale. Studimet e sistemeve shëndetësore duke u bazuar në analiza të klastereve kanë identifikuar tre grupe të shteteve në bote sa i përket nivelit të të ardhurave, zhvillimit dhe performances së sistemit shëndetësor.

Studimet e tilla tregojnë se në shtetet me GDP vjetore për kokë banori më pak se USD 1800¹³ (në vitin 2010 GDP për kokë banori në Kosovë ishte sipas vlerësimeve të FMN 2,750 \$, ndërsa sipas MEF 3,750 \$.) 50-60 % të të ardhurave shëndetësore janë të finacuara nga taksat, 10 -15% nga kontributet e të punësuarve, 40 – 60% pagesa nga xhepi, ndërsa sigurimet private shëndetësore nuk janë signifikante në këtë stad të zhvillimit ekonomik. Me rritjen e të ardhurave p.sh në nivelin me të ardhura mesatare sigurimet shëndetësore zgjerohen ashtu sikur që rritet sektori formal, sigurimet private ende nuk janë signifikante, ende pjesa më e madhe e shpenzimeve publike financohet nga taksat (revenues) dhe pagesat nga xhepi (shtetet me të ardhura të ulëta USD 1800-4800¹⁴). Dallimi midis këtyre dy niveleve¹⁵ të të ardhurave (shteteve të varfëra dhe atyre me të ardhura të ulëta) janë porcionet relative të burimeve të shpenzimeve shëndetësore. Shtetet me të ardhura mesatare (niveli i dytë) me porcionin e zvogëluar të taksave gjenerale (20-40 %), ngritja e sigurimeve sociale (30 -60 %), porcioni i sigurimeve provate (15-40 %) dhe zvogëlim të pagesave nga xhepi (15-25 %). Shtetet me të ardhura të larta (përveç SHBA) me GDP vjetore për kokë banori më të lartë se USD 12.000 kanë themeluar sigurime shëndetësore që sigurojnë qasje universale në shërbimet shëndetësore. Në shumicën e shteteve Evropiane të cilët kanë arritur qasjen universale periudha e tranzicionit zgjati më tepër se pesë dekada: derisa së fundi në shtetet si Kosta Rika, Republika e Koresë dhe Tajlanda ka zgjatur dy dekada (Roberts et al. 2004).

Bazuar në këto eksperiencia dhe duke pasur parasysh letrën e qëllimit Qeveria, së pari do të duhej të siguronte një plan të aktiviteteve të parapara në kuadër të kornizës afatmesme të shpenzimeve duke sqaruar dhe siguruar një stabilitet makroekonomik dhe fiskal se pari duke konsideruar rristurimet dhe realokimet e premtuara në letrën e qëllimit e pastaj duke konsideruar të ardhura të tjera nga taksat direkte dhe indirekte. Kjo për arsye se sipas disa vlerësimeve vetëm 15 % të popullatës në Kosovë është punësuar në sektorin formal ndërsa pritjet që këto shërbime t'i shfrytëzojnë 2 milion njerëz. Prandaj nëse taksat qoftë ato direkte apo indirekte do të ishin një prej burimeve kryesore për të zvogëluar shpenzimet administrative grumbullimi i tyre do të bëhej nga Administrata Tatimore e Kosovës dhe do t'i transferoheshin Fondit të Sigurimeve në baza vjetore.

Për të siguruar barazi në qasje financiare të kujdesit shëndetësor (dmth mjetet e grumbulluara të mjaftojnë për të gjithë) përmes një financimi shëndetësor progresiv (ata që fitojnë me shumë paguajnë më shumë) BB sugjeron kombinimin e përdorimit

13 Stadi I

14 GDP per kokë banori

15 Stadi I

të taksave direkte dhe indirekte si dhe kontributin direkt të individëve që i paguhet direkt Fondit të Sigurimeve shëndetësore duke përfshirë këtu edhe pagesat komplementare për të siguruar shërbime jashtë pakos bazike (WB.2008).

Kalkulimet aktuale gjegjësisht kalkulimet e riskut nga matematicientë të specializuar që kanë të bëjnë me premiumet, rezervat, shkallën e pagesës së sigurimeve gjegjësisht pakon bazike të shërbimeve shëndetësore për gjithë qytetarët e Kosovës.

Duhet të rishikohet ligji në aspektin e blerjes së shërbimeve shëndetësore për të varfërit dhe popullatat tjera me prioritet të lartë. Duhet të sigurohet që të varfrit do të përfitojnë, se pakoja bazike përmban shërbimet prioritare dhe shërbimet blihen nga ofruesit publik dhe privat të shërbimeve shëndetësore që ofrojnë shërbime për çmime të arsyeshme duke shfrytëzuar incentivat e pagesave që i përgjigjen objektivave të politikave.

Blerësit e shërbimeve për momentin nuk mund të grumbullojnë të dhëna lidhur me kualitetin e shërbimeve, prandaj edhe ofruesit e tanishëm konsiderojnë nivelin e ofrimit të shërbimeve të tyre "state of the art"

Blerja sipas cilësisë, performancës, vlerës së blerjes, përgjegjësisë, koncepti i influencës së blerësit për të nxjerrë shërbime cilësore për të përmirësuar shëndetin është një çështje e qartë dhe në qendër të financimit të ardhshëm shëndetësor.

Definimi i pakos bazike do të duhej të bazohej në principe, norma, standarde, procedura dhe përlogaritje të çmimeve të pakos së zakonshme për grupacione të caktuara të popullatës. Parapërgatitjet do të kërkonin edhe zhvillimin e një sistemi të grumbullimit, menaxhimit, analizës dhe zbatimit të informatës shëndetësore, që do të mundësonte procesin e kontraktimit të shërbimeve shëndetësore. Një parakusht i domosdoshëm është edhe forcimi i monitorimit të implementimit të politikave shëndetësore duke përfshirë këtu dhe sistemin e referimit me që për momentin pacientët në Kosovë vetë referohen (Focus Grupi. 2010).

Ndërrimi i legjisllacionit për implementimin e fondit të sigurimeve shëndetësore do të implikojë dhe ndërrimin e ligjit për shëndetësi si dhe Ligjin mbi Financat Publike për më tepër do të kërkojë dhe mjete shtesë të cilët do të korrigjonin masën e mjeteve monetare për pagën bruto dhe për kontributet e punëdhënësve. Sfidë e veçantë do të ishte sektori joformal që sipas një studimi të bërë nga Riinvest bëhet fjalë për 500.000 të punësuar dhe një sistemi i cili do të ofrojë shërbime me çmim ekonomik për ata të cilët vendosin për të mos u siguruar. Për më tepër kjo do të kërkonte një administratë që do të definonte saktësisht numrin prej 300 000 apo 350.000 njerëzve si dhe numrin e personave që janë në asistencë sociale dhe kanë nevojë për mbulesë universale brenda mundësive eksistuese. Mirëpo kemi raste edhe të tilla ku pacienti paguan 60 Euro për qëndrim spitalor qoftë dhjetë ditë, dy javë, një muaj, tre muaj. Nga 100 pacientë 20 paguajnë ndërsa 80 nuk paguajnë. Afro 80 % të këtyre pacientëve kanë librezë invaliditeti, qoftë invalidë të luftës, qoftë invalid social, qoftë të formave të ndryshme dhe kështu i tejkalojnë barrierat e financimit të shfrytëzimit të kujdesit shëndetësor (Fokus Grupi 2011).

Për më tepër orientimi i investimeve të huaja dhe absorbimi i tyre në kuadër të sistemit shëndetësor është e rëndësishë së veçantë.

Lidhja e kontratës për blerjen e shërbimeve shëndetësore implikon nënshkrimin e kontratës midis blerësit të shërbimeve shëndetësore dhe ofruesit të shërbimeve brenda standardeve dhe normativeve. Për të blerë shërbime shëndetësore qoftë në planin individual së pari duhet të dimë çfarë shërbimi nevojitet, pastaj të identifikojmë institucionet shëndetësore që janë të licencuara dhe ofrojnë shërbimin/shërbimet përkatëse duke u interesuar për kapacitetin dhe përvojën e ofruesve dhe më në fund të vendosim të marrim ato shërbime.

E njëjta procedurë do të duhej të ndodhte në të dy format e pronësisë si ato publike ashtu edhe në ato private. Duhet të përcaktohet agjenti që planifikon volumin dhe spektrin që do të blihet nga ofruesit e licencuar të shërbimeve shëndetësore. Për momentin ky agjent në Kosovë është Ministria e Shëndetësisë dhe nuk din saktësisht sa blen dhe çfarë blen dhe nga kush blen (në sektorin publik). Bile ka përshtypje se është në rol të dyfishtë të ofruesit dhe të blerësit në të njëjtën kohë në të njëjtën organizatë apo institucion shëndetësor). Gjëja e parë që do të jetë e nevojshme është të sigurohet baza legale dhe të përcaktohet se kush do të jetë agjenti i autorizuar për të blerë shërbime shëndetësore për popullatën e Kosovës i cili duhet të jetë institucion që ka qasje neutrale ndaj të dy paleve në negociata kontraktuese. Poashtu duhet të përcaktohen edhe mënyrat e vlerësimit të kontratës apo arbitrazhës. Gjëja tjetër që duhet të bëhet janë licencimi i institucioneve private dhe publike, sigurimi i kapaciteteve institucionale për të ofruar shërbime të përcaktuara shëndetësore që ato ofrojnë, pastaj bëhet vlerësimi përmes një procesi transparent dhe kompetitiv dhe kontraktohen shërbimet.

Pas përcaktimit se çka do të blejmë, nga kush do të blejmë është shumë me rëndësi të përcaktohet si do të paguajmë? Në nivel individual sa herë që paguajmë nga xhepi dëshirojmë të dimë se çka paguajmë qofshin ato gjëra ushqimore, veshmbathje apo edhe shërbime shëndetësore.

Përcaktimi i çmimeve të shërbimeve shëndetësore duhet të ketë bazën e përlllogaritjeve konform standardeve të përcaktuara që ato pastaj të mund të negociohen në bazë të volumit. Instituti Kombëtar i shëndetësisë Publike gjegjësisht Departamenti i Mjekësisë Sociale ka luajtur tradicionalisht rolin në përcaktimin e çmimeve të shërbimeve shëndetësore sipas të cilave pastaj janë kontraktuar shërbimet nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Në të njëjtën kohë ky departament ka qenë në rrolin edhe të palës që ka krye kontraktimin në mes të institucioneve financiare apo fondit të sigurimeve dhe institucioneve shëndetësore.

Mënyra se si do të paguajmë shërbimet shëndetësore afekton koston dhe kualitetin e shërbimeve shëndetësore. Sot shërbimet e ofruara shëndetësore paguhën nga Ministria e Shëndetësisë nëpër institucionet shëndetësore për kujdesin sekondar dhe terciar ndërsa përmes transferëve të granteve nga MF në kuadër të buxhetit komunal paguhën institucionet e kujdesit parësor shëndetësor. Në Kosovë kemi buxhete sipas vijave buxhetore (mallra, shërbime, pagat dhe mëditjet, komunalitet dhe investimet kapitale) të bazuar në nivele historike. Këto buxhete administrohen më lehtë pa e matur koston. Pikërisht sepse ky lloj buxhetimi nuk pasqyron koston e aktiviteteve, paraqet një nxitës për nën ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe nuk inkurajojnë fleksibilitetin menaxherial.

Përcaktimi i çmimit të vërtetë të njësisë së shërbimit komplikohet nga një sërë faktorësh si p.sh.mungesa e informatave lidhur me shpenzime e njësisë së shërbimit, pastaj çmimi i amortizimit (për të cilat të dhënat nuk janë gjithnjë të disponueshme). Roli rregullator në kosto të shërbimit dhe vetë kujdesin shëndetësor në Kosovë i Ministrisë së Shëndetësisë është shumë i ulët. Çmimi i shërbimeve përcaktohet nga tregu sepse nuk egziston një mekanizëm negociues midis blerësit dhe ofruesit të shërbimeve shëndetësore, kjo kryesisht për shkak të mungesës së autonomisë¹⁶, strukturave të organizuara të ofruesve të shërbimeve shëndetësore, fuqisë negociuese si dhe shkallës së kompeticionit.

Për të përcaktuar dhe ndikuar në sasinë respektivisht cilësinë e shërbimeve shëndetësore mund të përdoren dhe mënyra tjera të pagesave si: pagesat për shfrytëzim të shërbimit shëndetësor, pagesat për ditë spitalore, pagesat e rasteve, kapitacioni dhe pagesa sipas performancës.

Të gjitha këto si dhe mënyrat tjera mund të shfrytëzohen për të specifikuar atë që nevojitet të paguhet. Të gjitha këto pagesa janë me të avancuara se ato që përdoren sot në Kosovë. Të gjitha llojet e pagesave kanë përparësitë dhe mangësitë e veta dhe një kombinim i duhur i përcillur me procese struktura organizative të përshtatshme do të mundësonin drejtimin e mjeteve drejt qëllimeve të përcaktuara të politikave shëndetësore. Pra, nëse p.sh. problem është mortaliteti i foshnjave do të siguroheshin (blijeshin/ofroheshin) shërbimet me standarde të përcaktuara që ulin vdekshmërinë dhe të cilat do të evakuoeshin. Kjo mundëson atë se ofruesit që nuk i përmbushin standardet do të eliminoheshin. Mënyra e pagesës përcakton kush e merr riskun, përcakton cilësinë me të cilin shërbimi do të ofrohet, çmimin që do të paguhet si dhe shpenzimet administrative për të realizuar atë.

16 Një dhëmb nxjerrët për dy Euro në Prizren ose një vizitë specialitike te stomatologu varion nga 5 – 20 Euro

10. REFERENCAT

- Enti i Statistikave të Kosovës. 2009. Shkaqet e vdekjeve në Kosovë 2006 – 2007.
- Enti i Statistikave të Kosovës. 2009. Shkaqet e vdekjeve në Kosovë 2006 – 2007.
- ESK.2007. Causes of Death in Kosovo 2006-2007.
- ESK.2007. Causes of Death in Kosovo 2006-2007.
- Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding
- Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding
- Focus Grupi.2010
- Focus Grupi.2010
- Fokus Grupi. 2011. Transkriptimet e fokus grupeve.
- Fokus Grupi. 2011. Transkriptimet e fokus grupeve.
- <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/100931.htm>
- <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/100931.htm>
- Hyman, David.(2005) Public Finance. A Contemporary Application of Theory to Policy, 8e. International Student Edition. Thomson South-Western
- Hyman, David.(2005) Public Finance. A Contemporary Application of Theory to Policy, 8e. International Student Edition. Thomson South-Western
- IKSHP. 2009. Raporti vjetor i situatës epidemiologjike të sëmundjeve ngjitëse në Kosovë . Departamenti i Epidemiologjisë. Njësia e sëmundjeve ngjitëse.
- IKSHP. 2009. Raporti vjetor i situatës epidemiologjike të sëmundjeve ngjitëse në Kosovë . Departamenti i Epidemiologjisë. Njësia e sëmundjeve ngjitëse.
- IMF. Republic of Kosovo. 2010. Letter of Intent, Memorandum of Economic and
- IMF. Republic of Kosovo. 2010. Letter of Intent, Memorandum of Economic and
- MEF. 2005. Libri i Buxhetit 2005.
- MEF. 2005. Libri i Buxhetit 2005.
- MEF. 2006. Libri i Buxhetit 2006.
- MEF. 2007. Libri i Buxhetit 2007.
- MEF. 2010. Korniza Afatmesme e Shpenzimeve 2011 -2013
- MEF.2003. Libri i Buxhetit 2003.
- MEF.2004. Libri i Buxhetit 2004.
- Qeveria e Kosovës. Projektligji për sigurime shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. Projektligji për sigurime shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. Projektligji për sigurime shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. Projektligji për sigurime shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. Ministria e Ekonomisë dhe Financave. 2010. KASH 2011 - 2013
- Qeveria e Kosovës. Ministria e Ekonomisë dhe Financave. 2010. KASH 2011 - 2013
- Qeveria e Kosovës. Ministria e Ekonomisë dhe Financave. 2010. KASH 2011 - 2013
- Qeveria e Kosovës. Ministria e Ekonomisë dhe Financave. 2010. KASH 2011 - 2013
- Qeveria e Kosovës. MSH. 2009 Projektligji për Sigurime Shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. MSH. 2009 Projektligji për Sigurime Shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. MSH. 2007. Projektligji për Sigurime Shëndetësore
- Qeveria e Kosovës. MSH. 2007. Projektligji për Sigurime Shëndetësore
- Qosaj, Berisha. 2010. Transition in Health and Health Care in Kosovo.
- Qosaj, Berisha. 2010. Transition in Health and Health Care in Kosovo.
- Roberts et al. 2004. Getting Health Reform Right.
- Roberts et al. 2004. Getting Health Reform Right.
- Roberts et al. 2004. Getting Health Reform Right.

- Roberts et al. 2004. Getting Health Reform Right.
 The World Health Report, Health systems Financing, The path to universal coverage, WHO, 2010
 The World Health Report, Health systems Financing, The path to universal coverage, WHO, 2010
 The World Health Report, Health systems Financing, The path to universal coverage, WHO, 2010
 The World Health Report, Health systems Financing, The path to universal coverage, WHO, 2010
 Timo Stahl and all, Health in All Policies, Prospects and potentials, European Observatory on Health Systems and Policies, Ministry of Social Affairs and Health , Finland, 2006.
 Timo Stahl and all, Health in All Policies, Prospects and potentials, European Observatory on Health Systems and Policies, Ministry of Social Affairs and Health , Finland, 2006.
 Timo Stahl and all, Health in All Policies, Prospects and potentials, European Observatory on Health Systems and Policies, Ministry of Social Affairs and Health , Finland, 2006.
 Timo Stahl and all, Health in All Policies, Prospects and potentials, European Observatory on Health Systems and Policies, Ministry of Social Affairs and Health , Finland, 2006.
 Transkriptet e fokus grupeve, Durrës, 2011
 Transkriptet e fokus grupeve, Durrës, 2011
 WB.2008. Health Financing Reform Study. Human Development Sector Unit Europe and Central Asia.
 WB.2008. Health Financing Reform Study. Human Development Sector Unit Europe and Central Asia.
 WHA58.33. 2005.Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Ninth plenary meeting.
 WHA58.33. 2005.Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Ninth plenary meeting.
 World Health Assembly .58.33. 2005.Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Ninth plenary meeting.
 World Health Assembly .58.33. 2005.Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Ninth plenary meeting.

Stadi I

Një dhëmb nxirret për dy euro në Prizren, ose një vizitë specialistike te stomatologu varion nga 5 – 20 euro

