



gtz



Mbrojtja socialo-shëndetësore në Shqipëri: Sfidat dhe Mundësitë

Përmbledhje e Konferencës

Jens Holst, Susanne Lein, Etjola Kola, Eriona Minka-Cullhaj (eds.)

Mbrojtja socialo-shëndetësore në Shqipëri:

Sfidat dhe Mundësitë



gtz German Technical Cooperation

Mbrojtja socialo- shëndetësore në Shqipëri: Sfidat dhe Mundësitë

**Përmbledhje e referimeve të konferencës së përbashkët të
ISKSH-së e GTZ-së mbi**

**Mbrojtjen socialo-shëndetësore në Shqipëri
Sfidat dhe Mundësitë**

28-29 Shtator 2009

Tiranë

Pregatitur nga: Jens Holst (Konsulent GTZ), Susanne Lein (Eksperte Junior GTZ),
Etjola Kola (Përgjegjëse për Marrëdhëniet me Publikun ISKSH),
Eriona Minka-Cullhaj (Koordinatorë Projekti GTZ)

ISKSh / GTZ, Tiranë / Eschborn, Prill 2010



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

Kjo përmbledhje e referimeve të konferencës është përpiluar dhe redaktuar nga Jens Holst (konsulent për GTZ-në), Susanne Lein (GTZ) dhe Etjola Kola (ISKSH) dhe Eriona Minka-Cullhaj (GTZ Shqipëri) në emër të Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH dhe Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH). Përmbledhja e konferencës i vendos në dispozicion publikut materiale të mbështetura në kontributin e autorëve në Konferencën Ndërkombëtare të ISKSH-së dhe GTZ-së **mbi Mbrojtjen socialo-shëndetësore në Shqipëri: Sfidat dhe Mundësitë**, mbajtur më 28 dhe 29 shtator 2009 në Tiranë. Konferenca u organizua në kuadër të projektit “Këshillim i politikave shëndetësore në Shqipëri” i financuar nga Ministria Federale për bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim (BMZ).

Planifikimi konceptual dhe përgatitja e konferencës u bë nga një ekip i GTZ-së dhe ISKSH-së, me përbërjen e Wiebke Ottenbreit, Susanne Lein, Eriona Minka-Çullhaj dhe Jens Holst në emër të Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, dhe Elvana Hana, Holger Thies dhe Etjola Kola nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH). Organizatorët e konferencës dhe redaktorët dëshirojnë të falenderojnë të gjithë mbështetësit, mbajtësit e kumtesave, autorët dhe pjesëmarrësit për kontributet e tyre në konferencë dhe në këtë publikim.

Të drejtat dhe lejitimet

Gjetjet, interpretimet dhe përfundimet e shprehura në këtë përmbledhje janë të autorëve dhe nuk pasqyrojnë domosdoshmërisht pikëpamjet e *Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH)* dhe *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH*.

As ISKSH dhe as GTZ, nuk mund të garantojnë saktësinë e të dhënave të përfshira në këtë përmbledhje. Kufijtë, emërtimet dhe çdo informacion tjetër që paraqitet në hartat e këtij vëllimi nuk nënkuptojnë nga ana e GTZ-së asnjë gjykim për statusin juridik të asnjë territori dhe nuk përbëjnë ndonjë mbështetje apo pranim të kufijve të paraqitur.

Punimet e paraqitura në këtë përmbledhje konference mbrohen nga e drejta e autorit. Asnjë pjesë e këtij vëllimi nuk mund të riprodhohet apo të transmetohet në asnjë formë apo me asnjë mjet, elektronik ose mekanik, përfshirë fotokopjimin, regjistrimin apo përfshirjen në çfarëdo sistemi të ruajtjes dhe nxjerrjes së informacionit, pa bërë të ditur me saktësi burimin dhe autorësinë. Për më tepër, ISKSH dhe GTZ nxisin përhapjen e këtij materiali dhe, normalisht, do ta japin menjëherë lejen për shfrytëzimin e mëtejshëm të tij.

Prill 2010

© Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
Zyra e Koordinimit GTZ Shqipëri
Rr. "Skënderbeg", Nr 21/1
Tiranë, Shqipëri
Telefon: +355-4 223 0414
Internet: <http://www.gtz.de>

© Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
Rruga: "Sami Frasheri" Nr. 8
Tiranë
Shqipëri
Telefon: +355-4 223 09 84
Internet: <http://www.isksh.com.al>

Tabela e përmbajtjes

Parathënie ISKSH	10
Parathënie GTZ	11
Përmirësimi i Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri përmes Skemës së Sigurimeve Shëndetësore .	13
Financimi i skemës shqiptare të sigurimeve shëndetësore	13
Reforma në kujdesin shëndetësor parësor	15
Treguesit e mbështetur në aktivitet	17
Nisja e reformës së shërbimeve spitalore	18
Sfidat për konsolidimin e reformës së shërbimeve spitalore	19
Prirjet e ardhshme të reformave të financimit në shëndetësi	19
Bibliografi	20
Autonomia e Sigurimeve Shëndetësore në Shqipëri –	21
inpute të GTZ-së.....	21
Historik juridik	21
Sfidat në të ardhmen.....	21
Kërkesat ligjore për autonominë	22
Aktet normative të ISKSH-së dhe ligji për financimin e shëndetësisë.....	23
Bibliografi	24
Sfidat e Burimeve Organizative dhe Njerëzore.....	25
Historik i shkurtër.....	25
Reforma e sistemit shëndetësor dhe drejtimi i burimeve njerëzore.....	25
Rrjedhojat buxhetore të reformës së sistemit shëndetësor për ISKSH-në.....	26
Analizë e shpenzimeve të personelit të ISKSH-së	26
Analizë e strukturës së tanishme organizative dhe administrimit të burimeve njerëzore të ISKSH-së.....	27
Ristrukturimi i strukturave organizative përgjatë proceseve.....	28
Bibliografi	29
Si të strukturohet një Fond i Sigurimeve Shëndetësore përgjatë proceseve për sigurimin e efektshmërisë dhe cilësisë	30
Hyrje	30
Struktura Organizative	31
Ndërtimi i ekipit	32
Proceset elektronike	33
Menaxhimi i Burimeve Njerëzore.....	33
Bibliografi	34
Përfshirja sociale dhe mbulimi universal: mësimet nga Europa tranzicionale	35
Qasje konceptuale ndaj financimit shëndetësor në Europë: jo vetëm Bismark apo Beveridge	35
Shtylla I: Objektivat për politikën e financimit shëndetësor	35
Shtylla II: Sistemet e financimit shëndetësor për sa i përket funksioneve, jo etikave apo modeleve.....	37
Shtylla III: Përfshirja e shtrëngimeve fiskale	38
Disa mësimet të nxjerra nga reforma e financimit shëndetësor në Evropën tranzicionale.....	41
Përfundimet kryesore	43
Bibliografi	43
Financimi i shëndetësisë në Shqipëri – Çështje dhe rekomandime.....	45
Sfidat aktuale.....	45

Çështjet kyçe në financimin e shëndetësisë	45
Rekomandimet kryesore.....	45
Projektet e Bankës Botërore në sektorin e shëndetësisë në Shqipëri	46
Bibliografi	47
Zbatimi i Sistemit DRG: Parakushtet dhe sfidat	48
Hyrje	48
Kërkesat bazë për zbatimin e sistemit DRG.....	48
Sfidat e zbatimit të sistemit DRG.....	49
Bibliografi dhe literaturë e mëtejshme	49
Zhvillimi institucional i Fondit të Sigurimeve Shëndetësore në Slloveni: Arritjet dhe mësimet e marra	51
Hyrje	51
Financimi.....	51
Instituti i Sigurimeve Shëndetësore i Sllovenisë.....	54
Mbulimi dhe sistemi i përfitimeve	55
Mekanizmat grupuese	56
Procedurat e ndarjes së fondeve dhe marrëdhëniet e ISShS-së me ofruesit.....	57
Përfundimet.....	58
Bibliografi	59
Mospjesëmarrja në sigurimet shëndetësore në Shqipëri	60
Historik i shkurtër.....	60
Struktura e studimit	61
Analiza statistikore dhe rezultatet	61
Shpenzimet shëndetësore dhe vlera për të cilën ekziston gatishmëria për të paguar në muaj.....	63
Përfundime	64
Bibliografi	67
Pagesat informale në kujdesin shëndetësor: Rasti i Shqipërisë.....	68
Një tablo e pagesave informale	68
Pagesat informale në Shqipëri.....	69
Bibliografi	71
Strategjitë për realizimin e mbrotjtjes universale të shëndetit: Shembuj nga vende të ndryshme.....	73
Përvoja nga vendet e Azisë Juglindore.....	73
Sigurimi i shëndetit	74
Bibliografi dhe literaturë e mëtejshme	75
Kërkesat e kujdesit shëndetësor për anëtarësinë në BE: Mësime për Shqipërinë	76
Mundësi financimi në kujdes mjekësor për çdokënd – parimet dhe sfidat	76
Ekonomia e tregut të lirë dhe kujdesi shëndetësor	78
Bismarck apo Beveridge – një debat i vjetëruar.....	79
Standartet e përbashkëta të BE-së për kujdesin shëndetësor	82
Metoda e Hapur e Koordinimit	83
Mësime për Shqipërinë.....	83
Bibliografi	84
Kontributorët	85
Për lexime të mëtejshme	87
Programi i Konferencës.....	89
Pjesëmarrësit	94

Parathënie ISKSH

Pas më shume se një dekadë të vështirë për funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, Qeveria Shqiptare vendosi një nga prioritetet e saj më të rëndësishme shtrirjen e skemës së sigurimeve shëndetësore në të gjithë sistemin shëndetësor nëpërmjet financimit të paketës së shërbimeve nga një blerës i vetëm, që është Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH).

Viti 2007 do të shënonte fillimin e një reforme të thellë në shërbimin shëndetësor, e cila do të startonte me shtrirjen e skemës së sigurimeve shëndetësore në nivelin e shërbimit shëndetësor parësor. Reformë, e cila gjeti shtrirjen e saj në vitin 2009, vit i cili shënoi fillimin e ndryshimeve në sistemin spitalor me përfshirjen e spitaleve në skemën e sigurimeve shëndetësore.

Mund të thuhet me siguri që reforma në shërbimin parësor ka nisur të jetë e evidente dhe ne kemi tashmë një raport krejtësisht të ri, ISKSH-Pacient-Qendër Shëndetësore, ku pacienti është në fokusin kryesor. Por mbetet një sfidë e vërtetë për të gjithë sistemin, implementimi me sukses i reformës në shërbimin spitalor.

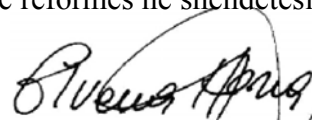
Në këtë rrugë të vështirë të reformimit të sistemit shëndetësor, duhet theksuar se kemi patur ndihmën e çmuar të partnerëve tanë ndërkombëtarë. Në këtë kuadër, më lejoni të veçoj projektin e GTZ-së, (Organizata Gjermane për Bashkëpunim Teknik) i cili ka dhënë një kontribut të rëndësishëm, kryesisht në lidhje me përmirësimin e kuadrit ligjor mbi të cilën mbështetet ISKSH. Projekti i zhvilluar në bazë indikatorësh ka ofruar dhe pasqyruar asistencë teknike dhe ligjore duke dhënë një diagnozë të detajuar të situatës aktuale, problematikave kryesore si dhe rekomandime për përmirësimin e mëtejshëm të cilësisë dhe standarteve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Këtu vlen të përmendim asistencën që projekti i GTZ-së ka dhënë nëpërmjet workshopeve dhe seminareve në lidhje me projektligjin e Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor duke dhënë një ekspertizë ligjore për të ndihmuar në zgjidhjen e problemeve kryesore, kundërshtive dhe sfidave të evidentuara në ligjin ekzistues të ISKSH-së. Është hedhur dritë mbi strukturën institucionale në veçanti të fondit të sigurimit shëndetësor dhe mbi rolin e tij përballës mes aktorëve të tjerë në sistemin e kujdesit shëndetësor. Gjithashtu, ky projekt ka trajtuar dhe sugjeruar nëpërmes konsulencës tekniko-juridike dhe problemin e menaxhimit financiar të fondit duke aplikuar një sistem të konsoliduar të sigurimit të kujdesit shëndetësor.

Konferenca përmbyllëse e organizuar në Shtator 2009 nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe GTZ lidhur me mbrojtjen shëndetësore në Shqipëri, erdhi në një moment shumë të rëndësishëm duke paraprirë sfidat e afërta që paraqiten për një financim më të mirë të sistemit shëndetësor që do të sjellë rritjen e cilësisë së shërbimit për pacientët.

Dëshiroj të falenderoj posaçërisht znj. Wiebke Ottenbreit dhe të gjithë përfaqësuesit e GTZ-së me të cilët kemi punuar ngushtë në këto dy vite për përmirësimin e zbatimit të skemës së sigurimeve shëndetësore. Një falenderim i posaçëm shkon dhe për të gjithë bashkëpunëtorët në këtë projekt të rëndësishëm pa harruar dhe seriozitetin e rolin bashkëpunues të stafit të ISKSH-së.

Konferenca dy ditore, solli në vëmendjen e të gjithë aktorëve të sistemit shëndetësor, rekomandime të rëndësishme për thellimin e mëtejshëm të reformës në shëndetësi.



Elvana Hana
Drejtoresh e Përgjithshme e ISKSH

Parathënie GTZ

Reformimi i sektorit të shëndetësisë gjithmonë ka përbërë një sfidë dhe kjo jo vetëm në rastin e Shqipërisë. Një sistem shëndetësor i qëndrueshëm financiarisht dhe akses i universal ndaj shërbimeve shëndetësore për mbarë popullatën janë jetike për zhvillimin ekonomik-shoqëror të një vendi. Gjatë viteve të fundit, sektori shëndetësor në Shqipëri i është nënshtruar një sërë reformash të rëndësishme. Janë shënuar arritje thelbësore; megjithatë, mbetet ende shumë për t'u bërë me qëllim mbërritjen e standardeve shëndetësore si në vendet e tjera europiane. Kjo kërkon jo vetëm një angazhim të fuqishëm nga ana e qeverisë shqiptare, por gjithashtu edhe përpjekje të koordinuara të të gjithë aktorëve të interesit në sektorin e shëndetësisë.

Gjatë negociatave me qeverinë shqiptare në vitin 2007, qeveria shqiptare kërkoi mbështetjen e Gjermanisë për sektorin e shëndetësisë në tri fusha: politikat shëndetësore, menaxhimin spitalor dhe sigurimet sociale shëndetësore. Ndonëse shëndetësia nuk përbën një fushë prioritare për Bashkëpunim për Zhvillim Gjerman në Shqipëri, u vendos që të fillonte një projekt i vogël, si edhe të dërgohej një ekspert i integruar nga Qendra Gjermane për Migracion Ndërkombëtar (CIM)¹. Në emër të Ministrisë Federale Gjermane për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim (BMZ), Zyra e Organizatës Gjermane për Bashkëpunim Teknik (GTZ) (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH)², ndërmori një vlerësim të fushave të propozuara për veprim, ku u konkludua përqëndrimi në aktivitete që do të mbështesnin zhvillimin e skemës të sigurimeve shëndetësore.

Ndonëse me një buxhet modest në dispozicion, projekti do të përballej me pritshmëri

të larta dhe objektiva sfidues. Qëllimi i përgjithshëm ishte përmirësimi i themeleve institucionale për një skemë të sigurimeve sociale shëndetësore. Partneri politik i projektit ishte Ministria e Shëndetësisë e Republikës së Shqipërisë, ndërsa Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH) ka qenë partneri kryesor i zbatimit. Gjatë një seminari planifikimi të organizuar në fillimet e vitit 2008, GTZ-ja së bashku me partnerët e saj të ISKSH-së, përvijuan katër tregues kryesorë, që do të përbënin boshtin e aktiviteteve të projektit. Këta tregues janë:

- Realizimi i statuteve për organizimin e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, si një ent autonom, publik me vetë-administratim;
- Hartimi i organigramës me përshkrime të hollësishme të detyrave për fusha të funksioneve të ndryshme të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Përpilimi i planit të nevojave për trajnimin dhe perditësimin e nevojshëm;
- Analizimi i kushteve për zgjerimin e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor drejt sektorit formal dhe informal privat, mbi baza specifike gjinore, si dhe parashtrimi i sugjerimeve përkatëse.

Gjatë dy viteve të jetës së projektit, GTZ-ja dhe ISKSH-ja ia dolën mbanë të kryenin një sërë aktiviteteve, duke nisur me një vlerësim të thelluar të skemës së sigurimeve shëndetësore dhe evidentimin e problemeve të rëndësishme që do të duhej të trajtoheshin, si bazë për përpilimin e mëtejshëm të aktiviteteve. Një numër ekipeve konsulence vendase dhe të huaja ofruan mbështetje për kuadrin ligjor të ISKSH-së, zhvillimin e tij organizativ dhe burimet njerëzore. U organizuan disa seminare për prezantimin e rezultateve të ekipeve të punës, në të cilat u mblodhën aktorë të ndryshëm të interesit në sektorin e shëndetësisë, duke përfshirë edhe donatorë të tjerë për të diskutuar dhe shkëmbyer ide në lidhje me konstatimet dhe sugjerimet. Disa trajnime dhe udhëtime studimore në Fondin Gje-

¹ Organizatë për shkëmbimin e burimeve njerëzore për veprimtarinë e Bashkëpunimit Gjerman për Zhvillim që dërgon menaxhere dhe ekspertë teknikë in Azi, Afrikë, Amerikë Latine, dhe Europën Juglindore. <http://www.cimonline.de>

² Bashkëpunimi Teknik Gjerman: <http://www.gtz.de>

rman të Sigurimeve Shëndetësore AOK në Berlin, shërbyen për të siguruar informacione, ide dhe aftësi të reja profesionale për personelin e sigurimeve shëndetësore. Grupet e punës të ngritura pranë ISKSH-së për secilin tregues përpunuan më tej informacionet e marra me qëllim hartimin e projekt-statuteve të rishikuara dhe udhëzuesve të rinj për burimet njerëzore apo për zbatimin e instrumenteve të reja për zhvillimin organizativ.

Në datat 28 dhe 29 shtator 2009, ISKSH-ja dhe GTZ-ja organizuan një Konferencë për Mbrojtjen Socialo-Shëndetësore, me pjesëmarrjen e një numri të gjerë aktorësh interesi në nivel kombëtar, si edhe me pjesëmarrjen e donatorëve ndërkombëtarë që mbështesin në mënyrë aktive sektorin shqiptar të shëndetësisë. Dita e parë e Konferencës u përqëndrua tek zhvillimi institucional i Institutit të Kujdesit të Sigurimeve Shëndetësore, me kumtesa në lidhje me aktivitetet e projektit, duke hapur vend për diskutime në lidhje me rezultatet dhe sfidat për të ardhmen. Në ditën e dytë Konferenca u përqëndrua tek temat e financimit të qëndrueshëm të shëndetësisë dhe mbulimit universal, e cila ofroi ide me vlerë për qeverinë e sapo formuar.

Kumtesat e kësaj Konference janë pjesë e këtij dokumenti që po merrni në dorë dhe që shpresojmë se do t'ju vlejë të gjithë pjesëmarrësve për të reflektuar edhe një herë mbi idetë e ofruara në të. Besojmë se prezantimi i këtyre kumtesave përveç mësimëve të nxjerra janë edhe burime idesh shumë të mira mbi të cilat mund të vazhdojë më tej procesi.

Duke qenë se projekti i GTZ-së do të mbyllet plotësisht në muajin dhjetor 2009, do të dëshironim të përfitonim nga rasti për të falenderuar edhe një herë partnerët tanë shqiptarë të Ministrisë së Shëndetësisë dhe të Institutit të Kujdesit të Sigurimeve Shëndetësore për bashkëpunimin dhe përkushtimin e tyre. Për më tepër, do të dëshironim të falenderonim të gjithë bashkëpunëtorët dhe donatorët për interesimin, mbështetjen dhe pjesëmarrjen e tyre aktive në një sërë takimesh që kemi organizuar gjatë zbatimit të projektit.

Me këtë rast ju urojmë partnerëve tanë gjithë të mirat dhe shumë suksese në procesin e mëtejshëm të reformave.

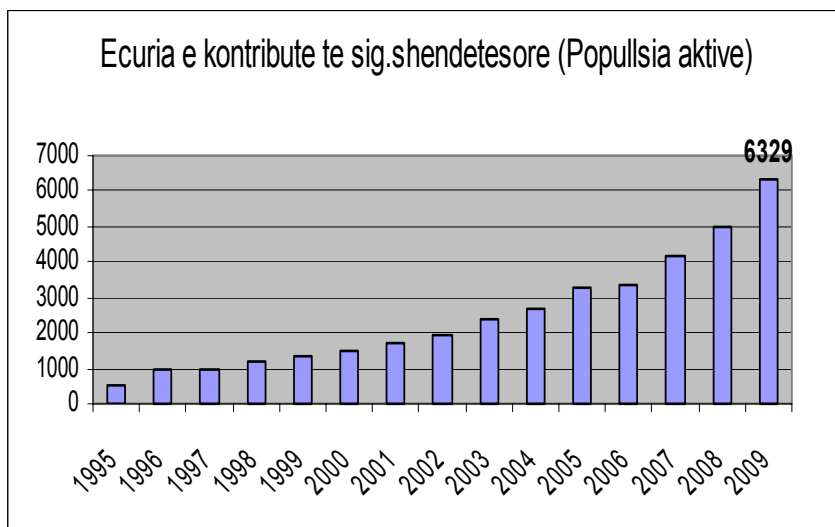
Wiebke Ottenbreit
Menaxhere e Projektit të GTZ-së

Përmirësimi i Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri përmes Skemës së Sigurimeve Shëndetësore

Elvana Hana³, Naun Sinani⁴

Skema e sigurimeve shëndetësore në Shqipëri, e cila është vënë në zbatim prej vitit 1995, mbështetet në një grup parimesh të përgjithshme, siç janë solidariteti, barazia, sigurimi i detyrueshëm, liria e zgjedhjes së ofruesit të shërbimit, partneriteti midis blerësit, ofruesit të shërbimit dhe përfituesve, dhe mbulimi i mundshëm me sigurim shëndetësor për të gjitha kategoritë e qytetarëve shqiptarë, ku objektivi kryesor është perfërtimi maksimal me shërbimet të financuara nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Figura 1: Vlera e kontributeve të sigurimeve shëndetësore të popullatës aktive, 1995-2000 (në milion lekë)



Burimi: Sektori i Kontributeve, Departamenti Ekonomik, ISKSH

Financimi i skemës shqiptare të sigurimeve shëndetësore

Gjenerimi i burimeve për mbrojtjen shëndetësore sociale në Shqipëri mbështetet në burime të ndryshme, siç janë kontributi i popullsisë aktive, kontribut nga shteti,

³ Drejtore e Përgjithshme e ISKSH-së, ehana@isksh.com.al

⁴ Zëvendës drejtor i Përgjithshëm i ISKSH-së, nsinani@isksh.com.al

bashkëpagesat dhe kontributet e sigurimeve vullnetare shëndetësore (Ligji Nr 7870 Date 13/10/1994). Njëra prej detyrave kryesore të ISKSH-së është mbledhja dhe kanalizimi i fondeve të caktuara për shërbimet shëndetësore që mbulon skema kombëtare e sigurimeve të kujdesit shëndetësor, si një pagues i vetëm. Në vitin 2009, kontributet e sigurimeve shëndetësore të popullsisë aktive përbënin 26 %, ndërsa kontributi i buxhetit të shtetit përbënte 74% të buxhetit total të ISKSH-së.⁵ Rapoti i ulët i të ardhurave nga kontributet i krahasuar me fondet që financon buxheti i shtetit është rezultat i rritjes së këtij të fundit pas fillimit të reformave në sektorin shëndetësor ku Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor ka përgjegjësinë e financimeve të shërbimeve të KSHP

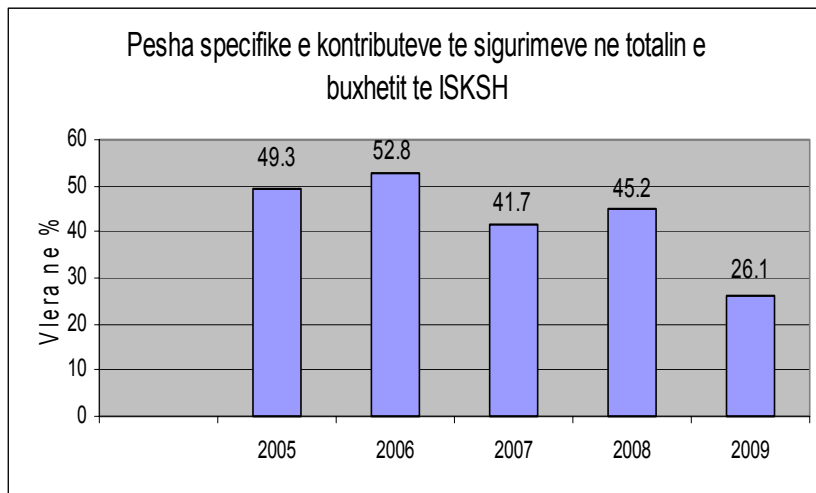
(2007) dhe të atyere spitalore (2009). Këto ndryshime të rëndësishme e detyruan shtetin të merrte përsipër një pjesë të rëndësishme të financimit të kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalor. Bashkëpagesat e drejtpërdrejta nga pacienti përdoren kryesisht për ekzaminimet terciare dhe në trajtimet më komplekse në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”. Kontributet e sigurimeve vullnetare shëndetësore përbëjnë një përqindje të papërfillshme të shpenzimeve totale për shëndetësinë.

Nga figura 1 (me sipër) dhe figura 2, mund të vohet se shumica e gjeneruar nga kontributet është rritur në vazhdimësi, dhe më konkretisht kontributet janë dyfishuar në 2009 krahasuar me vitin 2005 (figura 1). Kjo rritje e kontributeve të arkëtuara nga ISKSH shpjegohet nga njëra anë me rritjen e numrit të kontribuesve dhe

⁵ Të dhënat nga Departamenti Ekonomik i ISKSH-së.

nga ana tjetër me rritjen e pagave në përgjithësi në krahun aktiv të punës në Shqipëri.

Figura 2: Kontributet si përqindje e buxhetit gjithsej të ISKSH-së



Burimi: Sektori i Kontributeve, Departamenti Ekonomik, ISKSH

Figura 2 pasqyron “zvogëlimin” e kontributeve si përqindje e buxhetit total të ISKSH-së në vitin 2007, krahasuar me vitet e mëparshme. Kjo gjë ka qenë rezultat i përfshirjes së gjithë sistemit të KSHP-së në skemën e sigurimeve shëndetësore (rrogat e infermiereve dhe punonjësve të tjerë plus shpenzimet për mallra dhe shërbime, etj). Më parë, ISKSH paguante vetëm rrogat e mjekëve të përgjithshëm dhe mbulonte rimbursimin e barnave. Përfshirja e kujde-

sit parësor në skemë u shoqërua me rritje të fondit nga buxheti i shtetit për skemën e sigurimeve shëndetësore si financues i vetëm, për të qenë në gjendje të paguajë shërbimet e përfshira rishtazi. E njëjta dukuri mund të vihet re gjatë vitit 2009, për shkak të përfshirjes së kujdesit spitalor në paketën e shërbimeve të mbuluara në skemën e sigurimeve shëndetësore shqiptare.

Sa u takon shpenzimeve të ISKSH-së për shërbimet e kujdesit shëndetësor (figura 3), përqindja më e madhe e fondeve është caktuar për kujdesin spitalor, duke përbërë kështu një të dytën e buxhetit. Ky shpenzim përbëhet nga pagat dhe shpenzime të tjera të lidhura me burimet njerëzore, siç janë kontributet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore dhe mallra e shërbime.

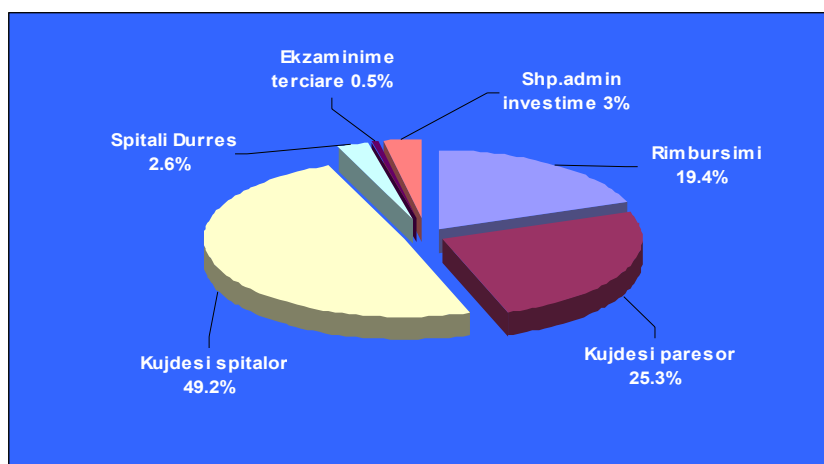
Ndërkohë, shpenzimet për kujdesin shëndetësor parësor përbëjnë përafërsisht 25 % të buxhetit total, të cilat ndiqen nga shpenzimet për rimbursimin e barnave (~19 %).

Viti 2007 ishte viti i parë i reformës së gjere të financimit të kujdesit shëndetësor, vit

kur i gjithë KSHP u përfshi në skemën e sigurimeve shëndetësore, e cila u zgjerua më tej në vitin 2009 përtë përfshirë edhe shërbimet spitalore. ISKSH luajti një rol të rëndësishëm në këta hapa të reformave dhe, sidomos, në vënien në zbatim të ndryshimeve lidhur me objektin e shërbimeve të mbuluara.

Proceset qendrore të reformave u fokusuan në ndryshimet e mënyrës së financimit të shërbimeve shëndetësore, dhe më konkrete

Figura 3: Shpërndarja e shpenzimeve të ISKSH-së për vitin 2009



Burimi: Departamenti Ekonomik, ISKSH, 2009

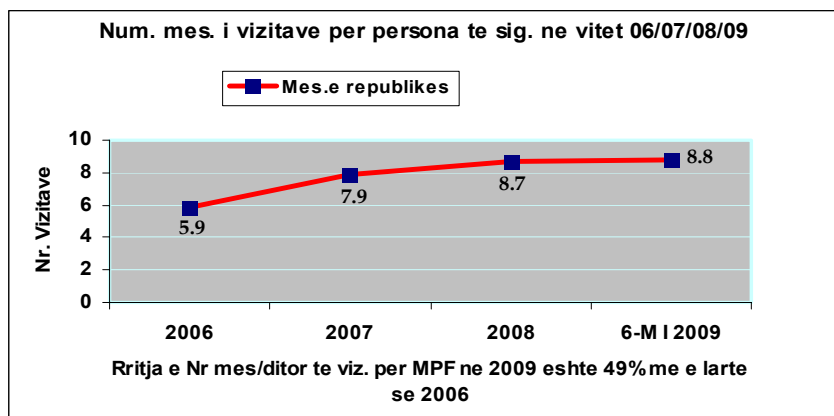
tisht me përfshirjen e shërbimeve të KSHP-së në vitin 2007 dhe të shërbimeve spitalore në vitin 2009 në skemën e sigurimeve shëndetësore. Roli i ISKSH-së në këto reforma konsistoi me vënien në zbatim në mënyrë korrekte të vendimeve të Këshillit të Ministrave (VKM) dhe të akteve të tjera ligjore dhe nënligjore: në hartimin dhe zbatimin e akteve normative të reformës; në hartimin, lidhjen dhe zbatimin e kontratave me ofruesit e shërbimeve, dhe në bashkëpunimin me ofruesit apo palët e tjera të interesuara të sistemit të kujdesit shëndetësor. ISKSH u përball me një varg sfidash dhe u përpoq ta luaj dhe forcojë rolin e vet, duke mbajtur parasysh sfidat e ardhshme që rridhnin nga zgjerimi i gamës së shërbimeve dhe cilësisë së ofrimit të kujdesit shëndetësor për përfituesit.

Reforma në kujdesin shëndetësor parësor

Reforma e KSHP-së është zbatuar sipas Ligjit nr 7870, datë 13-X-1994, “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, Vendimit të Këshillit të Ministrave nr 857, datë 20-XII-2006, “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e sigurimeve të detyrueshme shëndetësore” dhe Vendimit të Këshillit të

sipas metodës së kontraktimit me qendrat shëndetësore (QSH), të cilat janë subjekte juridike, publike, jobuxhetore dhe me llogari bankare të vetat. Këto subjekte ushtrojnë aktivitet në bazë të statuteve të qedrave shëndetësore të miratuara me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë dhe në përputhje me rregulloren e përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor në mbështetje të vendimit të Këshillit të Ministrave. Kjo kontratë midis drejtorive rajonale të ISKSH-së dhe qendrave shëndetësore, rregullon financimin dhe realizimin e paketës bazë të mbulimit me shërbime shëndetësore. Kontrata midis ISKSH-së dhe të gjitha qendrave shëndetësore krijon një mekanizëm novator financimi, të përcaktuar si pagesa fikse (85%) + pagesë për aktivitet (10%) + pagesë bonus (5%). Për aplikimin e këtij modaliteti të ri financimi, ISKSH ka ofruar trajnime në të gjithë vendin me ofrues të shërbimit për ta bërë sa më të lehtë vënien në zbatim të ndryshimeve dhe monitorimin e kontratave. Pas thujse tre vjetësh qysh prej vënies në zbatim të reformës së kujdesit shëndetësor parësor, sot rezultatet janë të kënaqshme duke u nisur nga këndvështrimi i ISKSH-së por dhe nga këndvështrimi i qendrave shëndetësore ku sistemi

Figura 4: Numri mesatar i vizitave të mjeku, 2006-2009

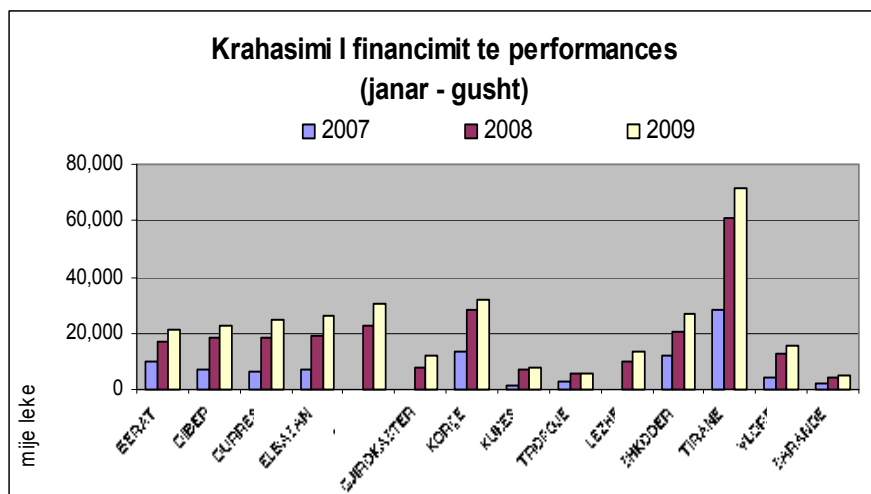


Burimi: Departamenti i Mjekut të Familjes, ISKSH, 2009

Ministrave nr 680, datë 10-X-2007, vendime të cilat e identifikojnë ISKSH-në si blerës të paketës bazë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor. ISKSH funksionon

i ri i pagesave shikohet si një përmirësim tepër i madh (Koduzi etj. 2009). Rritja e autonomisë së qendrave shëndetësore dhe përvoja e fituar qysh prej vënies në zbatim të reformës i kanë përmirësuar aftësitë drejtuese dhe punën në nivel të ofruesve të shërbimeve dhe e ka rritur transparencën e shërbimeve të qendrave shëndetësore. Për më tepër, ISKSH po vë në zbatim një sistem të ri informacioni në vitin 2009, duke e ndryshuar dhe përshtatur vazhdimisht sistemin kontrollues dhe duke ofruar mundësi trajnimi siç është programi për edukimin mjekësor të vazhdueshëm (EMV).

Figura 5: Krahasimi i përfitimeve për treguesin e performancës



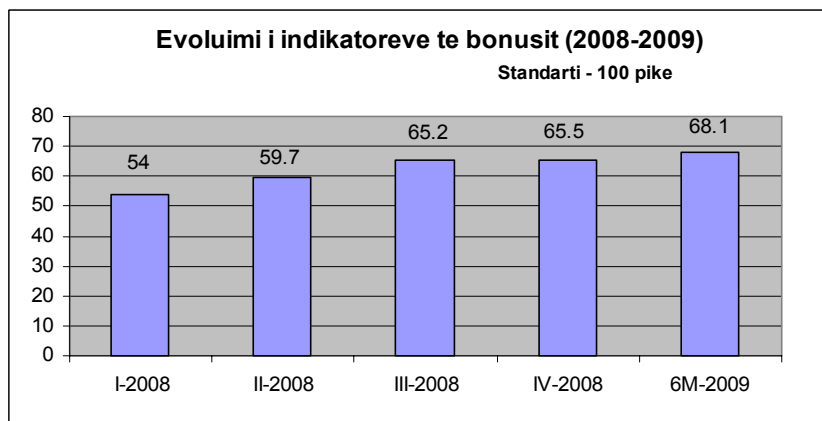
Burimi: Departamenti i Mjekut të Familjes, ISKSH, 2009

Reforma synon rritjen e cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor që financon ISKSH dhe rritjen e rolit të qendrave shëndetësore dhe mjekut të familjes si “porta” të sistemit të kujdesit shëndetësor në bazë të përcaktimit të një pakete bazë të shërbimeve të mbuluara të kujdesit shëndetësor parësor, e cila është futur për herë të parë në vitin 2009. Reforma e kujdesit shëndetësor ka mundësuar rritjen dhe përmirësimin e vazhdueshëm të treguesve të performancës dhe cilësisë dhe ka patur ndihmën e saj për një motivim më të mirë të stafit të qendrave shëndetësore, kjo nisur dhe nga dyfishimi i pagave mujore, dhënia e pagës së katërbëdhjetë mujore dhe i përfitimeve të tjera shtesë. Si rezultat i dhënies dhe përdorimit të një buxheti në mënyrë të pavarur, është përmirësuar furnizimi me barna dhe me materiale të tjera mjekësore për urgjencat e përfshira në paketën bazë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor. Në vitin 2009, të 419 qendrat shëndetësore në të gjithë Shqipërinë u pajisën më në fund me kite diagnostikuese, ndërsa poliklinikat në Tiranë u pajisën edhe me aparatura për ekzaminimet laboratorike, EKG, etj.

Një aspekt shumë i rëndësishëm i reformës së kujdesit shëndetësor parësor ishte përgatitja, hartimi dhe zbatimi i kontratave të reja. Deri në vitin 2006, nuk kishte tregues të vendosur për vlerësimin e nivelit të realizimit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe në të njëjtën kohë mungonin stimujt financiar për ofruesit e shërbimeve për ta rritur cilësinë e shërbimeve. Duke pasur parasysh objektivat e ndryshëm

dhe stimujt e zbatuar si pjesë e reformave sektoriale shëndetësore që po zbatohen në Shqipëri, ISKSH filloi, në vitin 2007, të masë dhe vlerësojë treguesit e performancës (numrin mesatar të vizitave për mjek të përgjithshëm) dhe, në vitin 2008, janë futur dhe analizuar gjashtë tregues të cilësisë. Këta tregues përfshijnë përqindjen e personave që vizitohen në një qendër shëndetësore për herë të parë në një vit, koston mesatare për recetë për diagnozë, ndjekjen e pacientëve kronikë, kujdesin për shëndetin riprodhues, procesin e imunizimit, dhe edukimin mjekësor të vazhduar. Përmes futjes së treguesve të performancës dhe indikatorëve të bonusit në kontratat e reja, ISKSH përcaktoi objektiva konkrete

Figura 6: Arritja e treguesve të cilësisë, 2008-2009



Burimi: Departamenti i Mjekut të Familjes, ISKSH, 2009

për ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve. Kuadri i ve-ndosur i treguesve të performancës dhe cilësisë premton të mundësojë vlerësimin e vazhdueshëm të situatës reale në nivel qendre shëndetësore, analizimin e saktë të tyre, si edhe mundësohen ndërhyrjet konkrete për përmirësimin e tyre. ISKSH synon edhe përmirësimin e stimujve financiarë të stafit përmes punës në grup, trajnimit profesional dhe formimit profesional të mjekëve dhe infermiereve. Së fundmi po jo e fundit, strategjia është që të nxitet konkurrenca midis qendrave shëndetësore të ndryshme në një qark, në kuadër të vënies në zbatim të treguesve të performancës dhe të cilësisë, përmes rritjes së bashkëpunimit dhe shkëmbimit të përvojave.

Treguesit e mbështetur në aktivitet

Megjithëse është dokumentuar qysh më parë, numri mesatar i vizitave në ditë të një mjeku familjeje nuk kishte rëndësi për mjekët, qendrat shëndetësore dhe sistemin në përgjithësi deri në vitin 2006. Lidhur me këtë tregues, nuk kërkohej asnjë standard dhe rrjedhimisht, rëndësia e tij nuk njihej sistematikisht. Për ISKSH-në, realizimi mesatar i konsultave përbën një element të rëndësishëm të aktivitetit të ISKSH-së sepse konsiderohet një tregues i vlefshëm i angazhimit dhe përkushtimit të stafit mjekësor në ndjekjen e vazhdueshme të pacientëve për të cilët paguhen. Ky tregues prodhimi mundëson matjen e shfrytëzimit racional të kohës së punës dhe krijon stimuj përmes një buxheti më të madh të gatshëm për aktivitetet e një qendre shëndetësore në përgjithësi dhe për stafin në veçanti. Në vitin 2009, ISKSH ka vërejtur një rritje të ndjeshme të këtij treguesi, krahasuar me vitet e mëparshme.

Rritja e numrit të vizitave për mjek tregon një përkushtim më të lartë të ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor dhe një rritje të besimit të pacientëve te mjekët e familjes. Vetëm gjatë vitit 2008, rreth 250 mijë përfitues të ISKSH-së shtesë shkuan për herë të parë në një mjek familjeje në qe-

ndrën e tyre shëndetësore, krahasuar me vitin 2006. Përfitimet financiare të performancës në vitin 2009, nga qendrat shëndetësore, janë rritur me 25 % krahasuar me vitin 2008 dhe me përafërsisht 200 % kundrejt vitit 2007.

Përkundër vështirësive në vendosjen e tyre, vënia në zbatim e treguesve të cilësisë në skemën e sigurimeve shëndetësore shqiptare ka pasur rezultat të mirë dhe të gjithë ofruesit e shërbimeve, me të cilët ISKSH ka kontratë, kanë dhënë kontribut në këtë zbatim të suksesshëm. Sa i takon ISKSH-së, futja e koncepte të reja për përmirësimin e cilësisë së shërbimit dhe zbatimi i tyre në terren ishte njëra prej sfidave kryesore gjatë vitit 2008 dhe 2009.

Figura 6 tregon se arritjet lidhur me treguesit e cilësisë janë rritur në mbarë vendin, nga njëri tremujor në tjetrin gjatë vitit të parë të analizës (2008), dhe kanë vijuar të përmirësohen në vitin 2009. Nga aspekti financiar, ofruesit e shërbimeve po përfitojnë nga zbatimi i treguesve të cilësisë (shih figurën 7). Ky ka qenë pikërisht njëri prej objektivave të reformës për ta rritur sa më shumë përfitimin për qendrat shëndetësore dhe për ta rritur buxhetin e tyre përmes përfitimeve për ta bazuar tek performanca ku një pjesë e këtyre të ardhurave shtesë mund të përdoren për shpërblim stimulus për stafin e qendrave shëndetësore. ISKSH, si agjencia zbatuese e kësaj reforme, pret të rritet cilësia e shërbimit përmes përmirësimeve të vazhdueshme në arritjen e treguesve të performancës. Si rezultat i zbatimit të treguesve të cilësisë, të gjithë ofruesit e shërbimeve e kanë përmirësuar situatën financiare të tyre. Janë rritur edhe përfitimet e fituara përmes arritjes së treguesve të shpërblimit, me përafërsisht 48 % në gjatshëmujorin e parë të vitit 2009, krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit 2008. Disa përmirësime të tjera gjatë viteve të fundit, të cilat kanë pasur ndikim në realizimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor, kanë qenë formulimi dhe zbatimi i një pakete bazë të shërbimeve të mbuluara prej muajit janar 2009, ngritja e sistemit të informacionit shëndetësor, një sistem i ri i

mbikëqyrjes dhe procesi i kontrollit shëndetësor për regjistrimin e popullatës.

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor do të përqendrohet te produkti i shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe, më tej, te fuqizimi i rolit të qendrave shëndetësore. Për arritjen e kësaj, do të jetë i domosdoshëm zbatimi dhe përmirësimi i mëtejshëm i sistemit të referimit dhe nisja e procesit të edukimit mjekësor të vazhduar për mjekët e familjes dhe punonjësit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Sistemi i pagimit të ofruesve të shërbimit lipset të zhvillohet më tej, përmes mbështetjes së financimit sipas treguesve të performancës dhe shpërblimit, dhe jo përmes pagesës në bazë të numrit të popullsisë. Lipset të përmirësohen vazhdimisht arritja e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga ana e përdoruesve dhe imazhi i qendrave shëndetësore. Rrjedhimisht, do të jenë të rëndësishme fuqizimi i nivelit të autonomisë së ofruesve të shërbimeve, rritja e investimeve për kujdesin shëndetësor parësor (pajisje, mirëmbajtje, etj.), shqyrtimi i përbërjes dhe funksionimit të këshillave drejtues të qendrave shëndetësore dhe zbatimi i udhëzuesve klinikë për shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor.

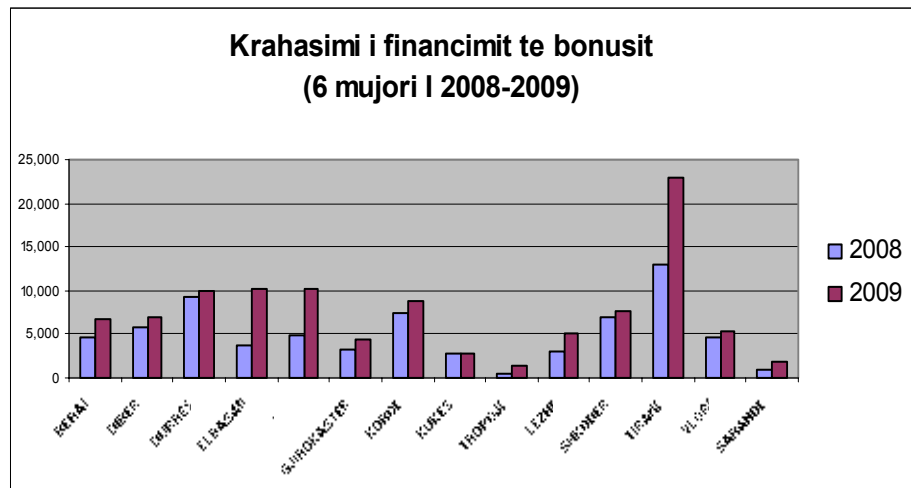
Nisja e reformës së shërbimeve spitalore

Shërbimet spitalore në Shqipëri kanë qenë të fundit që janë prekur nga reforma. Me synim përmirësimin e cilësisë së shërbimeve spitalore dhe ambulatorie të specializuara, Qeveria e Shqipërisë vendosi në fund të vitit 2008 të bënte disa ndryshime në aktet ligjore dhe nënligjore ekzistuese. Ndryshimi më i rëndësishëm kishte të bënte me financimin e shërbimeve spitalore, duke e

shndërruar ISKSH-në në blerësin e shërbimeve spitalore dhe ambulatorie të specializuara në Shqipëri.

Një varg arsyesh kishin krijuar një nevojë në rritje për reformimin e sektorit spitalor, siç ishin nivelet e ulëta sasiore dhe cilësore të realizimit të shërbimeve, mekanizmi financiar i centralizuar, mungesa e autonomisë dhe kapacitetet administruese të spitaleve shqiptare, dhe disa boshllëqe dhe dobësi në furnizimin dhe administrimin e barnave, pajisjeve dhe materialeve të tjera

Figura 7: Përfitimet nga treguesit e shpërblimit në 2008 dhe 2009



Burimi: Departamenti i Mjekut të Familjes, ISKSH, 2009.

mjekësore në nivel spitali. Për më tepër, sistemi i dobët i informacionit, mosrespektimi i sistemit të referimit, mungesa e bashkërendimit brendapërbrenda shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe mungesa e treguesve të performancës dhe cilësisë si matës të rezultatit dhe cilësisë dhe si stimuj të përmirësimit të shërbimeve çuan në nevojën për reformë.

Ndryshe nga shumica e vendeve fqinje dhe vendeve të tjera në Evropë, kujdesi spitalor në Shqipëri nuk u fut që në fillim në paketën e shërbimeve të mbuluara nga sigurimet shëndetësore. Për ta kapërcyer këtë situatë dhe për të bërë një hap përpara në drejtim të një sistemi kujdesi shëndetësor që të jetë më në përputhje me standardet evropiane dhe ndërkombëtare, ISKSH po zbaton prej muajit janar 2009 VKM-në nr

1661, datë 29-XII-2009. Në bazë të këtij vendimi politik të kohëve të fundit, spitalet konsiderohen tani si subjekte juridike publike me buxhete të pavarura, sa i takon kontraktimit dhe financimit të shërbimeve për pacientët e shtruar.

Si arritje kryesore të reformës spitalore deri tani, duhet theksuar se ISKSH ka hartuar dhe ka lidhur kontrata me katër spitale universitare, 12 spitale rajonale dhe 23 spitale bashkiake për realizimin dhe financimin e shërbimeve për pacientët e shtruar dhe shërbimeve ambulatorë të specializuara në spital. Autoritetet spitalore, nga ana e tyre, kanë filluar të lidhin kontrata individuale me punonjësit e tyre. ISKSH financon pagat dhe shpenzime të tjera personeli, kontributet e sigurimeve shëndetësore dhe shoqërore për punonjësit dhe mallra dhe shërbime të tjera. Është vendosur një metodë e re për raportimin e aktiviteteve spitalore, e cila do t'i japë mundësi ISKSH-së të ketë një pamje më të plotë të nivelit të shërbimeve të ofruara nga spitali. Ofruesit e shërbimeve spitalore tani kanë mundësinë t'i përdorin plotësisht të ardhurat dytësore për nevojat dhe qëllimet e spitaleve.

Sfidat për konsolidimin e reformës së shërbimeve spitalore

Sipas përvojës së ISKSH-së gjatë projektit pilot gjashtëvjeçar në spitalin e Durrësit, si edhe nga përvojat e tjera në sektorin spitalor, kjo reformë kërkon ndryshime më të thella në kuptim të rritjes së autonomisë organizative, strukturore dhe financiare të ofruesve të shërbimeve spitalore. Për rrjedhojë, zbatimi i reformës do të kërkojë, pikë së pari, ndryshime në legjislacionin ekzistues. Në dritën e fuqizimit të autonomisë së administrimit të spitaleve, do të jetë shumë e rëndësishme të sigurohet krijimi dhe funksionimi i autoriteteve administrative rajonale shëndetësore për të siguruar vetëqeverisjen financiare dhe administrative, njëfarë niveli pavarësie lidhur me realizimin e shërbimeve dhe një sistem më elastik pagese në bazë të performancës të secilit ofrues të shërbimeve.

Në kuadër të standardizimit të realizimit të shërbimeve, ndërhyrjet më të rëndësishme në të ardhmen do të duhet të përfshijnë fuqjen e standardeve për llogaritjen e kostove për shërbim, miratimin e treguesve standard të performancës dhe cilësisë për spitale dhe ngritjen e një sistemi informativ të unifikuar për standardizimin e shërbimeve (shih Pfleiderer, f. 45, në këtë vëllim leximi).

Prirjet e ardhshme të reformave të financimit në shëndetësi

Sistemi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri kërkon hapa të tjerë shtesë reforme, si në kujdesin shëndetësor parësor ashtu edhe në ofrimin e shërbimeve spitalore. Për ta përmirësuar më tej kujdesin shëndetësor në Shqipëri, duket se është i domosdoshëm një vullnet i fortë politik. Për më tepër, do të jetë i nevojshëm përmirësimi i legjislacionit përkatës, ngritja e kapaciteteve institucionale, përmirësimi rrënjësor i administrimit të shërbimeve, intensifikimi i formimit profesional të ofruesve të shërbimeve dhe pasja e asistencës së njohurive teknike të huaja. Në kuadër të përmirësimit dhe fuqizimit të skemës së sigurimeve shëndetësore, ISKSH është gjithnjë në kërkim të zhvillimit të mëtejshëm të kapaciteteve të veta. Mirëpo, kjo punë duhet shoqëruar nga një sërë ndryshimesh në legjislacionin ekzistues për ta fuqizuar skemën.

Për përmirësimin e skemës publike të sigurimeve shëndetësore në Shqipëri, do të jenë të nevojshme një varg ndërhyrjesh dhe masash të tjera konkrete. Kjo do të përfshijë fuqizimin e rolit të ISKSH-së si blerës i vetëm i shërbimeve shëndetësore të financuara në mënyrë publike. Rrjedhimisht, skemës së sigurimeve duhet t'i jepet e drejta të zgjedhë ofruesit më të mirë të shërbimeve. Për përmirësimin e performancës do të jenë të nevojshme një sërë ndryshimesh ligjore për rritjen e autonomisë institucionale të ISKSH-së. Një hap i rëndësishëm është, pa dyshim, miratimi i ligjit të ri për sigurimet e kujdesit shëndetësor, i cili pritët ta fuqizojë rolin e ISKSH-së si blerës i shërbimeve të kujdesit shë-

ndetësor nga ofrues publik dhe, mundësisht, edhe nga privatë. Mundësitë kontraktuese me ofrues privatë të shërbimeve për rritjen e shërbimeve cilësore mund të jetë një mundësi tjetër.

Mbledhja e kontributeve duhet të bëhet shumë më e efektshme dhe e domosdoshme është paisja me një sistem transparent dhe të besueshëm të bashkëpagesave. Është me interes të përcaktohet me saktësi kontributi i shtetit për popullsinë joaktive në mënyrë që të sigurohen burimet për një kujdes shëndetësor adekuat për këto grupe të popullsisë dhe të arrihet qëndrueshmëria financiare në kohë për ISKSH-në. Zgjerimi i mbulimit të popullsisë është një element tjetër kyç i shndërrimit të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor Shqiptar në një ent publik aktual i cili u jep mundësi të gjithë qytetarëve të përfitojnë nga paketa e shërbimeve shëndetësore dhe të gëzojnë mbrojtje shëndetësore dhe shoqërore (shih Roshë etj, f 56, në këtë vëllim leximi). Rrjedhimisht, do të jetë e nevojshme një autonomi më e gjerë financiare, administrative dhe strukturore e ofruesve publik të shërbimeve, për të garantuar arritjen e shë

rbimeve të ISKSH-së nga të gjithë shqiptarët. Kjo premtion të mundësojë arritjen e elasticitetit të mjaftueshëm dhe rritjen e mundësisë së arritjes së shërbimeve të nevojshme të kujdesit shëndetësor nga popullsia.

Bibliografi

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (2004- 2008). Raportet Financiare të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor Shqiptar. ISKSH, Tiranë.

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (2009). Plani Financiar i Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor Shqiptar. ISKSH, Tiranë.

Koduzi, Gazmend; Sinani, Naun; Hunda, Majlinda; Thereska, Arbi; Zebi, Luftar (2009). Efektet e reformës në kujdesin shëndetësor parësor sipas ofruesve dhe klientëve të shërbimit. Departamenti i Adresarit Mjekësor. ISKSH, Tiranë.

Republika e Shqipërisë (1994). “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”. Ligj nr 7870, datë 13-X-1994. Republika e Shqipërisë. Tiranë.

Autonomia e Sigurimeve Shëndetësore në Shqipëri – inpute të GTZ-së⁶

Jens Holst⁷

Historik juridik

Pas fundit të komunizmit, Shqipëria vendosi të zbatojë një sistem të financimit të shëndetësisë me një pagues të vetëm dhe të mbështetur në kontribute. Në 1993, filloi planifikimi dhe ngritja e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH) në Shqipëri. Në vitet në vijim, ISKSH u bë njëri prej aktorëve më të rëndësishëm të sistemit të kujdesit shëndetësor në vend. Realizimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor të financuar nga ISKSH-ja, në të vërtetë, filloi në vitin 1995, me rimbursimin e një numri barnash që konsideroheshin si prioritet. Edhe pse ISKSH u vu në zbatim me idenë për ta zgjeruar, hap pas hapi, objektin e paketës së shërbimeve të mbuluara, u deshën më shumë se 10 vjet që ISKSH dhe autoritetet shëndetësore shqiptare të zbatojnë rritjen e parë përkatëse të shërbimeve. Prej janarit 2007, ISKSH mbulon edhe kujdesin ambulator të realizuar në mbarë vendin në rreth 400 qendra shëndetësore, përfshirë edhe kujdesin e specializuar në disa poliklinika. Pas jo më shumë 2 vjetësh, ISKSH nxitoi të fusë në paketën e shërbimeve të mbuluara edhe kujdesin spitalor për pacientë të shtruar dhe pacientë ambulatorë në nivel sekondar dhe, madje, terciar, duke filluar nga data 1 janar 2009 (shih Hana/Naun në këtë vëllim leximi, f. 16f). Këta dy hapa madhorë në zhvillimin e ISKSH-së, e kanë ndryshuar ndjeshëm rolin e ISKSH-së brenda sistemit të kujdesit shëndetësor shqiptar dhe e kanë rritur përgjegjësinë e tij politike dhe financiare.

Në tetor 1994, u miratua Ligji nr 7870 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, si akt i parë ligjor që rregullonte sigurimet shëndetësore në vend (Hysi/Zyba, 2008). Zbatimi i skemës së ISKSH-së filloi me rimbursimin e barnave, si hapi i parë i shërbimeve të mbuluara, që nga data 1 janar 1995 deri më sot (Holst/Burazeri 2008, f. 7). Prej atëherë, janë vënë në zbatim një sërë masash ligjore për rregullimin dhe organizimin e procedurave dhe përgjegjësi të ISKSH-së. Ka disa akte ligjore dhe nënligjore të cilat përkufizojnë kushtet, detyrat, detyrimet dhe të drejtat e skemës së sigurimeve shëndetësore me një pagues të vetëm. Tani, ISKSH është krijuar si një ent publik, autonom dhe pjesërisht me vetadministrim nën vartësinë e Kuvendit të Shqipërisë. Zyrtarisht, skema nuk drejtohet nga shteti, megjithëse ka një sërë ndërhyrjesh, si edhe përgjegjësi të mbivendosura lidhur me shërbimet shëndetësore të mbuluara dhe realizimin e shërbimeve, nga njëra anë, dhe mbulimi me sigurime shëndetësore, nga ana tjetër (po aty, f. 21).

Sfidat në të ardhmen

Kuadri ligjor lidhur me financimin e shëndetësisë dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri dhe kudo gjetkë, zakonisht përballet me sfida komplekse, duke qenë se u duhet të pajtojnë autonominë dhe performancën e sistemit. Përvoja ndërkombëtare, sidomos nga vendet Evropiane me sisteme të kujdesit shëndetësor sipas Bismarkut, tregon se sigurimet shoqërore shëndetësore kanë nevojë për një nivel të arsyeshëm pavarësie nga shteti dhe një autonomi lidhur me të gjitha çështjet që kanë të bëjnë vetëm me sigurimet (Lindenlaub/Schulte 2008). Në të njëjtën kohë, është e domosdoshme të përcaktohet qartë roli dhe pozicioni i skemës së sigurimeve shëndetësore brenda sistemit të përgjithshëm të kujdesit shëndetësor dhe marrëdhënia me të gjitha institucionet, grupet e interesit dhe aktorët e tjerë. Një kuadër rregullator i përshtatshëm dhe i strukturuar mirë i jep vendit mjetet e duhura për të drejtpeshuar

⁶ Në këtë material ka refleksione për kuadrin ligjor të ISKSH-së të paraqitura nga eksperti i vendosur pranë ISKSH, zoti Holger Thies, gjatë konferencën ndërkombëtare të ISKSH-së dhe GTZ-së, të zhvilluar në Tiranë më 28-29 shtator 2009.

⁷ Konsulent i GTZ-së për financimin e shëndetësisë dhe për zhvillimin e sektorit shëndetësor, drdjensholst@web.de.

interesat e ndryshme dhe pjesërisht kontradiktore dhe për të siguruar autonomi dhe llogaridhënie të mjaftueshme. Janë të nevojshme një sërë aktesh për rregullimin e veprimit të skemës së sigurimeve shoqërore dhe për ruajtjen e transparencës dhe qëndrueshmërisë së skemave autonome.

Kohët e fundit, ISKSH ka pasur dy zgjerime të ndjeshme të paketës së shërbimeve shëndetësore të mbuluara, duke zbatuar kujdesin ambulator në vitin 2007 dhe kujdesin spitalor për pacientët ambulator dhe për pacientët e shtruar në vitin 2009. Të dyja këto masa kanë kërkuar ndryshime përkatëse në rregullimin e financimit të shëndetësisë në Shqipëri sepse kuadri i mëparshëm ligjor i krijuar në vitet '90, nuk i parashikonte temat përkatëse me të cilat duhet të merret ISKSH-ja. Përfshirja e kujdesit për pacientët ambulatorë dhe për ata të shtruar në spitale, solli nevojën e ngutshme për të lidhur kontrata me lloje të reja të ofruesve të shërbimeve dhe, kështu, për zhvillimin e kornizave kontraktore të përshtatshme. ISKSH-së ju desh të zhvillohej si një institucion i cili të jetë i aftë dhe të ketë atributet ligjore për të lidhur kontrata me ofruesit e shërbimeve në nivel të kujdesit shëndetësor parësor, dytësor dhe terciar. Sot, ISKSH është, të paktën teorikisht, një institucion publik autonom, që lidh kontrata dhe rimbursion ofruesit e kujdesit shëndetësor publik, të cilët, hap pas hapi, po fitojnë një autonomi dhe pavarësi më të madhe nga Ministria e Shëndetësisë (MSH).

Ndërkohë që roli i MSH-së po shndërrohet vazhdimisht nga ofrues i kujdesit shëndetësor në ligjvënës dhe rregullues, po rritet ndjeshëm rëndësia e ISKSH-së si kontraktues i vetëm publik dhe pagues i vetëm. Kundrejt këtij historiku dhe në kuadër të një debati kombëtar për ligjin e ri për financimin e shëndetësisë në Shqipëri, çështja e nivelit të autonomisë së ISKSH-së dhe i kapacitetit të tij për ta organizuar sistemin shëndetësor, janë faktorë kyç të mbrojtjes sociale shëndetësore dhe të performancës së përgjithshme të sistemit. Autonomia e skemave publike të sigurimeve shëndetësore përfshin aspekte politike, financiare, or-

ganizative, normative dhe kontraktore. Sipas Ligjit nr 7870 dhe Vendimit nr 88 të Këshillit të Ministrave (2003), ISKSH është e organizuar si një person juridik autonom dhe si administrator autonom i fondit të sigurimeve shëndetësore (Hysi/Zyba 2008, f. 4).

Kërkesat ligjore për autonominë

Autonomia politike, pa dyshim, nuk nënkupton pavarësi të plotë nga qeveria dhe nga organet e tjera publike, por ka të bëjë me opsionet e skemave të sigurimeve shoqërore-shëndetësore, për të zhvilluar dhe strukturuar kuadrin e vet institucional dhe për të pasur një nivel të arsyeshëm mbrojtjeje nga përpjekja e institucioneve të tjera për të ndërhyrë në detyrat qendrore të tyre dhe për të përdorur fondet e caktuara për shëndetësinë. Tema e fundit është një parakusht për autonominë financiare, e cila ka të bëjë, para së gjithash, me një nivel të caktuar pavarësie buxhetore lidhur me sigurimin e burimeve dhe shpenzimet për shërbimet shëndetësore. Autonomia organizative nënkupton përcaktimin e një kuadri institucional, e një marrëdhënieje me organet e tjera publike dhe private dhe e pavarësisë zyrtare nga institucionet qeveritare. Skemat e sigurimeve shëndetësore kërkojnë edhe një autonomi normative, në mënyrë që të vendosen rregullat e brendshme dhe të jashtme lidhur me funksionet qendrore. Për shkak të ndryshimeve të kohëve të fundit, të zhvilluara në ISKSH dhe, në tërësi, në sektorin e kujdesit shëndetësor shqiptar, autonomia kontraktore është kthyer në një sfidë të parë për Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. Për organizimin dhe administrimin e kujdesit ambulator dhe spitalor, duhet që ISKSH të zhvillojë korniza kontraktore dhe të lidhë kontrata drejtpërdrejt me ofruesit e shërbimeve në të gjithë vendin. Kjo duhet të lidhet kryesisht me treguesit e prituri të rezultateve dhe me potencialin për të siguruar mundësi të përdorimit të shërbimeve shëndetësore për të gjithë qytetarët dhe jo me rivalitetet ndërinstitutionale apo me kushte jo të qarta të sistemit shëndetësor.

Për përcaktimin e detyrave, rolit dhe nivelit të autonomisë së ISKSH-së, është i domosdoshëm një kuadër ligjor i përshtatshëm. Mirëpo, paketa e akteve ligjore dhe nënligjore që lidhet me sigurimet shëndetësore në Shqipëri është, tani për tani, tejet e fragmentuar dhe pjesërisht jo në përputhje me njëra-tjetrën. Ligji për sigurimet shëndetësore i vitit 1996, me të cilin është krijuar skema e ISKSH-së si institucion publik me njëfarë niveli autonomie, është ende në fuqi. I vetmi përfitim në atë kohe ishte rimbursimi i barnave dhe të gjitha ndryshimet e futura prej atëherë janë zbatuar përmes akteve nënligjore shtesë apo përmes urdhrave specifik ministrorë për zgjerimin e paketës së shërbimeve shëndetësore të mbuluara apo për zgjidhjen e temave të caktuara. Edhe një masë e tillë qendrore, siç është zgjerimi i paketës së shërbimeve shëndetësore të siguruara për të përfshirë kujdesin spitalor, çka nënkupton marrëdhënie kontraktore tërësisht të reja dhe norma të reja për rimbursimin, gjë që thuajse e ka dyfishuar buxhetin e ISKSH-së, mbështetet vetëm në një akt nënligjor specifik. Për ta zgjidhur problemin e paketës komplekse dhe pjesërisht jo në përputhje të akteve ligjore dhe nënligjore që rregullojnë financimin e shëndetësisë në Shqipëri, qeveria shqiptare, e përfaqësuar nga Këshilli i Ministrave, po punon për një kuadër ligjor të përditësuar për financimin e shëndetësisë dhe, sidomos, për një ligj të ri për sigurimet shëndetësore.

Njëri prej katër objektivave të projektit të ISKSH-së me GTZ-në është lidhur ngushtë me procesin legjislativ brenda sektorit të kujdesit shëndetësor. Duke pasur parasysh kushtet paraekzistuese dhe nevojat e ardhshme, treguesi i projektit të parë përqendrohet te hartimi i propozimeve të duhura të ISKSH-së për aktet normative që rregullojnë financimin e kujdesit shëndetësor dhe që sigurojnë organizimin autonom të institucionit shqiptar si pagues i vetëm. Rrjedhimisht, GTZ e ka mbështetur ISKSH-në për hartimin e projektstatuteve për një skemë të sigurimeve shëndetësore në mënyrë që të përcaktoheshin dhe për-

shkruheshin pritshmëritë dhe propozimet e ISKSH-së lidhur me mënyrën e organizimit të detyrave të sigurimeve shëndetësore në të ardhmen. Për përcaktimin e pikënisjes, projekti mori me kontratë një ekspert jurist vendas për të analizuar kuadrin e përgjithshëm ligjor për institucionet publike në Shqipëri (Anastasi/Çani 2008) dhe për të bërë një analizë të hollësishme të kuadrit rregullator ekzistues të ISKSH-së (Hysi/Zyba 2008). Konstatimet dhe rekomandimet e këtyre studimeve ju paraqitën ISKSH-së dhe u diskutuan me grupe të ndryshme interesi në sistemin e kujdesit shëndetësor shqiptar. Nga vlerësimi i tyre, specialistët për të drejtat kushtetuese dhe legjislacionin e sektorit publik, hartuan një varg mësimesh të nxjerra dhe përpiluan opsione të ndryshme për ta përcaktuar më mirë dhe për ta përmirësuar situatën ligjore dhe opsione për t'i dhënë mundësi ISKSH-së të punojë në mënyrë më të efektshme dhe në favor të klientëve të tij.

Aktet normative të ISKSH-së dhe ligji për financimin e shëndetësisë

Mbështetja e projektit për ISKSH-në, duke u përqendruar te përgatitja e një propozimi për mënyrën se si të organizohet financimi i shëndetësisë në Shqipëri, përkoi dhe që një pasurim dhe ndihmë për debatin mbi projektligjin për financimin e shëndetësisë. Megjithatë fokusi i projektit ishte përgatitja e statuteve të ardhshme të ISKSH-së, në diskutimet e shumta për projektligjin u morën parasysh dhe u pasqyruan shumë propozime dhe rekomandime të përgatitura nga ekspertë të marrë me kontratë nga GTZ-ja. Njohuritë prej eksperti të fituara përmes projektit të ISKSH-së dhe GTZ-së, dhanë kontribut për pasurimin e vazhdueshëm të procesit legjislativ. Shtesat dhe ndryshimet në projektligjin për sigurimet shëndetësore që kanë lidhje të drejtpërdrejta me kontributet e GTZ-së kanë të bëjnë kryesisht me analizën e hollësishme të rrjedhojave të fushave të detyrueshme, propozimet lidhur me përbërjen e Bordit Këshillor, çështje të faktorit udhëheqës dhe kompetencat e Këshillit Administrativ të

ISKSH-së, mënyrën se si të përzgjidhet Drejtori i Përgjithshëm dhe përcaktimi i detyrave dhe detyrimeve të tij dhe nivelin e autonomisë në lidhje me kontraktimin e ofruesve (Anastasi/Çani 2009; Hysi/Zyba 2009).⁸

Projektligji ekzistues fillon me dhënien e disa përkufizimeve bazë të kushteve dhe vijon me një përcaktim të hollësishëm të të gjithë aspekteve të sigurimeve shëndetësore, përfshirë edhe përkufizimin e pjesëmarrësve dhe përfituesve, kontributeve dhe të ardhurave të tjera, shërbimeve të mbuluara, administrimit dhe organizimit të ISKSH-së, masat organizative për ndarjen e kostove, kontraktimin, statistikën dhe sistemin informativ. Projektligji përmban shumë nene që do të duan specifikim të mëtejshëm përmes akteve nënligjore dhe sidomos përmes statuteve të përshtatshme të ISKSH-së. Në bazë të mendimeve të dhëna nga projekti, ISKSH ka hartuar një projektstatut i cili është ndryshuar përsëri nga konsulentët juridikë, të cilët paraqitën rekomandimet e tyre në një seminar pune me stafin e ISKSH-së dhe përfaqësues të Këshillit Administrativ. Në kuadër të procesit legjislativ, ISKSH-së i kërkohet të japë kontribut aktiv në zhvillimin e mëtejshëm të kuadrit ligjor që do të rregullojë detyrat dhe detyrimet e ardhshme të skemës. Rrjedhimisht, ISKSH duhet të kujdeset që ndryshimet e ardhshme në legjislacion të marrin në konsideratë nivelet e ndryshme të autonomisë të përmendura më lart, për të siguruar një performancë të efektshme dhe eficiente të pagesit të vetëm për shërbimet e kujdesit shëndetësor në Shqipëri (ISKSH 2009).

Bibliografi

Anastasi, Aurela; Çani, Eralda (2008). Analiza e kuadrit ligjor dhe rregullator të institucioneve publike në Shqipëri, krahas Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. GTZ, Tiranë.

Anastasi, Aurela; Çani, Eralda (2009). Analiza e çështjeve kushtetuese dhe të administratës publike të pasqyruara në projektligjin për kujdesin shëndetësor të garantuar në Republikën e Shqipërisë. GTZ, Tiranë.

Këshilli i Ministrave (2003). “Për miratimin e Statutit të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor”. Vendim i Këshillit të Ministrave, datë 13-II-2003, Tiranë.

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (2009). Projektstatut. Fondi i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. ISKSH, Tiranë.

Dokument i brendshëm.

Holst, Jens; Burazeri, Genc (2008). Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, Shqipëri. Vlerësim-InfoSure, 15-28 qershor 2008. Raport i Misionit, ISKSH/GTZ, Tiranë/Eschborn.

Dokument i brendshëm.

Hysi, Eris; Zyba, Entila (2008). Diagnozë e hollësishme e kuadrit ligjor dhe rregullator e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shoqëror (ISKSH) dhe e çështjeve juridike të tij. GTZ, Tiranë.

Hysi, Eris; Zyba, Entila (2009). Diagnozë e hollësishme e kuadrit ligjor dhe rregullator e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shoqëror (ISKSH) dhe e çështjeve juridike të tij – version i zgjeruar. GTZ, Tiranë.

Lindenlaub, Yvonne; Schulte, Ortwin (2008). Sistemet e sigurimeve shëndetësore në BE. Dallime dhe emërues të përbashkët. Prezantim i përgatitur për seminarin e GTZ-së dhe ISKSH-së “Opsione për një kuadër rregullator të ardhshëm për sigurimet shoqërore dhe shëndetësore në Shqipëri”, 21 shtator 2008, Tiranë. Dokument i brendshëm.

Republika e Shqipërisë (1998). Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë. Tiranë.

Republika e Shqipërisë (1999). Për organet kolektive të organeve shtetërore dhe subjekteve publike. Ligj nr 8480, datë 27-V-1990. Tiranë.

Republika e Shqipërisë (2009). “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”. Ligj nr 10107, datë 13-III-2009. Tiranë.

⁸ Kjo analizë e dyfishtë mbështetet në projektligjin e datës 10-VII-2009, sipas versionit që u ka ardhur ekspertëve të ISKSH-së.

Sfidat e Burimeve Organizative dhe Njerëzore

Perspektivat për përmirësimin e administrimit të strukturës organizative dhe burimeve njerëzore në Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor

Ermira Verli⁹

Historik i shkurtër

Përmirësimi i drejtimit të burimeve njerëzore dhe zhvillimi organizativ, kanë qenë për shumë vite objektiva të rëndësishëm në rrugën drejt rritjes së kapaciteteve institucionale të Institutit Shqiptar të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH). Por, nevoja e tanishme për një rifreskim organizativ dhe institucional të ISKSH-së rrjedh nga zhvillimet dhe kërkesat më të fundit lidhur me zgjerimin e paketës së shërbimeve të mbuluara nga ISKSH-ja dhe të rrjetit të ofruesve të këtyre shërbimeve (për më shumë hollësi, shih Naun/Hana, f. 11ff). Këto ndryshime bëjnë pjesë dhe po zbatohen në përputhje me reformën që po vihet në jetë në sektorin e shëndetësisë. Sektori i shëndetësisë në Shqipëri mund të përshkruhet si një “sistem me një pagues (financues) të vetëm”, ku ISKSH-ja është institucion autonom, përgjegjës për sigurimin e burimeve të caktuara për kujdesin shëndetësor. Shumë vende me të ardhura të ulëta me sisteme me “një pagues të vetëm” nuk ofrojnë fonde të sigurimeve shoqërore me përgjegjësinë e caktuar për t’u kujdesur që fondet e shpërndara ofruesve të kujdesit shëndetësor të lidhen, të paktën pjesërisht, me performancën e këtyre ofruesve (Kutzin 2001). Në Shqipëri, Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor është, në thelb, përgjegjës për shpërndarjen e fondeve të mbledhura, duke plotësuar kështu, njërën prej detyrave të shumta të sigurimeve shëndetësore. Reforma e sotme e sektorit të shëndetësisë përqëndrohet te fuqizimi i funksionit të blerjes të ISKSH-së, i cili

është i lidhur qartë me nevojën për rritjen e aftësive dhe kapaciteteve institucionale. Kundrejt këtij sfondi, drejtimi i burimeve njerëzore dhe zhvillimi organizativ kanë qenë dy komponentë të rëndësishëm të projektit të GTZ-së “Konsulencë për politikën shëndetësore në Shqipëri”.

Reforma e sistemit shëndetësor dhe drejtimi i burimeve njerëzore

Në përgjithësi dhe pikë së pari, burimet njerëzore janë njëri prej tri faktorëve kryesorë të prodhimit, krahas tokës dhe kapitalit. Për më tepër, rëndësia e burimeve njerëzore në sektorin e shëndetësisë rrjedh nga fakti se është një faktor përcaktues për ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë, burimet njerëzore janë faktori më i rëndësishëm i prodhimit në sistemet shëndetësore (Starkiene e të tjerë, 2006, f. 7).

Së dyti, pas një periudhe të gjatë mungese vëmendje, çështja e burimeve njerëzore në shëndetësi ka dalë si një komponent qendror në problematikën ndërkombëtare në fushën e shëndetësisë, qoftë si pengesë, por edhe si një mundësi, për të pasur një reformë të efektshme të realizimit të kujdesit shëndetësor. Në përputhje me këtë problematikë ndërkombëtare në fushën e shëndetësisë, nevoja për t’u përqëndruar më shumë te burimet njerëzore e lidhur me reformën e sektorit të shëndetësisë ka lindur, ndërkohë, edhe në Shqipëri.

Po kështu, ISKSH po luan një rol shumë të rëndësishëm në reformën e sistemit shëndetësor dhe, kështu, lipset të jetë i përgatitur mirë për ta përmbushur këtë rol. Drejtimi i duhur i burimeve njerëzore si edhe ndryshimet e strukturës organizative janë bërë një nevojë e brendshme e ISKSH-së, që rrjedh nga reformat në sektorin shëndetësor dhe, sidomos, nga detyrat shtesë që pritet të marrë në dorëzim ky Institut në të ardhmen e afërt. Duke pasur në konsideratë burimet financiare ekzistuese, ka një kërkesë të fuqishme për ta përshtatur skemën institucionale dhe për të ngritur kapacitete të reja brenda strukturës së ISKSH-së.

⁹ Drejtore e Burimeve Njerëzore, Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), Shqipëri, everli@isksh.com.al.

Pas futjes së koncepteve të zhvillimit organizativ dhe të burimeve njerëzore, grupi i punës i ISKSH-së filloi me fazën e parë të studimit të zinxhirit të proceseve, e cila është identifikimi i proceseve. U ra dakord të merreshin si shembuj proceset për administrimin e recetave dhe administrimin e librezave shëndetësore në dy drejtori rajonale pilot.

Rrjedhojat buxhetore të reformës së sistemit shëndetësor për ISKSH-në

Gjatë viteve të fundit, ISKSH-ja ka luajtur një rol shumë të rëndësishëm në reformën e sistemit shëndetësor në Shqipëri. Kalimi nga një sistem “i fragmentuar” me disa institucione të ndryshme, si Ministria e Shëndetësisë apo njësitë e pushtetit vendor të cilat paguanin për kujdesin shëndetësor, si “një pagesë të vetëm”, ka çuar në një rritje të vazhdueshme të të ardhurave gjithsej të ISKSH-së dhe në ndryshime të rëndësishme në raportin e të ardhurave të mbledhura nga burime të ndryshme, që do të thotë një rritje e ndjeshme e përqindjes së financuar nga Thesari.

Ka pasur një ndryshim të konsiderueshëm në shumën gjithsej të fondeve pas vitit 2006, i cili mund të shpjegohet me faktin se ISKSH filloi, në vitin 2007, të financojë kujdesin shëndetësor parësor, i cili ishte financuar më parë nga Ministria e Shëndetësisë dhe njësitë e pushtetit vendor (vetëm financimi për investimet mbeti në kompetencë të Ministrisë së Shëndetësisë). Kjo ka

çuar në një rritje të të ardhurave gjithsej të ISKSH-së, nga 6,4 miliard lekë në vitin 2006 në përafërsisht 10 miliard lekë në vitin 2007. Një ndryshim tjetër i konsiderueshëm vërehet në vitin 2009, ku buxheti gjithsej u rrit më tej në 24,2 miliard lekë, pas përfshirjes në paketën e shërbimeve të mbuluara nga ISKSH-ja edhe të shërbimeve spitalore për pacientët e shtruar dhe për pacientët ambulatorë (shih Naun/Hana, f. 16f). Këto ndryshime të mëdha të futura në skemën shqiptare të sigurimeve të kujdesit shëndetësor sigurisht që e kanë ndryshuar raportin e burimeve financiare që vihen në dispozicion të ofrimit të shërbimeve të mbuluara nga ISKSH. Sigurisht, financimi i sektorit shëndetësor sot mbështetet më shumë te tatimi i përgjithshëm se te kontributet e detyrueshme. Kalimi drejt një sistemi të efektshëm me “një pagesë të vetëm” nënkupton, padyshim, mundësi për përmirësimin e të gjithë sistemit të kujdesit shëndetësor, duke i dhënë skemës kombëtare të sigurimeve të kujdesit shëndetësor një përzierje me kontribute dhe tatime të përgjithshme.

Analizë e shpenzimeve të personelit të ISKSH-së

Sasia në rritje e burimeve financiare që duhet administruar nga ISKSH sjell një rritje të përgjegjësisë dhe ka rrjedhoja edhe në aspektin e shpenzimeve administrative që vihen në dispozicion për burimet njerëzore. Në bazë të të dhënave të mësipërme të cilat tregojnë efektin e reformës mbi burimet

Tabela 1: Të ardhurat e ISKSH-së gjatë viteve më të spikatura të reformës (në milion lekë)

Viti	Kontributet e detyrueshme	Përqindja	Tatim i përgjithshëm	Përqindja	Burime të tjera	Përqindja	Të ardhura gjithsej
2009	6,329	26.1%	17,832	73.7%	50	0.2%	24,211
2008	4,966	45.2%	5,937	54.1%	80	0.7%	10,983
2007	4,156	41.7%	5,545	55.6%	272	2.7%	9,973
2006	3,365	52.8%	2,805	44.0%	201	3.2%	6,371
2005	3,234	49.3%	3,250	49.6%	73	1.1%	6,557
2004	2,679	51.6%	2,360	45.5%	151	2.9%	5,190

Burimet: Raportet financiare të ISKSH-së 2005, 2006, 2007, 2008; Plani financiar i ISKSH-së 2009

financiare dhe burimet e financimit të ISKSH-së, përqindja e buxhetit të shëndetësisë që është caktuar për burimet njerëzore mund të jetë një tregues i mirë i shpenzimeve të duhura për krahun e punës, në raport me kostot e tjera (Koli/ Dibra 2009).

Analiza e trendit lidhur me shpenzimet për personelin në ISKSH si përqindje e të ardhurave gjithsej (përfshirë edhe burimet e mbledhura nga kontribuesit, buxheti i shtetit dhe burime të tjera) zbulon se kjo përqindje ka rënë nga 5,1 % në 2 % gjatë pesë viteve të fundit. Kjo i kushtohet kryesisht rritjes së ndjeshme të burimeve gjithsej të kanalizuar përmes Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor pa bërë një rritje madhore të burimeve njerëzore dhe infrastrukturës gjatë viteve të fundit. Megjithatë, edhe pse nuk ka një tregues të përgjithshëm krahasimi për nivelin relativ ose absolut më të përshtatshëm të shpenzimeve për burimet njerëzore në raport me buxhetin gjithsej, mund të thuhet se ISKSH në përgjithësi ka funksionuar me një nivel të ulët shpenzimesh për administratën dhe burimet njerëzore.

Për t'i përdorur në mënyrë më të efektshme burimet e mundshme për qëllimet e zhvillimit të brendshëm të ISKSH-së, shpërndarja e ardhshme e buxhetit për shpenzimet administrative duhet të planifikohet sipas situatës së re dhe duhet të mendohet të bëhet një rritje e shpenzimeve për personelin. Ka disa alternativa se si të përdoren fondet që mund të parashikohen si shtesë për burimet njerëzore: përmes rritjes së numrit të punonjësve në disa drejtori rajonale, përmes rritjes së kompensimit apo futjes së përfitimeve të mbështetura në performancë dhe përmes rritjes së burimeve financiare për trajnime në mënyrë që të mbështetet zhvillimi i personelit dhe ngritja e kapaciteteve brenda ISKSH-së. Në çdo rast, shpërndarja e fondeve duhet të mbështetet në nevojat e parashikuara të sektorit të burimeve njerëzore, të cilat duhet të përcaktohen paraprakisht të paktën për një periudhë afatshkur-

tër, duhet të marrë në konsideratë planin e përgjithshëm afatshkurtër të ISKSH-së dhe duhet të mbështetet në një grup prioritetesh të deklaruara si zbatimi i kartës shëndetësore, zhvillimi i sistemeve të reja informatike, vendosja e partneritetit publik-privat në sektorin shëndetësor, etj.

Tabela 2: Shpenzimet e ISKSH-së për personelin krahasuar me të ardhurat gjithsej, 2004-2009

Vitet	Shpenzime personeli (në milion lekë)	Shpenzimet e personelit e ISKSH-së si përqindje e të ardhurave gjithsej
2009	474	2.0%
2008	377	3.4%
2007	314	3.1%
2006	292	4.6%
2005	292	4.5%
2004	265	5.1%

Burimet: Raportet financiare të ISKSH-së 2005-2008; Plani financiar 2009

Analizë e strukturës së tanishme organizative dhe administrimit të burimeve njerëzore të ISKSH-së

Misioni i parë i konsulencës për sfidat institucionale dhe burimet njerëzore të ISKSH-së i realizuar në kuadër të projektit të GTZ-së dhe ISKSH-së, u përqendrua te analiza e strukturës organizative aktuale dhe drejtimi i burimeve njerëzore të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. Synimi i analizës ishte vlerësimi i sistemit ekzistues dhe identifikimi i pikave që duhen përmirësuar.

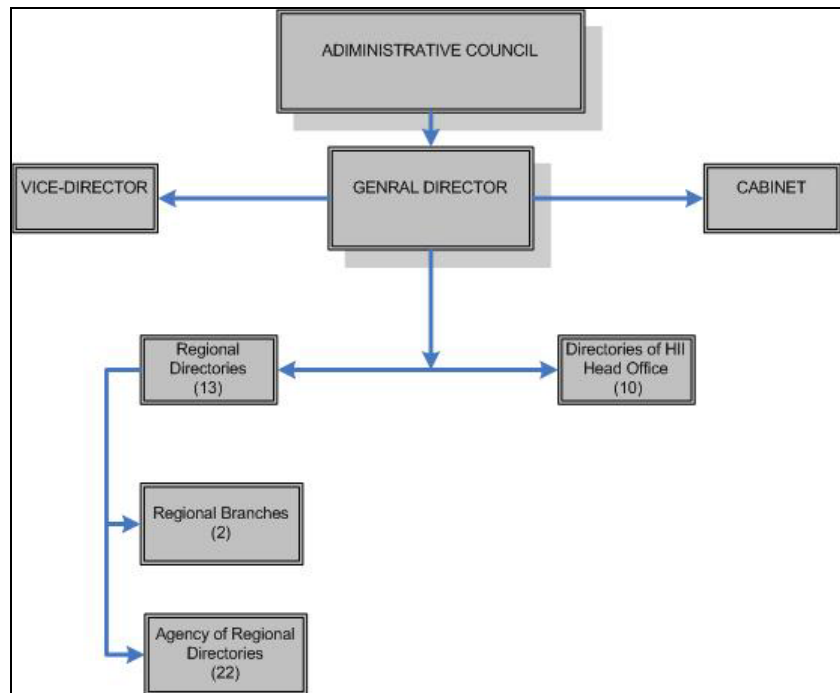
Struktura ekzistuese organizative e ISKSH-së përbëhet nga zyra qendrore e cila përbëhet nga 10 drejtori dhe ndodhet në Tiranë, 13 drejtori rajonale, 2 degë dhe 22 agjenci. Struktura është shumë horizontale duke qenë se 10 drejtorët në zyrat qendrore dhe 13 drejtorët rajonalë i raportojnë drejtpërdrejt Drejtorit të Përgjithshëm të ISKSH-së. Parimi i hapësirës së kontrollit thotë se eprorët duhet të kenë aq vartës sa mund të admi ministrojnë me efikasitet (Luthans/Hodgets 1991). Me strukturën e tanishme kjo është

shumë e vështirë për ta vendosur në praktikë. Rrjedhimisht, një mundësi e propozuar për përmirësimin e organigramës mund të ishte kalimi nga një strukturë horizontale në një strukturë vertikale pa e zgjeruar hapësirën e kontrollit përmes procesit të departamentalizimit, çka do të thotë krijimi i strukturave të linjës përmes ngritjes së departamenteve të reja. Më konkretisht, rekomandimet e diskutuara tani mbështeten tek ideja për të futur një nivel të ri organizativ midis Drejtorit të Përgjithshëm dhe drejtoreve në zyrat qendrore (Koli/Dibra 2009, f 25). Kjo do të thotë se disa drejtori duhet të organizohen si departamente,

duke e zvogëluar kështu numrin e drejtorive që i raportojnë drejtpërdrejt Drejtorit të Përgjithshëm. Mundësitë e përpiluara me mbështetjen e ekspertëve të Universitetit të Tiranës përfshinin disa alternativa për bashkimin e drejtorive ekzistuese.

Në fakt, të gjitha ndryshimet e vëna në zbatim gjatë viteve të reformës në ISKSH synonin të ruanin ritmin me reformat dhe të përballtoheshin mirë sfidat e reja dhe ato të ardhshme. Fokusi ka qenë tek fuqizimi dhe përfshirja e funksioneve të reja brenda drejtorive ekzistuese, si për shembull përfshirja e një departamenti të administrimit të riskut në Drejtorinë Ekonomike, futja e një departamenti për kontrollin ekonomik dhe financiar të qendrave shëndetësore në Drejtorinë e Auditit të Brendshëm ose krijimi i një sektori trajnimit pranë Drejtorisë së Burimeve Njerëzore. Një objektiv tjetër i misionit të parë të konsulencës së projektit të GTZ-së për zhvillimin institucional të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor ishte analizimi i rregulloreve të brendshme për personelin dhe identifikimi i qasjeve bazë për përmirësimin e performa-

Figura 1: Organigramë e thjeshtuar e ISKSH-së



Burimi: ilustrim vetjak

ncës së përgjithshme të ISKSH-së. Rrjedhimisht, do të jetë e nevojshme të përshkruhen më qartë detyrimet dhe përgjegjësitë e secilit vend pune, të ndryshohen procedurat e vlerësimit të punës duke zbatuar një model më të mirë të mbështetur në parimin e drejtimit përmes objektivave (një sistem i drejtimit menaxherial i mbështetur te objektivat e miratuar) dhe të përmirësohen politikat dhe strategjitë institucionale për trajnimin.

Ristrukturimi i strukturave organizative përgjatë proceseve

Objekti i misionit të dytë të konsulencës, i cili drejtohej nga dy ekspertë të Fondit Gjerman të Sigurimeve Shëndetësore (AOK), ishte vënia në zbatim e instrumenteve për zhvillimin organizativ dhe drejtimin e burimeve njerëzore. Njëri prej këtyre instrumenteve është ngritja e zinxhirëve të proceseve, të cilët mund të përdoren për modelimin, analizimin dhe restrukturimin e proceseve të punës. Me ndihmën e zinxhirëve të proceseve, identifikohen mangësitë e strukturës organizative ekzistuese në mënyrë që të optimizohen proceset dhe të kalohet, më tej, në rregullime të strukturës or-

ganizative. Gjithashtu, analizimi dhe përmirësimi i proceseve do të ketë ndikim në një drejtim më të mirë të burimeve njerëzore, duke ofruar bazën për përmirësimin e përshkrimeve të punës, kushteve që duhen plotësuar nga kandidatët për vende të ndryshme pune dhe për nevojat për trajnim.

Deri në realizimin e misionit të tretë, i cili do të zhvillohet pak pas konferencës, grupi i punës i ka identifikuar të gjitha proceset e lidhura me detyrat administrative në lidhje me recetat dhe librezat shëndetësore. Janë identifikuar hapat e ndryshëm të secilit proces dhe departamentet përkatëse. Gjatë misionit njëjavor në Shqipëri, ekspertët gjermanë të sigurimeve shëndetësore e mbështetën ekipin e ISKSH-së për t'i analizuar më tej proceset dhe procedurat e ndryshme në mënyrë që të nxirren konkluzione për përmirësimin e proceseve standarde të punës në dy qarqet pilot të përmendura më lart. Analiza e proceseve zbuloi se ende nuk ka procedura standarde të cilat të zbatohen njësoj në të gjitha drejtoritë e ndryshme rajonale. Për shembull, u pa se administrimi dhe përpunimi i recetave bëhet ndryshe në drejtoritë rajonale të Korçës dhe Beratit. Në këtë rast, trajtimi i ndryshëm me procedura rutinë u interpretua si rezultat i mungesës së udhëzuesve adekuat.

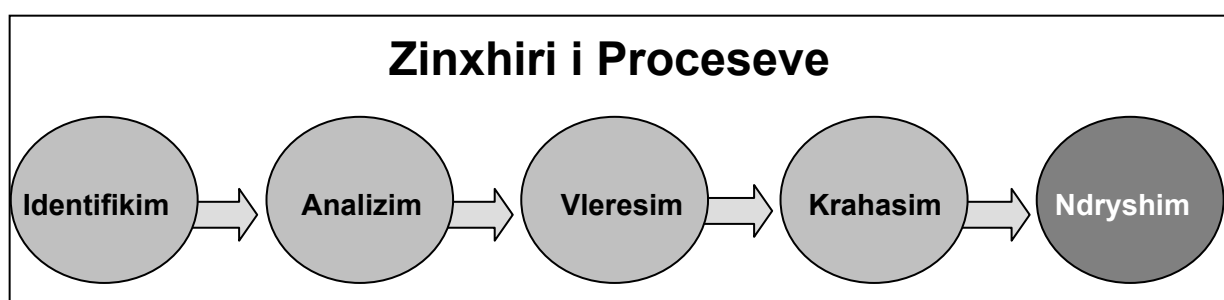
Pas analizimit të proceseve, për qarqet pilot u hartua një strukturë e optimizuar e proceseve. Për më tepër, analizimi dhe optimizimi i proceseve u lidh me zhvillimin e burimeve njerëzore duke bërë rregullimet e duhura në përshkrimet e punës dhe në instrumentet e tjera të burimeve njerëzore. Përvojat e qarqeve pilot pritet të jenë baza për zhvillimin e një kuadri për analizën në gjithë vendin të proceseve ekzistuese dhe për

optimizimin e tyre. Objektivi përfundimtar është vënia në zbatim e proceseve të optimizuara për të pasur një strukturë organizative më transparente dhe më elastike dhe tregues të qartë për kërkesat ligjore për burimet njerëzore. Kjo do t'i japë mundësi ISKSH-së të përshtatet dhe t'i përballojë më mirë sfidat e ardhshme (për më shumë hollësi, shih edhe Stahl, f. 27ff, në këtë vëllim leximi).

Bibliografi

- Bossert, Thomas; Bärnighausen, Till; Bowser, Diana; Mitchell, Andrew; Gülin, Gedik (2007). *Assessing, Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health*. WHO, Geneva (http://www.who.int/hrh/tools/assessing_financing.pdf).
- Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (2004- 2008). *Financial Reports of the Albanian Health Insurance Institute*. ISKSH, Tirana.
- Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (2009). *Financial Plan of HII of the Albanian Health Insurance Institute*. ISKSH, Tirana.
- Jost, Margit; Stahl, Michael (2009). *1st Mission report: Organizational and human resources development for the Albanian Health Insurance Institute*. GTZ/AOK Consult, Tirana/Berlin.
- Koli, Zana; Dibra, Sidita (2009). *Mission Report: Analysis of the organizational structure and human resources management of ISKSH*, GTZ, Tirana.
- Luthans, Fred; Hodgets, Richard (1991). *Business*. Second Edition, W B Saunders, Philadelphia.
- Kutzin, Joseph (2001). *A descriptive framework for country level analysis of health care financing arrangements*. *Health Policy* 56 (3), pp. 171-204.
- Starkiene Liudvika; Padaiga Žilvinas; Reamy, Jack; Dickute, Jolanta (2006). *Planning of human resources for health: the Lithuania experience*. Versus aureus, Vilnius.

Figura 2: Hapat e ndryshëm të zinxhirit të proceseve



Si të strukturohet një Fond i Sigurimeve Shëndetësore përgjatë proceseve për sigurimin e efektshmërisë dhe cilësisë

Michael Stahl¹⁰

Hyrje

Krijimi i AOK-së, (Allgemeine Ortskrankenkassen - Fondi i Përgjithshëm i Sigurimeve Shëndetësore në Gjermani) në vitin 1884 është i lidhur ngushtë me hapat e parë të sigurimeve shoqërore në Gjermani. AOK është zhvilluar për më shumë se 125 vjet, që prej zbatimit të sistemit Bismarkian të mbrojtjes sociale në zemër të Europës, Sot AOK është fondi më i madh i sigurimeve shëndetësore në Gjermani duke mbuluar shpenzimet mjekësore në rast sëmundjeje dhe duke ofruar mbrojtje shëndetësore sociale për rreth 24 milionë njerëz, pothuajse një e treta e popullsisë. Infrastruktura e AOK- së në gjithë vendin përfshin 1,250 degë me më shumë se 53,000 punonjës që ofrojnë shërbime të sigurimeve shëndetësore në gjithë Gjermaninë. Buxhe-



ti total i shpenzuar për përfitimet e kujdesit shëndetësor nga 13 AOK është më shumë se 61 miliardë euro (AOK-BV 2009).

Nën ombrellën e Shoqatës Federale të AOK-së¹¹, 15 degë rajonale AOK të sigurimeve shëndetësore zgjeruan historikisht shërbimet e tyre sipas zonave gjeografike, shumica prej tyre brenda territorit të një shteti federal (Bundesland).¹² Ndërkohë, struktura e AOK është bërë disi më fleksibël pasi AOK e rajonit të Rinit është bashkuar me AOK Hamburg, me përjashtim të AOK-së së landit të Rinit të Veriut-Vestfalisë e cila mbetet ende e pandryshuar. Nëpërmjet shkrires së fondeve të sigurimeve shëndetësore të Rinit dhe Hamburgut në 1 Korrik 2006, ishte e para herë që degët e AOK-së bashkoheshin përtej kufijve të një *landi*. Një vit e gjysmë më vonë, në 1 Janar 2008, AOK Tyringen dhe Saksoni u bashkuan duke krijuar “AOK PLUS – fondi i sigurimeve shëndetësore për Saksoninë dhe Tyringenin”.

Sigurimet shëndetësore të detyrueshme të Gjermanisë zbatojnë parimin e solidaritetit meqenëse të gjithë anëtarët e fondit kontribuojnë sipas të ardhurave të tyre dhe kanë të drejtë të kërkojnë të njëjtën paketë përfitimesh, pavarësisht nga kontributet e paguara. Në këtë mënyrë, burimet rishpërndahen jo vetëm nga njerëzit e shëndetshëm tek të sëmurët por dhe nga njerëzit e pasur tek të varfrit, nga të rinjtë tek të moshuarit dhe nga popullata aktive ekonomikisht tek qytetarët me të ardhura të ulëta ose zero. Meqenëse regjistrimi i kryefamiljarit përfshin mbulimin për të gjithë anëtarët e familjes në varësi – gjë që nuk është rasti në sistemin shqiptar – sigurimi social shëndetësor gjerman siguron gjithashtu ndër-sub-

¹¹ AOK-Bundesverband (AOK BV): <http://www.aok-bv.de>.

¹² Përjashtimi i vetëm nga ky rregull është dhënë në *land*-in më të madh të Rinit Verior-Vestfalisë me rreth 18 milionë banorë; për shkak të numrit të lartë të qytetarëve që jetojnë në zonat përkatëse të mbulimit, Rini Verior-Vestfalia u nda në AOK Vestfali dhe AOK Rin.

¹⁰ Specialist i Sigurimeve Shëndetësore të AOK, Konsulent i IT për projektin AOK-SAP®, michael-stahl@gmx.net.

vencionimin nga beqarët dhe çiftet pa fëmijë tek familjet.

AOK-ja, sipas ligjit publik është korporatë dhe është subjekt i mbikëqyrjes së *landeve*. Në përputhje me karakteristikat e përbashkëta të sigurimeve sociale shëndetësore në Bashkimin Europian (BE)¹³, AOK si një pjesë e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme në Gjermani është organ që vetë-qeveriset e që ka të bëjnë me një përzierje ofruesish publikë dhe privatë, me përfitues individualë dhe burime të ndryshme financimi. Ajo ka autonomi relative brenda kuadrin ligjor të përcaktuar nga qeveria, dhe luan një rol kyç brenda sistemit gjerman të kujdesit shëndetësor. Sigurimet shëndetësore janë të organizuara si administratë publike me pushtet ekzekutiv në lidhje me çështjet bazë të sigurimeve shëndetësore siç janë përcaktimi i niveleve të kontributeve, mbledhja e kontributeve dhe negociatat kolektive me shoqatat e ofruesve të shërbimeve (ref. Gemeinsamer Bundesausschuss 2009). Si të gjithë fondet e tjera të sigurimeve sociale shëndetësore në Gjermani, AOK mbikëqyret ligjërisht nga Ministria e Shëndetësisë dhe duhet të zbatojë vendimet e “Komitetit të Përbashkët Federal”.¹⁴ Ka hapësirë për ndërmjetësim ndërmjet sigurimeve dhe apelime nga të regjistruarit dhe përfituesit. Gjykatat e veçanta sociale mund të adresohen për ankime ligjore nga të siguruarit që kërkojnë të drejtat e tyre. Relativisht kohët e fundit, Gjermania ka zbatuar konkurrimin ndërmjet sigurimeve në radhët e fondeve të sigurimeve të detyrueshme shëndetësore që nga viti 1996.

Struktura Organizative

Ashtu si në shumë vende të tjera në botë – përfshirë Shqipërinë ku kuadri i përgjithshëm dhe shërbimet që duhet të ofrohen nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor kanë përjetuar ndryshime të thella dhe drastike në kohët e fundit - sistemi gjer-

man i kujdesit shëndetësor ka qenë subjekt i ndryshimeve dhe përshtatjeve të ndryshme. Shumë nga reformat dhe ndryshimet kanë pasur ndikim të konsiderueshëm mbi fondet e sigurimeve sociale shëndetësore, përfshirë AOK dhe degët e saj rajonale. Për të plotësuar kërkesat gjithmonë në ndryshim dhe për të zbatuar vendimet politike, një strukturë e mirë dhe efektive organizative është një vlerë thelbësore.

Duke ditur këtë fakt, që Shqipëria është një vend në tranzicion përse i përket mbrojtjes sociale shëndetësore, AOK ka shkëmbyer njohuritë dhe ka dhënë kontribute konsulence lidhur me “Si të strukturohet një Fond i Sigurimeve Shëndetësore përgjatë proceseve për sigurimin e efektshmërisë dhe cilësisë”. Shumica e organizatave të cilat kanë bërë një përpjekje për të lëvizur drejt orientimit të procesit janë dakord që kjo paraqet përfitime të shumta, përfshirë kursime në kosto nëpërmjet kryerjes më efikase të punës, përmirësimit të orientimit ndaj klientëve, integrim më të mirë në gjithë organizatën, etj. Përparësitë kryesore të një strukture organizative të bazuar në procese, në krahasim me atë të bazuar në funksione, janë në projektimin ekonomik të proceseve të biznesit, si dhe në reduktimin e kohës së ciklit ndërkohë që ka dhe një fleksibilitet të rritur në mënyrë dramatike së bashku me rritjen e kënaqësisë së klientëve (Škrinjar/Štemberger 2009).

Aktualisht, struktura organizative në ISKSH përqëndrohet kryesisht tek funksionet më shumë se tek proceset. Zbatimi i proceseve të biznesit si një mënyrë organizimi dhe funksionimi në një organizatë do të përmirësojë bashkërendimin e brendshëm dhe do të zërthejë organizimin vertikal funksional që ekziston në shumicën e kompanive. Megjithatë, përshkrimi i funksioneve në një departament ngre pyetjen se cilat hapa pune u janë caktuar funksioneve përkatëse. Një strukturë organizative, e cila është projektuar në të kaluarën mund të ketë qenë e përshtatshme në atë kohë por ndërkohë mund të jetë e vjetruar sepse shumica e hapave të nevojshme të punës janë vjetruar.

¹³ Për më shumë informacion ju lutemi krahasoni Reiners fq.77 në këtë përmbledhje.

¹⁴ Gemeinsamer Bundesausschuss – g-BA: <http://www.g-ba.de/institution/sys/english>.

Renditja e detyrave të reja në një strukturë organizative ekzistuese është një sfidë për shumë institucione të sigurimeve shëndetësore. Detyrat e reja rrallë përshtaten me departamentet ekzistuese dhe shumica e të punësuarve nuk janë të gatshëm të pranojnë një ngarkesë më të madhe pune. Krijimi i departamenteve të reja mund të jetë një mundësi, por ekziston një rrezik i pasjes së departamenteve të tepërta të ndara për hapa të ndryshme të punës. Një diagramë që dikur ishte e qartë dhe e mirë-strukturuar mund të transformohet shpejt në një “gjëegjëze” të departamenteve të pakoordinuara dhe të pastrukturuara pa përgjegjësi të qarta dhe duke kryer punë të dyfishtë të panevojshme.

Viti 1996 ishte një pikë kthimi përse i përket organizimit të AOK-së në Gjermani. Në atë kohë, ligji gjerman mbi Sigurimet Shëndetësore kishte ndryshuar dhe njerëzit lejoheshin të zgjidhnin se në cilin fond domin të regjistroheshin dhe të ndryshonin atë sipas përparësive të tyre. Një numër i madh anëtarësh të dikurshëm të AOK kaluan në fonde të tjera të sigurimeve shëndetësore në bazë të punëdhënësve për shkak të niveleve të kontributeve të ofruara nga këto të fundit. Prandaj, AOK u detyrua të bëjë një ndryshim të qëndrimit të saj në treg, drejt një orientimi më të mirë të shërbimit dhe marketingut. Si rezultat, AOK duhej të ristrukonte organizimin e saj përgjatë proceseve me qëllim që të mbijetonte në konkurrencën gjithnjë e më intensive ndërmjet fondeve publike të sigurimeve shëndetësore në Gjermani.

Analizimi i një organizate nga këndvështrimi i klientit nuk është vetëm elementi thelbësor i teorive moderne organizative por edhe një hap i rëndësishëm për të krijuar një mentalitet të punonjësve të drejtuar më shumë drejt shërbimeve.¹⁵ Hapi i parë në kalimin nga një organizatë e orientuar drejt funksioneve në qendra shërbimi fleksibel të orientuara drejt proceseve është mbledhja

dhe analizimi i proceseve. Ky hap nuk mund të bëhet brenda dy javëve. Është një proces që merr shumë kohë por që ka një ndikim shumë të madh mbi orientimin e shërbimit në kohë. Mbledhja dhe analizimi i proceseve kërkon përfshirjen aktive të punonjësve. Vëmendje aktive duhet t’i jepet ndarjes së mbledhjes dhe analizës brenda periudhës së mbledhjes së proceseve; punonjësit kanë tendencën të ngatërrojnë situatën e tanishme me objektivat dhe ndryshimet e ardhshme.

Ndërtimi i ekipit

Gjatë analizës së proceseve, AOK e kuptoi shpejt që kishin një vëmendje të vjetruar mbi departamentet. Nga këndvështrimi i klientit, emrat dhe përgjegjësitë e departamenteve janë krejtësisht të parëndësishëm. Klienti kërkon që çështja dhe problemi i tij apo saj të zgjidhet sa më shpejt dhe nuk pyet rreth keqkuptimeve apo dykuptimësi-ve të brendshme.

Qasja inovative e AOK ishte të krijonte qendra shërbimesh ku specialistë të ndryshëm nga departamente të ndryshme të dikurshme, duhej të punonin brenda njërit ekip dhe duhej të kryenin të gjithë hapat e nevojshëm të punës, të cilët mund të ishin të rëndësishëm për një klient. Secili ekip ishte përgjegjës për një numër të dhënë klientësh (të ndarë sipas kodeve postare). Pavarësisht dyshimeve të para, u krijua një efekt i dyanshëm të mësuarit ndërmjet punonjësve sapo ekipet e reja u formuan. Punonjësit pohuan faktin e të kuptuarit më mirë të proceseve të nevojshëm brenda organizatës së tyre dhe se kishin një vizion shumë më të qartë të të ardhmes së kompanisë. Gjithashtu, ekipet e reja tani punojnë më shpejt meqenëse është reduktuar dhe kalimi i dosjes së klientit gjë që më parë harxhonte shumë kohë. Shpërbërja e departamenteve që bazoheshin qartësisht në funksione dhe krijimi i ekipeve të reja të orientuar drejt shërbimeve, ishte kyçi për të përmirësuar kënaqjen e klientëve në AOK dhe ka të ngjarë të jetë një qasje e mirë dhe për ISKSH-në.

¹⁵ Një klient është çdo person apo organizatë që ndërvepron me fondin e sigurimeve, në çfarëdo mënyre.

Proceset elektronike

Proceset e qarta janë gjithashtu baza për infrastrukturën e TI-së (Teknologjisë së Informacionit) së një kompanie. Sa më shumë fleksibilitet të tregojë një fond i sigurimeve shëndetësore, aq më e nevojshme është njohja e TI-së. Në shumë vende në tranzicion, sistemet e TI-së u krijuan në të kaluarën por nuk u mirëmbajtën për t'ju përgjigjur kërkesave aktuale. Në vend të përshtatjes së proceseve elektronike me hapat e përditshëm të punës, punonjësit duhet të përshtatin hapat e tyre të punës me mundësitë e kufizuara të sistemit të tyre kompjuterik.

Rreth dhjetë vjet më parë, AOK filloi analizën e proceseve në lidhje me mbështetjen e TI-së për mbledhjen e hapave të punës së sipërpërmendura. Në atë kohë, AOK përdori në fillim një zgjidhje me një program kompjuterik që e kishin zhvilluar vetë, i cili mund të mbulonte proceset kryesore brenda një fondi të sigurimeve shëndetësore por ishte i vjetruar tashmë meqenëse proceset kishin ndryshuar në vitet e fundit. Prandaj Shoqata Federale e AOK-së vendosi të nënshkruajë një marrëveshje partneriteti me SAP® për të zhvilluar një program të ri të sofistikuar i cili mund të mbulojë të gjitha proceset, është i lehtë për tu mirëmbajtur dhe i lehtë për tu përshtatur në lidhje me ndryshimet e ligjit të sigurimeve shëndetësore në Gjermani. Meqenëse partneriteti ndërmjet AOK dhe SAP ishte shumë i suksesshëm dhe programi u vlerësua shumë nga të gjithë punonjësit, AOK tani është në gjendje të shesë dhe të zbatojë produktin e tyre të ri edhe fondeve të tjera publike të sigurimeve shëndetësore në Gjermani.

Megjithëse programi, i cili është në përdorim në AOK, mund të mbulojë shumë procese të cilat nuk janë të nevojshme në Shqipëri, rëndësia e analizës së IT dhe proceseve elektronike nuk duhet të nënvlerësohet. Në të ardhmen, shkëmbimi i të dhënave përgjatë dhe ndërmjet organizatave të ndryshme të kujdesit shëndetësor në Shqi-

përi mund të jetë në krye të axhendës kombëtare të mbrojtjes shëndetësore.

Menaxhimi i Burimeve Njerëzore

Proceset e qarta janë veçanërisht të rëndësishme për Menaxhimin e Burimeve Njerëzore, p.sh. planifikimi i personelit, përshkrimi i detyrave të punës, sistemi i vlerësimit dhe trajnimet. Karakteristike për një proces të burimeve njerëzore është rrjedha e tij e përsëritur e standardizuar. Duke krijuar hartën e proceseve, lloji i aktiviteteve, varësia ndërmjet aktiveve dhe korniza kohore për të kryer këto aktivitete bëhen më të qarta. Në veçanti, planifikimi i personelit dhe rekrutimi bazohen në identifikimin e aktiviteteve, sasinë e regjistruar dhe kohën e nevojshme për secilin aktivitet. Identifikimi i secilit lloj aktiviteti është detyra themelore për vlerësimin e kualifikimeve të nevojshme (planifikimi cilësor i personelit) dhe numrit të personelit të nevojshëm (planifikimi sasior i personelit).

Duke i kushtuar vëmendje të veçantë proceseve, fokusi kalon gjithashtu nga rezultatet e përfunduara tek aktivitetet që qëndrojnë pas tyre. Meqenëse këto aktivitete janë baza për përshkrimin e detyrave të punës dhe sistemin e vlerësimit, përshkrimi i performancës dhe vlerësimi i performancës fokusohen tek rezultatet e punës si dhe tek aktivitetet e punës. Trajnimet, të cilat përgatiten duke pasur parasysh rezultatet e një vlerësimi të orientuar drejt proceseve, janë pranë kërkesave të vendit të punës. Orientimi i proceseve kontribuon në qartësimin e roleve të personelit dhe ndihmon që t'i angazhojë ata në punë efektive dhe efikase – në lidhje me proceset si dhe me performancën e personelit.

Përcaktimi fillestar i detyrave dhe hapave të tanishëm të punës në ISKSH ka filluar në fund të vitit 2009. Bazuar në mbledhjen e proceseve, ekspertët e AOK-së kanë ndihmuar në analizën e proceseve dhe kanë mbështetur palën shqiptare në nxjerrjen e përfundimeve. Pavarësisht nga mbledhja e proceseve dhe analiza fillestare, përshtatja dhe përditësimi i proceseve në një organi-

zatë të sigurimeve shëndetësore është i nevojshëm dhe një kërkesë e përhershme.

Sipërmarrësi i njohur Bill Gates nga Microsoft ka thënë: “Klientët tuaj më të pakënaqur janë burimi juaj më i mirë për të mësuar”. Duke dëgjuar me kujdes nevojat e të gjithë klientëve, një organizatë mund të përmirësojë performancën e saj në mënyrë të vazhdueshme. Puna përgjatë proceseve dhe kuptimi i qasjes së orientuar drejt proceseve nuk është e mundur për sa kohë që punonjësit e shohin një ankesë nga klienti si një barrë. Një organizatë nuk mund të ndryshojë për sa kohë që punonjësit që punojnë për atë organizatë nuk janë të gatshëm të ndryshojnë.

Bibliografi

AOK Bundesverband (AOK-BV) (2009). Zahlen. Daten-Fakten-Statistik. AOK-BV,

Berlin (<http://www.aok-bv.de/zahlen/aok/index.html>).

Federal Joint Committee (2009). The Federal Joint Committee – About Us. Gemeinsamer Bundesausschuss (g-BA), Siegburg (http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2507/2008-10-09-Flyer_GBA_engl.pdf).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009). The German Health Care System and the Federal Joint Committee. G-BA, Siegburg (http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2449/2007-10-08-G-BA-General_Presentation.pdf).

Škrinjar, Rok; Štemberger, Mojca Indihar (2009). Improving Organizational Performance by Raising the Level of Busin Rok ess Process Orientation Maturity: Empirical Test and Case Study. Faculty of Economics, University of Ljubljana (<http://www.springerlink.com/content/v107784580k06068>).

Përfshirja sociale dhe mbulimi universal: mësim nga Europa tranzicionale

Joseph Kutzin¹⁶, Eliane Furrer¹⁷

Qasje konceptuale ndaj financimit shëndetësor në Europë: jo vetëm Bismark apo Beveridge

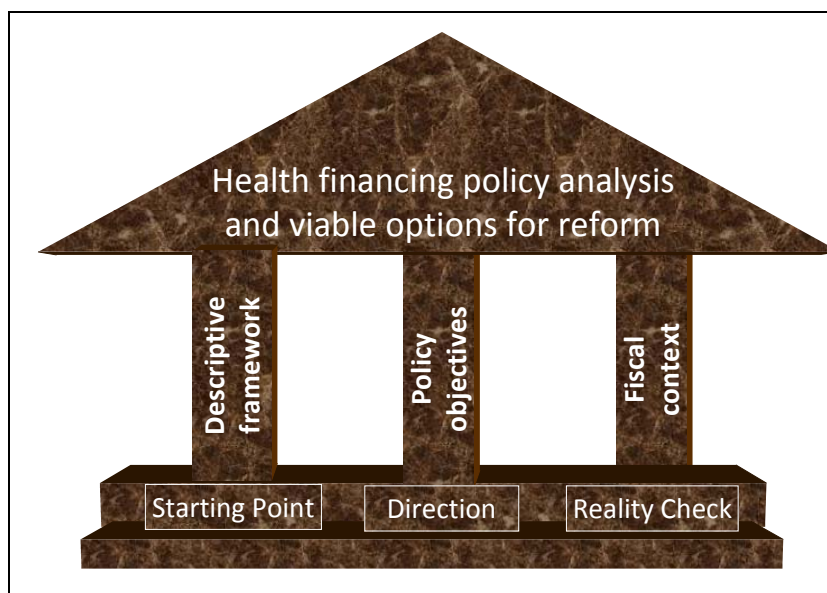
Qasja e Zyrës Rajonale Evropiane të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH/EURO) ndaj politikës së financimit shëndetësor është ndërtuar në thelb mbi tre shtylla (Figura 1). Shtylla e parë përbëhet nga një grup i qartë objektivash për politikën e financimit shëndetësor. Këto objektiva bazohen në vlerat themelore siç janë barazia, solidariteti dhe pjesëmarrja, të cilat janë përshkruar në Raportin e Shëndetit Botëror 2000 (OBSH 2000). Këto objektiva të politikave japin drejtimin në të cilin reformat duhet të përqipen të shtyjnë sistemin dhe shërbejnë si kritere kundrejt të cilave mund të vlerësohen ndikimet e reformave në sistemin e financimit shëndetësor.

Shtylla e dytë është një përshkrim gjithëpërfshirës i sistemit ekzistues kombëtar i financimit shëndetësor. OBSH/EURO rekomandon vlerësimin dhe analizimin e situatës aktuale duke përdorur një kuadër konceptual që përshkruan funksionet dhe politikat e ndryshme të financimit shëndetësor (mbledhja e të ardhurave, bashkimi i burimeve, blerjet dhe të drejtat) dhe qartëson ndërveprimin e tyre

dhe institucionet përgjegjëse. Një analizë e detajuar funksionale, më shumë se një klasifikim i sistemeve në modele të stilizuara (p.sh. Beveridge, Bismarck, Semashko) ofron pikën e fillimit nga e cila duhet të nisnin reformat në çdo vend.

Shtylla e tretë përbëhet nga njohja dhe një analizë e mënyrës në të cilën faktorët kontekstualë, veçanërisht shtrëngesat fiskale, kufizojnë shtrirjen deri ku një vend mund të përballojë arritjen e objektivave të politikave, dhe se si këta faktorë mund të kufizojnë numrin e zgjedhjeve politike që

Figura 1: Tre shtyllat për analizimin e politikës së financimit shëndetësor



Burimi: Kutzin 2008

mund të merren në konsideratë. Kjo shtyllë është një kontroll realiteti që mundëson kryerjen e një analize realiste të asaj çfarë është e mundshme për t'u zbatuar dhe çfarë mund të arrihet. Seksioni i mëposhtëm përshkruan në më shumë detaje tre shtyllat e propozuara për politikën e financimit shëndetësor.

Shtylla I: Objektivat për politikat e financimit shëndetësor

Figura 2, më poshtë, paraqet vlerat themelore të OBSH-së dhe qëllimet më të gjera të financimit shëndetësor, siç referohen në Raportin e Shëndetit Botëror 2000. Një re-

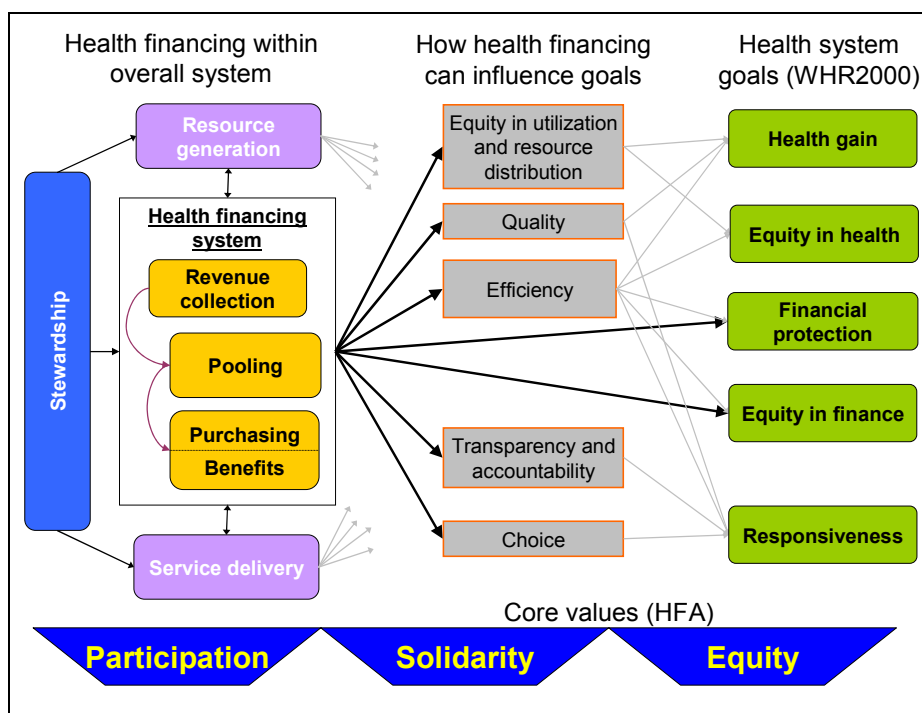
¹⁶ Këshilltar Rajonal mbi Sistemet e Financimit Shëndetësor në OBSH/EURO, Përgjegjës i Zyrës së OBSH në Barcelonë për Forcimin e Sistemeve Shëndetësore, JKU@euro.OBSH.int.

¹⁷ OBSH Shqipëri, Vullnetar i KB mbi Politikën Shëndetësore dhe Financimin e Sistemeve Shëndetësore, efurrer@OBSH-albania.org.

formë e suksesshme kërkon që këto vlera dhe qëllime të vihen në veprim duke shndërruar objektivat në kritere të matshme vlerësimi për sistemet e financimit shëndetësor. Figura 2 ilustron gjithashtu ndërveprimin ndërmjet sistemit të financimit shëndetësor dhe tre funksioneve të tjera të sistemit (administrim, gjenerim të ardhurash dhe ofrim shërbimesh). Ajo gjithashtu tregon se si instrumentet e financimit shën

hen të zgjedhin ndërmjet shëndetit të tyre fizik (dhe mendor) dhe mirëqenies së tyre ekonomike. Matje standarte të këtij objekti mund të nxirren nga të dhënat e besueshme të studimeve të familjeve. Dëshmitë ndërkombëtare sugjerojnë që nivelet e larta të shpenzimeve nga xhepi rrisin rrezikun që familjet të përjetojnë shpenzime “katastrofike” shëndetësore¹⁸ apo shpenzime varfëruese¹⁹ (cf. Xu et al. 2005).

Figura 2: Lidhjet e sistemit të financimit shëndetësor me objektivat e politikave, funksionet e tjera dhe qëllimet e përgjithshme të sistemit



Burimi: Kutzin 2008

detësor mund të ndikojnë drejtpërdrejt dhe tërthorazi mbi qëllimet më të mëdha të sistemit shëndetësor dhe të kontribuojnë në realizimin e vlerave thelbësore si barazia, solidariteti dhe pjesëmarrja. Më drejtpërdrejt, sistemi i financimit shëndetësor synon përmirësimin e mbrojtjes financiare dhe promovimin e barazisë në shpërndarjen e barrës së financimit të sistemit.

Mbrojtja financiare ose qëllimi i të qenit i mbrojtur nga rreziku financiar i sëmundjes mund të përmbledhet si më poshtë: Njerëzit nuk duhet të varfërohen si rezultat i nevojës për kujdes shëndetësor dhe as të detyro-

Një qëllim tjetër thelbësor që mund të ndikohet drejtpërdrejt nga zgjedhja e instrumenteve të financimit shëndetësor është *drejtësia në financë*. Në thelb, kjo do të thotë që, në varësi të kapacitetit të tyre për të paguar, të varfrit nuk duhet të paguajnë më shumë se të pasurit, gjë që nënvizon vlerën thelbësore të solidaritetit. Një vlerësim i nivelit të drejtësisë në financë, kërkon një analizë të përgjithshme të të gjithë burimeve të shpenzimeve shëndetësore dhe përqindjes së tyre relative në shpenzimet totale shëndetësore.

Duke pranuar që, në çdo rast, burimi i të ardhurave janë njerëzit, është e rëndësishme që shpenzimet shëndetësore të rikthehen tek familjet nga të cilat ato gjenerohen (si drejtpërdrejt në formën e pagesave nga xhepi dhe parapagesave për sigurimet shëndetësore ashtu dhe në mënyrë të tërthortë në formën e taksave pa desti-

¹⁸ Shpenzime shëndetësore që kapërcejnë një prag të caktuar të përqindjes së shpenzimeve familjare totale apo ato që nuk janë të mbijetesës të familjes.

¹⁹ Numri ose përqindja e familjeve që bien poshtë nivelit të përcaktuar kombëtar të varfërisë si një pasojë e shpenzimeve të tyre shëndetësore.

nacion) dhe të vlerësohet niveli i drejtësisë i secilit prej këtyre kanaleve të të ardhurave. Faktet ndërkombëtare sugjerojnë fuqimisht që burimet e parapaguara të detyrueshme (taksat e përgjithshme dhe kontributet nga pagat për sigurimet e detyrueshme shëndetësore), kanë tendencën të jenë më të drejta; burimet e parapaguara vullnetare (sigurimet shëndetësore vullnetare) janë më pak të drejta dhe pagesat nga xhepi janë ato më të padrejtat (cf. Wagstaff et al. 1999). Prandaj, për shumë vende, shndërrimi i fjalës “solidaritet” në veprim kërkon përcaktimin dhe zbatimin e strategjive të reformave me synime specifike për të reduktuar përqindjen e pagesave nga xhepi në shpenzimet totale shëndetësore, dhe, në veçanti, duke mbrojtur familjet më të varfra nga këto shpenzime.

Përveç këtyre kanaleve të drejtpërdrejta, sistemi i financimit shëndetësor mund të kontribuojë gjithashtu në arritjen e qëllimeve të tjera shëndetësore, duke ndikuar mbi objektivat e ndërmjetme, siç janë (a) drejtësia në përdorimin e shërbimeve dhe shpërndarjen e shpenzimeve shëndetësore; (b) promovimi i cilësisë në dhënien e shërbimeve dhe efikasiteti në organizimin e shërbimeve dhe administrimin e përgjithshëm të sistemit; (c) promovimi i transparencës dhe përgjegjshmërisë së sistemit ndaj popullatës; dhe (d) përmirësimi i zgjedhjeve të popullatës.

Nga ilustrimi i mësipërm dalin tre mesazhe të rëndësishme:

1. Sistemi i financimit shëndetësor dhe politikat bazë nuk duhet të shihen të izoluar nga pjesa tjetër e sistemit shëndetësor. Bashkëndimi dhe koherenca ndërmjet të gjithë funksioneve të sistemit shëndetësor është thelbësore për të arritur rezultatet e dëshiruara.

2. Sistemi i financimit shëndetësor nuk duhet të vlerësohet në bazë të asaj se sa para gjenerohet apo nga emri ose etiketa që i vihet, por nga ndikimi i tij mbi objektivat thelbësorë. Fokusi duhet të vihet tek objektivat, jo mbi ndonjë instrument apo skemë e veçantë.

3. Për të zbatuar teorinë në praktikë, është thelbësore të shndërrohen vlerat dhe qëllimet e gjera, në objektiva të qarta specifike për vendin dhe të shndërrohen objektivat në kritere me të cilat të mund të matet funksionimi i sistemit dhe efektiviteti i reformave të zbatuara.

Shtylla II: Sistemet e financimit shëndetësor për sa i përket funksioneve, jo etikave apo modeleve

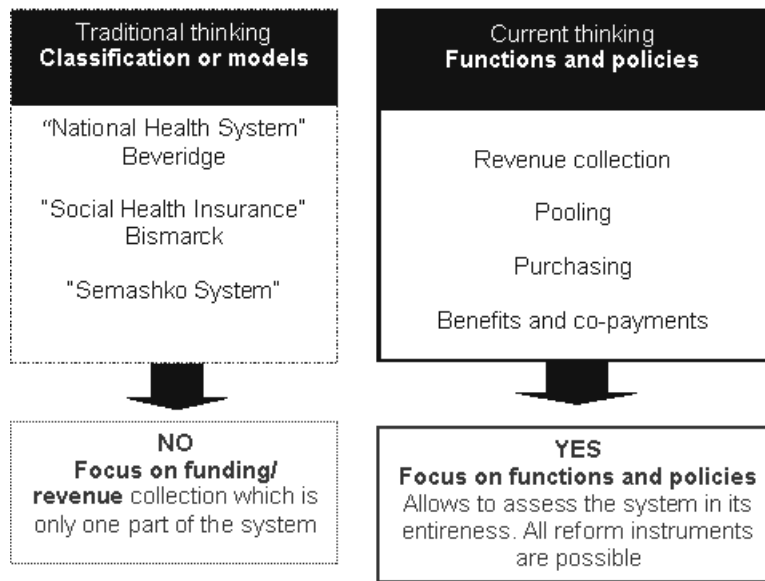
Opinionimi i kaluar përdorte klasifikime ose modele si “Bismarck” ose “Beveridge” ose “Semashko” për të përshkruar të gjithë sistemin shëndetësor të një vendi të veçantë. Megjithatë, këto klasifikime të gjera dhe modele të stilizuara nuk janë shumë të dobishme për të kuptuar kompleksitetin dhe ndërvarësinë e sistemeve ekzistuese ose për të pasur akses në reforma të mundshme.

Kjo ndodh sepse këto modele përcaktohen kryesisht nga burimi i fondeve (d.m.th. të ardhurat e përgjithshme buxhetore përkundërt të ardhurave nga tatimet mbi rrogat), por ka një pranim në rritje që vendet mund dhe kanë kryer reforma të rëndësishme në sistemet e tyre të financimit, pa ndryshuar burimin e fondeve. Nga ana konceptuale, burimi i fondeve nuk ka nevojë të përcaktojë organizimin e sektorit, mekanizmat me të cilat shpërndahen burimet apo saktësinë me të cilën specifikohet e drejta për përfitime.

Të menduarit aktual pasqyron qasjen funksionale. Ai pranon që financimi shëndetësor përbëhet nga **funksione dhe politika** specifike (grumbullimi i të ardhurave, grupimi i fondeve, blerja dhe të drejtat), të cilat duhet të kuptohen qartë, në mënyrë që të ketë një bazë reale për të marrë në konsideratë reformat dhe zgjedhjet e mundshme të politikave.

Në këtë kontekst, një pikë e rëndësishme që harrohet shpesh është që “qeveria” si e tillë nuk është në të vërtetë një “burim” fondesh. Të gjithë fondet (përveç ndihmës së huaj), vijnë nga njerëzit, pavarësisht nëse

Figura 3: Mendimi tradicional përkundrejt atij aktual



Burimi: Kutzin 2008

është tatim mbi të ardhurat, taksë mbi vlerën e shtuar, tatim mbi rrogën, premiot e sigurimeve apo pagesat nga xhepi. Megjithatë, mjetet me të cilat njerëzit kontribuojnë (apo kombinimi i mjeteve), ka pasoja të rëndësishme për objektivat e politikave shëndetësore. Në çdo rast, mbledhja e të ardhurave dhe marrëveshjet e financimit janë vetëm një pjesë e të gjithë sistemit të financimit shëndetësor. Burimi i fondeve nuk duhet të përcaktojë se si bashkohen fondet, si paguhen ofruesit e shërbimeve, dhe si specifikohen përfitimet dhe bashkëpagesat. Në praktikë kjo do të thotë që mund të merren vendime të ndara rreth mbledhjes dhe bashkimit të burimeve. Kjo është arsyeja përse është thelbësore që në rastin e reformave në fillim duhet të kuptohen të gjithë funksionet, ndërveprimi i tyre dhe raportet institucionale që shoqërojnë sistemin. Në Moldavi dhe Kirgistan, për shembull, shumica e fondeve të bashkuara në "fondet e sigurimeve" të tyre, vijnë nga transfertat e përgjithshme buxhetore, jo nga tatimet mbi pagat (cf. Kutzin et al. 2009). Arsyeja ishte thjesht pranimi i realitetit në këto vende ku sektori informal është i madh dhe të ardhurat janë të vështira për t'u gjeneruar nëpërmjet kontributeve në bazë të pagave. Me qëllim që të bëhet një përparim i shpejtë

drejt universalitetit dhe për të shmangur fragmentimin e sistemit (dhe popullatës) në të pasiguar dhe të siguruar, këto vende duhej të mbështeteshin kryesisht mbi të ardhurat e përgjithshme (të cilat nga ana e tyre vijnë kryesisht nga TVSH).

Një shembull tjetër është Gjermania, ku përballë krizës ekonomike qeveria injektoi më shumë të ardhura të përgjithshme në sistem për të ulur nivelin e kontributeve nga pagat (cf. WHO 2009a; shih gjithashtu. Reiners në këtë përmbledhje konference, fq.76). Qeveria Gjermane kuptoi me sukses që, burimet e financimit mund të ndryshohen për të zbutur pasojat e mundshme të

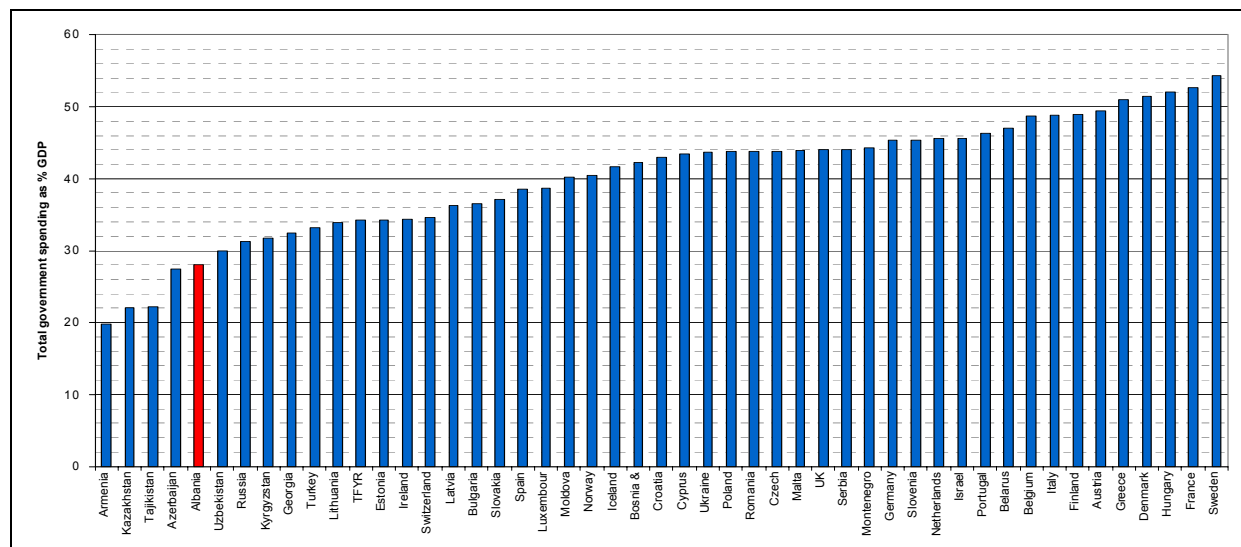
krizës mbi punësimin po pa ndryshuar natyrën themelore të sistemit.

Me pak fjalë, nuk ka një model se si duhet të organizohen sistemet e financimit. Nuk ka angazhim të OBSH-së ndaj ndonjë reforme të veçantë apo marrëveshje institucionale për financimin (p.sh. SHI); por vetëm ndaj objektivave dhe qëllimeve. Reformat janë instrumente dhe duhet të vlerësohen për sa i përket kontributit të tyre ndaj objektivit të sistemeve shëndetësore për "sigurimin", dhe jo nëse ato i përshtaten një modeli të veçantë. Për kontekstin aktual në Shqipëri, kjo do të thotë se, reforma efektive kërkon që të gjithë grupet e interesit të kuptojnë "pikën e fillimit" të vendit (d.m.th. rregullimin aktual të funksioneve dhe politikave) dhe objektivat që duhet të arrihen, përfshirë masat e tyre për vlerësim. Gjithashtu, duhet të merren parasysh kushtet e jashtme të cilat mund të kufizojnë aftësinë e vendit për të shpenzuar për shëndetin. Kuptimi dhe pasoja e kontekstit fiskal diskutohen në seksionin pasardhës.

Shtylla III: Përfshirja e shtrëngimeve fiskale

Ndërkohë që vendet mund të kenë vlera thelbësore të përbashkëta dhe të bien

Figura 4: Kapaciteti fiskal në Rajonin OBSH-EURO



Burimi: OBSH 2009b. Vlerësimet janë për vitin 2006, vendet me popullsi më të madhe se 600,000.

dacord mbi qëllimet e gjera të sistemeve shëndetësore dhe objektivat e financimit shëndetësor, ekzistojnë faktorë që vijnë nga jashtë sistemit shëndetësor që kufizojnë realizimin në praktikë të këtyre objektivave, qëllimeve dhe vlerave. Për financimin shëndetësor, çështja më e rëndësishme kontekstuale është konteksti fiskal. Kjo i referohet aftësisë së qeverisë për të mobilizuar taksat²⁰ dhe të ardhurat e tjera publike, dhe nevojën që këto të balancohen me shpenzimet totale publike. Një masë a mirë në kontekstin fiskal është raporti i të ardhurave publike (ose shpenzimeve) mbi prodhimin e brendshëm bruto (PBB). Në përgjithësi, vendet më të pasura kanë tendencën të jenë më efektive në mobilizimin e të ardhurave nga taksat (në përpjesëtim me madhësinë e ekonomisë së tyre). Mbledhja e taksave është zakonisht më e vështirë në vendet më të varfra sepse një pjesë më e madhe e popullsisë jeton në zonat rurale ose punon në ekonominë informale.

Figura 4 tregon ndryshimin e madh në rajonin e OBSH/EURO në nivelin e shpenzi-

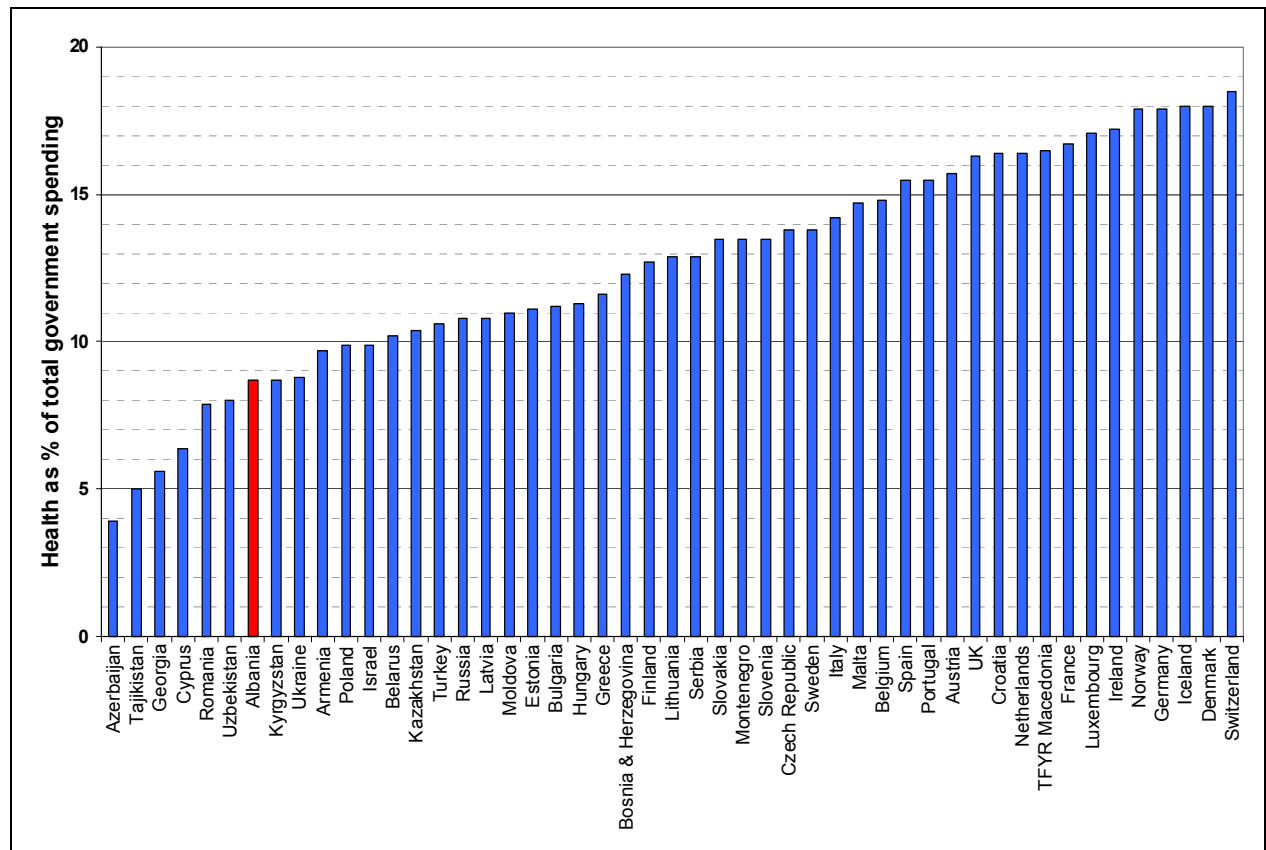
meve totale publike si një pjesë e ekonomisë kombëtare, e cila pasqyron aftësinë e pabarabartë të qeverive për të mbledhur taksat. Shpenzimet publike në Shqipëri vlerësoheshin në rreth 28 % të PBB në vitin 2006. Kjo është mjaft e ulët në krahasim me vendet e tjera në rajon (p.sh. Ish Republika Jugosllave e Maqedonisë 34 %, Bullgaria 36 %, Bosnja dhe Hercegovina 42 %, Mali i Zi 44 %). Një nga arsyt kryesore është niveli i lartë i aktiviteteve në sektorin informal.

Megjithatë, shpenzimet qeveritare për shëndetin nuk përcaktohen vetëm nga kapaciteti fiskal por dhe nga zgjedhja e prioriteteve të politikës publike. Më poshtë është një formulë e thjeshtë matematikore për përlllogaritjen e shpenzimeve qeveritare për shëndetin. Praktiksht, ajo është produkti i kontekstit fiskal (i përshkruar më lart) dhe pjesës së shpenzimeve totale që qeveritë i caktojnë shëndetit. Kjo e fundit pasqyron prioritetin që qeveritë i japin shëndetit në vendimet e tyre për shpërndarjen e burimeve.

Siç tregohet në figurën 6, ka akoma më shumë ndryshim në vendet e ndryshme në prioritetet që qeveritë i caktojnë sektorit shëndetësor, se sa në performancën e të ardhurave nga taksat. Është vlerësuar që në vitin 2006, Shqipëria shpërndau rreth 8.7 % të

²⁰ Kjo përfshin të gjithë format e kontributeve të detyrueshme, sic janë tatimet mbi të ardhurat dhe TVSH që bëhen pjesë e të ardhurave të përgjithshme publike, dhe tatimet mbi pagat të cilat përcaktohen si sigurime shoqërore, përfshirë kontributet e sigurimeve shëndetësore (të detyrueshme).

Figura 6: Prioritetet e politikës publike: Shëndeti si përqindje e shpenzimeve totale qeveritare



Burimi: OBSH 2009b. Vlerësimet janë për vitin 2006, vendet me popullsi më të madhe se 600,000

shpenzimeve totale publike për shëndetin. Sërisht, kjo është shumë e ulët, krahasuar me shumicën e vendeve në rajon (p.sh. Ish Republika Jugosllave e Maqedonisë >16 %, Bullgaria >11 %, Bosnja dhe Hercegovina >12 %, Mali i Zi >13 %). Niveli i shpenzimeve qeveritare për shëndetin është i rëndësishëm meqenëse faktet tregojnë se ka një marrëdhënie të fortë të anasjelltë ndërmjet (a) shpenzimeve qeveritare për

shëndetin si përqindje të PBB dhe (b) përqindjes së shpenzimeve totale të sistemit shëndetësor në formën e pagesave nga xhepi. Me fjalë të tjera, sa më shumë të shpenzojnë qeveritë për shëndetin, aq më pak paguajnë pacientët në kohën që ata përdorin shërbimet, me pasoja të mëtejshme për objektivat e mbrojtjes financiare, drejtësi në financë dhe drejtësi në përdorimin e shërbimeve.

Figure 5: Llogaritja e shpenzimeve qeveritare për shëndetin

Shpenzimet qeveritare për shëndetin	=	Shpenzimet totale qeveritare	x	Shpenzimet qeveritare për shëndetin
PBB		PBB		Shpenzimet totale qeveritare
↑		↑		↑
Shpenzimet qeveritare për shëndetin si pjesë e ekonomisë		Kapaciteti fiskal		Përparësitë e politikës publike

Burimi: Kutzin 2008

Një simulim i thjeshtë sugjeron që Shqipëria mund të shpenzojë më shumë për shëndetin brenda kufizimeve aktuale fiskale. Nëse vendi do të miratonte të njëjtat parime të shpërndarjes së burimeve si Gjermania (d.m.th. 17.9% të shpenzimeve totale publike të caktuar për shëndet-

tin përkundrejt 8.7 % të Shqipërisë në vitin 2006), shpenzimet publike shëndetësore si pjesë e PBB mund të rriten më shumë se dy herë nga 2.4 % në 5 %.

Me fjalë të tjera, me-jithëse Shqipëria ka shtrëngime financiare, brenda kufijve të burimeve të disponueshme, prioritetet mund të ndryshojnë për të qenë të ngjashme me disa vende të tjera evropiane dhe për të ofruar më shumë mbrojtje për popullatën.

Disa mësimet nga nxjerra nga reforma e financimit shëndetësor në Evropën tranzicionale

Një analizë e përvojës së reformës së financimit shëndetësor në Evropën tranzicionale që në mes të viteve '90, paraqet një numër mësimesh që kanë rëndësi potenciale për Shqipërinë (cf. Kutzin et al., ardhshëm). Para së gjithash, ekziston një nevojë për të reduktuar fragmentimin në marrëveshjet e financimit dhe për të ndryshuar mjedisin e trashëguar të stimujve.

Fragmentimi i financimit shëndetësor, dhënies dhe marrëveshjeve të bashkimit të burimeve, mund të jetë një kufizim për arritjen e objektivave të politikës shëndetësore, veçanërisht mbrojtjen financiare dhe drejtësinë në financë. Duke kufizuar fushën e veprimit për ndër-subvencionimin dhe rishpërndarjen e burimeve, fragmentimi mund të ulë mbrojtjen kundër rrezikut financiar. Si rregull i përgjithshëm, sa më i madh të jetë bashkimi i kontribuesve, aq më i madh është potenciali për ndërsubvencionim nga të shëndetshmit drejt të sëmurëve, nga të rinjtë drejt të moshuarve dhe nga të pasurit drejt të varfërve, dhe nga kjo, rreziku është më i ulët për individin për të pasur shpenzime katastrofike dhe varfërim.

Struktura e stimujve e cila është trashëguar nga e kaluara, shpesh ka çuar në inefikasitet në përdorimin e kapaciteteve fizike dhe njerëzore (p.sh. pagesa e spitaleve sipas numrit të shtretërve). Përpara tranzicionit, pasojat e këtyre problemeve të fragmentimit dhe stimujve kryesisht ishin fshehur. Vetëm pas integritimit më të madh në ekonominë botërore, çmimet përbërëse (p.sh.

për energji, për barna) filluan të rriten. Çmimet më të larta të shoqëruara me shpenzime më të ulëta të qeverisë, i bënë më të dukshme pasojat e inefikasitetit të trashëguar: mungesa të furnizimit me trajtime kritike, prapambetje në pagesën e ndërmarrjeve publike dhe punonjësve të shëndetit dhe nevoja që pacientët të ofrojnë burimet e tyre dhe të paguajnë punonjësit e shëndetit në dorë. Veçanërisht kjo e fundit ilustron faktin që të varfrit janë ata që shpesh preken më shumë nga ky inefikasitet.

Figura 7 paraqet një skemë të sistemit shëndetësor shqiptar përpara reformës në vitin 2008 sipas funksioneve (mbledhje, bashkim fondesh, blerje dhe ofrim) dhe institucionet përgjegjëse. Një burim kryesor fragmentimi në sistem u vu re në nivelet e bashkimit të fondeve dhe blerjes ndërmjet Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), Ministrisë së Shëndetësisë (MSH) dhe qeverisë vendore. Për shembull, në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, pagat e mjekëve paguheshin nga ISKSH, ato të personelit tjetër dhe kostot operative nga MSH dhe mirëmbajtja mbulohej nga qeveritë vendore. Asnjë institucion nuk kishte përgjegjësinë për të caktuar stimujt dhe për të nxitur performancën e mirë. Në mënyrë të ngjashme, ndarja në përgjegjësitë për blerjen e shërbimit ndërmjet kujdesit parësor dhe kujdesit spitalor, e bënte të vështirë nxitjen e koherencës dhe vazhdimësisë në spektrin e kujdesit për pacientin.

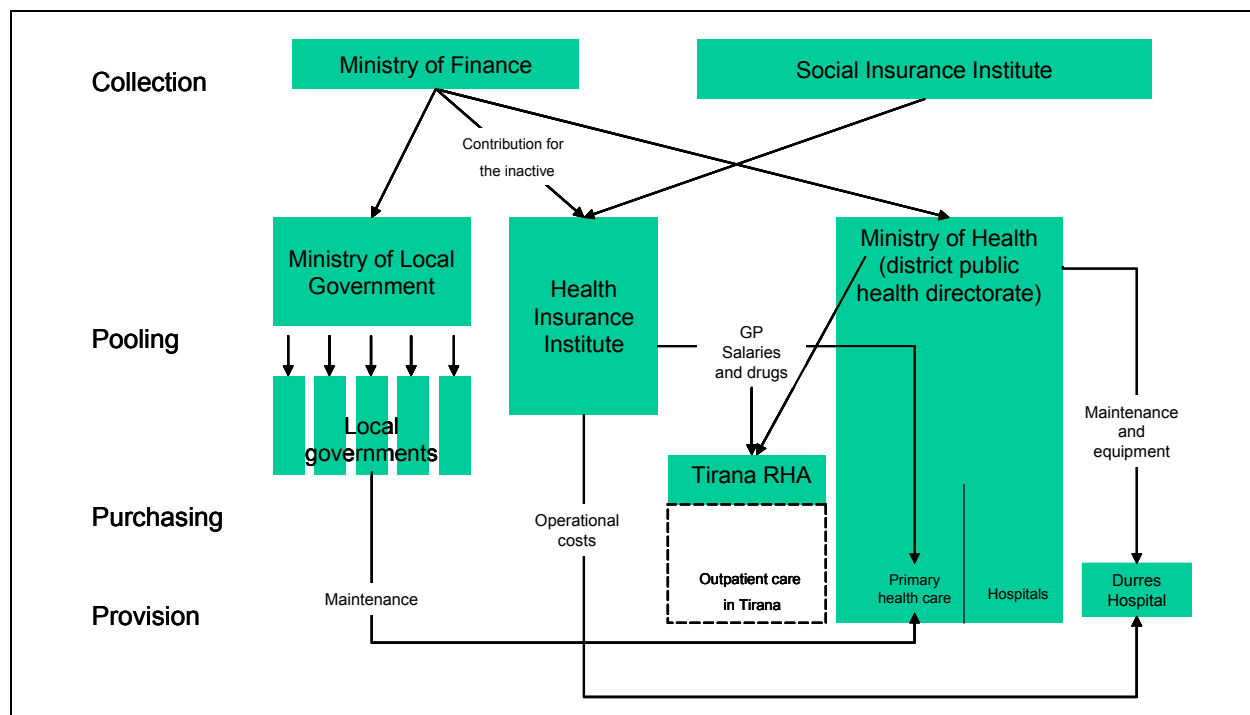
Përvoja ndërkombëtare e reformave – përfshirë mësimet pozitive dhe negative nga vendet më të varfra dhe më të pasura se Shqipëria – sugjeron rëndësinë e trajtimit të problemeve të efektshmërisë si një hap i parë dhe, e lidhur me këtë, rëndësia e forcimit të funksionit të blerjes si një kusht paraprak thelbësor për trajtimin e paefektshmërisë. Kjo nuk nënkupton që padrejtësia dhe përjashtimi social janë më pak të rëndësishëm, por që ato mund të përmirësohen shumë pak pa pasur në fillim një agjensi të fortë e të aftë për të ndryshuar stimujt dhe ridrejtuar burimet aty ku janë të nevojshme. Shqipëria ka hyrë në shtegun e një reforme premtuese, duke shkuar në

drejtimin e duhur drejt një blerësi të vetëm, Instituti i Sigurimeve Kujdesit Shëndetësor. Reduktimi i mëtejshëm i fragmentimit në rastin e Shqipërisë do të thotë që MSH largohet plotësisht nga kanalizimi i subvencioneve drejtpërdrejt tek ofruesit e shërbimeve dhe në vend të kësaj kanalizon

subvencionet drejt ISKSH për të blerë shërbimet në emër të popullatës.

Përparimi i vërtetë në mbulimin universal kërkon një rol të fortë për të ardhurat e përgjithshme buxhetore si një pjesë integrale e sistemit financiar që në fillim. Veçanë

Figura 7: Fragmentimi në sistemin e financimit shëndetësor përpara reformës



Burimi: Couffinal dhe Evetovits 2004.

risht për vendet siç është Shqipëria, me një pjesë relativisht të madhe të popullsisë që punon në sektorin informal, nuk do të jetë e mundur të bëhet përparim i madh nëpërmjet mbështetjes së madhe tek kontributet. Ideja për të filluar mbulimin kontribues me sektorin formal dhe pastaj të rritet në mënyrë graduale ishte e vlefshme 60 vjet përpara, por në kontekstin aktual nuk ka të ngjarë të jetë një qasje e zbatueshme për zhvillimin e një sistemi shëndetësor universal. Mbi të gjitha, ajo do të sjellë një pushim politik nga ata që janë të siguar në fillim, duke përkeqësuar fragmentimin dhe duke e bërë shumë më të vështirë për të trajtuar shqetësimet për paefektshmëri dhe padrejtësi. Vendet me rrethana të ngjashme me Shqipërinë, të cilat kanë bërë përpaie me reformat e tyre të financimit, kanë in-

ruar universalitetin nga fillimi i reformave të tyre, me të ardhura të përgjithshme dhe fonde të tatimeve të pagave që përdoren në një mënyrë të qartë plotësuese.

Nga ana tjetër, kjo kërkon që rrjedha e fondeve tek blerësi të jetë e qëndrueshme dhe e parashikueshme, pavarësisht nëse ato vijnë nga buxheti i përgjithshëm apo nga burimet e pagave. Shembuj të mirë të rrjedhave të qëndrueshme të të ardhurave buxhetore në bashkimin e fondeve të sigurimeve si pjesë integrale, mund të gjenden në Republikën Çeke, Kirgistan dhe Moldavi.

Një grup tjetër mësimesh të rëndësishme se si të krijohet mjedisi ndihmues për një blerësi të vetëm, të fortë e të efektshëm:

I. Agjensia (ISKSH) duhet të jetë në gjendje të fokusohet në rolin e saj blerës pa u devi-

juar nga mbledhja e të ardhurave. Kjo e fundit është një çështje për autoritetet tatimore dhe politikën e përgjithshme të zhvillimit ekonomik.

II. Agjensia ka nevojë për fleksibilitet për të vendosur stimujt e rinj për ofruesit e shërbimeve (sektori publik dhe privat), për t'ju përgjigjur atyre duke marrë vendimet mbi caktimin e brendshëm të burimeve, të pavarur nga kufizimet e zërave buxhetorë. Kjo liri nga kufizimet strikte të sistemit të menaxhimit publik financiar, duhet të shoqërohet nga raportime të thjeshta dhe masa për përgjegjshmërinë. Është e qartë që kjo ka nevojë për një zhvendosje të përgjithshme në këndvështrimin e menaxherëve të sektorit publik, nga “kontrolli i inputeve” tek monitorimi i rezultateve.

III. Agjensia, si dhe ofruesit e shërbimeve kanë nevojë për kohë për të zhvilluar sistemet (p.sh. informacionin) dhe aftësitë për të lidhur blerjet me nevojat e popullatës dhe performancën e ofruesve të shërbimeve. Prandaj është e rëndësishme të tregohet një angazhim afatgjatë për qasjen e zgjedhur dhe të mos ndërrohet drejtimi çdo pak vite.

Përvojat sugjerojnë që zbatimi i ndryshimeve të mëdha në paketën e përfitimeve, nuk kanë të ngjarë të japin rezultatet e dëshiruara, pa pasur në fillim marrëveshje të qarta dhe të forta për blerjet. Arsyeja për këtë është se blerja është mjete që transformon një *deklaratë* të drejtash në rezultate në terren, prandaj, agjensia duhet të ketë mjetet e nevojshme për të blerë paketën për të cilën është rënë dakord. Mandatet e pafinancuara duhet të shmangen, gjë që do të thotë se çdo zgjerim i përfitimeve duhet të shoqërohet nga një analizë të kujdesshme të impaktit buxhetor.

Një mësim tjetër kyç ka qenë rëndësia e përfshirjes së mekanizmave për përgjegjshmëri publike dhe analizë politikash që në fillim të procesit të reformës. Dokumentimi i ndikimeve të reformave ka luajtur një rol kyç në mbajtjen e përpjekjeve në rrugën e duhur dhe fitimit të mbështetjes publike, përfshirë shpenzimet më të mëdha publike për shëndetin.

Përfundimet kryesore

Shqipëria ka ndërmarrë hapa shumë të rëndësishëm për të krijuar një strukturë të sistemit të saj të financimit shëndetësor, si një bashkim i fondeve të vetëm dhe i unifikuar, sistem me blerës të vetëm. Hapat e mëtejshëm përfshijnë ecjen përpara drejt zbatimit të mëtejshëm të kësaj reforme. Thelbësore gjatë procesit do të jenë:

a) Hartimi i axhendës së reformës në atë mënyrë që të përfshijë qëllimin e mbulimit universal që në fillim. Fragmentimi mund të reduktohet duke synuar jo vetëm ekonominë formale, por të gjithë popullatën. Kjo kërkon një rol të fortë dhe të qartë për të ardhurat e përgjithshme buxhetore pavarësisht nga sasia e gjeneruar nëpërmjet kontributeve të sigurimeve shëndetësore nga tatimet mbi rrogat.

b) Kuptimi i rëndësisë së trajtimit të problemeve të efencës për të mbështetur progresin. Një pagues i vetëm i fortë në qendër të skemës është një qasje premtuese. Tani është e rëndësishme të krijohen kushtet që ISKSH të jetë një blerës efektiv dhe agjent i mundshëm i ndryshimit, gjë që nënkupton forcimin e kapaciteteve të tij dhe të ofruesve për të lidhur blerjen me nevojat e popullatës dhe performancën e ofruesve.

c) Specifikimi i objektivave konkrete dhe tregueit përkatës dhe fillimi i matjes së tyre. Prodhimi i provave të mira që në fillim mund të shihet si pjesë e strategjisë politike për të dokumentuar progresin, për të fituar mbështetje dhe për të përshtatur zbatimin sipas nevojës.

Bibliografi

- Couffinhal, Agnès; Evetovits, Tamás (2004). Comments on health financing draft laws; Report of a OBSH Mission to Albania. 13-19 September. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen, (internal document).
- Kutzin, Joseph (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Health Financing Policy Paper, Division of country systems. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

(<http://www.euro.OBSH.int/document/e91422.pdf>).

Kutzin, Joseph; Jakab, Melitta; Shishkin, Sergey (2009). From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies. Advances in Health Economics and Health Services Research*, Emerald Group Publishing, UK.21, pp. 291-312.

Kutzin, Joseph; Cashin, Cheryl; Jakab, Melitta (forthcoming). *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. World Health Organisation. European Observatory on Health Policies and Systems.

Wagstaff, Adam; van Doorslaer, Eddy; Calonge, S; van der Burg, H; Christiansen, T; Citoni, G; Gerdtham, U-G; Gerfin, M; Gross, L; Häkkinen, U; Johnson, P; John, J; Klavus, J; Lachaud, C; Lauritsen, J; Leu, R; Nolan, B; Pérán, E; Pereira, J; Propper, C; Puffer, F; Rochaix, L; Rodríguez, M; Schellhorn, M; Sundberg, G; Winkelhake, O (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*. 18 (3), pp. 263–290.

World Health Organisation (2000). *Health systems: improving performance. The World Health Report*. World Health Organisation, Geneva, Switzerland

(<http://www.OBSH.int/whr/2000/en/>).

World Health Organisation (2009a). *Health in times of global economic crisis: implications for the OBSH European Region. Overview of the situation in the OBSH European Region*. Background paper produced for Ministerial Meeting on Health in times of global economic crisis. 1-2 April. Oslo.

(http://www.euro.OBSH.int/Document/HSM/Oslo_BP_crisis_overview.pdf).

World Health Organisation (2009b). *World Health Statistics 2009*. World Health Organisation, Geneva, Switzerland

(<http://www.OBSH.int/nha/country/en>).

Xu, Ke; Evans, David; Carrin, Guy; Aguilar-Rivera, Ana-Mylena (2005). *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical Briefs for Policy makers No. 2*. World Health Organisation, Geneva, Switzerland

(http://www.OBSH.int/health_financing/pb_2.pdf).

Financimi i shëndetësisë në Shqipëri – Çështje dhe rekomandime

Abdo Yazbeck²¹ / Lorena Kostallari²²

Sfidat aktuale

Efekti i krizës mbarëbotërore, e cila nisi në tregjet financiare dhe u zhvendos më tej në ekonominë reale, nuk është kuptuar ende plotësisht. Dëmet dhe humbjet vijuese janë ende duke u shfaqur dhe, në të ardhmen e afërt, mund të prekin tregjet në zhvillim. Për shkak të globalizimit dhe nivelit të lartë të marrëdhënies së ndërsjellë ndërkombëtare, është e pashmangshme që ekonominë të mos goditen nga kriza e rëndë që ka prekur ekonominë më të rëndësishme të botës. Ashtu si në shumë vende të tjera përreth botës, zhvillimet makro-ekonomike, në të cilat përfshihet rritja e përgjithshme, stabiliteti dhe punësimi, do të pësojnë pasojat e asaj që ishte kriza më e rëndë ndërkombëtare që prej vitit 1929.

Çështjet kyçe në financimin e shëndetësisë

Aktualisht, vendi shpenzon 6,5 % të PBB-së së vet për shëndetësinë, çka është e krahasueshme me Vendet me të Ardhura të Ulëta dhe të Mesme (LMIC). Më pak sesa

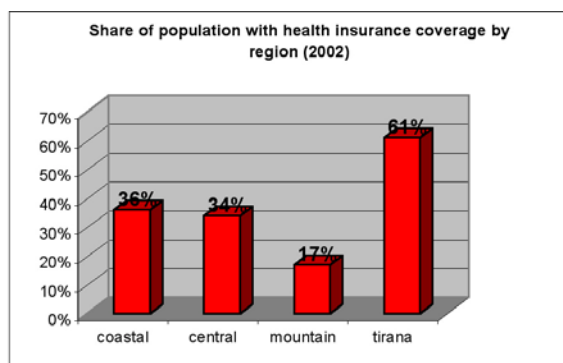
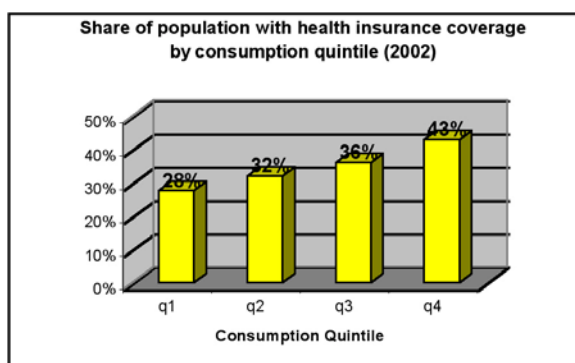
gjysma e shpenzimeve për shëndetësinë në Shqipëri (2,7 %) është publike, ndërsa pjesa tjetër mbulohet nga shpenzimet private. Edhe pse 93 % e shpenzimeve publike vijnë nga buxheti i shtetit, sektori publik në Shqipëri ende kontribuon për këto shpenzime në nivelin mesatar.

Pjesa e vogël që mbulon qeveria në shifrën e përgjithshme të shpenzimeve të shëndetësisë çon në pabarazi në përftimin e kujdesit shëndetësor. Në të njëjtën kohë, kjo kufizon efektivitetin e qeverisë për administrimin dhe qeverisjen e sektorit të shëndetësisë. Grupet me nivel më të ulët social-ekonomik nuk janë të mirëmbrojtura nga goditjet e shëndetit, duke patur parasysh edhe shpenzimet joformale nga xhepi që kërkohen për të patur mundësi hyrjeje në sektorin e kujdesit shëndetësor. Sondazhet nëpër familje tregojnë se vetëm rreth 40-45 % e gjithë popullsisë mbulohet efektivisht nga ISKSH (LSMS 2005).

Rekomandimet kryesore

Ka një debat global në vijim lidhur me faktin nëse skemat e sigurimeve shoqërore shëndetësore (SShSh) duhet të bazohen në kontributet në bazë të pagesës ose në të ardhurat e përgjithshme nga taksat. Gjatë viteve të fundit, janë konstatuar reforma

Figura 1: ISKSH-ja përfiton nga grupet dhe popullsia me nivel të lartë të të ardhurave



Source: IHSN 2002

²¹ Administrues i Sektorit të Shëndetësisë – Banka Botërore, Uashington, Distrikti i Kolumbias, ayazbeck@worldbank.org.

²² Zyrtare e Lartë e Operacioneve – Sektori për Zhvillimin Njerëzor, Banka Botërore, Tiranë, lkostallari@worldbank.org.

interesante dhe domethënëse në vende të ndryshme të OECD-së, duke ofruar një mbrojtje shëndetësore me mbulim universal e të gjithanshëm. “Midis viteve 1967 dhe 1986, jo më pak se 10 vende të OECD-

së hoqën dorë nga SShSh-ja në favor të modelit të Sistemit Kombëtar Shëndetësor, i financuar nga taksat. Në të kundërt, në vitet '90, të katërta vendet e reja europiano-qendrore të OECD-së hoqën dorë nga modeli Semashko, i financuar nga taksat në favor të SShSh-së” (Wagstaff 2009, fq. 3).

Kalimi nga tatimet mbi pagat, te të ardhurat nga taksat e përgjithshme si burimi kryesor i financimit të shëndetësisë ofron kryesisht tre avantazhe të mundshme për arritjen e financimit të qëndrueshëm të shëndetësisë, si edhe rritjen ekonomike. Kjo do të lejojë uljen e “pykës së taksës”, që nënkupton uljen e kostos së punës dhe mendohet të ketë një ndikim pozitiv mbi konkurrueshmërinë e ekonomisë shqiptare në tregun botëror. Së dyti, tejkalimi i kontributeve në bazë të pagave ka mundësinë të ulë tryshinë ekzistuese drejt informalitetit dhe marrëdhënieve të paregjistruara të punës. Së fundi, tatimet mbi të ardhurat e përgjithshme janë shumë më pak të shtrembëruara sesa tatimet e përcaktuara mbi rrogën.

Nga ana tjetër, duhet theksuar se tatimet mbi pagat ofrojnë avantazhin e krijimit të lidhjes së detyrimit për të paguar kontributin me shërbimin në dispozicion dhe të drejtën e përfutimit të të mirave të kujdesit shëndetësor. Për më tepër, kontributet e bazuara në paga kanë prirje të preferohen nga ministritë e shëndetësisë në shumë vende, duke qenë se shihen si burime më të besueshme fondesh, sesa rishikimi i përgjithshëm i taksave ku shëndetësia mund të mos konsiderohet si përparësi nga ministritë e financave.

Së bashku me Ministrinë e Financave, Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH-ja duhet të hartojnë një strategji të qëndrueshme të financimit të shëndetësisë, kryesisht, me synimin për të rritur shpenzimet publike për shëndetësinë. Njëkohësisht, qeveria duhet të intensifikojë përpjekjet, duke i ofruar gjithë popullsisë anëtarësim në sigurime, me qëllim që të sigurojë përfitimin e tyre nga ky mbulim. Për më tepër, blerja dhe kontraktimi i funksioneve të skemës së sigurimeve shëndetësore me një pagues të vetëm duhet të forcohet, me qëllim të arrijë

përfitim të një kujdesi shëndetësor me cilësi të lartë nga të gjithë. Vëmendja e ISKSH-së duhet të drejtohet edhe nga zbatimi i reformave të mëtejshme apo pagesë nga ofruesi si për kujdesin ambulator, ashtu edhe për sistemin spitalor, në veçanti.

Edhe pse mekanizmat e pagesës janë përmirësuar, me qëllim forcimin e kapaciteteve blerëse e kontrolluese të ISKSH-së, do të kërkohen skema përjashtimi për pjesën më të madhe të grupeve në nevojë, për të mbrojtur të varfrit dhe personat më në nevojë nga shpenzimet nga xhepi. Kjo është posaçërisht sfiduese, duke qenë se në sistemin e kujdesit shëndetësor në Shqipëri ekziston një sistem i mirëvendosur me nivel të lartë pagesash nën dorë. Më tej, Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH-ja do të kenë nevojë për mbështetje të mëtejshme, me qëllim që të zhvillojnë e fuqizojnë funksionet e tyre të drejtimin e mbikëqyrjes në të gjithë sistemin e sigurimeve shëndetësore.

Së fundi, por jo me më pak rendësi, përmirësimi i dukshëm i dhënies së kujdesit shëndetësor në Shqipëri është një kërkesë thelbësore dhe e domosdoshme për shtrirjen e masës së mbulimit të mbrojtjes së shëndetit social dhe tejkalimin e kufizimeve aktuale lidhur me bashkimin dhe gjenerimin e burimeve në sistemin shëndetësor shqiptar. Modernizimi i duhur i ofrimit të kujdesit shëndetësor në vend, përfshin një ristrukturim të përgjithshëm bazuar në një plan kryesor hartuar mbi bazën e nevojave; investimet në pajisje, mbrojtje e prekshme e cilësisë së kujdesit dhe programe formimi, zbatimi i grumbullimit dhe përpunimit të të dhënave të mjaftueshme në objektet shëndetësore dhe modernizimi i kapaciteteve drejtuese në nivelin e objekteve shëndetësore.

Projektet e Bankës Botërore në sektorin e shëndetësisë në Shqipëri

Projekti i Bankës Botërore për sektorin e shëndetësisë në Shqipëri përbëhet nga tri objektiva kryesore, që janë përmirësimi i përfutimit nga ana fizike e financiare i shërbimeve me cilësi të lartë të kujdesit shëndetësor parësor, rritja e efektivitetit të

Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH-së për formulimin dhe zbatimin e reformave në veprimtarinë e shëndetësisë dhe nxitja e qeverisjes dhe administrimit të sektorin spitalor.

Përbërësi 1 i projektit ka për synim forcimin e administrimit, financimit dhe blerjes në sektorin e shëndetësisë. Këtu përfshihet ngritja e kapaciteteve lidhur me kontraktimin dhe pagesën e ofruesit për një sistem me pagesë të vetëm, hartimi dhe monitorimi i politikave, krijimi i një sistemi informacioni në shëndetësi, përfshi një bazë të plotë të dhënash për ISKSH-në, një vend depozitimi të dhënash dhe sistem kompjuterik bazë për kujdesin parësor. Për më tepër, ky përbërës do të përqendrohet në monitorimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, krijimin e standardeve të licensimit dhe akreditimit për profesionistët e shëndetësisë dhe shërbimet specifike spitalore, vlerësimin e teknologjisë shëndetësore për të analizuar situatën aktuale dhe për të përgatitur standardet për pajisjet mjekësore.

Përbërësi i dytë i projektit ka për synim përmirësimin e ofrimit të shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor, përfshi procedurat e rekrutimit dhe një dokument identifikimi për sigurimet shëndetësore, trajnimin e personelit forcimin e administrimit të praktikës në kujdesin parësor, përgatitjen e udhëzimeve dhe protokolleve klinike për sëmundjet më të shpeshta, formimin e vazhdueshëm mjekësor (FVM), rritjen e cilësisë në kujdesin parësor, pajisjet e qendrave shëndetësore dhe informacionin publik që lidhen me rekrutimin. Përbërësi 3 përqendrohet te qeverisja dhe administrimi i sektorit të shëndetësisë dhe do të përfshijë spitalet dhe administrimin financiar, një kuadër për autonominë e ofruesit dhe zbatimin e qeverisjes së spitalit në spitale të parazgjedhura për zhvillimin e autonomisë së spitalit dhe ngritjes së kapaciteteve për personelin e tyre.

Projekti i Bankës Botërore për shëndetësinë përballet me një sërë mundësish e sfida, që rrjedhin prej faktit se ai përkon me reformën e gjithëanshme në sektorin e shëndetësisë dhe, posaçërisht, në fushën e

financimit të shëndetësisë, lidhur me cilësinë e kujdesit shëndetësor, si edhe çështjet e transparencës në sektorin farmaceutik. Përfundimet e pritshme të projektit janë në thelb si vijon:

1. Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH-ja janë në gjendje të hartojnë e ndryshojnë politikat shëndetësore, duke monitoruar me efektivitet sistemin e veprimtarisë shëndetësore dhe duke blerë e monitoruar me efektivitet shërbimet shëndetësore për llogari të popullsisë së vendit.
2. Popullsia është e regjistruar te ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor, ka mundësi më të mëdha për marrjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor publik, cilësia e kujdesit është përmirësuar dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor publik shfrytëzohen për pjesën më të madhe të nevojave për kujdes shëndetësor.
3. Administrim i përmirësuar i spitaleve dhe përpjekje pilot për përfshirjen e aktorëve në qeverisjen e këtyre institucioneve.

Bibliografi

- International Household Survey Network (IHSN) (2002). Albania, 2002 - Living Standards Measurement Study (LSMS). IHSN, Washington DC
<http://www.ihsn.org/home/index.php?q=activities/catalog/surveys/ihsn/008-2002-001>.
- Wagstaff, Adam (2009). Social Health Insurance versus Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD. Policy Research Working Paper 4821, Development Research Group, World Bank, Washington DC
http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2009/01/21/000158349_20090121101737/Rendered/PDF/WPS4821.pdf.
- World Bank / Albania Institute of Statistics (2003). Albania. Living Standard Measurement Survey 2002, 2005. WB / INSTAT, Tirana
<http://go.worldbank.org/IDTKJRT8Y0>.
- World Health Organization (2009). World Health Statistics 2009. WHO, Geneva
http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf.

Zbatimi i Sistemit DRG: Parakushtet dhe sfidat

Christian Pfleiderer²³

Hyrje

Në këtë kumtesë paraqiten tiparet, vetitë dhe stimujt kryesorë të sistemit të rimbursimit sipas rastit dhe sipas diagnozës për kujdesin spitalor (sistemi DRG). Ajo përshkruan kërkesat përgatitore dhe strukturat që nevojiten për zbatimin dhe mirëmbajtjen e sistemit DRG sipas shembullit gjerman, ku sistemi DRG është futur për herë të parë në vitin 2004. Për më tepër, kumtesa do të shqyrtojë ndikimin e sistemit të ri të sigurimit të pagesave për spitalet dhe fondet e sigurimeve shëndetësore.

Ideja kryesore e zbatimit të sistemit DRG ka të bëjë me rimbursimin e trajtimeve apo shërbimeve spitalore që janë të ngjashme në lidhje me procedurat mjekësore dhe kostot ekonomike me të njëjtin nivel tarifash. Kjo arrihet përmes mbështetjes së rimbursimeve mbi vetitë mjekësore të rasteve që trajtohen. Nga pikëpamja teknike, çdo rast spitalor që do të paguhet, ka informacionin e vet të koduar dhe të etiketuar në lidhje me diagnozën (si p.sh kodet ICD-10), si edhe me procedurat e aplikuara. Këto të dhëna përcaktojnë tarifën e rimbursimit sipas DRG-së. Çdo DRG ka një të ashtuquajtur peshë të kostos relative, që zbatohet për rregullimin e tarifës së përgjithshme bazë, të përkufizuar si çmimi që do të rimbursohet për çdo rast mesatarisht. Brenda një DRG-je mund të përcaktohen disa nivele të ndryshme të seriozitetit të sëmundjes, në varësi të sëmundjeve të tjera që ka pacienti. Si p.sh. në rastin e heqjes së pankreasit tek një pacient i shëndoshë, dmth pa sëmundje të tjera, pesha përkatëse e kostos të DRG-së është 0.917, ndërsa për të njëjtën diagnozë dhe procedurë tek një pacient i moshuar që vuan nga sëmundje

kronike të mushkërive kjo çon në nivele më të larta të treguesve të sëmundjeve të tjera dhe ka një peshë më të lartë kostoje tek 1.811. Këto pesha të kostove që aplikohen për një tarifë bazë si p.sh 2,800 Euro sjellin edhe nivele të ndryshme rimbursimi për këto dy raste të heqjes së pankreasit.

Kërkesat bazë për zbatimin e sistemit DRG

Me qëllim që ky sistem rimbursimi të funksionojë siç duhet, duhet të plotësohen disa parakushte: Së pari, duhet të ketë një katalog të përkufizimeve të DRG, duke përfshirë vlerat e llogaritura të peshave relative. Nuk do të ishte e mundur që të bëhej thjesht një adaptim i përlllogaritjeve dhe llogaritjeve nga vendet e tjera, duke qenë se kushtet e financimit dhe shërbimeve, zakonisht ndryshojnë ndjeshëm nga njëri vend në tjetrin. Me qëllim llogaritjen e peshave të kostove relative, duhet të hartohen të dhëna tepër të detajuara në lidhje me burimet e akorduara në faza të ndryshme të trajtimit të pacientit (si p.sh. kostot e personelit të pavionit për mjekët, infermieret, medikamentet, ushqimin etj.; sallat e operacionit – kohëzgjatja e operacioneve, prezenca e personelit të ndryshëm, kohë bosh) sipas rasteve specifike për një numër të rëndësishëm statistikor rastesh dhe spitalesh. Këto të dhëna duhet të përfaqësojnë kostot e diferencuara me qëllim trajtimin e diferencave midis niveleve të ndryshme të kompleksitetit mjekësor. Për më tepër, spitalet duhet të kenë dhe të përdorin sistemet e kodeve të diagnozave dhe procedurave. Po ashtu rekomandohen fuqimisht të përdoren edhe udhëzimet për kodifikimin. Së fundi, po me kaq rëndësi janë edhe mekanizmat për përkufizimin e përqindjeve bazë – një tarifë bazë për të gjithë vendin ose tarifa të ndryshme për rajonin, nivelin e kujdesit shëndetësor apo spitalor.

Gjermania e futi në funksion sistemin DRG me qëllim kapërcimin e buxheteve historikisht të larta të spitaleve, të cilit ishin rritur në mënyrë tepër të pabarabartë midis spitaleve dhe rajoneve gjatë një periudhe prej më shumë se 30 vjetësh, qysh nga viti 1971. Kjo kishte çuar në nivele tejet të pa-

²³Nëpunës planifikimi, Seksioni i Mbrojtjes Sociale, Divizioni i Shëndetit, Arsimit, Mbrojtjes Sociale, Zyra Gjermane për Bashkëpunim Teknik (GTZ), christian.pfleiderer@gtz.de.

barabarta të financimit të kujdesit shëndetësor. Pabarazitë e mëparshme të sistemit janë reduktuar me sukses përmes konvergimit të tarifave bazë midis spitaleve. Tarifa bazë është shuma (ose “çmimi”) i rimbursimit për një rast mesatar spitalor për të cilin pesha e kostos është përcaktuar si e barabartë me 1. Për shkak të diferencave historike të niveleve të buxhetit spitalor, tarifatat bazë fillestare ndryshonin ndjeshëm duke nisur nga 1.000 Euro deri në mbi 4.000 Euro. Si hap i parë, deri në vitin 2009, tarifatat bazë konvergonin për një periudhë pesë vjeçare në nivelin e shtetit federal (“Länder”). Konvergjenca drejt një tarife bazë për të gjitha spitalet në Gjermani do të arrihet në vitin 2015. Duke qenë se proceset e konvergencës së tarifës bazë i çojnë nivelet e ndryshme buxhetore tek një mesatare, nuk ka pasur kursime të përgjithshme në lidhje me shpenzimet për trajtimet spitalore. Thënë thjesht, buxheti që duhet të reduktojnë spitalet “më të shtrenjta” do të rishpërndahet atyre spitaleve “që kanë çmimin e duhur” – dhe nuk do të përdoret për, fjala vjen, uljen e përqindjeve të kontributeve. Megjithatë, proceset e rishpërndarjes ishin shumë të rëndësishme dhe sollën ndryshime në tablonë spitalore në Gjermani, si p.sh. në lidhje me shkrirjet e spitaleve dhe/ose mbylljen e departamenteve ose nganjëherë edhe të spitaleve. Përveç reduktimit të pabarazive buxhetore, spitaleve iu dha një stimul i fortë për uljen e inefficiencave në lidhje me ofrimin e shërbimit dhe rritjen e potencialit për kursim kostosh. Duke qenë se rimbursimi spitalor zbatohet sipas parimit të tarifës ditore, futja e sistemit të tarifës sipas rastit të sëmundjes ushtroi trysni mbi shifrat e mbetura të kohëzgjatjes së qëndrimit dhe me menaxhimin e kujdesit spitalor.

Sfidat e zbatimit të sistemit DRG

Për shkak të kompleksitetit politik dhe atij administrativ, procesi i prezantimit të sistemit DRG në Gjermani mori tetë vjet që nga projekti i parë pilot i filluar në vitin 1997 deri në vitin e parë të përdorimit të detyrueshëm të sistemit në vitin 2004. Gjatë

kësaj periudhe duhej të ndërmerreshin vendime politike; duhej të përpiloheshin rregulloret për prezantimin dhe funksionimin e sistemit DRG; sistemi DRG që do t'i përshtatej kushteve gjermane duhej të zgjidhej dhe të detajohej; gjithashtu duhej të bëheshin llogaritjet e variantit të parë të katalogut DRG me peshat e kostove të veta relative. Qysh nga zbatimi i tij, sistemi gjerman i DRG-së është përditësuar dhe përmirësuar në mënyrë të vazhdueshme dhe janë bërë llogaritje të reja çdo vit, me qëllim zgjidhjen e problemeve të keqalokimeve, strukturave në ndryshim të kostove dhe zhvillimeve në terapinë mjekësore. Instituti që kryen këtë detyrë në përgjithësi është në pronësi të sigurimeve publike shëndetësore dhe organizatave spitalore, gjë që siguron një nivel të lartë pranueshmërie të rezultateve të llogaritjeve.

Së bashku me zbatimin e sistemit DRG janë hartuar edhe një sërë masash që sigurojnë cilësinë e tij. Spitalet janë të detyruara të publikojnë në formë elektronike raporte standarde të cilësisë. Gjithashtu, disa procedura janë të përqendruara drejt spitaleve të specialiteteve përmes përcaktimit të numrave minimalë të rasteve që duhet të trajtojë një spital, në mënyrë që të vazhdojë këto trajtime edhe në të ardhmen. Zbatimi i sistemit DRG, si një sistem i ri rimbursimi ka çuar në një nivel më të lartë transparence të financimit të spitaleve dhe kostove të trajtimit nga njëra anë, ndërsa nga ana tjetër, proceset administrative të rimbursimit të shërbimeve spitalore janë bërë shumë të ndërlikuara, duke qenë se kompleksiteti i ofrimit të shërbimit mjekësor tashmë duhet të reflektohet brenda sistemit të rimbursimit.

Bibliografi dhe literaturë e mëtejshme

AOK Bundesverband (2009). Background information on hospital financing. AOK-BV, Berlin (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus>).

Fischer (2007). Do you speak DRG? Measuring the Complexity of Labels of Medicare DRGs, AR-DRGs, and G-DRGs by

Counting Conjunctions (<http://www.fischer-zim.ch/paper-en-pdf/DRG-Labels-0711-PCSI.pdf>).

Schreyögg, Tiemann, Busse (2006). Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system? Health Care Management Science 9 (3), pp. 269-279 (<http://www.springerlink.com/content/r41481g7v3g823t0>).

Informacion i mëtejshëm:

German DRG Institute (InEK): www.g-drg.de

German Hospital Association: www.dkgev.de

Për publikime në anglisht nga grupi kërkimor DRG, Universiteti i Münster: http://drg.uni-muenster.de/de/informationen/literatur_en.php.

Zhvillimi institucional i Fondit të Sigurimeve Shëndetësore në Slloveni: Arritjet dhe mësimet e marra

Dorjan Marušič²⁴

Hyrje

Sllovenia ka një traditë të gjatë në sigurimin e mbrojtjes publike shëndetësore nëpërmjet sigurimeve të shëndetit social, që u zbatuan për herë të parë në vitin 1889, në përputhje me parimet e përgjithshme të solidaritetit dhe efikasitetit, nëpërmjet ofrimit të një kujdesi shëndetësor cilësor dhe në dispozicion të të gjithëve. Krijimi i Institutit të Sigurimeve Shëndetësore në Slloveni (ISShS) në vitin 1992 ishte pjesë e reformës së gjithanshme në kujdesin shëndetësor, që kishte për synim ndryshime strukturore në financimin e kujdesit shëndetësor. Kjo reformë përfshinte rifutjen e sigurimit të shëndetësor detyrueshëm, zbatimin e bashkëpagesave në sigurimet shëndetësore vullnetare dhe një proces gradual privatizimi të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Më tej, pjesë e kësaj reforme u bënë ndryshimet organizative që kishin të bënin me zbatimin e roleve të reja në sistem, më konkretisht, rifutjen e shoqatave profesionale (Dhoma Mjekësore dhe Farmaceutike) dhe negociata partnere në procese kontraktimi. Këto ndryshime të mëdha u ndoqën nga periudha e zbatimit dhe përshtatjes së mëtejshme të sistemit të shëndetësisë. Në varësi të nivelit të kujdesit, zbatohen metoda të ndryshme kontabël, përfshi pagesën e tatimit për frymë, tarifën për shërbimin, përcaktimin e buxhetit dhe llojet e tjera të pagesave të mundshme. Reformat e kohëve të fundit përfshinë, mes të tjerave, futjen e sistemit të grupimit sipas diagnozës (DRG) për të paguar ofruesit spitalorë, zhvillimin dhe zbatimin e historikut të pacientit për rritjen e cilësisë së kujdesit, si edhe futjen e një skeme barazimi të rrezikut për ofruesit

e sigurimeve shëndetësore vullnetare shtesë. Koha e gjatë e pritjes, sidomos për kujdesin shëndetësor, disa shërbime të specializuara dhe ndërhyrje kirurgjike mbetet ende problem për t'u zgjidhur brenda sistemit slloven të kujdesit shëndetësor.

ISShS-ja është ent publik jofitimprurës paqes i vetëm, i mbikëqyrur rigorozisht nga shteti dhe me statut të detyrueshëm, që miratohet nga Ministria e Shëndetësisë. ISShS-ja është përgjegjëse për kontraktimin e ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe furnizuesve të pajisjeve teknike, si edhe për detyra mbikëqyrëse dhe administrative. Më tej, ISShS-ja iu ofron përfituesve ndihmë ligjore dhe ndihmë tjetër profesionale, duke mbajtur një bazë të dhënash e statistika për sigurimet shëndetësore, si edhe propozon përqindjet e kontributit. Sigurimet shëndetësore të detyrueshme në Slloveni mbulojnë të gjithë popullsinë, sipas parimeve bazë të mbrojtjes së shëndetit social, që domethënë, mbulim universal, solidaritet, barazi dhe vëmendje e posaçme për grupet në nevojë. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor është përgjegjës për proceset kyçe të sigurimeve shëndetësore për mobilizimin e burimeve, ofrimin dhe ndarjen e përfitimeve. Paketa gjithëpërfshirëse e përfitimit të shëndetit përcaktohet në Aktin për Kujdesin Shëndetësor dhe Sigurimet Shëndetësore dhe është i krahasueshëm me standardet e BE-së.

Financimi

Që prej vitit 1992, Sllovenia ka një sistem të llojit Bismarkian të sigurimeve shoqërore, që bazohet në një fond të vetëm të detyrueshëm të sigurimeve shëndetësore, që qeveriset tërësisht nga legjislacioni kombëtar dhe administrohet nga ISShS-ja, një organ publik autonom dhe i vetëqeverisur. Sigurimet shëndetësore kanë mbulim universal, të detyrueshëm, bazuar në një status të qartë punësimi ose në një status varësie të përcaktuar ligjërisht (si të miturit, bashkëshortët e papunë, personat e papunë të regjistruar dhe personat pa të ardhura). ISShS-ja ofron mbrojtje universale, e cila mbulon

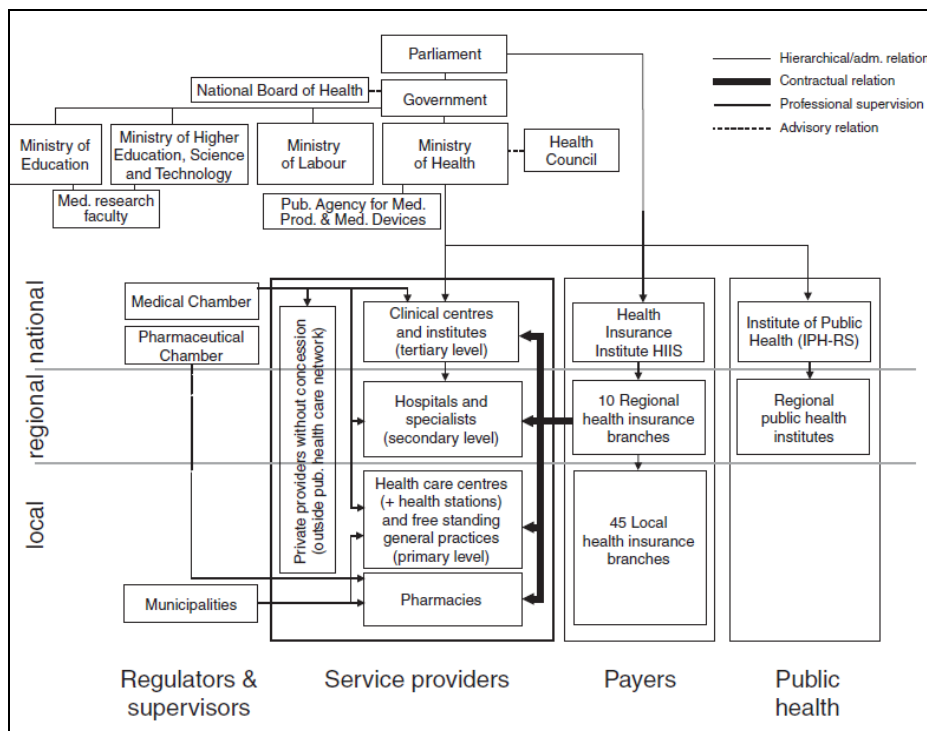
²⁴ Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm, Instituti i Sigurimeve Shëndetësore i Sllovenisë, Ljubljana, dorjan.marusic@gmail.com.

98,5 % të popullsisë. Në vitin 2008, skema e sigurimeve përpunoi 65,8 % të shpenzimeve të përgjithshme për shëndetësinë dhe 91,8 % e shpenzimeve publike për shëndetësinë. Ministria e Shëndetësisë, nga ana e saj, mban përgjegjësi për financimin e spitaleve dhe infrastrukturës tjetër të institucioneve shëndetësore, për programet kombëtare parandaluese dhe të kujdesit shëndetësor për përfituesit pa të ardhura. Roli i bashkive vendore është relativisht i vogël në financimin e shëndetësisë dhe kufizohet në ofrimin dhe mirëmbajtjen e infrastrukturës së shëndetësisë në nivelin parësor (d.m.th. qendrat e shëndetit parësor, farmacitë publike dhe pikat shëndetësore).

shëndetësor ekzistojnë 21 kategori personash të siguruar. Që prej janarit të vitit 2002, kontributet e sigurimeve të shëndetësore të detyrueshme të të punësuarve janë 13,45 % e të ardhurave të tyre bruto dhe ndahen midis punëdhënësit (6,56 %) dhe punëmarrësit (6,36 %). Për më tepër, punëdhënësi paguan një shumë shtesë prej 0,53 % për të mbuluar dëmtimet në vendin e punës dhe sëmundjet profesionale. Instituti Kombëtar për Punësim paguan 12,92 % të përfitimeve për të papunët në emër të të gjithë të papunëve të regjistruar zyrtarisht. Pensionistët japin një kontribut prej 5,96 % të pensionit të tyre bruto për sigurimet shëndetësore; fermerët dhe artizanët paguajnë

18,78 % të të ardhurave të tyre kadastrale ose 6,89 % të bazës së vlerësimit bruto për pensionet dhe sigurimin për paaftësi, kurse të vetëpunësuarit duhet të japin një kontribut prej 13,45 % të vlerës së referencës bruto për pensionet dhe sigurimin për paaftësi. Shteti dhe bashkitë paguajnë kontribute për llogari të shtetasve pa të ardhurave, të burgosurve dhe veteranëve të luftës. Më tej, Republika e Sllovenisë ofron fonde nga buxheti i shtetit për kujdesin shëndetësor urgjent,

Figura 1: Struktura organizative e sistemit shëndetësor slloven



Burimi: Albreht dhe të tjerë. 2009, fq. 18

Parimet e solidaritetit dhe përqindjeve të barabarta të kontributeve në bazë page për sigurimet e shëndetit social në Slloveni gjejnë zbatim për individët të cilët kanë të ardhura të rregullta apo marrin pagesa nga sigurimet e pensioneve ose paaftësisë. Në parim, kontributet lidhen me përfitimet nga punësimi, edhe pse mbulohen edhe bashkëshortët pa rrogë dhe fëmijët e anëtarëve kontribues. Në mbulimin e detyrueshëm

që përftohen nga personat me vendbanim të panjohur, të huajt nga shtetet që nuk kanë lidhur marrëveshje ndërkombëtare, shtetasit e Republikës së Sllovenisë me vendqëndrim të përhershëm jashtë, të cilët qëndrojnë përkohësisht në Slloveni apo që kalojnë tranzit nëpërmjet Republikës së Sllovenisë dhe nuk janë në gjendje të paguajnë për shërbimet shëndetësore (shih Kos 2007, fq. 33 dhe në vijim).

Sidoqoftë, pabarazia e mundshme ka të ngjarë të jetë rezultat i faktit se disa grupe kontribuesish (p.sh., tregtarët e vetëpunësuar dhe sipërmarrësit) janë të lirë ta caktojnë vetë bazën e referimit të të ardhurave, sipas së cilës ata i paguajnë kontributet sistemit të sigurimeve shoqërore. Kjo e drejtë rrjedh prej rregullave që kanë të bëjnë me sigurimin e pensioneve dhe paaftësisë, që gjejnë zbatim edhe për sigu-

rimin e detyrueshëm shëndetësor, me qëllim krijimin e një procedure të thjeshtuar të mbledhjes së kontributeve. Zgjedhja për të vetëpërcaktuar kontributet për sigurimet shëndetësore të detyrueshme është e prirur të prodhojë pabarazi, duke qenë se përfitimet janë të njëjta për të gjithë personat e siguruar. Kjo dëshmon mospërputhje me vënien në jetë të parimeve të solidaritetit, barazisë dhe ndershmërisë.

Tabela 1: Treguesit kryesorë të zhvillimit makroekonomik për periudhën 2000 deri në 2007

Treguesit	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PBB (dollari amerikan aktual, milion)	19 067	19 616	22 121	27 748	32 181	35 120	38 200	45 450
PBB, Barazia e Fuqisë Blerëse (dollari ndërkombëtar, milion)*	33 537	35 407	37 342	39 210	42 130	45 294	49 396	53 406
PBB për frymë (dollari amerikan aktual)*	11 571	11 154	12 079	14 707	16 706	17 559	19 021	22 079
PBB për frymë, BFB (dollari amerikan aktual)*	16 852	17 757	18 718	19 640	21 090	22 609	24 571	26 576
Rritja vjetore e PBB-së (% , çmimet konstante)*	4,1	3,1	3,7	2,8	4,4	4,1	5,7	5,4
Bujqësia, vlera e shtuar (% e PBB-së)	3,5	3,3	3,1	2,7	2,7	2,5	2,0	-
Industria, vlera e shtuar (% e PBB-së)	37,2	38,9	36,2	36,8	35,0	34,1	34,0	-
Shërbime, etj., vlera e shtuar (% e PBB-së)	59,3	59,9	60,7	60,6	62,4	63,4	64,0	-
Bilanci i llogarisë korrente (% e PBB-së)*	-2,7	0,2	1,0	-0,8	-2,7	-1,9	-2,5	-3,4
Fuqia punëtore (% e popullsisë)**	49,0	48,9	49,5	48,3	51,3	51,6	51,9	52,1
Papunësia (% e fuqisë punëtore)**	12,2	11,6	11,6	11,2	10,6	10,2	9,4	7,7

Burimi: Albreht dhe të tjerë 2009, fq. 5.

Mbrojtja e shëndetit social bazohet në një sistem të dyfishtë të ofruar nga sigurimet shëndetësore të detyrueshme dhe sigurimet shëndetësore vullnetare, ndërkohë që këto të fundit mbulojnë bashkëpagesat në skemën e detyrueshme. Si primet e sigurimeve shëndetësore vullnetare, ashtu edhe shpenzimet nga xhepi të familjarëve përfaqësojnë burime private të fondeve, që përbëjnë rreth 28,2 % e shpenzimeve të përgjithshme për shëndetësinë në vitin 2008. Në kontek-

stin e uljes graduale të financimit të shëndetësisë nga entet publike, në vitin 2006, sigurimet shëndetësore vullnetare plotësojnë që mbulojnë bashkëpagesat u shtrinë deri te rreth 85 % e popullsisë (fëmijët nën moshën 18-vjeçare dhe studentët nën moshën 26-vjeçare janë të përjashtuar nga çdo bashkëpagesë).

Për të shmangur bjerrjen nga siguresit vullnetarë të shëndetit dhe për të barazuar ndryshueshmëritë në strukturën e rrezikut

mes shoqërive private të sigurimeve shëndetësore, në vitin 2005 u fut një skemë për përshtatjen e rrezikut që siguron prime të barabarta për të gjithë përfituesit, pavarësisht nga mosha e tyre. Nga sistemi i dyfishtë i mbulimit me sigurime rrjedhin disa avantazhe, si qëndrueshmëria e stabiliteti relativ, një tranzicion më i lehtë dhe nivel më i lartë ndërsjelljeje dhe reciprociteti. Në të njëjtën kohë, mbulimi i dyfishtë ka ndikim negativ të solidariteti dhe mundësia e përfutimit. Duke qenë se ky sistem parandalon ISShS-në të përcaktojë shportën bazë të shërbimeve që do të mbulohej nga sigurimet shëndetësore të detyrueshme; ai parandalon gjithashtu qartësinë dhe transparen-

cën e sistemit dhe nuk lejon zhvillimin e sigurimeve shëndetësore vullnetare plotësuese që janë reale.

Duke qenë se, ndonjëherë, bashkëpagesat e mbuluara nga sigurimet vullnetare plotësuese janë të larta, personat të cilët nuk kanë sigurime plotësuese nuk janë në gjendje të paguajnë pjesën e shërbimit që mbulon ajo. Kjo i nuk i lejon ata të përdorin shërbimet, edhe pse pjesa më e madhe e kostove të shërbimit mbulohet nga sigurimet shëndetësore të detyrueshme. Në këtë kuptim, sigurimet shëndetësore vullnetare plotësuese në Slloveni konsiderohen si jo-vullnetare.

Tabela 2: Të ardhurat e ISShS-së sipas burimeve në % të shifrave të përgjithshme 2000-2005

Burimet e të ardhurave	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kontributet shëndetësore të detyrueshme	79,8	80,4	79,7	79,9	79,5	78,8
- kontribute nga punëmarrësit	38,2	37,3	36,3	35,2	34,9	34,7
- kontribute nga punëdhënësit	36,6	37,0	37,5	38,8	38,9	38,7
- kontribute nga të vetëpunësuarit	4,6	4,3	4,2	4,1	4,1	4,1
- kontribute të tjera të sigurimeve shoqërore	0,4	1,8	1,7	1,8	1,6	1,3
Të ardhurat jo tatimore	2,2	1,3	1,3	1,2	1,9	1,8
Të ardhurat kapitale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Grantet	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferimet	18,1	18,4	19,0	18,8	18,4	19,3
- nga buxheti i shtetit	0,7	1,2	1,3	1,2	1,0	1,0
- nga buxhetet vendore	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,0
- nga fonde të tjera të sigurimeve shoqërore (kontributet e pensionistëve, të paguara nga Instituti Kombëtar i Sigurimeve të Pensionit)	16,6	16,4	16,8	16,6	16,3	17,3
Totali	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Burimi: Planet financiare të ISShS-së për vitet 2001-2006, ISShS.

Instituti i Sigurimeve Shëndetësore i Sllovenisë

ISShS-ja u krijua si një ent publik dhe jofitimprurës për të ofruar sigurime shëndetësore të detyrueshme për popullsinë. ISShS-ja është nën mbikëqyrjen e rreptë të shtetit dhe zbaton statutin. ISShS-ja drejtohet nga një asamble, e përbërë nga përfaqësues të punëdhënësve dhe përfituesve, të cilët ad-

ministrojnë në mënyrë të pavarur veprimtaritë e institutit. Drejtori propozohet nga asambleja dhe emërohet me miratimin e parlamentit. ISShS-ja ka një numër të përgjithshëm prej 55 zyrash, 10 në nivelin rajonal dhe 45 në nivelin lokal. Degët rajonale kanë, gjithashtu, këshilla rajonale, por funksioni i tyre është më tepër këshillues dhe ato nuk kanë kompetenca vendimma-

rrëse lidhur me çështjet e sigurimeve shëndetësore; përgjegjësia për kontraktimin e ofruesve u takon 10 degëve rajonale (shih Kos 2007, faqet 19 dhe në vijim).

ISShS-ja kontrollon detyrime dhe përgjegjësi, si mbledhja e kontributeve, kriteret e pagesës, mbledhja e interesave për pagesat e vonuara, anulimin e pretendimeve të këqija, zhvlerësimin dhe gjrobat, në përputhje me rregullat e posaçme për taksimin dhe mbledhjen e kontributeve. Në praktikë ISShS-ja ia ka kaluar këto detyra Zyrës së Administrimit të Taksave të Republikës së Sllovenisë. Skema e sigurimeve miraton në mënyrë autonome planin financiar dhe aktet ligjore nëpërmjet të cilave qeverisen më me hollësi të drejtat dhe përfitimet e të siguruarve dhe i propozon asamblesë kombëtare nivelin e përqindjes së kontributit. Në këtë pikë, ISShS-ja nuk ka autonomi të plotë, duke qenë se vendimi për nivelin e përqindjeve të kontributit kërkon miratimin përfundimtar të parlamentit dhe statute përkatës i ISShS-së duhet të miratohet nga Ministria e Shëndetësisë. Për më tepër, qeveria i ka mbajtur disa kompetenca për drejtimin dhe kontrollimet e veprimeve, si ushtrimi i ndikimit lidhur me përcaktimin e fushës së veprimit të përfitimeve, planit financiar dhe konfirmimin e administratorit të përgjithshëm të zgjedhur.

Detyrat e ISShS-së përfshijnë sa vijon: administrimin e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme, lidhjen e kontratave me ofruesit e kujdesit shëndetësorë dhe dhënësit e ndihmës teknike, përmbushjen e detyrave mbikëqyrëse e administrative, sigurimi i ndihmës ligjore dhe ndihmave të ndryshme profesionale për individët e siguruar dhe administrimi i një baze të dhënash dhe statistikave në fushën e sigurimeve shëndetësore. Një tjetër detyrë e ISShS-së është përfaqësimi i interesave të përfituesve në negociatat me partnerët (ofruesit dhe Ministria e Shëndetësisë) lidhur me programet e shërbimit shëndetësor, zbatimin e tyre dhe formulimin e çmimeve.

Mbulimi dhe sistemi i përfitimeve

Paketa e përfitimeve nga shërbimet shëndetësore për popullsinë e siguruar përfshin mbulimin e shërbimeve parësore, dytësore dhe terciare, të barnave, pajisjeve mjekësore, lejet mjekësore për më shumë se 30 ditë dhe kostot e udhëtimit për në objektet shëndetësore. Sigurimi shëndetësor i detyrueshëm (SShD) ofron mbulim të plotë për shërbimet shëndetësore që vijnë:

- Të gjitha shërbimet shëndetësore të ofruara për fëmijët dhe adoleshentët: diagnozat, trajtimet dhe rehabilitimi i sëmundjeve dhe dëmtimeve të pësuar nga fëmijët, fëmijët e shkollave, të miturit me dëmtime të zhvillimit dhe studentët, për aq kohë sa ndjekin studimet.
- Këshillimi dhe planifikimi familjar, përdorimi i kontraktivëve, kujdesi para lindjes dhe kujdesi gjatë lindjes për pacientet femra.
- Shërbimet e përfshira në programet e parandalimit, diagnostikimi dhe trajtimi i sëmundjeve infektive, përfshi HIV-in.
- Trajtimi dhe rehabilitimi i sëmundjeve ose dëmtimeve profesionale, sëmundjeve malinje, sëmundjeve muskulore ose të nervit muskolor, sëmundjeve mendore, epilepsisë, hemofilisë, paraplegjisë, tetraplegjisë dhe paralizës së shtyllës kurrizore, si edhe diabetit të përparuar, sklerozës së shumëfishtë dhe psoriasis.
- Shërbimet mjekësore që kanë të bëjnë me dhurimin e transplantin e indeve dhe organeve, trajtimin mjekësor urgjent, përfshi transportimin urgjent, vizitat e kujdesit infermieror dhe trajtimi e kujdesi në shtëpi dhe në institucionet sociale.
- Kujdesin afatgjatë infermieror, si vizitat në shtëpi dhe ofrimi i trajtimit dhe kujdesi infermieror në institucionet e kujdesit social.
- Të gjitha shërbimet e tjera të kujdesit shëndetësor përfshijnë ndarjen e kostos nëpërmjet bashkëpagesës. Në varësi të fushës konkrete të trajtimit ose veprimitarisë, masa e mbuluar nga SShD-ja ndryshojnë nga 25 % në 95 %.

Mekanizmat grupuese

ISShS-ja mbledh dhe grupon kontributet e detyrueshme për sigurimet shëndetësore. Në kuadër të çdo plani financiar, ISShS-ja përcakton një maksimum shpenzimesh të përgjithshme për shërbimet shëndetësore të financuara nga kontributet e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme për vitin pasardhës përkatës. Fakti që buxheti kombëtar vjetor për shëndetësinë është i përcaktuar reflektohet edhe te kontratat midis secilit ofrues individual dhe ISShS-së. Përmes procesit të negociatave dhe kontraktimit të programeve të kujdesit shëndetësor, përcaktohet 68 % e të gjitha shpenzimeve të përgjithshme të ISShS-së. Tavani i përcaktuar nga ISShS-ja përkthehet në kontrata

me ofruesit individualë, bazuar në planin e vitit paraardhës për programe të rregullta dhe burime të mundshme shtesë për programe specifike ose me përparësi për shkurtimin e listës së pritjes apo futjen e teknologjive të reja shëndetësore. Gjatë viteve 2002-2007 midis 1,2 % dhe 2,1 % e të gjitha shpenzimeve të kujdesit shëndetësor kanë shkuar për programet më me përparësi. Në rast se një ofrues prodhon më pak shërbime nga sa përcaktohet në kontratë, ai rimburohet në përputhje me shërbimet e ofruara aktualisht. Në rast se një ofrues e tejkalon vëllimin e pranuar të shërbimeve, ai rimburohet deri në tavanin e kontratës. Buxheti i përcaktuar kombëtar për shëndetësinë pasqyrohet edhe në kontratat midis secilit ofrues individual dhe ISShS-së.

Tabela 3: Prirjet e shpenzimeve në shëndetësi në Slloveni, 2000-2006

Treguesit	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Shpenzimet e përgjithshme në shëndetësi (çmimet aktuale -miliarda euro)*	1,5	1,8	2,0	2,2	2,3	2,4	2,6
Shpenzimet e përgjithshme në shëndetësi, euro për frymë	766	892	992	1091	1139	1218	1281
Shpenzimet e përgjithshme në shëndetësi, BFB dollarë për frymë	710	799	938	1231	1414	1513	1607
Shpenzimet e përgjithshme në shëndetësi si % e PBB-së	8,2	8,6	8,6	8,8	8,4	8,5	8,3
Shpenzimet publike në shëndetësi si një % e PBB-së	6,1	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	6,0
Shpenzime publike në shëndetësi si % e shpenzimeve të përgjithshme në shëndetësi	74,0	73,5	73,4	71,8	73,3	71,9	72,2
Shpenzimet private në shëndetësi si % e PBB-së	2,2	2,3	2,3	2,5	2,2	2,4	2,3
Shpenzimet private në shëndetësi si % e shpenzimeve të përgjithshme në shëndetësi	26,0	26,5	26,6	28,2	26,7	28,1	27,8
Përqindja e rritjes vjetore të shpenzimeve të përgjithshme në shëndetësi si % e PBB-së	-	4,3	0	3	-4,6	1	-2,2
Përqindja e rritjes reale vjetore, PBB (% , çmimet konstante të viteve paraardhëse)	4,4	2,8	4,0	2,8	4,3	4,3	5,9

Burimi: Zyra e Statistikave e Republikës së Sllovenisë 2009

Në të kundërt të kësaj, buxheti lidhur me sigurimet shëndetësore plotësuese nuk është i mbuluar, çka nënkupton se ofruesi i sigurimeve shëndetësore vullnetare duhet të paguajnë për të gjitha shërbimet e ofruara

që mbulojnë nga planet e tyre shëndetësore. Buxheti i vlefshëm vjetor i ISShS-së për shërbimet shëndetësore përcaktohet në perspektivë, sipas kushteve aktuale dhe të ardhshme makroekonomike, si rritja e prit-

shme e PBB-së, përqindja e inflacionit, rritja e pritshme e pagave dhe pensioneve dhe përqindja e papunësisë. Buxheti i përgjithshëm përcaktohet në bazë vjetore në bashkëpunim me ISShS-në, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Ministrinë e Financave.

Propozimi i buxhetit të ISShS-së diskutohet më tej në bordin dhe asamblenë e ISShS-së. Pas miratimit të bordit dhe asamblesë së ISShS-së, plani financiar duhet të miratohet edhe nga qeveria.

Tabela 4: Mekanizmat e pagesës në Slloveni, 2007

Kategoria e shërbimeve shëndetësore	Mekanizmat e pagesës (lidhur me njësinë bazë të pagesës)	Pagesë e kufizuar e përcaktuar në perspektivë ose pagesë e pakufizuar e përcaktuar në retrospektive
Kujdesi shëndetësor parësor	Kombinimi i tatimit për fryme dhe tarifës së shërbimi	Perspektive
Kujdesi i specializuar ambulator	Tarifa e shërbimit	Perspektive
Kujdesi akut spitalor	DRG	Perspektive
Kujdesi spitalor joakut	Ditë qëndrimi në shtrim	Perspektive
Kujdesi spitalor psikiatrik	Rast	Perspektive
Kujdesi spitalor rehabilitues	Rast	Perspektive
Shërbimet e dializës	Tarifë për shërbimin	Retrospektive
Programi i transplantimit	Rast	Retrospektive
Kujdesi në urgjencë	Tarifë për shërbimin	Perspektive
Praktikat dentare	Tarifë për shërbimin	Perspektive
Kujdesi farmaceutik	Tarifë për shërbimin	Perspektive
Kujdesi shëndetësor në institucionet sociale	Ditë kujdesi infermieror, tarifë për shërbimin	Perspektive
Kujdesi shëndetësor në llixha	Tarifë për shërbimin	Perspektive

Burimi: Albreht dhe të tjerët 2009, fq. 62.

Procedurat e ndarjes së fondeve dhe marrëdhëniet e ISShS-së me ofruesit

Buxheti i përgjithshëm për shërbimet shëndetësore ndahet mes ofruesve nëpërmjet procesit të bisedimeve me partnerët (ISSHS, Ministria e Shëndetësisë dhe ofruesit). Kur bihet dakord për ndarjen, zbatohen modelet e përcaktuara për shpërndarjen e parave. Kjo procedure përcakton buxhete të qarta për ofruesit, si edhe për shërbimet e kujdesit shëndetësor që ata duhet të ofrojnë e që duhet të paguhet nga ISSHS-ja (nga kontributet e detyrueshme të sigurimeve shëndetësore). Në të kundërt të kësaj, nuk ka kufij të paracaktuar për shpenzimet private në shëndetësi. Marrëveshja e

përgjithshme dhe marrëveshjet e posaçme për grupet e ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësor janë produktet kyçe të fazës së parë të proceseve kontraktuese, të cilat hedhin bazat për negociatat e kontraktimit mes ISSHS-së dhe çdo ofruesi.

Faza e dytë e blerjes së shërbimeve shëndetësore përfshin ISSHS-në dhe ofruesin publik brenda rrjetit publik të kujdesit shëndetësor. Pas përcaktimit të marrëveshjes së përgjithshme dhe marrëveshjeve të posaçme për grupe të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësor, kontratat mes ISSHS-së dhe secilit ofrues specifikojnë llojin dhe vëllimin e shërbimeve që do të ofrohen, tarifat për këto programe dhe

shërbime, metodat e pagesës, kërkesat e cilësisë, mbikëqyrjen e zbatimit të kontratës dhe të drejtat e përgjegjësitë individuale të palëve kontraktuese. Përveç shërbimeve të dializës dhe programit të transplantimit, rimbursimi i shërbimeve të ofruara është përcaktuar dhe parashikuar në mënyrë të tillë, që shërbimet e kujdesit shëndetësor që e tejkalojnë shumën e negociuar nuk paguhen nga ISSHS-ja. Në rast se ofruesi prodhon më pak shërbime sesa përcaktohet në kontratë, ai rimbursohet në përputhje me shërbimet e ofruara aktualisht. Shoqëritë e sigurimeve shëndetësore vullnetare nuk marrin pjesë në procesin e negociatave për lidhjen e marrëveshjes së përgjithshme dhe marrëveshjeve të posaçme për grupe të ndryshme të ofruesve të kujdesit shëndetësor. Shoqëritë e sigurimeve shëndetësore vullnetare janë të detyruara të rimbursojnë vlerën e përgjithshme të shërbimeve të ofruara shëndetësore që mbulohen nga sigurimet shëndetësore plotësuese, në përputhje me planin vjetor të negociuar në marrëveshjen e përgjithshme të ofruesve. Vlera relative e mbulimit të sigurimeve shëndetësore vullnetare për shërbime të ndryshme shëndetësore përcaktohet me ligj.

Nivelet e rimbursimit bazohen mbi kontrata të përtëritshme vjetore midis ISSHS-së dhe ofruesve që përcaktojnë vëllimin dhe çmimin e programeve respektive. Programet janë një paketë shërbimesh që kanë lidhje me një lloj kujdesi të caktuar (kujdesi i specializuar ambulator, kujdesi spitalor akut, kujdesi spitalor joakut, etj). Buxheti vjetor për programet e kujdesit shëndetësor në nivelin kombëtar rezulton në shuma të përcaktuara pagese për ofruesit, në bazë të kontratës midis ISSHS-së dhe ofruesve. Mekanizmat e pagesës janë të njëjta për të gjithë ofruesit në rrjetin e kujdesit shëndetësor publik, që kontraktohen dhe rimbursohen nga ISSHS-ja prej kontributeve të detyrueshme; këta ofrues mund të jenë subjekte publike ose private. Shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor në rrjetin publik paguhen nga kombinimi i tatimit për frymë dhe tarifës së shërbimit, ndërkohë që kuj-

desi ambulator i specializuar paguhet vetëm nëpërmjet tarifës së shërbimit. Pagesa për kujdesin spitalor akut bazohet në grupin sipas diagnozës (DRG), kurse pagesa për kujdesin spitalor joakut llogaritet sipas numrit të ditëve të qëndrimit për çdo shtrim në spital. Vëllimi i këtyre programeve përcaktohet në mënyrë perspektive dhe, kështu, kufizohet pagesa për shërbimet përkatëse.

Përfundimet

Shpenzimet e Sllovenisë në shëndetësi përbëjnë 8,1 % të PBB-së së përgjithshme dhe, aktualisht, janë në përputhje me mesataren e BE-së. Struktura e përgjithshme e sistemit slloven të shëndetësisë, niveli i përfitimeve të garantuara të kujdesit shëndetësor, siguria dhe sigurimi i shëndetit, gjendja aktuale e shëndetit të popullsisë, organizimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor, si edhe metodat dhe burimet e financimit të sistemit shëndetësor dhe administrimi i tij janë përmirësuar ndjeshëm. Për rrjedhojë, është e drejtë të dalim në përfundimin se hapat që janë ndërmarrë në të kaluarën për të reformua sistemin shëndetësor përpara vitit 1992 ka rezultuar mjaft e suksesshme. Privatizimi i disa pjesëve të kujdesit shëndetësor në nivelin parësor konsiderohet si një masë që sjell efikasitet, duke qenë se ofruesit private konkurrojnë me njëri tjetrin dhe me sistemin publik për kontrata me ISSHS-në. Sidoqoftë, mbeten ende kontradikta lidhur me mjetet e monitorimit dhe ndarjen e përshtatshme të burimeve financiare nëpërmjet këtyre proceseve. Megjithatë, deri tani është kryer vetëm privatizimi pjesor i shërbimeve të kujdesit shëndetësor, ndërkohë që aspekte të tjera nuk janë nisur ende në shkallë të gjerë. Sfidat për të ardhmen do të jetë rritja e efikasitetit dhe përmirësimi i cilësisë së sistemit të kujdesit shëndetësor, në mënyrë që të përballohen pritshmëritë dhe nevojat e popullsisë, ndryshimet demografike dhe evolucioni i teknologjisë mjekësore. Ekziston nevoja për caktimin e vazhdueshëm të përparësive dhe ndarja paraprake e një pjese të buxhetit

për blerje strategjike. ISShS-ja, si një blerës strategjik, po përpiqet të nxitë konkurrencën mes ofruesve, me qëllim rritjen mundësisë së përfimit dhe nxitjen e cilësisë, thjeshtimin e procesit të negocimit, përmirësimin e cilësisë nëpërmjet modeleve të pagesës dhe mbështetjen e futjes së parimeve sistematike të Vlerësimit të Teknologjisë së Shëndetësisë për teknologjitë e reja dhe ato ekzistuese, në mënyrë që të arrijë kujdes cilësor dhe të përftueshëm për një shëndet më të mirë të shtetasve.

Ekziston një nevojë konstante për modernizimin e mëtejshëm dhe reformimin e kujdesit shëndetësor dhe sigurimeve shëndetësore, duke qenë se duhet t'i ofrojmë mundësi popullsisë për të patur zgjedhje dhe akses. Ofrimet e shërbimeve në mënyrë private nuk duhet të ulin numrin e shërbimeve që i ofrohen popullsisë apo të ulin arritjet e sistemit aktual shëndetësor. Për rrjedhojë, vendimmarrësve duhet t'ju ofrohet një kombinim i përshtatshëm i financimeve publike e private të kujdesit shëndetësor. Fakti që financimi privat (sigurimet shëndetësore vullnetare, pagesat e drejtpërdrejta, ndarja e kostos) mund të ketë ndikim negativ në solidaritet, në uljen e mundësisë së përfimit nga grupet në nevojë dhe përkeqëson rezultatet në shëndetësi është i njohur. Privatizimi mund të arrijë objektivat sociale në mënyrë të suksesshme vetëm me mbikëqyrjen e forte dhe drejtimin e shtetit. Në të ardhmen, ka nevojë për përmirësimin e kapaciteteve, novacion, informacion dhe teknologji komunikimi.

Bibliografi

Keber, Dušan, et al. (2003). Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek (*Reforma e kujdesit shëndetësor: barazi, mundësi përfimi, cilësi, efikasitet*). Ministria e Shëndetësisë e Republikës së Sllovenisë, Ljubljana.

Albreht, Tit; Cesen, Marjan; Hindle, Don; Jakubowski, Elke; Kramberger, Boris; Petric, Vesna; Premik, Marjan; Toth, Martin (2002). Sistemet e kujdesit shëndetësor në tranzicion: Slloveni. HiT 4 (3), Vëzhguesi Evropian i Sistemeve të Kujdesit Shëndetësor (<http://www.euro.who.int/document/e76966.pdf>).

Albreht, Tit; Turk, Eva; Toth, Martin; Ceglar, Jakob; Marn, Stane; Pribaković-Brinovec; Radivoje; Schäfer, Marco (2009). Slovenia: Health system review. Sistemet shëndetësore në tranzicion 11 (3), Vëzhguesi Evropian i Sistemeve të Kujdesit Shëndetësor, Kopenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e92607.pdf>).

Kos, Damjan (ed.) (2007). Sigurimet shëndetësore të detyrueshme sot në Slloveni për të nesërmen. Instituti i Sigurimeve Shëndetësore i Sllovenisë, Ljubljana ([http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/8ea0ac183a9edc58c1256e6f003454a8/c7012dc1562b7ae0c1256e890047583f/\\$FILE/Compulsory%20Health%20Insurance%20in%20Slovenia_December%202007.pdf](http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/8ea0ac183a9edc58c1256e6f003454a8/c7012dc1562b7ae0c1256e890047583f/$FILE/Compulsory%20Health%20Insurance%20in%20Slovenia_December%202007.pdf)).

Lidhje interneti

Ministria e Shëndetësisë, Republika e Sllovenisë: <http://www.mz.gov.si/en/>.

Instituti i Sigurimeve Shëndetësore i Sllovenisë: <http://www.zzzs.si/indexeng.html>.

Mospjesëmarrja në sigurimet shëndetësore në Shqipëri

Enver Roshi,²⁵ Ervin Toci,²⁶ Gentiana Qirjako²⁷

Historik i shkurtër

Pas reformave të realizuara pas rënies së diktaturës në Shqipëri, u ngrit Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, duke futur kështu një politikë të sigurimeve publike shëndetësore (Reynolds 2003). ISKSH është krijuar në vitin 1994 si subjekt publik, autonom, jobuxhetor dhe jofitimprurës në varësi të Kuvendit dhe, brenda vitit 1997, sipas Observatorit Evropian, përafërsisht 40 % e popullsisë aktive ishin të mbuluar prej saj (Nuri/Tragakes 2002).

Mirëpo, me gjithë arritjet e shumta, financimi i ISKSH-së mbetet një sfidë madhore. Sigurimi shëndetësor i detyrueshëm, normalisht, funksionon në vendet me ekonomi të fuqishme dhe aty ky shumica e kontributeve mund të mblidhen duke i mbajtur ato nga paga. Siç duket, asnjëri prej këtyre dy kushteve nuk është i pranishëm në Shqipëri sot, për shkak të mjedisit ekonomik tejet informal (Reynolds 2003). Kontributet e sigurimeve shëndetësore duhej të mblidheshin nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore, por ky i fundit nuk pranoi t'i mblidhë sigurimet e kujdesit shëndetësor veçmas nga kontributet e sigurimeve shoqërore. Si rezultat, duke qenë se kontributet për pensionet janë shumë më të larta se ato për sigurimet shëndetësore, shumë njerëz që nuk mund ta përballojnë pagesën e sigurimeve shoqërore nuk u jepet mundësia të paguaj-

në sigurime shëndetësore nëse duan (Reynolds 2003). Burimet e siguruara përmes kontributeve mbulojnë 25 % apo më pak të shpenzimeve të ISKSH-së, ndërsa diferenca mbulohet nga buxheti i shtetit. Nga ana tjetër, sipas thënies së Institutit të Zhvillimit të Sektorit Shëndetësor (Mbretëria e Bashkuar e Britanisë), në vitin 2003 sigurimet shëndetësore në Shqipëri nuk kanë gjasë të sigurojnë më shumë se rreth 15 % të kostos gjithsej të kujdesit shëndetësor (Reynolds 2003).

Kjo situatë lidhet me pjesëmarrjen e ulët të popullsisë në ISKSH dhe me faktin se të ardhurat e siguruara përmes kontributeve janë të vogla krahasuar me shpenzimet. Ky pohim i fundit nënkupton rritjen e kontributeve të sigurimeve shëndetësore, një objektiv i cili nuk është aspak i lehtë për t'u arritur, duke qenë se rritja e përqindjeve të kontributeve është e vështirë të realizohet nga ana politike. Ndërkohë, rritja e përqindjes së pjesëmarrjes në skemën e sigurimeve duket se është shumë më realiste dhe mund të arrihej, së pari, përmes analizës së arsyeve për mospjesëmarrjen dhe së dyti, duke u përpjekur për krijimin e kushteve më të favorshme për pjesëmarrjen në sigurimet shëndetësore.

ISKSH është aktualisht duke iu nënshtruar disa përshtatjeve dhe reformave të vështira, në kuadër të përmirësimit të performancës. Mirëpo, ka një ndërgjegjësimit relativisht të vogël të ISKSH-së dhe grupeve të tjera të interesit lidhur me përfshirjen e të gjithë grupeve të popullsisë në skemën shqiptare të sigurimeve shëndetësore. Për përmbushjen e kushteve të anëtarësimit në BE dhe për arritjen e nivelit të përgjithshëm të mbrojtjes sociale të vendeve evropiane, një prej sfidave prioritare është zgjerimi i mbulimit të popullsisë me sigurime shoqërore shëndetësore, duke përfshirë edhe ato grupe që nuk janë, deri tani të mbuluara. Përkundër pjesëmarrjes së detyruar në ISKSH në Shqipëri, një përqindje e konsiderueshme, por gjerësisht jo e ditur, e popullsisë së vendit nuk gëzon mbrojtje sociale në shëndetësi (Holst/Burazeri 2008, f. 37ff).

²⁵ Lektor i epidemiologjisë pranë Departamentit të Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës, roshienvi@yahoo.com

²⁶ Specialist i shëndetit publik dhe studiues pranë Institutit të Shëndetit Publik në Tiranë, ervintoci@yahoo.com.

²⁷ Shef i Njesisë së Promovimit Shëndetësor pranë Departamentit të Shëndetit Publik, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës, gentaqirjako@yahoo.com.

Në mungesë të informacionit lidhur me numrin e saktë zyrtar dhe faktik të personave të pasiguruar në Shqipëri, projekti i ISKSH-së dhe GTZ-së u bëri një ftesë studiuesve vendas nga Universiteti i Tiranës, të bënin një studim për të analizuar arsyet e mbulimit të pamjaftueshëm të popullsisë. Ky material prezanton konstatimet kryesore të një studimi të mbështetur në popullsi lidhur me shkallën dhe arsyet e mospjesëmarrjes së popullsisë shqiptare në sigurimet shëndetësore.

Struktura e studimit

Studimi është mbështetur në një kampion të zgjedhur rastësisht të popullsisë së rritur mbi 18 vjeç, në mënyrë që të mësohet më shumë për shkallën e mbulimit real dhe të perceptuar me sigurime shëndetësore. Janë zgjedhur në mënyrë të rastësishme 1632 shqiptarë në moshë të rritur për të marrë pjesë në vrojtim në mënyrë të atillë që të mundësojë arritjen e një niveli të lartë përfaqësimi të shpërndarjes gjeografike të personave të intervistuar. Sipas madhësisë së popullsisë, janë mbledhur përafërsisht 800 pyetësorë nga të gjitha prefekturat e tjera jashtë Tiranës. Në kushtet ku në Tiranë jeton një përqindje shumë e madhe e popullsisë, krahasuar me prefekturat e tjera dhe ku ka migrim të madh nga të gjitha pjesët e Shqipërisë, u mor vendimi për të bërë 800 pyetësorë vetëm në zonën e kryeqytetit.

Për shkak të procesit me zgjedhje të rastësishme dhe për shkak të dallimit përgjithësisht të vogël midis zonave urbane dhe suburbane dhe për shkak të prirjes së pjesëmarrësve për t'u konsideruar si banorë qytetas, kampioni doli me mungesë drejtpeshimi në favor të personave nga zonat urbane, sepse vetëm 11,2 % e pjesëmarrësve të studimit banonin në zonat rurale. Rrje-dhimisht, personat nga zonat rurale u përjashtuan nga analiza e madhe dhe studimi kufizohet vetëm te disa dallime kryesore qytet-fshat.

Të dhënat janë mbledhur përmes një pyetësori specifik të hartuar gjatë fazës përgatitore me kontributin e grupeve të ndryshme

të interesit që përfshinin ISKSH-në, Fakultetin e Mjekësisë, Fakultetin e Ekonomisë dhe GTZ-në. Intervistuesit janë zgjedhur nga studentë të shëndetit publik dhe janë trajnuar në mënyrë specifike për të siguruar cilësinë e procesit të mbledhjes së të dhënave. Pyetësori është konvaliduar përmes procedurës paratestuese e aplikuar për rreth 30 persona. Baza e të dhënave e krjuar është analizuar duke përdorur SPSS 15 lidhur me ndryshoret sasiore.

Analiza statistikore dhe rezultatet

U përdor një qasje cilësore për të analizuar informacionin e mbledhur përmes intervistave të drejtpërdrejta bazuar në një pyetësor të përcaktuar qartë. Për përcaktimin e kategorive të qarta në kushtet e Shqipërisë, ky studim bën dallimin e mëposhtëm midis personave të siguruar, jo të siguruar dhe jo pjesëmarrës në skemë. Të gjithë kontribuesit me librezë shëndetësore konsiderohen si të siguruar, pavarësisht nëse i paguajnë vetë kontributet apo nëse paguan zyra e thesarit. Anëtarët kontribuues të ISKSH-së të cilët nuk kanë librezë shëndetësore konsiderohen si jo të siguruar. Personat jo pjesëmarrës janë ata të cilët nuk paguajnë asnjë lloj kontributi të sigurimeve shëndetësore, as vetë as përmes qeverisë, dhe të cilët, për shkak të kësaj, nuk kanë të drejtë të marrin librezë shëndetësore.

Përqindja e qytetarëve të siguruar ishte më e lartë në qytet krahasuar me fshatin (56,1 % kundrejt 48,9 %, përkatësisht). Në të njëjtën kohë, gatishmëria për të paguar një kontribut mujor prej të paktën dymijë lekë ishte ndjeshëm më e madhe në fshat se në qytet (37,3 % kundrejt 16,4 %, përkatësisht).

Prevalenca e përgjithshme e sigurimeve shëndetësore në popullatën në qytet të moshës 18 e lart ishte 56,1 %. Përqindja e personave të pasiguruar binte me rritjen e moshës (68,6 % e personave jo të siguruar i përkisnin moshës 18-25-vjeçare kundrejt 28,9 % që i përkisnin moshës mbi 56); me rritjen e nivelit arsimor (51,9 % e personave jo të siguruar ishin me arsim fillor kundrejt 35,3 % me arsim të lartë); dhe me rri-

tjen e statusit shoqëroro-ekonomik të përcaktuar nga të ardhurat mesatare mujore (59,8 % e personave me të ardhura mujore mbi 25 mijë lekë kundrejt 24,2 % e personave nga grupe me të ardhura të ulëta me më pak se nëntëmijë lekë). Për më tepër, duhet përmendur se shumica më e madhe e personave që punojnë në mënyrë informale në sektorin privat dhe e personave të papunë janë jo të siguruar (88,7 % dhe 77,5 %, përkatësisht).

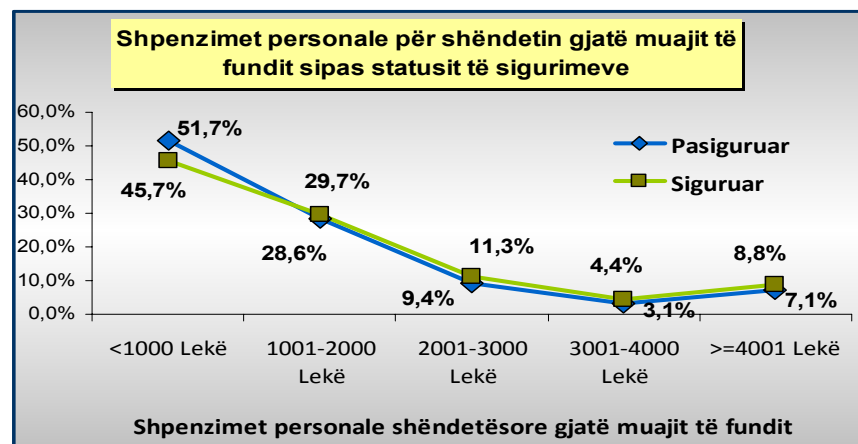
Për sa u takon arsyeve për pasjen e sigurimit shëndetësor, 37,6 % e atyre të cilët konsiderohen si të siguruar, deklaruan se e kanë marrë librezën vetëm sa për t'u ndjerë të sigurt pa folur për cilësinë e shërbimeve të ofruara. 34,5 % e personave të siguruar deklaruan se nevoja për barna me çmim të reduktuar ishte arsyeja kryesore për marrjen e librezës.

Pyetjes për arsyet e mosmarrjes së librezës, 63 % e personave që konsideroheshin si jo të siguruar deklaruan se nuk kishin menduar asnjëherë për ta marrë librezën e sigurimeve dhe rreth një e pesta (19 %) deklaruan se procedura për marrjen e librezës ishte tepër burokratike. Përqindja e atyre që thanë se “nuk e kishin menduar asnjëherë” ishte më e madhe te personat e intervistuar në moshë të re (78,5 % e personave të moshës nga 18 deri në 25 mendonin kështu, kundrejt 40,7 % e personave të moshës 56) dhe ishte më e vogël te personat e martuar (46,2 %) krahasuar me personat beqar (73,9 %). Të gjithë personat e papunë shpjeguan se nuk kishin menduar asnjëherë ta merrnin librezën e sigurimeve shëndetësore. Thuajse një e treta e kontribuesve vullnetarë dhe kontribuesve të detyrueshëm mendonin se procedura për marrjen e librezës është tepër burokratike (30 % dhe 29,2 %, përkatësisht) dhe ky

mendim ishte më i përhapur te personat në moshë më të madhe.

U zbuluan se 42,7 % të kontribuesve vullnetarë kanë vendosur të paguajnë “për t'u ndjerë të sigurt” ndërsa 36,8 % e kontribuesve vullnetar thanë se i paguajnë sigurimet shëndetësore për shkak të nevojës për të marrë barna me çmim të reduktuar. Një qëllim qendror i vrojtimit ishte të mëssohej më shumë për arsyet e mospjesëmarrjes në ISKSH përkundër natyrës së detyrueshme të sigurimeve shëndetësore në Shqipëri. Çdo strategji që synon zgjerimin e mbulimit të sigurimeve shëndetësore duhet të analizojë dhe marrë në konsideratë arsyet që i pengojnë njerëzit të marrin pjesë. Kështu, vihet re se më shumë se një e dyta (51,1 %) e pjesëmarrësve që nuk paguajnë kontribute në ISKSH deklaruan se nuk i përballojnë dot kontributet e ISKSH-së, ndërsa 20,9 % e personave që nuk paguajnë

Figura 1: Shpenzime individuale të shpenzuara për shëndetësinë



kontribute ua vunë fajin kushteve të punës informale dhe tregut të zi të krahut të punës për mospagesën e kontributeve shëndetësore, ndërsa 13,8% deklaruan se nuk kishin menduar asnjëherë për këtë çështje më parë.

Arsyeja e lidhur me mungesën e burimeve ishte më e përhapur te femrat se te meshkujt (56,2 % kundrejt 44,8 %), dhe sidomos tek gratë e papuna (70,7 %), punonjëset e punësuar formalisht në sektorin privat (61,2 %) dhe gjithashtu më e përhapur te grupmoshat më të mëdha (vetëm 39 % e

të rinjve të moshës nga 18 deri në 25 kundrejt 64,7 % e personave mbi 56-vjeçar). Nuk është çudi që mospasja e mundësisë për të paguar kontributet e sigurimeve shëndetësore është e lidhur me statusin shoqëroro-ekonomik, duke qenë se 46,7 % e atyre që iu përgjigjën pyetjeve me ardhura mujore nëntëmijë lekë apo më pak, e cituan këtë fakt si arsye për mospjesëmarrjen në skemë, ndërsa vetëm 24,5 % e atyre që ndodheshin në pozita më të mira ekonomike (të ardhura mujore 25.001 lekë e lart) e përmendën këtë si arsye.

“Kushtet joformale të punës” ishte arsye më e përhapur mes meshkujve se mes femrave (29,8 % kundrejt 13,7 %), sidomos e lartë te punonjësit e sektorit privat

njëjtë si te personat e punësuar formalisht në sektorin privat ashtu edhe në ata të punësuar në mënyrë informale si edhe tek ata që janë të papunë (përkatësisht, 16,3 % kundrejt 9,2 % kundrejt 15,6 %).

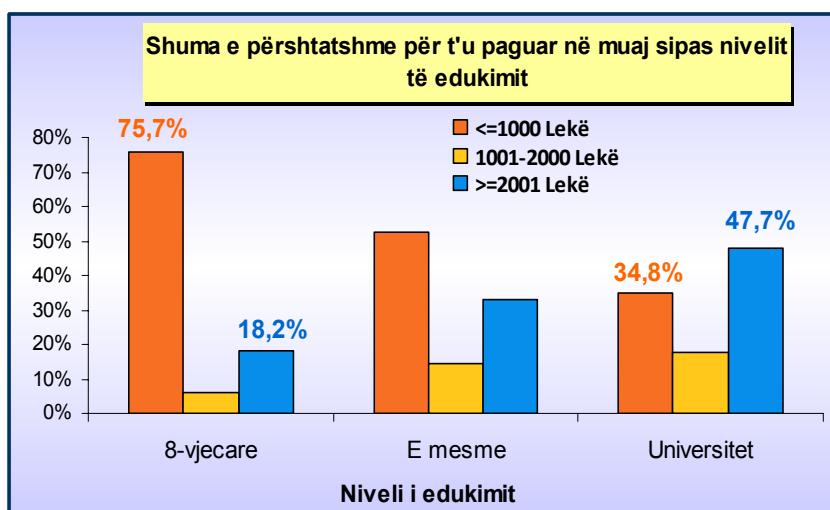
Shpenzimet shëndetësore dhe vlera për të cilën ekziston gatishmëria për të paguar në muaj

Një prej gjetjeve më interesante, edhe pse se jo e papritur e këtij vrojtimi të popullatës, ishte fakti se shpenzimet mujore shëndetësore nuk varen nga fakti nëse personat kanë apo jo mbulim nga ISKSH-ja. Siç mund të vihet re në Figurën 1, përqindja e shqitarëve që përballen me bara të ndryshme të shpezimeve shëndetësore mujore

është thuajse e njëjtë për personat e siguar si edhe për ata jo të siguar.

Për shembull, gati një e treta e personave të siguar dhe jo të siguar (29,7 % kundrejt 28,6 %, përkatësisht) kishin shpenzuar 1001-2000 lekë gjatë muajit të fundit për shëndetin. Lidhur me vlerën që janë të gatshëm njerëzit të paguajnë për mbulim me sigurime shëndetësore, 47,9 % e pjesëmarrësve në vërtetim thanë se do të

Figura 2: Gatishmëria për të paguar sigurime shëndetësore 1



(64,9 %), dhe më pak e përhapur te moshat e mëdha (27,1 % e atyre që iu përgjigjën pyetjeve nga moshë 18 deri në 25 krahasuar me vetëm 14,7 % e atyre mbi 56-vjeçar) ndërsa bëhet më e përhapur te grupet me të ardhura më të larta (21,7 % e atyre me të ardhura mujore nëntëmijë lekë ose më pak kundrejt 40,8 % e atyre që fitojnë 25.001 lekë e lartë për muaj). Përqindja e personave të intervistuar që nuk kishin menduar asnjëherë për të marrë pjesë në skemën e ISKSH-së ishte më e lartë për femrat se për meshkujt (15 % kundrejt 12,2 %) dhe nuk tregonte trend të qartë lidhur me moshën apo të ardhurat mujore. Mungesa e ndërregjësimit ishte me prevalencë gati të

ishin të gatshëm të paguanin deri në njëmijë lekë në muaj, 14,8 % do të ishin të gatshëm të paguanin nga njëmijë deri në dymijë lekë, ndërsa 37,3 % mendonin se dymijë lekë ishte një shumë adekuatë për sigurime shëndetësore. Kishte një korelacion të qartë midis gatishmërisë për të paguar dhe mundësisë për të paguar sepse sa më të larta të ardhurat mujore aq më të larta kontributet që do të paguanin njerëzit për sigurime shëndetësore. Shuma që janë të gatshëm njerëzit të paguajnë për të paguar çdo muaj kishte korelacion pozitiv me nivelin arsimor (Figura 2) dhe me të ardhurat mesatare mujore (Figura 3).

Analiza e përgjigjeve sipas kushteve të punës zbuloi se 89,5 % e personave të papunë dhe 39,7 % e personave që punonin në mënyrë informale në sektorin privat do të ishin të gatshëm të paguanin jo më shumë se 500 lekë në muaj për sigurime shëndetësore, ndërsa 65,3 % e punonjësve të sektorit publik dhe 49,4 % e punonjësve formal të sektorit privat janë të gatshëm të paguajnë dymijë lekë ose më shumë.

Vrojtimi i popullatës kryer midis muajit qershor dhe gusht 2009 në nivel vendi dha disa të dhëna të përgjithshme për mendimin që kanë qytetarët shqiptarë për ISKSH-në. Më shumë se një e dyta (52,3 %) e pjesëmarrësve në vërtim deklaruan se kanë mendim të mirë për Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, ndërsa 40,4 % deklaruan se kanë një mendim disi të paqartë.

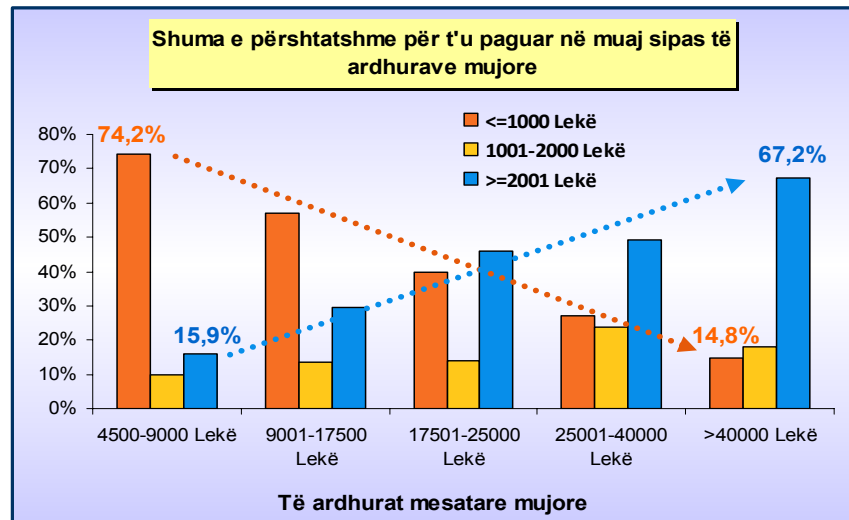
Përfundime

Në mes të vitit 2009, prevalenca e përgjithshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor te popullësia e rritur shqiptare në qytet e moshës 18 e lart ishte 56,1 % e popullatës së përfshirë në studim. Ky rezultat mbështet gjetjet e mëparshme dhe vlerësimet joformale se mbulimi me sigurime shëndetësore nuk është aspak universal në Shqipëri, edhe pse pjesëmarrja në skemë është e detyrueshme për të gjithë popullsinë. Ky studim ka konfirmuar se rreth një e dyta e punonjësve të sektorit privat dhe punonjësve të sektorit informal, aktualisht nuk mbulohen me sigurime shëndetësore. Studimi tregon gjithashtu se ka dallime qytet-fshat lidhur me sigurimet shëndetësore, ku zonat rurale kanë situatën më problematike.

Sikurse edhe pritet, moshë përbën një përcaktor të fuqishëm të statusit të sigurimeve

shëndetësore. Sa më e madhe moshë, aq më shumë ka të ngjarë të jetë i siguruar një person. Ky konstatim do të ishte tipik për sigurimet shëndetësore vullnetare, ku ndodh një për zgjedhje negative sepse zakonisht të rinjtë janë më të shëndetshëm dhe më pak të shqetësuar për problemet e lidhura me shëndetin. Mirëpo, në kushtet e Shqipërisë kjo mund të pasqyrojë edhe faktin se të rinjtë punojnë më shumë në

Figura 3: Gatishmëria për të paguar sigurime shëndetësore 2



punë të rastësishme dhe informale sepse nuk mund të gjejnë një punë të përhershme apo ngaqë janë studentë.

Siç duket, niveli arsimor dhe të ardhurat mujore janë përcaktorë të tjerë të fuqishëm për pasjen e sigurimit shëndetësor. Do të duhet punë e përgjithshme sociale dhe politike për ngritjen e nivelit arsimor të brezave të ardhshëm. Shpresohet që kjo shkallë e lartë e raportuar e rritjes ekonomike në Shqipëri, edhe gjatë rënies ekonomike globale, do të ndihmojë në përmirësimin e kushteve të jetesës dhe të ardhurave të personave në gjendje më të dobët ekonomike. Mirëpo, këto qasje shkojnë përtej objektit të aktivitetëve që do të nisë vetë ISKSH-ja dhe kanë të bëjnë me një sërë synimesh të tërthorta të politikës shoqërore të cilët do të kenë nevojë për punë të bashkërenduar nga të gjitha ministrinë dhe sektorët e shoqërisë.

Vlerësimi i statusit të sigurimeve shëndetësore përmes statusit të krahut të punës zbulon se përqindje të mëdha mospajtimi pranë ISKSH-së ndodhin në kushtet më problematike siç është puna informale në qytet, papunësia dhe shkollimi. Kjo është e habitshme, sepse të papunët dhe punonjësit informal kryesisht i paguajnë kontributet vullnetare dhe kështu do të pritej që ata të donin të merrnin edhe librezën shëndetësore. Një shpjegim mund të ishte se shumica e njerëzve thjesht nuk e dinë se për të pasur mbulim me sigurime të shërbimeve shëndetësore duhet të marrin librezën shëndetësore. Kjo mund të shpjegojë përse disa pjesëmarrës në anketë konsiderohen si “të pasiguruar” përkundër faktit se i paguajnë kontributet, nëse nuk e marrin librezën shëndetësore.

Është interesante të vihet re se më shumë se një në çdo tre kontribues deklarojnë se janë siguruar për t'u ndjerë të sigurt, pa pasur një nevojë imediate për kujdes shëndetësor. Kjo mund të ishte e rëndësishme për ISKSH-në, lidhur me kostot e parashikuara të realizimit të shërbimeve për sigurimet shëndetësore. Kjo do të kërkonte që të paktën një e treta e kontribuesve të mundshëm nuk do të kishin asnjë kosto për ISKSH-në, duke qenë se do të siguroheshin vetëm për t'u ndjerë të sigurt. Në përgjithësi, përqindja e personave të regjistruar që marrin shërbime shëndetësore të mbuluara nga sigurimet shëndetësore është edhe më e ulët dhe, ndërkohë që, rreth 80 % e përfituesve që i përdorin shërbimet e mbuluara përbëjnë vetëm 20 % të shpenzimeve shëndetësore, pjesa tjetër prej 20 % e personave të siguruar janë përgjegjës për përafërsisht 80 % të kostove gjithsej. Kundrejt historikut të ISKSH-së që aplikon pjesërisht përzgjedhje negative (Holst/Burazeri 2008, f. 11, 19) do të jetë në interesin më të mirë të ISKSH-së të përpiqet të përfshijë në skemë pjesëmarrës më të rinj, me arsim më të lartë dhe me të ardhura më të larta. Kjo do të ndihmonte në lehtësimin e kostove të përfshirjes së personave të pasiguruar në skemën e sigurimeve.

Thuajse dy në tre pjesëmarrës në anketë, të përkufizuar si jo të siguruar (63 %) deklaruan se nuk kishin menduar asnjëherë të merrnin librezë shëndetësore. Ky konstatim mund të ketë një rrjedhojë të rëndësishme për ISKSH-në: Këta persona nuk kanë menduar asnjëherë të marrin librezë shëndetësore sepse thjesht nuk kanë qenë të ndërgjegjshëm për nevojën për ta pasur e për të përfituar nga shërbimet e siguruara. Kështu, ose ISKSH duhet të rrisë ndërgjegjësimin e pjesëmarrësve në skemë lidhur me kërkesën ligjore për të marrë librezë shëndetësore në mënyrë që të përfitojnë nga skema, ose procedurat formale mund të bëhen më të thjeshta dhe më të lehta në të ardhmen. Kjo ka rëndësi të veçantë sepse një në çdo pesë pjesëmarrës në anketë thanë se nuk e merrnin librezën shëndetësore ngaqë procedura ishte tepër burokratike. Rrjedhimisht, ISKSH duhet ta konsiderojë këtë konstatim si rekomandim për një thjeshtim të mundshëm të disa procedurave, në mënyrë që ato të kërkojnë më pak kohë.

Më shumë se një e dyta e pjesëmarrësve në anketë që nuk merrnin pjesë në skemën e ISKSH-së (51,1 %) deklaruan se arsyeja kryesore ishte se nuk qenë në gjendje t'i paguanin sigurimet shëndetësore. Ky konstatim paraqet një sërë sfidash për zgjerimin e mbrojtjes shoqërore shëndetësore në Shqipëri. Së pari, ulja e varfërisë dhe rritja e niveleve të të ardhurave kryesisht për grupet e varfra të popullsisë do t'i ulte pengesat për të marrë pjesë në skemën e ISKSH-së, por kjo do të kërkonte një angazhim të gjerë politik dhe ekonomik dhe nuk do të arrihet shpejt. ISKSH mund të ndryshojë nivelin aktual të kontributeve apo skemën e tyre dhe të vlerësojë efektin real në grupe me të ardhura të ndryshme. Mungesa e mjeteve monetare ishte më e përhapur te femrat. Kjo duket se pasqyron faktin se gratë në përgjithësi ndodhen në kushte sociale më pak të favorshme, ku përfshihen paga më të ulëta për të njëjtin vend pune dhe shkallë më të madhe papunësie. Edhe pse mund të pritet që mungesa e mjeteve monetare për sigurime shëndetë-

sore do të lidhej negativisht me të ardhurat mujore, ky studim konfirmoi se një tendencë e tillë pjesërisht nuk përputhet dhe se thuhet një e dyta e shqiptarëve që marrin paga të arsyeshme (4.500-25.000 lekë) deklarojnë se nuk kanë para për të paguar sigurimet shëndetësore dhe ka një rënie të madhe të arsyes “nuk kam para” te ata që marrin 25.001 lekë ose më shumë, duke qenë se këtë arsye e përmendën 24.5 % e tyre. Mesa duket, të gjithë personat që u përkasin këtyre grupeve shoqëro-ekonomike (të ardhura mujore 25 mijë ose më pak) e shohin të vështirë pagesën e kontributeve të ISKSH-së, me gjithë diferencën e konsiderueshme në të ardhurat mujore. Mbase, kjo tregon se jeta, në përgjithësi, perceptohet se është shumë e shtrenjtë dhe kontributet e sigurimeve shëndetësore nuk konsiderohen të përballueshme me nivelin ekzistues të të ardhurave edhe pse janë relativisht të ulëta dhe lidhen me aftësinë për të paguar.

Arsyeja tjetër më e fortë për mospjesëmarrje në skemë ka të bëjë me sektorin informal të ekonomisë shqiptare: 20,9% e personave që nuk janë kontribuues japin këtë si arsye. Sigurisht, ky është një problem i përhapur në një vend në tranzicion si Shqipëria, me njërën prej ekonomive më të mëdha informale në rajon. Tregu informal i punës, shkel, mes të tjerash, të drejtën e personave për të përfituar nga mbrojtja e duhur shëndetësore dhe shoqërore. Punonjësit e sektorit informal ndodhen përballë dy zgjedhjeve të ndryshme: kontributet e tyre të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore t’ua paguajnë punëdhënësi, çka do t’ua ulte më tej të ardhurat që edhe ashtu janë të ulëta, ose të mos ua paguajnë kontributet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore dhe kështu të marrin më shumë para në dorë. Është krejt e kuptueshme që shumica e punëmarrësve në sektorët informal do të zgjedhin mundësinë e dytë. Kjo dukuri e rrit numrin e personave jo të siguruar në vend dhe, thjesht, fuqizimi i përpjekjeve për të vënë në zbatim kërkesat ligjore ka shumë të ngjarë të mos mjaftojë për kapërcimin e këtij kufizimi.

Arsyeja e tretë më e fortë për mospjesëmarrje në skemë, siç është deklaruar nga 13,8% e atyre që nuk janë kontribuues, del se është mungesa e ndërgjegjësimit, çka lidhet me mungesën e informacionit për kërkesat ligjore si edhe për çështjet e sigurimeve shëndetësore në përgjithësi. Ky fakt nënkupton se një përqindje e rëndësishme e popullsisë ka të ngjarë të merrte pjesë në skemën e sigurimeve, nëse do të kishte një informacion adekuat. Ky konstatim mund të jetë tejet interesant për ISKSH-në, sepse thekson nevojën për një edukim dhe reklamë efektive.

Një konstatim tjetër shumë interesant del nga krahasimi i shpenzimeve shëndetësore gjatë muajit të mëparshëm sipas statusit të sigurimit. Të dhënat e vrojtimit treguan se nuk kishte asnjë dallim lidhur me sasinë e shpenzuar për shëndetin midis personave të siguruar dhe atyre jo të siguruar dhe prirjet qenë thuhet identike. Duke qenë se sigurimet shëndetësore kanë për synim zbutjen e barrës financiare të pagesave për kujdesin shëndetësor, ky konstatim tregon një konkluzion tejet të rëndësishëm: Nëse shpenzimet shëndetësore janë të ngjashme për personat e siguruar dhe ata jo të siguruar, sigurimi shëndetësor nuk e mbron pjesëmarrësin në skemë nga pagimi personal i përqindjeje të konsiderueshme të kostove. Kjo mund të lidhet me faktin se shumicës së pacientëve u duhet të paguajnë nën dorë për kujdesin shëndetësor dhe se pagesat jozyrtare përbëjnë përqindjen më të madhe të shpenzimeve shëndetësore individuale. Kjo mund të jetë edhe pasojë e faktit se njerëzit i anashkalojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor dhe shkojnë drejt e në spitale rajonale apo universitare ku të gjithëve u duhet të paguajnë shumën të ngjashme nën dorë. Pavarësisht arsyeve, fakti se shpenzimet familjare për shëndetin nuk ndryshojnë mes personave të siguruar dhe atyre jo të siguruar ka rëndësi shumë të madhe për ISKSH-në dhe për zgjerimin e mbrojtjes shoqërore në shëndetësi në Shqipëri. Sipas të dhënave të vrojtimit, statusi i siguruar apo jo, nuk ka ndonjë efekt të matshëm të shpenzimeve persona-

le. Nëse njerëzit e vënë re se pagimi i kontributeve të sigurimeve shëndetësore nuk i mbron nga shpenzimet shëndetësore dhe se, në fakt, u duhet të paguajnë njësoj me ata që nuk marrin pjesë në skemën e ISKSH-së, ka shumë të ngjarë që të mos kenë më dëshirë për të marrë pjesë në skemën e sigurimeve shëndetësore, duke e zvogëluar edhe më tej, kështu, mbulimin me sigurim.

Lidhur me vlerën, nëse do të ishin të gatshëm njerëzit të paguanin për mbulim me sigurim shëndetësor, në përgjithësi, punonjësit e sektorit publik dhe punonjësit e sektorit privat formal si edhe ata me arsim më të lartë dhe me të ardhura mujore më të larta janë të gatshëm të paguajnë më shumë për sigurime shëndetësore. Ndërsa të papunët, punonjësit e sektorit informal dhe ata që kanë më pak arsim janë tërërisht kundër çdo rritjeje të kontributeve të sigurimeve shëndetësore dhe, madje, kërkojnë ulje të mëtejshme.

Në fund, duhet theksuar se një përqindje e konsiderueshme e shqiptarëve duket se kanë një mendim mjaft të mirë për ISKSH-në. Ky është një konstatim nxitës sepse tregon se ka një mjedis të favorshëm për zgjerimin e mëtejshëm të mbrojtjes shoqërore shëndetësore, duke supozuar se një e treta e cila është e pavendosur mund të bindet për përfitimet që sjell skema e sigurimeve dhe të bëhen të gatshëm për të hyrë në skemë.

Në përfundim, në kushtet e një ekonomie informale të përhapur, mënyra më e mirë për ta rritur numrin e kontribuesve është

të binden ata që nuk paguajnë kontribute për të hyrë në skemë. Në fund, kjo nënkupton rritjen e përqindjes së kontribuesve vullnetarë. Mënyra më e shpejtë për ta arritur këtë objektiv është përmes reklamimit intensiv të shërbimeve të ISKSH-së dhe të përfitimeve që sjell mbulimi me sigurime. Kjo e bazuar, sikurse është përmendur edhe më parë, në faktin se një përqindje e mirë e atyre që morën pjesë në anketë, nuk janë në dijeni të përfitimeve që do të kishin nga sigurimet, e gërshetuar kjo me punën për t'i rilloparitur primet dhe për të bërë dallime mes tyre sipas grupeve të popullsisë dhe vlerës që janë të gatshëm njerëzit për të paguar, sikurse thotë edhe ky studim. Kjo mund të arrihet vetëm nëse përfitimet e personave të siguruar do të ishin “të prekshme” dhe “të ndjeshme” dhe jo të ekzistonin vetëm në teori.

Bibliografi

- Holst, Jens; Burazeri, Genc (2008). Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor Albania. InfoSure-Evaluation June 15th–28th 2008. Mission Report, ISKSH/GTZ, Tirana/Eschborn. [Internal Document](#).
- Reynolds, Derek (2002). Albania: the Development of Public Health Insurance 1995-2000. Institute for Health Development, London
<http://www.hlspinstitute.org/files/project/15028/reynolds.pdf>.
- Nuri, Besim; Tragakes, Ellie (eds.) (2002). Health care systems in transition: Albania. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
www.euro.who.int/document/E80089.pdf.

Pagesat informale në kujdesin shëndetësor: Rasti i Shqipërisë

Sonila Tomini²⁸

Një tablo e pagesave informale

Sigurimi i kujdesit të përshtatshëm shëndetësor është një qëllim shumë i rëndësishëm për të gjitha shoqëritë. Ai garanton stabilitetin e jetës së individëve dhe aktivitetet e përditshme, duke garantuar në të njëjtën kohë që e ardhmja të jetë më e sigurt për të gjithë. Aktualisht shumica e vendeve të zhvilluara kanë sisteme të konsoliduara të kujdesit shëndetësor, të cilat ofrojnë shërbime të mundshme nga ana financiare por edhe cilësore, të bazuara në parimet e vetësigurimeve/sigurimeve sociale. Nga ana tjetër, për fat të keq, ka shumë vende ku këto sisteme ende nuk janë të zhvilluara në nivelet e duhura dhe ku jo të gjithë individët gëzojnë të drejtën për të pasur kujdesin e duhur shëndetësor, atëherë kur ju duhet më shumë. Arsyet për këtë variojnë që nga niveli i zhvillimit ekonomik të një vendi, tek dobësitë e qeverisjes së sistemeve të tjera shëndetësore. Është treguar tashmë që korrupsioni është një ndër pasojat më të rënda të qeverisjes së keqe dhe mund të sjellë rezultate me pasoja shkatërrimtare jo vetëm për personat që kanë nevojë për kujdes shëndetësor, por për të gjithë shoqërinë.

Faktet e nxjerra nga analizat e ndryshme empirike tregojnë që ekziston një lidhje e fortë midis kushteve të këqija shëndetësore dhe vulnerabilitetit ndaj varfërisë. Sëmundshmëria mund të ndikojë si në aftësinë për punë dhe për të fituar të ardhura, ashtu edhe gjendjen financiare të familjeve përmes pagesave shëndetësore që paguhet nga xhepi. Në shumë raste, në veçanti aty ku qeverisja është e dobët dhe sistemet shëndetësore nuk janë efikase, pjesa kryesore e pagesave nga xhepi për shëndetin përbëhet nga pagesat informale. Zakonisht këto pagesa përcaktohen si pagesa jozyrtare që u

bëhen ofruesve të kujdesit shëndetësor për të përfutur shërbime të cilat supozohet që pacientit t'i ofrohen pa kosto (Lewis 2000). Pagesat informale kanë tërhequr vëmendjen e shumë studjuesve shkencorë për shkak të kompleksitetit dhe diversitetit të tyre.

Pas rënies së komunizmit, shpenzimet nga xhepi për kujdesin shëndetësor përbëjnë një fenomen të përhapur për vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore, si edhe për vendet e ish-Bashkimit Sovjetik (Ensor 2004; Falkingham, 2004; Lewis 2000; Delcheva et al 1997; Vian and Burak 2006; Liarpoulos et al. 2008; Gaala and McKee 2005). Fakte nga këto vende kanë treguar se pjesa kryesore e këtyre shpenzimeve përbëhet nga pagesa informale që u paguhet punonjësve të shëndetësisë haptazi ose nën dorë për shërbime të cilat duhet të kishin qenë falas. Shkaqet dhe motivet për këto pagesa ndryshojnë, por ato që të gjitha këto vende kanë të përbashkëta janë: (1) mungesa të fondeve të akorduara për kujdesin shëndetësor, (2) mungesa të politikave efikase për financimin e kujdesit shëndetësor dhe për menaxhimin e burimeve njerëzore, si edhe (3) niveli i lartë i informalitetit që është prezent në të gjithë sektorët e ekonomisë.

Faktet dëshmojnë që pothuajse në të gjitha vendet, pjesa dërmuese e pagesave informale shkon për shërbime të specializuara si p.sh. ndërhyrje kirurgjikale dhe lindje apo për procedura të tjera ku jeta është në rrezik. Shumica e këtyre shërbimeve jepen nëpër spitale apo nëpër qendra elitare urbane dhe drejtohen nga mjekë të mirënjohur. Nga ana tjetër kjo sugjeron që pagesat informale nuk janë të shpërndara njësoj midis punonjësve të sektorit të shëndetësisë dhe se shumica e përgjithshme e pagesave informale nuk është shkak i vetëm për shqetësim, por edhe efektet që ato kanë me shpërndarjen e tyre të pabarabartë midis punonjësve të shëndetësisë.

Një pasojë tjetër e pagesave informale është se ato tërheqin më shumë vëmendje për atë grup të popullatës që është i gatshëm dhe ka mundësi të paguajë për

²⁸ Ekonomiste Shëndetësie, aktualisht Doktorante, Shkolla e Matrikitit për Qeverisje, Universiteti i Matrikitit, sonila.tomini@maastrichtuniversity.nl.

këto shërbime. Rrjedhimisht, pagesat informale dëmtojnë të varfërit dhe shtresat e pambrojtura që nuk kanë mundësi t'i përballojnë këto pagesa dhe krijojnë pasiguri dhe ankth gjatë procesit të kërkesës për kujdes shëndetësor. Ato konsiderohen si të dëmshme për efikasitetin e sistemeve shëndetësore të këtij rajoni dhe politikë-bërësit e këtyre vendeve po përpiqen të gjejnë mënyra për kapërcimin e tyre (apo për t'i bërë ato pjesë të sistemit formal).

Për të analizuar pasojat e mundshme të pagesave informale do të ishte e nevojshme që të vrojtoheshin shkaqet e tyre në të gjitha nivelet (inputet, strukturat dhe proceset), ndonëse pasojat mund të përcaktohen në nivelin e rezultateve dhe produkteve të sistemit. Thënë ndryshe, ka një problem në rast se sistemi i kujdesit shëndetësor nuk arrin të realizojë objektivat e tij, si p.sh. përmirësimi i statusit shëndetësor të popullatës apo rritja e kënaqësisë së pacientit.

Pagesat informale në Shqipëri

Sistemi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri i ka rrënjët e veta në modelin sovjetik të njohur me emrin “Semashko”, sipas të cilit shteti është i vetmi financues i shërbimit dhe çdo shërbim ofrohet falas për të gjithë shtetasit. Për më tepër, sistemi ishte i përhapur në të gjithë vendin dhe mbulonte çdo fshat, me qindra klinika shëndetësore dhe afërsisht 50 spitale. Me rënien e regjimit komunist, sistemi menjëherë u përball me kufizime kolosale financiare. Shteti nuk mundej më të përballonte financiarisht këtë sistem, duke pasur më pak burime financiare, ndërsa nga ana tjetër nuk mund të privatizonte apo ta mbyllte plotësisht për shkak të ndjeshmërisë politike të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

Në vitin 2005, pjesa dërmuese e financimit të sektorit të shëndetësisë ende ishte tejet e centralizuar. Burimet financiare vinin kryesisht nga taksat e përgjithshme dhe shumë pak nga rritja e kontributit për shëndetësinë (përqindja e kontributit për punonjësit e siguruar ishte vetëm 3.4 % e pagës bruto). Ministria e Financës i akordonte fonde Mi-

nistrisë së Shëndetësisë në kuadrin e procesit të buxhetit. Buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë përfshinte fonde për administrimin dhe menaxhimin, për qendrat e shëndetit publik dhe klinikat, me përjashtim të qarkut të Tiranës, spitaleve dhe institucioneve të shëndetit publik. Burimet e qeverisë qendrore financoheshin nga tatimpaguesit, si familjarë ashtu edhe kompani, si edhe nga grante të ndryshme të brendshme dhe të jashtme, ndërsa huamarrja vendase dhe kreditë afatgjata të huaja kontribuonin për balancimin e buxhetit vjetor.

Shërbimet shëndetësore ende supozohet të jenë të barabarta për shtetasit shqiptarë. Faktikisht në vitin 2005, shtrimi në spital dhe trajtimi spitalor i pacientëve për të gjithë shtetasit, me ligj. supozohej të ofrohej falas. Gjithashtu, një pjesë e madhe e shërbimeve shëndetësore parësore dhe dytësore supozohej të ofroheshin me një nivel shumë të ulët bashkëpagesash ose falas. Praktikisht shpesh kjo nuk ndodhte dhe pagesat informale ishin shumë të përhapura në të gjitha nivelet e ofrimit të kujdesit shëndetësor. Një studim i Bankës Botërore (2006) konfirmon që “pagesat informale duket se janë tepër të përhapura, që bie ndesh me natyrën falas të shërbimeve spitalore në të gjithë spitalet”. Një sërë studimesh të bazuar tek të dhënat e sondazhit të LSMS-së apo të dhëna nga sondazhe të tjera e konfirmojnë edhe një herë këtë si një ndër problemet më madhore të financimit të kujdesit shëndetësor.

Ka një sërë faktorësh që mund të ndikojnë pagesat informale në Shqipëri. Më poshtë paraqiten, sipas studimeve të ndryshme (shihni gjithashtu Vian et al. 2005) disa nga faktorët kryesorë:

- Pagat e ulta të mjekëve dhe punonjë-sve të tjerë të shëndetësisë, në veçanti në nivelin dytësor dhe tretësor;
- Për shqiptarët, shëndeti është tejet i çmuar ndaj ata janë të gatshëm të paguajnë çdo çmim për të përmirësuar gjendjen e tyre shëndetësore;
- Cilësia e sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri nuk është e bara-

- bartë për të gjithë shtetasit që kanë nevojë për kujdes shëndetësor, ndaj ata përballen me një frikë të vazhdueshme se mos nuk u ofrohet trajtimi më i mirë;
- Ka një traditë ku personelit shëndetësor u jepen dhurata si shenjë mirënjohjeje për shërbimin;
 - Gjithashtu jepen edhe arsye të tjera për shtimin e rasteve të pagesave informale për shkak të ndryshimeve dhe transformimeve shoqërore dhe ekonomike, që lidhen me procesin e tranzicionit në Shqipëri. Ndër këto arsye përmenden mungesa e përgje-

gjshmerisë dhe normave sociale që influencojnë ofruesit, si dhe rritja e vlerave kapitaliste të shoqërisë shqiptare.

Fenomeni fort i përhapur i pagesave informale në Shqipëri ka krijuar një barrë të madhe për personat që kërkojnë kujdes shëndetësor, si nga ana financiare, ashtu edhe përmes pasigurisë së krijuar. Ajo që e bën edhe më të keqe këtë situatë është se këto fonde mbeten tërësisht jashtë kontrollit formal të sistemit shëndetësor dhe rrjedhimisht nuk kontribuojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë për përmirësimin e këtij sistemi.

Tabela nr. 1: Shpenzimet nga xhepi dhe dhuratat në vitin 2005

Kuintili	Shuma në total e paguar nga xhepi për shërbime publike shëndetësore (në Lek)	Shuma në total e paguar si dhuratë për personelin shëndetësor në shërbimet e kujdesit shëndetësor publik (në Lek)	Përqindja e shpenzimeve nga xhepi, si përqindje e shpenzimeve totale (publike & private)	Përqindja totale e dhuratave si përqindje e shpenzimeve nga xhepi (publike & private)
1	2215	662	0,158	0,170
2	2289	802	0,108	0,212
3	2550	866	0,105	0,143
4	2207	708	0,074	0,277
5	2522	922	0,068	0,171
Statusi i sigurimit shëndetësor				
Është i/e siguruar	2219	791	0,102	0,213
Nuk është i/e siguruar	2540	784	0,096	0,171

Burimi: Llogaritjet e veta sipas LSMS-së të vitit 2005

* Të gjitha seritë me çmimet e viti 2002

** Kuintilet u referohen totalit të kuintilit të konsumit total për frymë

Duke pasur parasysh ndikimin e madh mbi mirëqenien personale, pasiguria në lidhje me pagesat informale krijon një faktor shtesë që kontribuon në pasigurinë e jetës për personat që janë të detyruar të marrin kujdes shëndetësor. Të dhënat e Sondazhit për Matjen e Standardit të Jetesës (LSMS)²⁹

(2005) sugjerojnë që praktikisht shpenzimet nga xhepi janë prezente jo vetëm për shërbimet jospitalore, por edhe për ato spitalore. Situata është më shqetësuese për personat në kuintilin më të ulët (Tabela nr. 1). Ata paguajnë afërsisht 16 % të shpenzi-

²⁹ Sondazhi për Matjen e Standardit të Jetesës është një sondazh në nivel përfaqësues kombëtar që

mbledh informacion në lidhje me tregues të ndryshëm të shëndetësisë, arsimit, ekonomisë, strehimit dhe utiliteteve familjare në të gjithë Shqipërinë.

meve të tyre mujore për shëndetin në krahasim me 7 % që është shifra për kuintilin më të lartë. Shumat që pacientët paguajnë si “dhurata” për personelin mjekësor nuk varen nga të ardhurat e pacientëve. Kolona e fundit e Tabelës nr. 1 tregon që edhe pacientët e kuintilit më të ulët paguajnë shuma të barabarta në rast se krahasohen me kuintilet më të larta. Faktet historike sugjerojnë që në shumicën e rasteve pacientët gjejnë rrugë alternative për të financuar pagesat nga xhepi për kujdesin shëndetësor. Një prej tyre është edhe marrja borxh brenda familjes ose nga anëtarë të tjerë të fisit. Familja shqiptare është e ngritur mbi baza patriarkale ku personat e tjerë të familjes marrin përsipër të shlyejnë borxhet e atyre që nuk kanë mundësi të paguajnë.

Shifrat që lidhen me sigurimet shëndetësore tregojnë së në terma absolute pacientët më sigurime shëndetësore kanë paguar shuma më të vogla nga xhepi në krahasim me pacientët që nuk kanë sigurim shëndetësor. Megjithatë, këto shifra tregojnë se totali i shpenzimeve nga xhepi në Shqipëri mbetet i lartë për të gjitha kategoritë e të ardhurave.

Një çështje tjetër që ngrihet këtu është se këto pagesa informale mbeten jashtë rrjedhës formale. Ato nuk kontribuojnë në buxhetin e akorduar për shërbimet shëndetësore. Kontributi i tyre shkon kryesisht për të “subvencionuar” pagat e personelit mjekësor. Si të tilla ato mund të kapen lehtësisht nga mjekët më me peshë apo nga personeli mjekësor dhe përgjithësisht sjellin mungesë transparence.

Raportet sugjerojnë që faktori më i rëndësishëm që kontribuon në përhapjen e këtyre pagesave informale është ndoshta vetë qeveria me politikat e veta të paqarta në lidhje me bashkëpagesat në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor, si edhe niveli i ulët i personave që kontribuojnë në sistemin e kujdesit të sigurimeve shëndetësore dhe vetë niveli i kontributit. Përvoja e vendeve të tjera ka treguar që pagesat informale mund të trajtohen vetëm përmes reformave

të integruara të financimit të shëndetësisë (duke përfshirë pagat e personelit shëndetësor), si edhe përmes krijimit të sistemeve të përgjegjshmërisë dhe kontrollit të cilësisë.

Rrjedhimisht, mund të konkludojmë se zgjerimi i skemës së sigurimeve shëndetësore në shërbimet spitalore mund ta kufizojë më tej fenomenin e pagesave informale në Shqipëri. Megjithatë, një masë e tillë duhet të shoqërohet me masa që sigurojnë cilësinë (si p.sh. zbatimi i akreditimit të spitaleve), në veçanti në rrethet e tjera (në Tiranë ka pagesa më të larta sepse edhe cilësia është më e madhe), me rritjen e përgjegjshmërisë dhe monitorimit (duke kufizuar sjelljen jo sipas etikës të personelit mjekësor) dhe me garantimin e mbështetjes dhe fushatave informuese për grupet e pambrojtur (banorët e zonave rurale, me të sëmurët kronikë etj). Të dhënat tona tregojnë se në mungesë të këtyre masave, siguri shëndetësor në vetvete është i pamjaftueshëm për t’i bërë ballë ndikimeve negative të pagesave informale.

Bibliografi

- Ensor, Tim (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine* 58 (2), pp. 237–246.
- Delcheva, Evgenia; Balabanova, Dina; McKee Michael (1997). Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria. *Health Policy* 42 (2), pp. 89–100.
- Falkingham, Jane (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine* 58 (2), pp. 247–258.
- Gaal, Peter; McKee, Martin (2005). Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science & Medicine* 60 (7), pp. 1445–1457.
- Lewis, Maureen (2000). Who is Paying for Health Care in Europe and Central Asia? Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Regio, World Bank, Washington DC
- ([http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/Attachments/Who+is+Paying+for+Health+Care+in+Europe+and+Central+Asia/\\$File/Who+Is+Paying+text.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/Attachments/Who+is+Paying+for+Health+Care+in+Europe+and+Central+Asia/$File/Who+Is+Paying+text.pdf)).

Liaropoulos, Lycourgos; Siskou, Okga; Kaitelidou, Daphne; Theodorou, Mamas; Katostaras, Theofanis (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 87 (1), pp. 72–81.

Nuri, Besim; Tragakes, Ellie (eds.) (2002). *Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Care Systems 4 (6), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (www.euro.who.int/document/E80089.pdf).

Vian, Taryn; Grybosk, K; Sinoimeri, Z; Halld, R. (2005). Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Social Science & Medicine* 62 (4), pp. 877–887.

Vian, Taryn; Burak, Lydia (2006). Beliefs about informal payments in Albania. *Health Policy & Planning* 21 (5), pp. 392–401 (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/5/392>).

World Bank (2005). *Albania 2005 Living Standard Measurement Standards (LSMS)*. World Bank, Washington DC (<http://go.worldbank.org/VCABOSMB30>).

World Bank (2006). *Albania: Health Sector Note*. Report No. 32612-AL Human Development Sector Unit, South East Europe Country Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/04/26/000160016_20060426172842/Rendered/PDF/32612.pdf).

Strategjitë për realizimin e mbrojtjes universale të shëndetit: Shembuj nga vende të ndryshme

Christian Pfleiderer³⁰

Në vitin 2005, vendet anëtare të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) miratuan një rezolutë sipas të cilës vendet inkurajoheshin të zhvillonin sisteme të financimit të shëndetësisë që kishin për qëllim sigurimin e mbulimit universal në lidhje me mbrojtjen e shëndetit. Kjo do të thotë, garantimin e aksesit për të gjithë shtetasit në lidhje me shërbimet e duhura promocio-nale, parandaluese, kuruese dhe rehabilituese me kosto të përballeshme. Koncepti i mbulimit universal në lidhje me mbrojtjen e shëndetit mund të shihet nga tri dimensione të ndryshme: nëse çdo shtetas i shteteve përkatëse është i mbuluar nga shërbimi, çfarë lloj game shërbimesh u ofrohet shtetasve dhe në çfarë mase ekzistojnë parapagesat si mekanizma të rëndësishëm për mbrojtjen financiare. Mbrojtja sociale nga risqet financiare të nevojave mjekësore arrihet përmes minimizimit të pagesave nga xhepi dhe përmes lidhjes së nivelit të parapagimit (tatime dhe/ose kontribute) me aftësinë e individëve për të paguar, pavarësisht nga rreziku përkatës për tu sëmurur.

Megjithatë, duke qenë se këto dimensione shpesh janë të ndërlidhura me njëra-tjetrën, nevojiten të bëhen përpjekje drejt arritjes së një qasjeje gjithëpërfshirëse me qëllim sigurimin e mbulimit universal. Niveli i ulët i kontributeve në skemën aktuale të sigurimeve mund t'i atribuohet mosfunksionimit në nivelet e duhura të institucioneve të sigurimeve, por edhe cilësisë së ulët të ofrimit të shërbimit që çon në një perceptim negativ të vlerave të sigurimit shëndetësor.

Në veçanti, grupet e popullatës me nivel të ulët të ardhurash shpesh janë të detyruar të

shkurtojnë shpenzimet për sende të tjera si p.sh. strehim, veshje dhe arsimim të fëmijëve, me qëllim që të paguajnë faturat shëndetësore. Kjo i detyrohet kryesisht faktit se shumë individëve u mungon aksesit ndaj shërbimeve shëndetësore efikase dhe të përballeshme financiarisht. Në vendet në zhvillim ose në ato në tranzicion, mbulimi i popullatës shpesh mbetet i paplotë duke qenë se grupet më të varfra të popullsisë, janë ato që kanë më pak gjasa për të qenë të mbrojtura dhe shpesh të fundit për të përfituar nga mbulimi.

Përvoja nga vendet e Azisë Juglindore

Në vitin 1969 në Filipine, Komisioni i Kujdesit Mjekësor zbatoi të ashtuquajturin Planin i Kujdesit Mjekësor për Filipinet (Medicare), në të cilin përfshiheshin dy programe: në Fazën I u targetuan individët e punësuar dhe të deklaruar zyrtarisht, ndërsa në Fazën II qëllimi ishte të evidentohej dhe të silleshin pranë individët e punësuar në sektorin informal, dhe në veçanti të varfrit. Në vitin 1995, *Phil-Health* pasoi programin Medicare dhe iu dha mandati për të siguruar mbulim universal të popullatës deri në vitin 2010. Në vitin 1998 u ngritën zyrat rajonale, të cilat fillimisht vetëm sa përpunonin kërkesat, por tashmë ato menaxhojnë pagesat e kontributeve, fushatat e marketingut dhe bëjnë punë kërkimore në terren (Obermann et al. 2006, p. 3178ff).

Aktualisht, mbulimi është në nivele afërsisht 70 %, kryesisht me përfshirjen e individëve të punësuar zyrtarisht (ibid. fq. 3180). Kjo u arrit përmes programeve që punonin me grupe të mirëorganizuara, si p.sh. agjentë marketingu dhe agjentë për mbledhjen/arkëtimin e kontributeve. Këto masa ndihmuan në rritjen dhe stabilizimin e anëtarësisë, si edhe në përmirësimin e gamës së mbulimit. Për më tepër, programi synon grupe të mëdha të organizuara ose punëmarrës dhe e bën regjistrimin në grup të detyrueshëm, gjë që kontribuon në stabilizimin dhe reduktimin e kostove, duke ulur përzgjedhjen negative. Megjithatë, përfshirja e punëmarrësve të sektorit info-

³⁰ Nëpunës planifikimi, Seksioni i Mbrojtjes Sociale, Divizioni i Shëndetit, Arsimit, Mbrojtjes Sociale, Zyra Gjermane për Bashkëpunim Teknik (GTZ), christian.pfleiderer@gtz.de.

rrimal mbetet ende një sfidë, duke qenë se kuota e anëtarësimit për individët e vetëpunësuar shpesh është tepër e kushtueshme për të varfrit e punësuar në sektorin informal (Basa 2007). Së bashku me këto masa që kanë për qëllim zgjerimin e mbulimit të popullatës, janë futur edhe procese të menaxhimit të cilësisë përmes ngritjes së mekanizmave të akreditimit spitalor.

Në Kamboxhia, popullsia e varfër targetohet në mënyrë të vazhdueshme për tu përfshirë në skemat e mbrojtjes sociale të shëndetit. Në këtë rast, janë krijuar Fonde të veçanta të Barazisë Shëndetësore (HEF), të cilat (aktualisht) po financohen nga organizata ndihme, por në të ardhmen do të integrohen në kuadrin e skemës kombëtare të sigurimeve shëndetësore (Bigdeli 2007). Me qëllim shpërndarjen e së drejtës për të përfituar trajtimin e financuar nga HEF-i për individët në nevojë, ata evidentohen përmes një mekanizmi të hollësishëm targetimi. Familjet e vlerësuara që bëjnë pjesë në grupin e shtresave të varfra vlerësohen përmes pyetësorëve, të cilët marrin në konsideratë aspekte të ndryshme, si p.sh. numri i anëtarëve të familjes dhe asetet që ata kanë si p.sh. bagëtia, pajisje teknike dhe cilësia e vendit të banimit. Mbi bazën e këtyre konstatimeve bëhet edhe përzgjedhja e familjeve përfituese. Ky program shoqërorret nga mekanizma që përgjigjen për kontrollin e cilësisë dhe qeverisjes. Spitalet vlerësohen në mënyrë të vazhdueshme përsa i takon cilësisë së shërbimeve të ofruara dhe sjelljes në lidhje me përfitimin apo kërkesat për pagesa nga xhepi. Rezultatet e këtyre vlerësimeve mund të kenë pasojë mbi buxhetin e akorduar përmes mekanizmave të shpërblimit dhe sanksioneve (Annear 2006).

Cilësia dhe efienca e ofrimit të kujdesit shëndetësor përbën një fokus specifik për Vietnamin. Si pasojë e strukturës tejet të centralizuar, njësitë e decentralizuara shëndetësore kanë mungesa personeli dhe nuk përdoren në nivelet e duhura. Rrjedhimisht, janë krijuar sisteme dhe procese specifike referimi me qëllim forcimin e strukturave të decentralizuara dhe uljen e ngarkesës së

punës në njësitë e nivelit qendror. Po kështu janë ndërmarrë edhe disa masa për zhvillimin e burimeve njerëzore me qëllim forcimin e kapaciteteve të njëjësive në nivelin e decentralizuar (Zyra Rajonale e OBSH-së, Paqësori Perëndimor 2004).

Sigurimi i shëndetit

Këta shembuj të përzgjedhur demonstrojnë se shumë vende të ndryshme po përballen me sfida të ngjashme përsa i takon arritjes së mbulimit universal të mbrojtjes së shëndetit. Masat për trajtimin e këtyre sfidave shpesh kanë si synim trajtimin e disa dimensioneve të mbulimit universal (OBSH 2008, fq. 25f). Kjo është gjithashtu fusha e veprimit për iniciativa multilaterale për mbrojtjen e shëndetit social në kuadrin e *Sigurimit të Shëndetit* (P4H) (BMZ 2008) që është krijuar kohët e fundit dhe ka për detyrë zbatimin e vendimeve të marra nga grupi i G8-ës, në mbështetje të integritetit të sistemit shëndetësor përmes mbrojtjes sociale të shëndetit për të gjithë popullatën dhe në veçanti për të varfrit. Programi P4H ka për qëllim mbështetjen e vendeve të ndryshme për zhvillimin e sistemeve të mbrojtjes sociale të shëndetit, duke rritur mbrojtjen financiare përkundrejt pagesave nga xhepi dhe rrjedhimisht përdorimin e shërbimeve shëndetësore.

Kur vjen fjala për mbrojtjen sociale të shëndetit, nuk ekziston një zgjidhje e përbashkët që do të ishte ideale për të gjithë vendet. Mbështetja për zhvillimin e kapaciteteve dhe lehtësimi i procesit të ndryshimit është në varësi të kërkesave të vendeve përkatëse, duke u bazuar në mekanizmat dhe strategjitë ekzistuese të mbrojtjes sociale. Fusha e veprimit të programit përmban qasje të ndryshme: lehtësimin e pjesëmarrjes së aktorëve të interesit, punë kërkimore dhe novatorizëm për sistemet e bazuara tek sigurimet dhe ato me bazë tatimore për mbrojtjen sociale të shëndetit, sigurimin e mbështetjes teknike dhe zhvillimin e kapaciteteve mbështetëse, avokatinë për të drejtën e aksesit ndaj kujdesit cilësor shëndetësor dhe mbrojtjes sociale të shëndetit, si dhe mobilizimin e burimeve

shtesë financiare dhe teknike për mbrotjtjen sociale të shëndetit.

Bibliografi dhe literaturë e mëtejshme

Annear, Peter (2006, 2007). Study of financial access to health services for the poor in Cambodia.

(http://www.who.int/health_financing/documents/cov-cam-healthaccess-study/en/index.html).

Basa, John (2007). Current Reforms Aiming at the Extension of Health Insurance Coverage: Linking up Mixed Health Financing Sub-systems. In: GTZ/ILO/WHO. Extending Social Protection in Health. Developing Countries' experiences, Lessons Learnt and Recommendations. Berlin Conference Documentation. VAS-Verlag, Frankfurt/Eschborn, pp. 87-91

(http://www.socialhealthprotection.org/pdf/SHI-ConfReader_Druckkomprimiert.pdf).

Bigdeli, Maryam (2007). The Impact of Global Health Initiatives on Fair Financing and Health Systems Development. In: GTZ/ILO/WHO, pp. 82-86

(http://www.socialhealthprotection.org/pdf/SHI-ConfReader_Druckkomprimiert.pdf).

Carrin, Guy; Mathauer, Inke; Xu, Ke; Evans, David (2008). Universal coverage of health

services: tailoring its implementation. World Health Organization, Geneva

(<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/index.html>).

Federal Ministry of Economic Cooperation and Development (BMZ) (2008). Providing for Health Initiative. BMZ, Bonn/Berlin

(http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/Providing_For_Health_05_May_2008.pdf).

Obermann, Konrad; Jowett, Matthew; Alcantara, Maria-Ofelia; Banzon, Eduardo; Bodart, Claude (2006). Social health insurance in a developing country: The case of the Philippines. *Social Science & Medicine* 62 (12), pp. 3177–3185

(<http://dneuvians.googlepages.com/SHI-RP-SSM.pdf>).

World Health Organization (WHO) (2008).

World Health Report 2008. WHO, Geneva

(http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).

WHO Regional Office Western Pacific (2004).

Master plan of Viet Nam health systems development to 2010 and the vision to 2020

(<http://www.wpro.who.int/sites/hsd/documents/Master+plan+of+Viet+Nam+health+systems+development+to+2010+and+the+vision+to+2020.htm>).

Kërkesat e kujdesit shëndetësor për anëtarësinë në BE: Mësime për Shqipërinë

Hartmut Reiners³¹

Të flasësh për politikat europiane të mbrojtjes sociale dhe shëndetit është gjithmonë një sfidë. Në lidhje me sistemet e ndryshme të sigurisë shoqërore në vendet e BE-së, ekziston gjithnjë rreziku i krijimit të keqkuptimeve. Të njëjtat terma kanë nganjëherë një kuptim të ndryshëm në kontekstin e sistemit të mbrojtjes sociale të një vendi të veçantë anëtar të BE-së. Gabimi më i madh që mund të bëhet në lidhje me këtë, është të kthesh sistemin e mbrojtjes sociale të vendit tënd në një model ideal për të gjithë vendet anëtare të BE-së. Sigurisht ka shumë për të mësuar nga vendet e tjera, por është thjesht e pamundur të transferohen sistemet e mbrojtjes sociale apo skemat e kujdesit shëndetësor nga një vend në tjetrin. Ata të gjithë përfaqësojnë ente të ndryshme sociale, të cilat nuk duhet të ndryshohen në mënyrë themelore pa pasur një nevojë të vërtetë. Prandaj, ekziston ndërkohë konsensus brenda BE-së, që secili vend anëtar ka traditën e tij të një sistemi të mbrojtjes sociale që nuk duhet të ndryshohet vetëm për të unifikuar sistemet brenda BE-së.

Kjo është e vlefshme veçanërisht për kujdesin shëndetësor, i cili është mjaft i ndryshëm nga degët e tjera të sistemeve kombëtare të mbrojtjes sociale. Ndërkohë që fondet publike të pensioneve dhe sigurimet e papunësisë në shtetet e BE-së, pak a shumë ndryshojnë vetëm në mënyrën e tyre përkatëse të grumbullimit të të ardhurave (taksa, kontribute). Sistemet e kujdesit shëndetësor të shteteve të BE-së kanë struktura të veçanta dhe mbi të gjitha, sfonde të ndryshme kulturorë. Prandaj, nuk është e këshillueshme të krijohet një sistem referimi që përca-

hton cila skemë është “më e mira” dhe cila duhet të ndryshohet plotësisht. Por ka disa standarte, të cilat duhet të zbatohen në të gjithë vendet e BE-së.

Mundësi financimi në kujdes mjekësor për çdokënd – parimet dhe sfidat

Aksesi në kujdesin shëndetësor për të gjithë qytetarët është një nga parimet thelbësore të kërkesave të sigurisë sociale në BE. Axhenda e Lisbonës kërkon që shërbimet kombëtare të kujdesit shëndetësor të ofrojnë universalitet, barazi dhe efikasitet. *Konkluzionet e Këshillit mbi Vlerat dhe Parimet e Përbashkëta në Sistemet Evropiane të Shëndetit* kanë shprehur: “Vlerat e përgjithshme të universalitetit, aksesit në kujdes cilësor, barazisë dhe solidaritetit, janë pranuar gjerësisht në punën e institucioneve të ndryshme të BE-së” (EU 2006b, p. 2).

Ky postulat duket që është i vetëkuptueshëm për shoqëritë moderne, por ai përfshin disa aspekte specifike. Në një masë të gjerë, rreziqet e sëmundshmërisë përcaktohen nga mjediset sociale dhe prirja gjenetike e një personi, prandaj ato nuk mund të llogariten për individët. Kjo është në thelb arsyeja përse nevojitet siguri shëndetësor dhe përse kujdesi shëndetësor universal është bërë një kërkesë e zakonshme në të gjithë shtetet anëtare të BE-së. Vendet që synojnë anëtarësinë në BE duhet të plotësojnë këtë parakusht. Ky standart mund të arrihet vetëm nëpërmjet financimit përkatës publik dhe rregulloreve të politikave për përfitimet dhe dhënien e kujdesit mjekësor. Në vendet Evropiane, 70-90 % e shpenzimeve shëndetësore financohen nga të ardhurat nga taksat apo kontributet publike (shih Tabelën 1). Megjithatë, në SHBA, të dhënat statistikore zyrtare tregojnë që pjesa e shpenzimeve publike është 45.4 % (OECD 2009). Në lidhje me këtë, SHBA duken që janë në të njëjtin nivel me Shqipërinë. Por kjo nuk është e gjithë e vërteta. Harold Wilensky i Universitetit të Kalifornisë në Los Angeles llogarit që të paktën 8 në 10 amerikanë marrin kujdes shëndetësor që subvenci-

³¹ Në kohët e fundit, përgjegjës i njësisë për Politikën Shëndetësore në Ministrinë e Punës, Mbrojtjes Sociale, Shëndetit dhe Familjes të Shtetit Federal të Brandenburg, hartmut-reiners@t-online.de.

onohet nga burimet federale (Wilensky 2006, fq. 597). Duke marrë parasysh zbritjet nga taksat për planet shëndetësore të

mbështetura nga punëmarrësit, pjesa e financimit publik në SHBA nuk është më 45 % por më shumë se 60 %.

Tabela 1: Shpenzimet e kujdesit shëndetësor në *Shqipëri* dhe Vendet e OECD-së

Shteti	Shpenzimet totale si % e PBB	Për frymë në US\$ (pariteti i fuqisë blerëse)	Pjesë e shpenzimeve publike në %
<i>Shqipëria (2004)**</i>	6,6	433	41,6
Australia*	8,7	3137	67,7
Austria	10,1	3763	76,4
Kanada	10,1	3895	70,0
Republika Çeke	6,8	1616	85,2
Danimarka	9,8	3512	84,5
Finlanda	8,2	2840	74,6
Franca	11,0	3601	79,0
Gjermania	10,4	3588	76,9
Greqia	9,6	2727	60,3
Hungaria	7,4	1388	70,6
Irlanda	7,6	3424	80,7
Italia	8,7	2686	76,5
Japonia*	8,1	2581	81,3
Holanda	9,9	3837	n. a.
Polonia	6,4	1035	70,8
Portugalia*	9,9	2150	71,5
Republika Sllovake	9,1	1555	81,7
Spanja	8,5	2671	71,8
Suedia	9,1	3323	81,7
Mbretëria e Bashkuar	9,4	2992	81,7
SHBA	16,0	7290	45,4

Burimet: OECD 2009 (të dhëna që i referohen viteve 2007 dhe 2006*); OBSH 2009**

Ekzistojnë dy arsye kryesore për pjesën e lartë të shpenzimeve publike në sistemet moderne të kujdesit shëndetësor: Së pari, edhe në vendet e pasura si Gjermania apo Suedia shumica e njerëzve nuk mund të përballojnë sigurimet shëndetësore private. Dhe së dyti, kujdesi shëndetësor është një industri ku rregullat e përbashkëta të një ekonomie tregu nuk funksionojnë. Dështimi i tregut është një fenomen tipik i sistemeve të kujdesit shëndetësor. Në vendet “e vjetra” anëtare të BE-së, shpenzimi vjetor shëndetësor për frymë është ndërmjet 2500 dhe 3500 US\$ (pariteti i fuqisë blerëse),

ndërkohë që “të porsaardhurit” nga Evropa Lindore (Poloni, Hungari, Republika Çeke dhe Republika Sllovake) shpenzojnë ndërmjet 1,000 dhe 1,600 US\$ për frymë (shih Tabelën 1). Këto të dhëna tregojnë gjithashtu që ka një korrelacion specifik ndërmjet fuqisë së një ekonomie dhe nivelit të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor. Por, kur vendet arrijnë nivelin mesatar ekonomik të BE-së, anëtarët e rinj të BE-së do të kenë shpenzime të kujdesit shëndetësor të krahasueshme me Francën, Gjermaninë apo Suedinë.

Megjithatë, duhet të merret parasysh që shpenzimet për frymë janë vlera mesatare që fshehin faktin që, njerëzit e moshuar me një pension të ulët si dhe shumë familje në grupet me të ardhura të ulëta dhe të ulëta-të mesme, duhet të paguajnë 50 % dhe më shumë të të ardhurave të tyre neto për kujdesin shëndetësor, në rast se këto kosto nuk do të mbuloreshin nga fondet e sigurimeve sociale shëndetësore apo shërbimi shëndetësor publik. Gjithashtu, një rregull i përgjithshëm thotë se 80 % e kostove të kujdesit shëndetësor shkojnë për 20 % të pacientëve, d.m.th. personat që janë shumë të sëmurë dhe/ose të sëmurë kronikë. Kjo e bën parimin e solidaritetit, thelbësor edhe nga një këndvështrim ekonomik. Përvojat nga SHBA na tregojnë që edhe anëtarët e grupeve me të ardhura më të larta, mund të mbingarkohen financiarisht në rastet kur ata kanë nevojë për trajtim të shtrenjtë mjekësor, nëse nuk ka mbështetje nga buxhetet publike.

Një vështrim mbi shpenzimet e kujdesit shëndetësor në Shqipëri tregon që pjesa e PBB e vendit e shpenzuar për shëndetin është e njëjta si me Republikën Çeke apo Poloninë. Megjithatë, nga ana tjetër, financimi publik i kujdesit shëndetësor është shumë i ulët në Shqipëri dhe përbën vetëm 41.6 % të shpenzimeve totale për shëndetin, ndërsa pjesa publike është 70.8 % në Poloni dhe madje 85.2 % në Republikën Çeke. Këto të dhëna tregojnë një pikë qartësisht thelbësore të politikës shëndetësore të Shqipërisë: Financimi publik është shumë më i ulët se niveli i cili kërkohet përgjithësisht për të arritur në aksesin univërsal në kujdesin shëndetësor.

Megjithatë, kujdesi shëndetësor cilësor për të gjithë nuk varet vetëm nga shpenzimet publike. Ai ka nevojë edhe për një kuadër të rreptë rregullator dhe kontroll të kostove që duhet të përcaktohet dhe të plotësohet nga shteti. Kjo është standarte në të gjithë vendet Evropiane. Për shembull, në Gjermani edhe rimbursimi i kompanive private të sigurimeve për aktivitetet private rregullohet nga një kuadër tarifor i vënë në fuqi nga Ministria Federale e Shëndetësisë. Du-

het të theksohet që jo vetëm shërbimet publike shëndetësore si në Skandinavi apo MB, por edhe fondet e parashikuara me ligj për sëmundjet si në Gjermani, Francë apo Poloni, janë institucione të legjislacionit publik dhe si të tilla janë pjesë e shtetit. Në BE, i vetmi përjashtim në këtë rregull është Holanda, ku fondet e sigurimeve shëndetësore kanë statusin ligjor të ndërmarrjeve private. Por këtu shteti gjithashtu përcakton paketat e përfitimeve dhe ushtron një mbi-këqyrje të rreptë të tregut të kujdesit shëndetësor dhe çmimeve të shërbimeve mjekësore. Prandaj, BE i konsideron fondet Holandeze të sëmundjes si pjesë të sektori publik, gjë që i ndalon ata që të futen në kategoritë e rregulluara nga legjislacioni evropian për konkurrencën.

Ekonomia e tregut të lirë dhe kujdesi shëndetësor

Ka arsye të ndryshme se përse ekonomia e tregut të lirë nuk funksionon në rastin e kujdesit shëndetësor. Së pari, konkurrenca në vetvete nuk është një sistem vetë-kontrollues. Ideja e Adam Smith e një konkurrenca tregu si një dorë e padukshme e qasjes ekonomike, është një postulat i epokës së iluminizmit dhe në ekonomitë moderne po aq jorealit sa dhe ëndrra e Leonardo da Vinçit për një *perpetuum mobile*. Në të gjithë tregjet, konkurrenca është e rrezikuar të shndërrohet në një garë të lodhshme të pafund. Prandaj, konkurrenca e kontrolluar është thelbësore për të gjithë ekonomitë e tregut. Shikimi prapa i Gjermanisë mbi një traditë të vjetër të një “politike të rregullave të tregut” të quajtur *Ordnungspolitik*, një term që duket se nuk mund të përkthehet pa humbur kuptimin e tij të veçantë.

Ordnungspolitik në kujdesin shëndetësor ka gjithashtu një karakter të ndryshëm krahasuar me tregjet “normalë”. Objektivi nuk është aq shumë të garantojë konkurrencë të drejtë – megjithëse edhe kjo është pjesërisht një problem – por më shumë të kontrollojë se ku dhe kur konkurrenca është e dobishme ose jo. Në kujdesin shëndetësor, një konkurrencë mashtruese mund të ketë

pasoja vërtet fatale. Ekonomistët me famë botërore të shëndetit Robert Evans, Alan Maynard, Alexander Preker dhe Uwe Reinhardt (1994) e kanë vënë në dukje: “Konkurrenca’ dhe ‘tregjet’ duhet të jenë mjete për një qëllim, por jo qëllim në vetvete. Nëse ato trajtohen si qëllime, objektivat e efikasitetit, barazisë dhe ruajtjes së kostos NUK do të arrihen.”

Konkurrenca ka përfitime ekonomike vetëm në bazë të balancës ndërmjet ofertës dhe kërkesës. Në kujdesin mjekësor, ky ekuilibër në parim nuk ekziston për shkak të pozicionit mbizotërues të ofruesve të shërbimit dhe në veçanti të mjekëve. Kjo është shumë e njohur që nga puna kërkimore nismëtare e Kenneth Arrow (1963), e publikuar më shumë se 40 vjet më parë. Mjekët kanë mandatin të përcaktojnë procedurat diagnostikuese dhe të vendosin mbi terapitë që duhen ndjekur. Në të njëjtën kohë, ky pozicion thuhet monopolist, u jep atyre një potencial ekonomik shumë të madh për të ndikuar mbi kërkesën për shërbimet që ata ofrojnë. Ky potencial për të nxitur kërkesën duhet të kufizohet nëpërmjet buxhetimit dhe/ose rregulloreve të çmimeve; përndryshe kostot e kujdesit mjekësor do të rriten në mënyrë të qëndrueshme dhe do të kenë prirjen të tejkalojnë mundësitë ekonomike të shoqërisë.

Krahasimet ndërkombëtare të sistemeve të kujdesit mjekësor bëjnë një dallim të qartë ndërmjet modeleve *Beveridge* dhe *Bismarck*. Kjo zakonisht lidhet me pohimin që ato janë ose pjesë e buxhetit të shtetit (siç është në MB, Skandinavi dhe Evropën Jugore) ose të financuara nëpërmjet kontributeve të përbashkëta të punëdhënësve dhe punëmarrësve në fonde kombëtare apo rajonale të sëmundjes të kërkuara nga legjislativi (siç është në Gjermani, Holandë, Belgjikë, Francë, Austri, Poloni, Republika Çeke). Megjithatë, një dallim kaq i thjeshtëzuar nuk e gjen më veten në realitet. Ka një tendencë të qartë në disa vende me sigurime sociale shëndetësore, për të rritur të ardhurat që vijnë nga taksat për kujdesin shëndetësor. Për shembull, në Gjermani Buxheti i Përgjithshëm i Fondeve Statusore

të Sëmundjes (*Gesundheitsfonds*), i zbatuar kohët e fundit, subvencionohet në vitin 2009 me 6 miliardë euro nga buxheti kombëtar. Transfertat nga Thesari parashikohet të rriten deri në vitin 2014 me rreth 1.5 miliardë euro në vit. Pa këtë subvencion, niveli mesatar i kontributeve të fondeve të sigurimeve shëndetësore në Gjermani, do të duhej të rritej për të mbuluar shpenzimet e kujdesit shëndetësor të përfituesve.

Bismarck apo Beveridge – një debat i vjetëruar

Nuk është aq e rëndësishme nëse kujdesi shëndetësor financohet nga taksat apo nga kontributet e sigurimeve shëndetësore. Nuk ka prova që një nga këto parime funksionon rrënjësisht “më mirë” se tjetri. Gjithashtu, nuk do të kishte kuptim, për shembull, që të shndërrohej Shërbimi Shëndetësor Kombëtar Britanik (NHS) në një fond sëmundjeje apo të konvertoheshin sistemet gjermane dhe holandeze të bazuara në disa fonde sëmundjeje në modele me pagesë të vetëm. Kjo vetëm sa do të shkaktonte shumë pështjellim dhe shpenzime shtesë pa pasur asnjë përfitim praktik. Pika thelbësore është që skemat e kujdesit shëndetësor japin akses universal në kujdesin shëndetësor për të gjithë qytetarët, dhe duhet të theksohet që kjo mund të arrihet dhe të mbrohet nëpërmjet financimeve kryesisht publike.

Megjithatë, mund të ketë kufizime në këtë rregull të përgjithshëm. Shpenzimet e kujdesit shëndetësor mund të mbingarkojnë një ekonomi kombëtare. SHBA janë një shembull për këtë, por në këtë rast problemi kryesor nuk është një përqindje shumë e madhe publike e shpenzuar për kujdesin shëndetësor. Punëdhënësit në SHBA janë të mbingarkuar nga kostot tejet të larta të planeve private shëndetësore që ata janë të detyruar të paguajnë. Vetëm fakti që shpenzimi shëndetësor për frymë në SHBA është më shumë se dy herë më i lartë se në Gjermani dhe Japoni (shih Tabelën 2), është një tregues i qartë i mungesës së konkurrencës globale të ekonomisë amerikane për shkak të kostove të ekzagjeruara

të planeve shëndetësore. Fondet sociale shëndetësore dhe shërbimet shëndetësore kombëtare ofrojnë instrumente efektive të kufizimit të kostove, të cilat nuk janë të disponueshme në të njëjtën mënyrë për sigurimet shëndetësore private. Për shembull, në Gjermani shpenzimet e sigurimeve shëndetësore private rriten dy herë më shumë se sa ato të fondeve statusore të sëmundjeve. Këto të fundit kanë gjithashtu një administrim shumë më eficient. Fondet statusore të sëmundjeve shpenzojnë rreth 5 % të buxhetit total për shpenzime administrimi, ndërsa në kompanitë private të sigurimeve

pjesa e kostove administrative është ndërmjet 10 dhe 20 %. Për më shumë se 25 vjet, shpenzimet e fondeve të sigurimeve sociale shëndetësore të Gjermanisë përbënin vazhdimisht rreth 6 % të PBB. Megjithatë, fakti që niveli mesatar i kontributeve është rritur nga 12 % në 15 % në të njëjtën periudhë, nuk i atribuohet atë shumë shpenzimeve në rritje, por të ardhurave në rënie për shkak të niveleve vazhdimisht të larta të papunësisë dhe një përqindje në rritje të vendeve të punës me rroga të ulëta dhe madje me kushte të rrezikshme pune.

Tabela 2: Burimet e Kujdesit Shëndetësor në Vendet e OECD dhe Shqipëri

Shteti	Mjekë praktikantë për çdo 1000 banorë	Infermiere praktikante për çdo 1000 banorë	Shtretër të kujdesit akut për çdo 1000 banorë.	Konsultime me mjekun për frymë
Shqipëria**	1,18	n. a.	3,0	n. a.
Australia*	2,81	9,66	3,5	6,3
Austria	3,75	7,37	6,1	6,7
Kanada	2,18	9,02	2,7 *	5,8 *
Republika Çeke	3,57	8,04	5,2	12,6
Danimarka*	3,17	14,30	2,9	n. a.
Finlanda*	2,95	10,25	3,7	4,2
France	3,37	7,73	3,6	6,3
Gjermania	3,50	9,94	5,7	7,5
Greqia*	5,35	3,21	3,9	n. a.
Hungaria	2,78	6,12	4,1	10,8
Irlanda	3,03	15,50	2,7	n. a.
Italia	3,65	7,03	3,1	n. a.
Japonia*	2,09	9,35	8,2	13,6 *
Holanda	3,93	8,69	3,0	5,7
Polonia	2,19	5,16	4,6	5,8
Portugalia	3,51	5,11	2,8	4,1
Republika Sllovak	n. a.	n. a.	4,9	11,2
Spanja	3,65	7,54	2,5 *	8,1 *
Suedia*	3,58	10,83	2,1	2,8
MB	2,48	10,02	2,6	5,0
SHBA	2,43	19,57	2,7 *	3.8 *

Burimet: OECD 2009 (të dhëna që i referohen viteve 2007 dhe 2006*); OBSH 2009 ** (të dhëna nga viti 2004)

Në nivelin kombëtar dhe ndërkombëtar ekziston një pretendim i vazhdueshëm që nivelet në rritje të kontributeve për sigurimet sociale shëndetësore, kanë automatikisht një ndikim negativ mbi punësimin. Ky argument ka përcaktuar për një kohë të gjatë politikën sociale dhe të punës në Gjermani dhe në shumë vende evropiane; dhe institucionet financiare ndërkombëtare siç janë: Fondi Monetar Ndërkombëtar, Banka Botërore, Organizata për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim (OECD), ndërmjet të tjerëve, po u rekomandojnë vendeve në zhvillim dhe vendeve në tranzicion të mos rritin kontributet e sigurimeve shoqërore të lidhura me rrogat sepse kjo do të kishte ndikime të dëmshme mbi punësimin dhe rritjen ekonomike. Në lidhje me këtë debat duhet theksuar që supozimeve bazë u mungojnë provat empirike. Disa ekonomistë përpiqen të përforcojnë këtë rekomandim me ndihmën e statistikave, të cilat duket që tregojnë që papunësia rritet thuajse paralelisht me kontributet më të larta të sigurimeve sociale shëndetësore. Megjithatë, pretendimi i një korrelacioni të drejtpërdrejtë ndërmjet kontributeve në rritje të sigurimeve shoqërore dhe rritjes negative të punësimin, është më shumë një dredhi statistikore se sa një përfundim i bazuar në prova. Ajo që është shumë e evidente është që ndikimi funksionon në anën e kundërt: Papunësia në rritje nënkupton më pak burime financiare për fondet e sëmundjes që sjell nivele në rritje të kontributeve.

Në përgjithësi, është një qasje shumë dritëshkurtër të konsiderosh shpenzimet e kujdesit shëndetësor vetëm si një faktor kostojë për punëdhënësit dhe ekonominë. Megjithatë, kjo perspektivë e ngushtë ka përfshirë kaq shumë politikanë dhe ekonomistë në Evropë, në organizatat ndërkombëtare donatore dhe kudo. Në një ekspertizë të përgatitur për Këshillin Konsultativ Gjerman për Kujdesin Shëndetësor para disa vitesh, Instituti Gjerman të Kërkimeve Ekonomike (DIW) u përpoq të masë ndikimin e kontributeve në rritje të sigurimeve sociale shëndetësore mbi tregun e punës (cf. ACCAHC 1997). Ky studim nxori një re-

zultat të jashtëzakonshëm. DIW vlerësoi në fillim që një rritje e nivelit të kontributeve me një përqind – e barasvlershme me rreth 10 miliardë euro – do të shkaktonte një humbje të rreth 100,000 vendeve të punës në degë të ndryshme të ekonomisë. Ky përfundim bazohet në supozime të paqarta, por mund të përdoret si një vlerë referimi. Në një hap të dytë, ekonomistët e DIW matën ndikimet e niveleve më të larta të kontributeve mbi sistemin e kujdesit shëndetësor. Kontributet në rritje të lidhura me pagat nuk zhduken në një vrimë të zezë por fondet shtesë rrjedhin në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe piren të krijojnë më shumë vende pune në këtë sektor. DIW balancoi humbjet e vendeve të punës në sektorët e tjerë dhe rritjen e vendeve të punës në kujdesin shëndetësor. Rezultati i përgjithshëm ishte që, një rritje në kontributet për sëmundjet me një përqind nënkupton një balancë pozitive prej më shumë se 90,000 vende pune shtesë. Kjo sigurisht është vetëm një përlllogaritje modeli por ajo tregon mjaft qartë që një sistem i kujdesit shëndetësor me financim publik, duhet më shumë të konsiderohet një makinë vendesh pune se sa frenim i rritjes së vendeve të punës.

Shpesh neglizhohet që në shoqëritë moderne kujdesi mjekësor është bërë një pjesë thelbësore e infrastrukturës së ekonomive kombëtare. Kujdesi shëndetësor universal është një kusht bazë për ekonomi dinamike dhe të suksesshme, ashtu si dhe shkollat dhe universitetet e mira apo një sistem efektiv transporti. Asnjë politikan që dëshiron të merret seriozisht, do të kërkonte uljen e investimeve në arsim duke përdorur argumentin që kostot e tij do të kishin një ndikim negativ mbi konkureshmërinë e bizneseve private. Një sistem shëndetësor i pajisur keq është jo më pak i dëmshëm për një ekonomi kombëtare, se sa një rrjet rruqor jo eficient. Pas një periudhe nën-financimi dhe neglizhence të NHS, Mbretëria e Bashkuar ka pasur këtë përvojë para disa vitesh, kur një epidemi e rëndë gripi shkaktoi një kolaps të kujdesit spitalor.

Standartet e përbashkëta të BE-së për kujdesin shëndetësor

Është pothuajse e pamundur të përkufizohen standarte ekzakte të përbashkëta për cilësinë dhe infrastrukturën e kujdesit shëndetësor për të gjithë shtetet anëtare të BE-së. Siç u përmend më parë, sistemet e kujdesit shëndetësor të anëtarëve të BE-së, kanë struktura të veçanta dhe kultura specifike në vetvete. Disa tregues të përgjithshëm nga vende të ndryshme mund të ilustrojnë dallimet (shih Tabelën 2):

- MB ka 2.48 mjekë ushtrues për çdo 1,000 banorë, ndërsa ky përpjesëtim është 3.93 në Holandë.
- Në vendet Skandinave dhe në MB numri i infermiereve për çdo 1,000 banorë është ndërmjet 10 dhe 15, ndërsa në Austri, Francë dhe Itali vetëm ndërmjet 7 dhe 8.
- Gjermania dhe Austria ofrojnë më shumë se dy herë shtretër spitalorë për rastet akute, krahasuar me Suedinë apo Mbretërinë e Bashkuar.
- Ekzistojnë dallime të tejskajshme në numrin e konsultimeve të mjekëve. Ndërkohë që Hungarezët, Çekët dhe Sllovakët takojnë një mjek më shumë se dhjetë herë në vit, numri i vizitave tek mjeku është shumë më i ulët në Suedi apo Finlandë (2.8 dhe 4.2, përkatësisht).

Gjithashtu ekzistojnë dallime të mëdha në strukturat e kujdesit ambulator. Në Gjermani 60 % e mjekëve ambulatorë janë specialistë që kanë aktivitetin e tyre, dhe vetëm 40 % janë mjekë të përgjithshëm apo mjekë të familjes. Në Holandë apo MB pothuajse 90 % e mjekëve ambulatorë janë mjekë të përgjithshëm, dhe më shumë se 80 % e specialistëve ushtrojnë profesionin në spitale, shumë prej tyre si personel i punësuar. MB dhe vendet Skandinave ofrojnë kujdes parësor shëndetësor ku infermierët janë personat e parë të kontaktit për pacientët. Në Gjermani pika e parë e kontaktit është gjithmonë një mjek duke sjellë numrin relativisht të lartë të më shumë se shtatë

konsultime mjekësh për përfitues në vit, ndërkohë që në Suedi ky numër është vetëm dy (OECD 2009).

Të dhënat e disponueshme tregojnë që është shumë e vështirë, nëse jo e pamundur, të përcaktohen në detaje standartet e përbashkëta për të gjithë sistemet e kujdesit shëndetësor në Evropë. Skemat organizative dhe ndarja e detyrave ndërmjet grupeve të ndryshme të interesit, ndryshojnë nga një sistem i kujdesit shëndetësor në tjetrin. Kulturat e kujdesit mjekësor kanë prodhuar gjithashtu pritshmëri specifike të pacientëve që pasqyrojnë mënyrën se si është organizuar dhe ofruar kujdesi shëndetësor. Suedia, për shembull, ka një sistem të sofistikuar të kujdesit parësor ku infermierët janë personat kryesorë të kontaktit për pacientët. Kjo ofron një shpjegim të arsyeshëm dhe të dukshëm të numrit relativisht të ulët të konsultimeve me mjekët në vendin skandinav. Në Gjermani, përkundrazi, mjekët nuk mund të mbështeten tek ndihma e këtij lloji, pasi infermierët e mirëarsimuar dhe ndihmësit e tyre kanë pak a shumë statusin e sekretarit. Kjo sjell një numër të lartë të konsultimeve me mjekët, të cilat shpesh nuk janë vërtet të nevojshme. Nga një këndvështrim i pastër ekonomik dhe mjekësor mund të ketë kuptim për Gjermaninë të adoptojë sistemin suedez, madje në një kohë shumë të shkurtër. Megjithatë, një ndryshim i menjëhershëm ndoshta nuk do të pranohej nga shumica e pacientëve në Gjermani, sepse ata janë mësuar të takojnë një mjek në fillim dhe jo vetëm pasi të vizitohen nga një infermier që të përcaktojë nevojën e vërtetë për tu vizituar nga një mjek. Kur politikanët gjermanë të shëndetit duan të futin modelin suedez më efektiv dhe eficient të kujdesit ambulator në rajonet rurale, ata duhet ta bëjnë këtë me shumë kujdes dhe hap pas hapi.

Ka kaq shumë projekte të arsyeshme të reformave që po dështojnë për shkak të një momenti të keq kohor. Për ta parandaluar një gjë të tillë, Shteti Federal³² i Branden-

³² Bundesland

burgut përpigjet të zbatojë me hapa një kujdes ambulator të mbështetur nga infermierët. Qeveria e shtetit filloi një projekt pilot në një komunë me një popullsi të ulët dhe të moshuar. Në këtë model, infermierët vizitojnë pacientët e moshuar dhe ata që nuk mund të lëvizin në shtëpi. Infermierët janë punësuar nga një mjek familjeje dhe të pajisur me laptopë të lidhur online me mjekun. Ndërkohë, këta infermierë janë pranuar mirë nga pacientët e tyre, ndaj dhe fondet e sëmundjeve filluan të mendojnë të zbatojnë këtë model në rajone të tjera. Edhe mjekët, të cilët në fillim ishin shumë skeptikë rreth këtij projekti, tani po shohin avantazhet e kësaj qasjeje.

Metoda e Hapur e Koordinimit

Shembulli i infermierëve që marrin përsipër një pjesë të asaj që ka qenë tradicionalisht detyra e mjekëve të sigurimeve shëndetësore të parashikuar nga ligji, ka të bëjë me parimin bazë të politikës shëndetësore në BE-së, *Metoda e Hapur e Koordinimit* (MHK). MHK rrjedh nga tre pika fillimi të përbashkëta dhe sfida të përbashkëta për të gjithë vendet anëtare të BE-së:

- Sigurimi i aksesit të përgjithshëm pavarësisht nga të ardhurat dhe aftësitë.
- Dhënia e kujdesit mjekësor të cilësisë së lartë.
- Garantimi i financimit të qëndrueshëm.

Ideja pas strategjisë së MHK është që këto objektiva nuk mund dhe nuk do të arrihen dot nëpërmjet rregulloreve të rrepta të miratuara nga Komisioni Evropian apo Parlamenti Evropian. Fokusi është më shumë mbi koordinimin dhe të mësuarit nga njëri - tjetri. Të gjithë vendet anëtare të BE-së priret të ruajnë sistemin e tyre të kujdesit shëndetësor. Por ata janë të ftuar të vështrtojnë përtej kufirit nëse vendet e tjera kanë një praktikë të mirë në fusha të veçanta të sistemit të kujdesit shëndetësor. Një nga instrumentet kryesorë të kësaj strategjie është organizimi i vlerësimeve nga të barabartët (peer review) nëpërmjet takimeve ndërmjet vendeve ku ekspertët krahasojnë përvojat e vendeve me disa

çështje të përbashkëta. Për shembull, një nga këto çështje është mënyra e ofrimit të kujdesit shëndetësor në rajonet rurale me një popullatë në plakje. Kjo do të bëhet një sfidë e vërtetë për praktikisht të gjithë shtetet evropiane në dekadën e ardhshme. Qëllimi i MHK është më pak gjetja e qasjeve të përbashkëta për zgjidhjen e këtij problemi në të gjithë vendet, por më shumë të kontrollojnë nëse instrumente specifike të politikave shëndetësore, premtojnë të jenë të dobishme dhe cili vend kryen një praktikë të mirë. Ajo është një metodë e të mësuarit ndërmjet vendeve, jo me qëllim të asimilimit të strukturave të sistemeve të kujdesit shëndetësor, por për të arritur një nivel të përbashkët cilësor të kujdesit shëndetësor.

Mësime për Shqipërinë

Megjithëse ekonomitë e pasura si ato në Gjermani, Francë apo Suedi sigurisht nuk janë pikat e duhura të referimit, ekziston një mësim bazë për tu nxjerrë nga vendet e tjera evropiane. Për shkak të synimit për anëtarësinë në BE dhe arritjes së standarteve aktuale të Hungarisë apo Sllovenisë, Shqipëria do të duhet të zgjerojë në mënyrë të konsiderueshme shpenzimet publike për shëndetin. Kjo do të ishte e arritshme vetëm nëpërmjet një sistemi publik të kujdesit shëndetësor që siguron akses universal në kujdesin shëndetësor. Nëse Shqipëria nuk plotëson këto qëllime themelore, ajo do të mbetet gjithmonë prapa nivelit të BE-së. Një nevojë tjetër parësore për sistemet moderne të kujdesit shëndetësor është një kujdes shëndetësor parësor mirëfunksionues dhe efektiv. Kjo ka rëndësinë më të madhe për një vend si Shqipëria me një ekonomi relativisht të dobët që nuk mundëson kujdes mjekësor të teknologjisë së lartë të niveleve Evropiane Perëndimore apo Veriore. Por edhe Gjermania duhet të investojë më shumë në kujdesin shëndetësor parësor, i cili bëhet gjithnjë e më i rëndësishëm në një shoqëri në plakje. Veçanërisht në rajonet rurale me popullsi të rrallë, ka nevojë për zhvillimin e programeve të veçanta për tu siguruar që çdo qytetar ka

akses në kujdes të duhur shëndetësor. Kjo çështje po kthehet në një problem thelbësor në pothuajse të gjithë vendet e BE-së, dhe është një nga pikat parësore të “Metodës së Hapur të Koordinimit” të BE-së.

Në esenë e tij të famshme “Politika si një Profesione”, sociologu i njohur Max Weber e përkufizoi politikën si “arti i shpimit të kompensatës” (Weber 1919, p. 88). Kjo është veçanërisht e vërtetë për politikën shëndetësore të mbuluar nga rrjete të ndërlikuar dhe shpesh jotransparente të grupeve të ndryshme dhe interesave të ndryshme politike dhe ekonomike. Në fakt, ja vlen të përmendim që presidenti i Parlamentit Federal Gjerman (Bundestag) ka të regjistruar rreth 2.000 lobistë zyrtarë. Pothuajse 500 trajtojnë ekskluzivisht politikën shëndetësore dhe veprimtarinë e Ministrisë Federale të Shëndetësisë (Deutscher Bundestag 2009). Është art dhe një sfidë shumë specifike e politikës shëndetësore të fokusohet së pari tek cilësia e kujdesit shëndetësor dhe për të mbrojtur këtë prioritet kundrejt interesave të fitimit të një lobi të fuqishëm dhe shumë të pajisur financiarisht. Kjo është vërtet një punë shumë e vështirë për politikanët e shëndetit në të gjithë Botën. Ish Ministri gjerman i Punës dhe Mbrojtjes Sociale, Norbert Blüm, dikur nxori një përfundim piktoresk: “Politika shëndetësore është si not i sinkronizuar në një pishinë me peshkaqenë.”

Bibliografi

Arrow, Kenneth (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev* 53 (5), pp. 941-973
<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28196312%2953%3A5%3C941%3AUAATWEO%3E2.0.CO%3B2-C>.
 Deutscher Bundestag (2009). Ständig aktualisierte Fassung der öffentlichen Liste über die Registrierung von Verbänden und deren Vertretern. Stand 16.10.2009. Bundestag, Berlin
<http://www.bundestag.de/dokumente/parlamentsarchiv/sachgeb/lobbyliste/lobbylisteaktuell.pdf>.
 European Union (EU) (2006a). Consolidated Versions of the Treaty on European Communi-

ty Union and of the Treaty Establishing the European Community. Official Journal of the European Union, C 321 E/1, 29.12.2006, Brussels

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:321E:0001:0331:EN:PDF>.

European Union (EU) (2006b). Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. Official Journal of the European Union, C 146/01

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.

Këshilli Konsultativ për Veprimin e Koordinuar në Kujdesin Shëndetësor (Advisory Council for the Concerted Action in Health Care - ACCAHC) (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1997). *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung.* Nomos Verlag, Baden-Baden. Versioni i shkurtër gjermanisht: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht97/kurzfd97.pdf>. Përmbledhja anglisht: The Health Care System in Germany. Cost Factor and Branch of the Future. Vol II: Progress and Growth Markets, Finance and Remuneration. Federal Ministry of Health and Social Protection, Bonn: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht97/Kurzfd97.pdf>.

Evans, Robert; Maynard, Allan; Preker, Alex; Reinhardt, Uwe (1994) Health Care Reform. *Health Econ* 3 (6), pp. 359

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/113307433/PDFSTART>.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2009). OECD Health Data 2009. OECD, Paris. Accessed on Oct. 28, 2009
<http://stats.oecd.org/Index.aspx>.

Wilensky, Harold (2006). Rich Democracies. Political Economy, Public Policy and Performance. University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London: pp. 577-636.

Weber, Max (1919). *Politik als Beruf.* Edited by Mommsen, Wolfgang; Schluchter, Wolfgang; Morgenbrod, Birgit (1994). MWS I, Tübingen.

World Health Organization (WHO) (2009). National Health Accounts. Albania. WHO, Geneva. Accessed on Sept. 24, 2009

<http://www.who.int/nha/country/alb/en/>.

Kontributorët

Eliane Furrer ka diplomë “Master” për marrëdhënie ndërkombëtare dhe ka punuar më shumë se dy vjet si konsulente e Zyrës Qendrore të OBSH-së në Gjenevë duke u përqendruar në analizën e efektit të nismave të fundit për faljen e borxhit në nivel të shpenzimeve buxhetore për shëndetin në disa vende të përzgjedhura afrikane. Prej muajit shkurt 2009, është vullnetare e OKB-së në zyrën e OBSH-së në Shqipëri, përgjegjëse për hartimin e një baze të dhënash për projektet në shëndetësi të financuara nga jashtë për Llogaritë Kombëtare Shëndetësore dhe për ofrimin e asistencës në veprimtari të financimit dhe politikave për shëndetin.

Elvana Hana, ka diplomë “Master” dhe “Doktoraturë” në Shkencat Ekonomike nga Universiteti i Tiranës dhe titullin ‘Magistra Socium Rerum Oeconomique’ nga Universiteti i Vjenës. Është lektore pranë Fakultetit Ekonomik të Universitetit të Tiranës. Nga viti 2001 deri në 2005, ka drejtuar disa drejtori si Administrimi i Thesarit dhe Rrezikut në sistemin bankar të Shqipërisë. Prej vitit 2005, është Drejtoreshë e Përgjithshme e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor.

Jens Holst, mjek i specializuar në mjekësinë e brendshme, ka diplomë doktorature në shkencat mjekësore. Konsulent i pavarur për më shumë se dhjetë vjet për zhvillimin e sistemit shëndetësor, financimin e shëndetit dhe sigurimet shëndetësore, në kuadër të së cilës ka punuar për GTZ-në, ILO-n dhe organizata të tjera. Studiues bashkëpunëtor në Qendrën Kërkimore të Shkencave Shoqërore në Berlin, lektor në Universitetin e Shkencave të Aplikuara në Magdeburg dhe pedagog i jashtëm në Shkollën e Shëndetit Publik të Universitetit të Kilit në Santiago.

Lorena Kostallari ka diplomë MBA dhe “Master” për Popullsinë dhe Zhvillimin. Ish-Drejtoreshë e Departamentit të Makroekonomisë dhe, më pas, Shefe e Planifikimit të Investimeve në Kryeministri, për tetë vjet. Për tetë vjet të tjera, menaxhere projekti e programeve PHARE të Komisionit Evropian në Shqipëri. Tani është oficer e lartë për operacionet pranë Zyrës së BB-së në Tiranë dhe drejtuese e ekipi për projekte të BB-së në sektorët e shëndetësisë dhe të çështjeve sociale.

Joe Kutzin është ekonomist për çështje shëndetësore dhe ka diplomë “Master” për shkencat ekonomike për zhvillim. Ka punuar në një firmë private konsulente dhe për Bankën Botërore përpara se të fillojë punë në Zyrën Qendrore të OBSH-së në Gjenevë në vitin 1994. Në fillim është marrë me aspektet ekonomike dhe financimin e spitaleve, ndërsa më pas e ka zgjeruar objektin e punës për politikën globale të financimit të sektorit shëndetësor dhe vlerësimin e reformave. Ka qenë këshilltar i lartë për politikën e zyrës së OBSH-së pranë Ministrisë së Shëndetësisë në Kirgizstan, në 2000-2003. Prej vitit 2003, është këshilltar rajonal i OBSH-së për financimin e sistemeve shëndetësore në Kopenhagen dhe Shef i Zyrës së OBSH-së për Fuqizimin e Sistemeve Shëndetësore në Barcelonë. Ka shkruar artikuj dhe kapituj të shumtë për financimin e shëndetësisë në Evropë si edhe në vendet me të ardhura të pakta dhe të mesme.

Dorjan Marušič, mjek i specializuar për mjekësinë e brendshme, me kualifikim shtesë për administrimin e përgjithshëm dhe atë shëndetësor. Në 2000-2007, Sekretar Shteti pranë Ministrisë së Shëndetësisë të Republikës së Sllovenisë, ku ka drejtuar Projektin e Administrimit të Sektorit të Shëndetësisë, përfshirë reformat e financimit, administrimit shëndetësor, udhëzuesve klinikë dhe sistemit informatik shëndetësor. Aktualisht, është këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm të Institutit Slloven të Sigurimeve Shëndetësore, përgjegjës për vënien në zbatim, analizimin dhe monitorimin e treguesve të cilësisë dhe monitorimin e metodave të pagesës të mbështetura në performancë, ATSH dhe bashkëpunimin ndërkombëtar.

Christian Pfleiderer, MD, ka diplomë edhe në fushën e shkencave ekonomike shëndetësore dhe spitalore. Është trajnuar si mjek pranë Spitalit Universitar të Majncit, dhe më pas për administrim spitalor pranë “Fresenius AG” për dy vjet. Ka përvojë specifike për financimin e shëndetësisë dhe skemat e sigurimeve shoqërore-shëndetësore, ku ka punuar për më shumë se katër vjet pranë “AOK-Bundesverband”, organizata ombrellë e sigurimeve shëndetësore publike në Gjermani. Ka qenë disa herë ekspert afatshkurtër në projekte të bashkëpunimit për zhvillim (pranë GTZ-së dhe KfW-së). Prej vitit 2009, është këshilltar për futjen dhe zhvillimin e sistemeve të mbrojtjes sociale, pranë Bashkëpunimit Teknik Gjerman (GTZ).

Gentiana Qirjako, mjeke, ka diplomë “Master” për shëndetin publik, më pas diplomë doktorature nga Fakulteti i Mjekësisë të Universitetit të Tiranës. Gjatë 2005-2007 ka qenë studiuese pranë Institutit të Shëndetit Publik në Tiranë. Aktualisht, punon si lektore e brendshme e lëndës së Promovimit të Shëndetit pranë Departamentit të Shëndetit Publik të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, ku është shefe e kësaj lënde.

Hartmut Reiners, ka diplomë universitare për shkencat ekonomike shëndetësore nga Universiteti i Lirë në Berlin. 1973-1977 lektor dhe bashkëstudiues në Universitetin e Lirë në Berlin dhe Universitetin e Bremenit. 1978-1984 punonjës i një shoqërie private kërkuese dhe konsulente në Dortmund, 1985-1988 bashkëstudiues pranë Institutit Kërkimor të Shoqatës Federale të Fondeve Lokale të Sëmundshmërisë Lokale - WIdO në Bon. Korrik 1987-mars 1990 anëtar i Komisionit Hetimor të Parlamentit Federal Gjerman (Bundestag) “Për Reformën e Fondit të Sigurimeve Shëndetësore”. 1988-1992 shef i sektorit të politikave shëndetësore pranë Ministrisë së Punës, Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në Uestfalinë e Rinit Verior, dhe 1993 - 2009 pranë Ministrisë së Punës, Mbrojtjes Sociale, Shëndetësisë dhe Familjes të landit të Brandenburgut.

Enver Roshi, mjek, ka diplomë “Master” për shëndetin publik nga Universiteti Hebre i Jeruzalemit, më pas diplomë doktorature nga Fakulteti i Mjekësisë të Universitetit të Tiranës. 2003-2008 ka qenë Shef i Departamentit të Shëndetit Publik pranë këtij fakulteti. Aktualisht, punon si lektor i brendshëm i epidemiologjisë pranë Departamentit të Shëndetit të Publik në Universitetin e Tiranë dhe si lektor i jashtëm në Universitetin Jugor të Xhorxhias.

Naun Sinani, është mjek i diplomuar në Universitetin e Tiranës. Ka certifikatë për administrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor. Ka punuar si drejtues ekipi i Sektorit të Shëndetit Parësor (2007-2009) pranë Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe aktualisht është Zëvendësdrejtor i Përgjithshëm i këtij Instituti.

Michael Stahl, specialist për sigurimet shëndetësore nga sistemi AOK gjerman, ka diplomë universitare për administrimin e sigurimeve shëndetësore (1997) dhe licencë trajnuesi (1998). Bashkëthemelues i një ekipi për shitjet

dhe marketingun pranë AOK-së, më pas drejtues ekipi përgjegjës për administrimin e një Dege të AOK-së. Aktualisht është konsulent informatike pranë një projekti kombëtar në Gjermani dhe konsulent ndërkombëtare për sigurimet shëndetësore me fokus në analizën e proceseve, zhvillimin organizativ, marketingun dhe informatikën, kryesisht për vendet evropiane dhe aziatike.

Ervin Toci, mjek, ka diplomë “Master” për shëndetin publik nga Universiteti Hebre i Jeruzalemit. Aktualisht, punon si specialist i shëndetit publik dhe studiues pranë Institutit të Shëndetit Publik në Tiranë. Gjithashtu, është lektor i jashtëm i etikës në shëndetin publik pranë Departamentit të Shëndetit në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranë.

Sonila Tomini diplomuar për administrim biznesi, një diplomë “Master” për studime ekonomike evropiane, një diplomë “Master” për politikë publike dhe zhvillimin njerëzor, krahas kualifikimeve të tjera pasuniversitare. Fushat e ekspertizës përfshijnë shkencat ekonomike shëndetësore, analiza e sistemeve shëndetësore, analiza e politikave publike dhe financimi i mbrojtjes sociale. Aktualisht, ndjek studimet e doktoraturës pranë Shkollës Pasuniversitare të Mastroitit për Qeverisjen (Universiteti i Mastroitit), me temë “Analiza e pagesave joformale shëndetësore në vendet ish-socialiste”, me fokus në dukurinë e pagesave joformale dhe rrjedhojat që kanë këto pagesa për politikë.

Abdo Yazbeck është doktor i shkencave ekonomike me fokus në çështjet e shëndetësisë dhe të punës, me mbi 20 vjet përvojë në fushat e politikës shëndetësore dhe zhvillimit ekonomik. Ish-lektor i ekonomisë për pesë vjet në Universitetin A&M të Teksasit dhe Universitetin e Rajsit, tre vjet ekonomist i lartë për çështjet shëndetësore në sektorin privat me fokus në punën kërkimore të politikave shëndetësore dhe asistencën teknike. Aktualisht, Menaxher i Sektorit të Shëndetësisë për Departamentin e Evropës dhe Azisë Qendrore të Bankës Botërore. Ka përvojë të gjerë pune që mbulon Afrikën, Azinë, Evropën dhe Lindjen e Mesme. Autor i disa librave, kohët e fundit i librit “Pabarazia në Sektorin Shëndetësor”.

Për lexime të mëtejshme

Arrow, Kenneth (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev* 53 (5), PP- 941-973

(<http://links.jstor.org/sici?sici=0002-8282%28196312%2953%3A5%3C941%3AUA-TWEO%3E2.0.CO%3B2-C>).

Behrendt, Christina; Hagemeyer, Krzysztof (2009). Can Low-Income Countries Afford Basic Social Security? Promoting Pro-Poor Growth: Social Protection, OECD, Paris (<http://www.oecd.org/dataoecd/26/20/43280726.pdf>).

Busse, Riesberg (2004). Health Care Systems in Transition - Germany. *HiT* 6 (9), European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Euro, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/Document/E85472.pdf>)

Commission of the European Community (CEC) (2004). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM(2004) 304 final. EU Commission, Brussels, 20.4.2004 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0304:FIN:EN:PDF>).

Commission of the European Communities (2007a). Commission Staff Working Document. Joint Report on Social Protection and Social Inclusion. Supporting Document. EU-Commission, Brussels (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/joint_report/sec_2007_329_en.pdf).

Commission of the European Communities (2007b). Commission Staff Working Document. Joint Report on Social Protection and Social Inclusion. Country Profiles. EU-Commission, Brussels (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/joint_report/country_profiles_en.pdf).

Eikemo, Andreas; Bambra, Clare (2008). The welfare state: a glossary for public health. *J Epidemiol Comm Health* 62 (1), pp. 3-6 (<http://jech.bmj.com/cgi/reprint/62/1/3>).

European Union (EU) (2006a). Consolidated Versions of the Treaty on European Community Union and of the Treaty

Establishing the European Community. Official Journal of the European Union, C 321 E/1, 29.12.2006, Brussels (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:321E:0001:0331:EN:PDF>).

European Union (EU) (2006b). Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. Official Journal of the European Union, C 146/01 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>).

Garret, Laurie; Chowdhury, A.; Pablos-Méndez, Ariel (2009). All for universal health coverage. *Lancet* 374 (9697), pp. 1294-1299 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61503-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61503-8/fulltext)).

Glied, Sherry (2009). Covering the Uninsured as a Quality Improvement Strategy. *H Serv Res* 44 (2, Part I), pp. 323-326 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122260070/PDFSTART>).

Hotchkiss, David-Richards; Hutchinson, Paul-Lawrence; Malaj, Altin; Berruti, Andrés-Alejandro (2005). Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: Evidence from three districts. *Health Pol* 75 (1), pp. 18-39.

Kutzin, Joseph; Ibraimova, Ainura; Jakab, Melitta; O'Dougherty, S (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ* 2009; 87 (7), pp. 549-54 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/07-049544.pdf>).

Lewis, Maureen (2002). Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. Mossialos, Dixon, Figueras et al., pp. 184-205 (<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).

McKee, Martin; Nolte, Ellen (2004). Lessons from health during the transition from communism. *BMJ* 329 (7480), S.

1428-1429

(<http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/329/7480/1428>).

Normand, Charles; Weber, Axel (2009). Social Health Insurance. A guidebook for planning. ADB, GTZ, ILO, WHO. VAS, Frankfurt.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2009). OECD Health Data 2009. OECD, Paris. Accessed on Oct. 28, 2009 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx>).

Saltman, Richard; Busse, Reinhard; Figueras, Josep (eds) (2004). Social health insurance systems in western Europe. Maidenhead (Open University Press) [esp. Part 1] (<http://www.euro.who.int/document/e84968.pdf>).

Savedoff, William (2007). What Should A Country Spend On Health Care? Health Aff 26 (4), S. 962-970 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/26/4/962>).

Savedoff, William; Gottret, Pablo (eds.) (2008). Governing Mandatory Health Insurance. Learning from Experience. World Bank, Washington DC.

Thomson, Sarah; Foubister, Thomas; Mosialos, Elias (2009). Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. Observatory Studies No. 17, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Euro, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/E92469.pdf>).

United Nations Development Program (2009). Human Development Report 2009.

UNDP, Washington DC

(http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf).

van der Zee, Jouke; Kroneman, Madelon (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Serv Res 7:94, doi:10.1186/1472-6963-7-94 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-94.pdf>).

Wagstaff, Adam (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems - Evidence from the OECD. Policy Research Working Paper 4821, Development Research Group, World Bank, Washington DC (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2009/01/21/000158349_2009121101737/Rendered/PDF/WPS4821.pdf).

World Health Organization (WHO) (2009). National Health Accounts. Albania. WHO, Geneva (<http://www.who.int/nha/country/alb/en/>).

World Health Organization (2009). World Health Statistics 2009. WHO, Geneva (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf).

Yazbeck, Abdo (2009). Attacking Inequality in Health. A Synthesis of Evidence and Tools. World Bank, Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/YazbeckAttackingInequality.pdf>).

Programi i Konferencës



Konferencë mbi Mbrotjtjen Socialo-shëndetësore në Shqipëri: Sfidat dhe Mundësitë

28-29 shtator 2009
Hotel Tirana International, Salla Balsha, Tiranë, Shqipëri

Historiku i projektit

Krijimi i një sistemi shëndetësor funksional dhe të qëndrueshëm nga pikëpamja financiare ende paraqet sfida tejet të mëdha për vendin dhe mund të arrihet vetëm me një përkushtim të lartë nga ana e qeverisë dhe me ndihmën e partnerëve ndërkombëtarë. Në kuadrin e reformimit të sistemit shëndetësor, një rol i rëndësishëm i është dhënë Insitutit shqiptar të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH). Megjithatë, ISKSH-ja ka nevojë për mbështetje për realizimin e këtij roli.

Qysh nga janari i vitit 2008, në kuadrin e projektit të GTZ-së “Konsulencë për Politikën Shëndetësore”, Republika Federale e Gjermanisë mbështet përpjekjet për reforma të qeverisë shqiptare. Qëllimi i këtij projekti është përmirësimi i themeleve institucionale të ISKSH-së duke kontribuar në kthimin e ISKSH-së në një organ publik me vetëadministrim, duke ofruar qasje për përmirësimin e transparencës dhe monitorimit publik, si edhe duke mprehur profiling e ISKSH-së si instrument lobimi për individët e siguruar. Projekti ka në bosht katër tregues kryesorë: përpilimin e statuteve për organizimin e ISKSH-së, rishikimin dhe përmirësimin e strukturës organizative dhe politikave të burimeve njerëzore të ISKSH-së, krijimin e një strukture për trainimin dhe zhvillimin e kuadrit dhe analizën e kushteve për zgjerimin e mbulesës nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Koncepti sipas të cilit zhvillohet konferenca

Duke qenë se ky projekt përfundon në muajin dhjetor të këtij viti, do të dëshironim të diskutonim dhe shkëmbejmë mendime bashkërisht në lidhje me rezultatet e arritura dhe me sfidat që mbeten ende pa u realizuar. Për më tepër, konferenca ka për qëllim ofrimin e impulseve të reja dhe inputeve për ta çuar më tej procesin e reformës në sektorin e shëndetësisë në vend, reformë kjo që do të ndërmerret nga qeveria e re e sapo krijuar.

Gjatë ditës së parë do të përqëndrohemi tek zhvillimet institucionale të ISKSH-së, ndërsa gjatë ditës së dytë do të ofrohen inpute në lidhje me temat e financimit të shëndetësisë dhe mbulesës universale nga skema.

Dita I-rë – 28 shtator 2009		
8.30 – 9.00	Mbërritja dhe regjistrimi	
9.00 – 9.30	Fjala e hapjes: z. Petrit Vasili, Ministër i Shëndetësisë z. Bernd Borchardt, Ambasador i Republikës Federale të Gjermanisë znj. Elvana Hana, Drejtoreshë e Përgjithshme e ISKSH z. Wiebke Ottenbreit, Manaxhere e projektit të GTZ	z. Mihallaq Qirjo (Moderator)
9.30 – 9.40	Njohja me prezantimet	Moderatori
9.40 – 9.55	Prezantimi i projekt-idesë, koncepteve dhe përkufizimeve	Znj Wiebke Ottenbreit
9.55 – 10.25	Përmirësimi i shërbimeve shëndetësore përmes skemës së sigurimeve shëndetësore	Znj. Elvana Hana
10.25 – 10.50	Opcione dhe sfida për kuadrin e ardhshëm rregullues të ISKSH-së	z. Holger Thies (CIM, këshilltar i Drejtoreshës së Përgjithshme të ISKSH)
10.50 – 11.20	Pyetje dhe Përgjigje	Moderatori
11.20 – 11.40	Pushim për kafe	
11.40 – 12.05	Mësimet e nxjerra dhe perspektiva për përmirësimin e strukturës organizative dhe menaxhimit të burimeve njerëzore të ISKSH-së	Znj. Ermira Verli (Drejtoreshë e Departamentit të Burimeve Njerëzore)
12.05 – 12.30	Si të strukturojmë një fond të sigurimeve shëndetësore përgjatë proceseve me qëllim sigurimin e efikasitetit dhe cilësisë së tij	z. Michael Stahl (AOK Fondi Gjerman i Sigurimeve)
12.30 – 13.00	Pyetje dhe Përgjigje	Moderatori
13.00 – 14.00	Dreka	
14.00 – 14.05	Njohja me prezantimet e tjera	Moderatori
14.05 – 14.30	Zhvillimi institucional I Fondit Slloven të Sigurimeve Shëndetësore – Arritjet dhe Përvoja	z. Dorjan Marusic, (këshilltar pranë Drejtorit të Përgjithshëm të Institutit Slloven të Sigurimeve Shëndetësore)
14.30 – 14.55	Zbatimi i sistemit DRG: Parakushtet dhe sfidat	z. Christian Pfeleiderer (zyrat qendrore të GTZ)
14.55 – 15.25	Pushim për kafe	

15.25 – 17.00	<p>Diskutim paneli: Sfidat e ISKSH-së në lidhje me zhvillimin e vet institucional – Cili duhet të jetë roli i ISKSH-së? Cilat duhet të jenë objektivat e tij?</p> <p>Panelistë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • z Arben Ivanaj, Zëvendës Ministër i Shëndetësisë • znj. Elvana Hana, Drejtoreshë e Përgjithshme e ISKSH • z Holger Thies, CIM, Këshilltar pranë Drejtoreshës së Përgjithshme të ISKSH • z. Joseph Kutzin, Shef i zyrës së Barcelonës për Forcimin e Sistemeve Shëndetësore në Organizatën Botërore të Shëndetësisë, zyra rajonale e Evropës • znj. Zhaneta Shatri, shefe e ekipit të shëndetësisë, USAID/Albania • z. Dorjan Marusic, konsulent i Drejtorit të Përgjithshëm të Sigurimeve Shëndetësore në Slloveni 	Moderatori
17.00 – 17.10	Mbyllja e ditës së punës dhe komente	Moderatori

Dita II-të – 29 shtator 2009		
8.30 – 9.00	Regjistrimi i pjesëmarrësëve	
9.00 – 9.20	Hapja dhe komente në lidhje me ditën e parë të punimeve të konferencës Znj. Elvana Hana Znj. Wiebke Ottenbreit	Moderatore
9.20 – 09.50	Folësi kryesor: Përfshirja sociale dhe mbulesa universale – Mësime të nxjerra nga reformat e financimit të shëndetësisë në vendet në tranzicion në Evropë	z. Joseph Kutzin (zyra rajonale e OBSH-së për Evropën)
9.50 – 10.20	Financimi i shëndetësisë në Shqipëri – Probleme dhe Rekomandime	z. Abdo Yazbeck (Banka Botërore)
10.20 – 10.50	Pyetje dhe Përgjigje	Moderatorët
10.50 – 11.20	Pushim për kafe	
11.20 – 11.50	Prezantim i rezultateve të një studimi mbi arsyet për mospjesëmarrjen në skemën e sigurimeve shëndetësore shqiptare	z. Enver Roshi (shkolla e shëndetit publik, Universiteti I Tiranës)
11.50 – 12.15	Pyetje dhe Përgjigje	



Photos during the two days conference.



Photo by: Paul Cohn

12.15 – 12.40	Faktorët përcaktues të pagesave informale në kujdesin shëndetësor: rasti i Shqipërisë	Znj. Sonila Tomini (PhD nga Universiteti i Mاستrihtit)
12.40 – 13.00	Pyetje dhe Përgjigjie	Moderatorët
13.00 – 14.00	Dreka	
14.00 – 14.05	Njohja me prezantimet e rradhës	Moderatorët
14.05 – 14.30	Strategjitë për sigurimin e mbulesës universale në mbrojtjen shëndetësore dhe ilustrime	z. Christian Pfleiderer (GTZ HQ)
14.30 – 14.55	Kërkesat për kujdes shëndetësor në BE	z. Hartmut Reiners (deri kohët e fundit ka punuar në Ministrinë e Punës, Cështjeve Sociale, Shëndetësisë dhe Grave, në shtetin federal të Brandenburgut)
14.55 – 15.15	Pyetje dhe përgjigjie	Moderatorët
15.15 – 15.30	Pushim për kafe	
15.30 – 17.00	<p>Diskutim në panel: Rekomandime për politikat me qëllim bërjen funksionale të mbrojtjes sociale të shëndetit në Shqipëri</p> <p>Panelistët:</p> <ul style="list-style-type: none"> • znj. Elvana Hana, Drejtoreshë e Përgjithshme e ISKSH-së • z. Saimir Kadiu, Drejtor, Drejtoria e Planifikimit Financiar, Ministria e Shëndetësisë • z. Joseph Kutzin, Shef i zyrës së Barcelonës për Forcimin e Sistemeve Shëndetësore në Organizatën Botërore të Shëndetësisë, zyra rajonale e Evropës • znj. Mariana Bukli, personi përgjegjës për projektet e shëndetësisë, UNICEF/Tirana • znj. Cheryl Cashin, konsulente, Monitorimi dhe Vlerësimi, Projekti i Bankës Botërore për Modernizimin e Sistemit Shëndetësor • z. Jens Holst, konsulent i projektit të GTZ-së për Konsulencën për Politikat Shëndetësore 	Moderator
17.00 – 17.10	Komente përmbyllëse	Znj. Elvana Hana
	Pritje koktejl	

Pjesëmarrësit

Emri	Mbiemri	Institucioni	Pozicioni
Dine	Abazaj	Urdhëri i Mjekëve, Shqipëri	Këshilli Administrativ i ISKSH
Albana	Adhami	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Shefi i Sektorit të Monitorimit
Anshu	Banerjee	Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBT), Tiranë	Shef Misioni
Gazmend	Bejtja	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	Drejtori i Shëndetit Publik
Mimoza	Bima	Urdhëri i Infermierëve, Shqipëri	Sekretar i Përgjithshëm
Miranda	Bleta	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	
Besnik	Bruçi	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Drejtori i Cmimit/ Rimbursimit
Mariana	Bukli	UNICEF, Tiranë	Drejtues për Shëndetësinë
Bajram	Caka	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Drejtori i Departamentit të Ekonomisë
Alfred	Çareri	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm
Cheryl	Cashin	Banka Botërore	Konsulent
Erol	Como	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	Drejtor i Kujdesit të Shëndetit Primar
Eriona	Minka-Cullhaj	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Kordinatore Projekti
Sidita	Dibra	Fakulteti Ekonomik, Universiteti i Tiranës	
Margarit	Ekonomi	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Këshilltari i IT i Drejtorit të Përgjithshëm
Eliane	Furrer	Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBT), Tiranë	Politikat për Shëndetësinë dhe Financimi i Sistemeve Shëndetësore
Xhadi	Gjana	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Departamenti i Drejtorive të Mjekëve
Dhurata	Gorica	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Departamenti Ekonomik

Andreas	Gude	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Menaxher për Shqipërinë
Elvana	Hana	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Drejtor i Përgjithshëm
Aleksander	Haxhi	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Shef i Sektorit për Politikat e Zhvillimit dhe Menaxhimin e Spitaleve
Flora	Hobdari	USAID/Shqipëri, Pro Shëndeti	Specialist për Financimin Shëndetësor
Jens	Holst	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Konsulent
Leonora	Horanlein	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Shef i Departamentit të Buxhetit
Arben	Ivanaj	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri (më parë)	Zv./Ministër i Shëndetësisë (mëparshëm)
Arjan	Jaupllari	Urdhëri i Farmacistëve, Shqipëri	Këshilli Administrativ i Institutit të Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)
Saimir	Kadiu	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	Drejtor i Planifikimit Financiar
Esmeralda	Kadriu	Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës	Shkolla e Shëndetit Publik
Fedor	Kallajxhi	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	Drejtor i Departamentit të Spitaleve
Isuf	Kalo	Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve të Shëndetësisë, Shqipëri	Drejtor
Stela	Karaj	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Praktikante
Blerina	Kazaferi	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	
Mirella	Kellezi	Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBT), Tiranë	
Pjerin	Kodrocaj	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	
Gazmend	Koduzi	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Drejtori i Drejtorisë së Mjekëve
Etjola	Kola	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Përgjegjës i Marrdhënieve me Publikun

Lorena	Kostallari	Banka Botërore, Tiranë	Përgjegjës i Operimeve, Sektori i Burimeve Njerëzore
Shaqir	Krasta	Urdhëri i Mjekëve, Shqipëri	
Ariana	Kruja	Ministria e Financave, Shqipëri	Analist për Buxhetin
Joseph	Kutzin	Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBT), Tiranë	Shefi i Zyrës së Barcelonës për Forcimin e Sistemit Shëndetësor
Susanne	Lein	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Eksperte
Gjon	Lleshaj	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Drejtor i Auditit
Laureta	Mano	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Specialist i Departamentit Ligjor
Minella	Mano	Federata e Sindikatës së Shëndetësisë së Shqipërisë (FSSHSH)	Këshilli Administrativ I Institutit të Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)
Dorjan	Marusic	Fondi i Sigurimit Shëndetësor Slloven	Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm
Fjoralba	Memia	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Shefi i Departamentit Ligjor
Vasil	Miho	Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBT), Tiranë	Përgjegjës Ndërlidhës
Silvana	Novi	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	Departamenti i Spitaleve
Kastriot	Orizaj	Dega Rajonale e ISKSH (DRSKSH)	Drejtori i DRSKSH, Tiranë
Wiebke	Ottenbreit	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Menaxhere Projekti
Elizana	Petrela	Instituti i Shëndetit Publik, Shqipëri	
Christian	Pfleiderer	Bashkëpunimi Teknik Gjerman (GTZ)	Përgjegjës për Planifikimin, Sektori i Mbrojtjes Sociale
Rustem	Prenika	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Shefi i Sektorit të Spitaleve
Arjan	Qaku	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	
Gentiana	Qirjaku	Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës	Shkolla e Shëndetit Publik
Anisa	Ramaliu	Kolegji Turk, Shqipëri	Fizikant

Hartmut	Reiners	Së fundmi funksionar në Ministrinë e Punës, Ndihmës Sociale, Shëndetësisë dhe Familjes të Landit të Brandenburgut	Drejtor i Seksionit për Politikat Shëndetësore
Enver	Roshi	Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës	Shkolla e Shëndetit Publik
Zhaneta	Shatri	USAID/Shqipëri	Drejtor për Shëndetësisë
Naun	Sinani	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Zv/Drejtor i Përgjithshëm i Institutit të Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)
Zamira	Sinomieri	Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBT), Tiranë	Ministër i mëparshëm i Shëndetësisë
Sabri	Skenderi	Urdhëri i Infermierëve, Shqipëri	
Michael	Stahl	Fondi i Sigurimeve Gjerman AOK	Konsulent IT, Sigurimeve Shëndetësor
Mirela	Tabaku	Zyra e Kryeministrit, Shqipëri	Këshilltar për Shëndetësinë
Holger	Thies	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	CIM, Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm i Institutit të Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)
Ervin	Toci	Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës	Shkolla e Shëndetit Publik
Sonila	Tomini	Shkolla e Mاستriktit për Qeverisje, Universiteti i Mاستriktit	Doktorante
Petrit	Vasili	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	Ministër i Shëndetësisë
Ermira	Verli	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Shefi i Departamentit të Burimeve Njerëzore
Abdo	Yazbeck	Banka Botërore	Menaxher i Sektorit të Shëndetësisë
Alban	Ylli	Institut i Shëndetit Publik, Shqipëri	Drejtor
Suela	Zeneli	Instituti i Sigurimeve dhe Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri (ISKSH)	Spektori i Kontributeve
Romeo	Zogai	Ministria e Shëndetësisë, Shqipëri	

