

*Skema e propozuar
e sigurimeve shëndetësore*

Çka nënkupton për qytetarët?!

*Përgatitur nga:
Solidar Suisse - Projekti KoSana*

Dhjetor 2012





MIRËNJOHJE

Solidar Suisse dëshiron të falënderojë SDC-në për mbështetje të projektit KoSana dhe këtij studimi.

Ky punim nuk do të ishte kështu si është pa kontributin e vlefshëm të Visar Berishës nga Indeks Kosova, Edmond Muhaxherit nga Universiteti Amerikan i Kosovës dhe Margaret Macaulay nga Tuck School of Business, sepse këta të tre punuan gjatë zhvillimit të verzoneve të para të pyetësorit që është përdorur për anketën e gjerë në vend.

Analiza statistikore e të dhënave të anketimit është meritë dhe kontributi tejet i vlefshëm i Edmond Muhaxherit. Besueshmëria e analizës nuk do të mbërrinte shkallën ekzistuese, pa ekspertizën e Visar Berishës që e disajtoi strategjinë e mbledhjes së të dhënave dhe strukturën e mostrës. Mbledhja e të dhënave me standarde të larta dhe profesionale është kryer nga Indeks Kosova dhe ekipi i tyre. Ne i falënderojmë për punën e zellshme të kryer në terren, për futjen e të dhënave dhe për durimin e treguar gjatë përbushjes së kërkesave tona.

Ne nuk do të kishim ditur më shumë për preferencat e pacientëve dhe qytetarëve, po të mos ishte partneriteti me Fondacionin për Nënat dhe Foshnjat e Shëndosha, Asociacionin Nacional të Diabetit, Qendrën e Resurseve për Studentë dhe Asociacionin Nacional të Fëmijëve me Autizëm. Ne i falënderojmë ata për partneritet në organizimin e takimeve me pacientë, profesionistë dhe qytetarë të interesuar.

Veçanërisht u jemi mirënjohës Mynevere Hoxhës, Memli Morinës dhe Indira Hotit nga Fondacioni për Nënat dhe Foshnjat e Shëndosha, Igballe Malushajt, Luan Golës, Doruntina Zogut dhe anëtarëve tjerë aktivë të Asociacionit Nacional të Diabetit, por edhe Ariana Krasniqit nga Qendra e Resurseve për Studentë, Jeta Devës dhe Mimoza Gashit nga Asociacioni i Nacional i Fëmijëve me Autizëm.

Në fund, por jo sipas rëndësisë, dëshirojmë të falënderojmë partnerin tonë afatgjatë Syri i Vizionit. Posaçërisht, Qenan Bardhajn që na qëndroi afër, sa herë kishim nevojë për ndihmë.

Me respekt,

Syzana Baja

Koordinatorë e Programit

Solidar Suisse Kosovë





TABELA E PËRMBAJTJES

Lista e shkurtesave	9
Përmbledhje ekzekutive	11
1. Hyrje	13
2. Sistemi aktual i kujdesit shëndetësor	14
2.1. Organizimi, financimi dhe problemet.	14
2.2. Perceptimi i qytetarëve rreth gjendjes aktuale	17
3. Përshkrimi i skemës së planifikuar të sigurimit shëndetësor	18
3.1 Qëllimi i sigurimit shëndetësor	18
3.2. Propozimi për sistemin e sigurimit shëndetësor	19
4. Ndikimi i mundshëm në Qytetarë	22
4.1. Përshkrimi i përgjithshëm i ndryshimeve kryesore.	22
4.2. Kush duhet t'i paguajë premiumet dhe bashkëpagesën dhe sa?	23
4.3. Shembuj specifikë të ndikimit	24
5. Opinione dhe perceptimi i skemës së planifikuar të sigurimit shëndetësor	26
5.1. Opinioni i palëve të ndryshme të interesuara.	26
5.2. Opinioni i qytetarëve	26
6. Nevoja për dialog dhe bashkëvendosje me popullin	28
Referencat	30





LISTA E SHKURTESAVE

BB	Banka Botërore
FFE	Fondacioni Friedrich Ebbert
GPP	Gatishmëria për të paguar
FSSHK	Federata e Sindikatave të Shëndetësisë së Kosovës
FSSH	Fondi për Sigurim Shëndetësor
FMN	Fondi Monetar Ndërkombëtar
IKSHP	Instituti Kombëtarë i Shëndetit Publik
IND	Instituti Nacional Demokratik
MSH	Ministria e Shëndetësisë
MEF	Ministria e Financave
MM	Memorandumi i Mirëkuptimit
QKMF	Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare
QKSUK	Qendra Klinike Stomatologjike Universitare e Kosovës
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
QMF	Qendrat e Mjekësisë Familjare
OBSSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OSHC	Organizatrat e shoqërisë civile
SDC	Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim
SISH	Sistemi Informativ Shëndetësor
ZNKEK	Zyra Ndërlidhëse e Komisionit Evropian në Kosovë





PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Kosova nuk i ka pasur të njëjtat rrethana si vendet tjera të rajonit për të siguruar vazhdimësinë e sistemit të sigurimeve shoqërore, pas ndarjes nga Jugosllavia. Për shkak të rrethanave të ndryshme, në Kosovë, një vazhdimësi e tillë ka qenë më e vështirë dhe e panatyrshme. Kosova, jo vetëm që ka kaluar nëpër një luftë shkatërrimtare në vitin 1998 dhe 1999, por ajo ka pasur një periudhë dhjetëvjeçare ku shëndetësia dhe sistemi i edukimit mjekësor ishin të organizuara në një sistem paralel, gjë që shkëputi plotësisht personelin nga rrjedha e sistemit të sigurimit shoqëror që ekzistonte në Jugosllavi. Pas përfundimit të luftës në vitin 1999 dhe rivendosjes së sistemit të kujdesit shëndetësor, fillimisht administrata e OKB-së dhe pas pavarësisë në vitin 2008 edhe Qeveria e Kosovës, i kanë hulumtuar mënyrat alternative për organizimin e sistemit të financimit shëndetësor.

Vonesa e reformës për financimin e sistemit të shëndetësisë është duke e mbajtur një status quo të pafavorshme në sistemin e kujdesit shëndetësor, me një performancë të pakënaqshme

për qytetarët e Kosovës. Ky status është duke u përkeqësuar çdo ditë. Rregullimi aktual i centralizuar i sistemit të shëndetësisë, mosekzistimi i marrëdhënieve kontraktuese në mes të blerësit dhe ofruesit të shërbimeve, një rritje e pakontrolluar e sektorit privat, keqfunksionimi i sektorit publik, dhe fuqia punëtore që është duke u përpjekur të mbijetojë financiarisht në mes të dy sistemeve (privat dhe publik) janë duke çuar në një situatë të pakëndshme për qytetarët si hallka e fundit e shfrytëzimit të shërbimeve nga sistemi i kujdesit shëndetësor.

Në vitin 2011, Ministria e Shëndetësisë ka marrë iniciativën për ta çuar përpara reformën për financimin shëndetësor duke prezantuar një skemë të sigurimit shëndetësor. Kjo ka qenë përpjekja më serioze deri më tani. Ata e propozuan një skemë që do t'i mblidhte fondet nga Qeveria dhe qytetarët. Fondet do të menaxheshin nga një autoritet qendror i pavarur prej Ministrisë së Shëndetësisë. Ato do të siguronin pakon themelore të kujdesit shëndetësor për të gjithë qytetarët e Kosovës.

Rreth skemës së propozuar të sig-

urimit shëndetësor, palët e interesuara kanë shfaqur qëndrime të ndryshme. Janë dy subjekte kryesore që kanë pasur një qëndrim të artikuluar publik përballë skemës së propozuar të sigurimit shëndetësor. Njëra është Federata e Sindikatave të Shëndetësisë dhe tjetra është Lëvizja Vetëvendosje. Të dyja janë në favor të sistemit të sigurimit shëndetësor social. Ky është një sistem ku paguan edhe punëdhënësi edhe punëmarrësi dhe pagesa ndalet nga shuma totale e pagës. Subjektet tjera politike, përfaqësuesit e shoqërisë civile dhe individë tjerë të rëndësishëm nuk kanë pasur qëndrime të qarta edhe pse kanë qenë të pranishëm në media dhe ndonjëherë e kanë kundërshtuar ose mbështetur nismën për ligjin e ri të sigurimeve shëndetësore. Qytetarët nga ana tjetër përkrahin skemën e sigurimit shëndetësor duke besuar se ajo do t'u përmirësojë kujdesin dhe t'i lirojë nga barra financiare në rast të sëmundjes. Por në përgjithësi publiku nuk ka qenë i informuar mirë në lidhje me planet e Qeverisë për sigurimin shëndetësor.

Kjo punë hulumtuese është motivuar nga mungesa e përfshirjes së

qytetarëve në diskutime në lidhje me skemën e sigurimit shëndetësor në Kosovë. Programi i Solidar Suisse në Kosovë ka vendosur të kryejë këtë studim i cili e bën rishikimin e skemës së propozuar të sigurimit shëndetësor, duke u përpjekur të përshkruajë dhe analizojë bashkëveprimin potencial me qytetarët dhe pacientët. Ky studim i ka dy objektiva. Së pari, synon të sqarojë efektet e skemës së re të sigurimit shëndetësor të qytetarët e Kosovës, që do të thotë, t'u përgjigjet pyetjeve kryesore sa u përket efekteve të kësaj skeme në grupet e ndryshme të pacientëve dhe qytetarëve. Së dyti, dokumenti paraqet fakte mbi gatishmërinë e popullatës së Kosovës për të paguar sigurimin e obligueshëm shëndetësor si dhe preferencën e qytetarëve për sigurime shëndetësore.

Studimi zbulon se zbatimi i skemës së propozuar të sigurimit shëndetësor do të ndikojë në grupe të ndryshme të popullatës. Efektet do të ndërliken me ndikimin e mekanizmave financiarë dhe përfitues të skemës së sigurimit shëndetësor. Pakoja themelore e kujdesit shëndetësor, bashkëpagesat për shërbime dhe pagesa e premiumeve, do të ndikojnë në gjendjen financiare të familjeve dhe përfitimet që qytetarët do t'i marrin nga sistemi shëndetësor në vend. Menaxhimi dhe administrimi i sistemit shëndetësor do të ndryshohet, dhe kjo mund të reflektohet në kualitetin e shërbimeve

shëndetësore. Disa qytetarë do të përballen me pengesa administrative; në veçanti minoritetet; dhe kjo do të shkaktojë probleme për qasjen e tyre në shërbimet shëndetësore.

Anketa me kryefamiljarë në gjithë vendin ka zbuluar fakte shumë interesante. Një përqindje e madhe (më shumë se 90 për qind) e të intervistuarve kanë konfirmuar se janë të gatshëm të paguajnë për sigurimin shëndetësor të anëtarëve të familjes së tyre. Shuma që bien dakord për të paguar ndryshon. Mesatarja maksimale GPP është 3.53 Euro për anëtar të familjes në muaj. Studimi, bazuar në analizat statistikore, ka konfirmuar se kërkesa për sigurim shëndetësor rritet, me rritjen e nivelit të arsimit të kryefamiljarëve dhe me rritjen e madhësisë së ekonomisë familjare. Një pjesë e rëndësishme e analizës ka pasur të bëjë me vullnetin e qytetarëve për ndarjen e kostove të kujdesit. 97.7 për qind e kryefamiljarëve janë të gatshëm për të ndarë koston e shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Niveli mesatar i participimit (ndarjes së koston) është rreth 10 për qind e koston totale për shërbimet. Vetëm 32.3 për qind e qytetarëve kanë dëgjuar për reformën. Besimi për reflektim pozitiv të sigurimit shëndetësor në mirëqenien e qytetarëve është konfirmuar në analizat. Kryefamiljarët parapëlqejnë një skemë të sigurimit publik shëndetësor, ku një subjekt i drejtuar nga publiku (fond)

do të menaxhojë sistemin e sigurimit shëndetësor. Një përqindje e lartë e të anketuarve besojnë se autoritetet mund të zbatojnë një skemë të sigurimit publik shëndetësor.

Për t'u siguruar se nevojat e qytetarëve do të adresohen plotësisht në sistemin e ri të sigurimit shëndetësor, do të jetë i nevojshëm një diskutim i vazhdueshëm mes Qeverisë dhe qytetarëve. Qeveria ka treguar se është e hapur për pjesëmarrje në dialogun me shoqërinë civile rreth kësaj çështjeje. Në të njëjtën kohë ka shumë qytetarë dhe grupe të pacientëve që kanë njëfarë niveli të organizimit, i kuptojnë shumë mirë nevojat e segmenteve specifike të popullatës dhe kanë interes të fuqishëm për përfaqësimin anëtarësisë dhe përbërjes së saj. Kjo siguron një mundësi për një proces pjesëmarrës dhe demokratik që do të informojë vendimet politike për gjatë reformës së kujdesit shëndetësor në vend. Megjithatë, demokracia nuk ndodh vetë. Duhet bërë përpjekje serioze për të ndodhur gjëra pozitive në këtë drejtim.

01

HYRJE

Kjo punë hulumtuese është e motivuar nga mungesa e përfshirjes së qytetarëve në diskutime në lidhje me skemën e sigurimit shëndetësor në Kosovë. Edhe pse janë bërë përpjekje serioze në reformimin e sistemit shëndetësor, me propozimin e ligjit të ri mbi sigurimin shëndetësor, përfshirja dhe komunikimi me qytetarët ka qenë i kufizuar. Para këtij studimi, një numër i studimeve dhe analizave janë përpjekur t'i zbulojnë detajet e situatës dhe të japin propozime dhe sugjerime për implementimin e reformës së sistemit shëndetësor në Kosovë. Tema qendrore e këtyre studimeve dhe raporteve ka qenë modeli i financimit të shëndetësisë dhe detajet sa u përket modeleve të ndryshme. Preferencat e qytetarëve dhe efektet e mundshme të skemave të tilla të sigurimit në qytetarë nuk kanë qenë tema qendrore në këto raporte. Ky është ndoshta dallimi thelbësor dhe një vlerë shtesë e këtij studimi, nëse krahasohet me studimet tjera. Kështu, në bazë të konsultimeve të

vazhdueshme, Solidar Suisse Programi i Kosovës ka vendosur të kryejë këtë studim i cili e bën rishikimin e skemës së propozuar të sigurimit shëndetësor duke u përpjekur të përshkruajë dhe analizojë bashkëveprimin me qytetarët dhe pacientët.

Ky studim ka dy objektiva. Së pari, duhet të sqarohen efektet e skemës së re të sigurimit shëndetësor në qytetarët e Kosovës, që do të thotë, t'u përgjigjet pyetjeve kryesore sa u përket efekteve të kësaj skeme në grupet e ndryshme të pacientëve. Së dyti, dokumenti paraqet fakte mbi gatishmërinë e popullatës së Kosovës për të paguar sigurimin e obligueshëm shëndetësor si dhe preferencën e tyre për sigurim shëndetësor. Ky studim e sjell propozimin më afër qytetarëve dhe grupeve që i përfaqësojnë pacientët. Në të vërtetë, ai i informon ata dhe krijon një bazë për një debat të shëndoshë publik, që do të kontribuojë në përmirësimin e përmbajtjes së ligjit mbi sigurimin shëndetësor dhe implementimin në të ardhmen.

Në pjesën e parë të dokumentit paraqitet një përshkrim i kontekstit dhe rrethanave që i paraprijnë zhvillimeve të fundit në lidhje me sistemin shëndetësor. Në pjesën e dytë lexuesi do të gjejë përshkrimin e skemës së propozuar nga Ministria e Shëndetësisë si dhe sqarimin e thjeshtëzuar të koncepteve dhe strukturës thelbësore të sigurimit shëndetësor. Në pjesën e tretë do të gjeni një analizë të detajuar të skemës së propozuar dhe efektet e mundshme të sistemit të sigurimit shëndetësor te qytetarët në përgjithësi e në veçanti te pacientët. Në këtë pjesë të dokumentit u kushtohet një rëndësi e veçantë efekteve të cilësinë së shërbimit, barrës financiare që bie mbi qytetarët si dhe qasjes së qytetarëve në shërbime. Pjesa e katërt e këtij dokumenti paraqet qëndrimin e subjekteve të ndryshme përballë skemës së propozuar të sigurimit shëndetësor. Ky dokument përfundon duke theksuar nevojën për debat dhe një angazhim të duhur të qytetarëve në procesin e zhvillimit të politikave.

Për t'i adresuar këto objektiva, një pjesë e këtij studimi dhe analize bazohet në: vështrimin kritik të propozimeve të ligjit për sigurimin

shëndetësor; vlerësimin e situatës të bërë gjatë punës me organizatat e shoqërisë civile që i përfaqësojnë pacientët; dhe një anketë të gjerë në

gjithë vendin me kryefamiljarët të një madhësie totale të mostrës prej 1 mijë e 107 të anketuarve.

02

SISTEMI AKTUAL I KUJDESIT SHËNDETËSOR

2.1. Organizimi, financimi dhe problemet

Kosova nuk i ka pasur të njëjtat rrethana si vendet tjera të rajonit gjë që e ka mundësuar vazhdimin e sistemit të sigurimit shoqëror pas ndarjes së Jugosllavisë (p.sh. Maqedonia, Mali i Zi apo Kroacia) (BB 2007, FFE 2009). Për këto vende një vazhdimësi e tillë ishte e natyrshme pasi që ata e kishin trashëguar sistemin jugosllav pa ndonjë ndërprerje në mes të ndryshimeve të sistemit politik. Për shkak të rrethanave të ndryshme, në Kosovë, një vazhdimësi e tillë ka qenë më e

vështirë dhe e panatyrshme. Kosova, jo vetëm që kishte kaluar nëpër një luftë shkatërrimtare në vitin 1998 dhe 1999, por para kësaj ajo e kishte pasur një periudhë dhjetëvjeçare ku shëndetësia dhe sistemi i edukimit mjekësor ishin të organizuara në një sistem paralel, që e shpëtoi tërësisht personelin shëndetësor nga rrjedha e sistemit të sigurimit shoqëror që ekzistonte në Jugosllavi.

Menjëherë pas luftës së vitit 1999 përqendrimi ishte në ndihmën emergjente dhe organizimin themelor të sistemit të kujdesit shëndetësor. Në këtë sistem Ministria e Shëndetësisë i menaxhon fondet e

dedikuara për kujdesin shëndetësor (shih Figurën 2.1.1.). Këto fonde mbledhen nga taksat e pastaj shpërndahen midis ministrive përkatëse. Që nga viti 1999 është bërë shumë në zhvillimin e infrastrukturës, ndihmën teknike dhe trajnimin e punëtorëve shëndetësorë gjë nga e cila ka përfituar sektori i shëndetësisë. Kjo ka kontribuar në përmirësimin e kapaciteteve të resurseve njerëzore, menaxhimin e objekteve të kujdesit shëndetësor dhe kushteve më të mira gjatë ofrimit të shërbimeve.

Shpenzimet e Qeverisë për shëndetësinë janë rreth 3 përqind të GDP-së dhe 8 përqind të shpen-

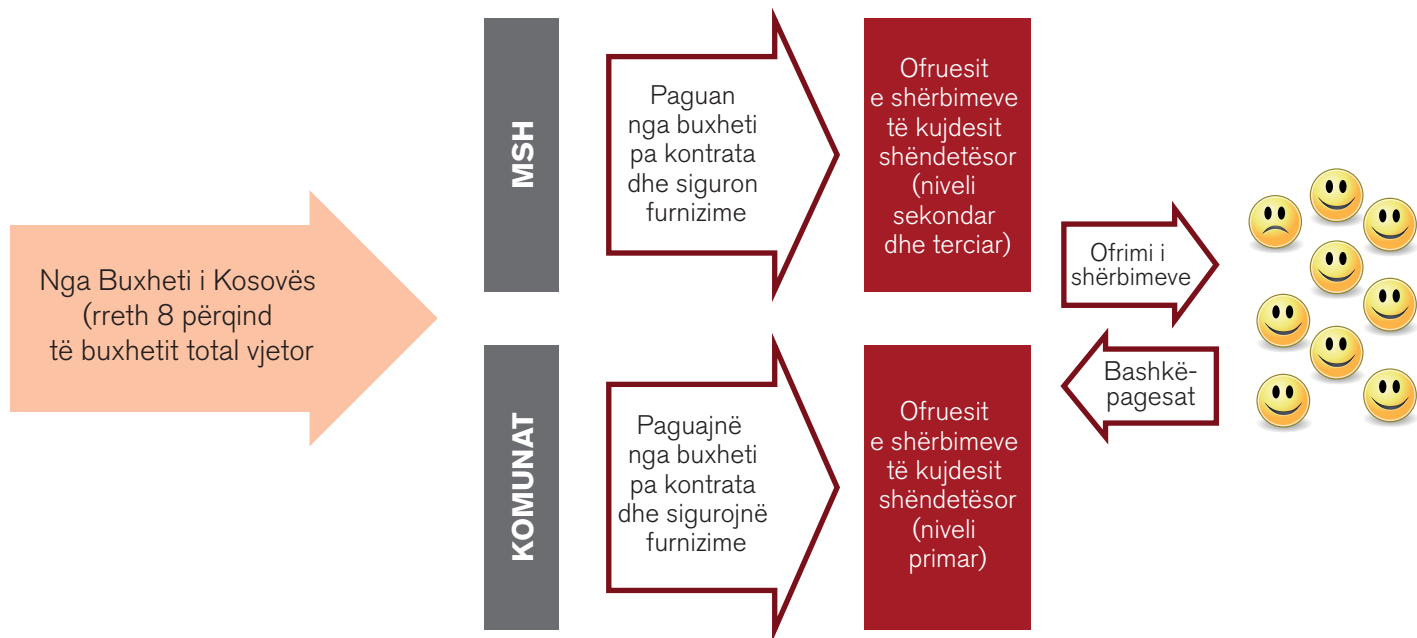


Figura 2.1.1 Sistemi aktual i financimit dhe organizimit të kujdesit shëndetësor

zimeve të përgjithshme qeveritare (FFE 2011). Vetëm gjysma e shpenzimeve totale mbulohet nga pagesat me para të gatshme në pikën e shfrytëzimit të shërbimit (nga pacientët). Në vitin 2004 është vlerësuar se për shëndetin e çdo personi janë shpenzuar të paktën 81 Euro (BB 2008). Sipas anketës me kryefamiljarët shpenzimet mesatare familjare janë 716 Euro në vit. Madhësia e familjes ishte me një mesatare prej gjashtë anëtarëve. Shumica e këtyre shpenzimeve ndodhin si rezultat i shfrytëzimit të shërbimeve në sektorin privat si dhe pagesës së barnave dhe

furnizimeve mjekësore.

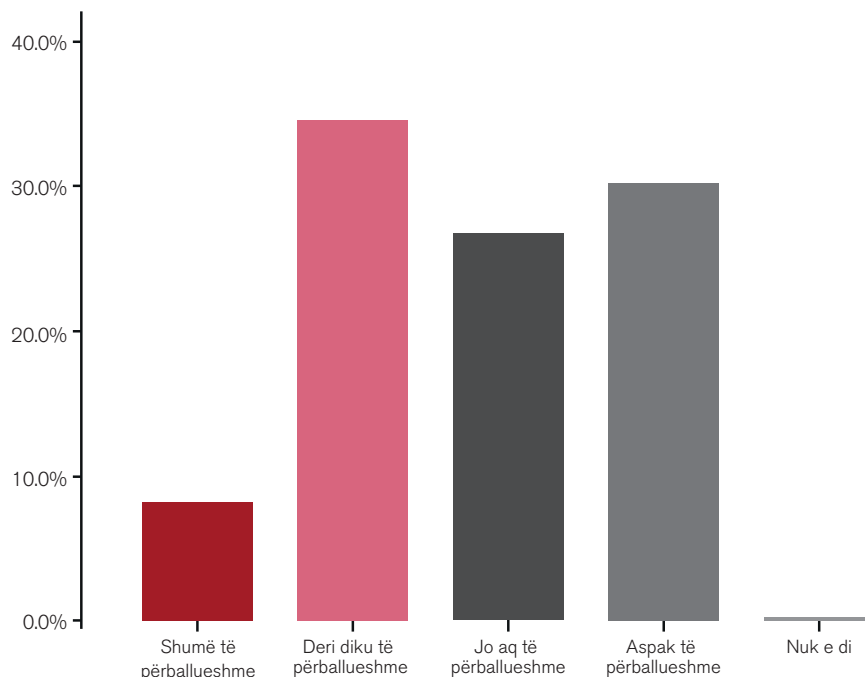
Sistemi i ofrimit të kujdesit shëndetësor në Kosovë është i organizuar në tri nivele: parësor, dytësor dhe tretësor. Sistemi parësor i kujdesit është rrjeti i objekteve të mjekësisë familjare. Kujdesi dytësor përfaqëson spitalet rajonale ku ofrohet kujdes i specializuar. Kujdesi tretësor do të duhej të ofrojë kujdes të nivelit të lartë, diagnostifikim dhe në të njëjtën kohë hulumtim e mësimdhënie në shkencat mjekësore. Brenda nivelit të kujdesit primar ekzistojnë 426 institucione shëndetësore. Prej tyre 29 janë QKMF, 163 janë QMF dhe 234

tjera janë punkte ose ambulanca të mjekësisë familjare (IKSHP 2012). Niveli dytësor i kujdesit përbëhet nga 7 spitale rajonale, ndërsa niveli i kujdesit terciar përfshin QKUK, QK-SUK, Qendrën Kombëtare të Transfuzionit, 6 institucione paraklinike dhe Institutin e Mjekësisë së Punës. Ekziston një total prej 11 mijë e 484 të punësuarve në sektorin e kujdesit shëndetësor. Personel shëndetësor janë 9 mijë e 464 (82.4 përqind) dhe 2 mijë e 20 (17.6 përqind) tjerë janë personel ndihmës joshëndetësor. Nga stafi shëndetësor 2 mijë e 141 (18.6 përqind) janë mjekë, 330 (2.9

përqind) stomatologë, 6 (0.12 përqind) farmacistë, 6 mijë e 877 (59.9 përqind) infermierë, 90 (0.8 përqind) bashkëpunëtorë profesionalë dhe 20 (0.2 përqind) janë fizioterapeutë (IKSHP 2012).

Përkundër përmirësimeve të mëdha të pasluftës, sot situata në sektorin e shëndetësisë karakterizohet me një cilësi të dobët të shërbimeve shëndetësore, mungesë të furnizimit me barna dhe materiale shpenzuese. Në spitalet publike, pacientët shpeshherë shkojnë me materiale shpenzuese në dorë, para se t'u nënshtrohen ndërhyrjeve kirurgjikale. Këto pajisje gjithashtu blihen nga anëtarët e familjes, derisa pacienti është i shtrirë në spital. Në sektorin publik ekziston një staf i dekurajuar për shkak të pagave të ulëta dhe kushteve të dobëta të punës. Gjithashtu ekziston sektori privat që është duke u zhvilluar shumë shpejt por jo në të mirë të pacientëve, të cilët nuk kanë para të gatshme për t'i paguar shërbimet. Numri i pacientëve të tillë në Kosovë është shumë i madh, për shkak të varfërisë së madhe.

Qeveria e Kosovës ka qenë duke kërkuar mënyra alternative për organizimin e sistemit të financimit të shëndetësisë. Ka pasur shumë diskutime publike edhe pas dyerve të mbyllura si dhe tendenca për të mësuar nga përvojat në sigurimin shëndetësor nga vendet tjera (BB



Në përgjithësi, sa janë të përballueshme pagesat për shërbime shëndetësore për ekonominë tuaj familjare?

Figura 2.2.1 Përballueshmëria e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor

2007, FFE 2009, IND 2011). Në dy vitet e kaluara çështja e sigurimit shëndetësor është bërë një temë e rëndësishme në diskutimet e sektorit të shëndetësisë. Kjo temë ka përfshirë në debat përfaqësues nga Qeveria, shoqëria civile dhe mediat. Megjithatë, deri më tani nuk ka pasur rezultate konkrete në nivelin e politikave. Ndoshta përjashtim është aprovimi nga Qeveria dhe Parlamenti i Ligjit për Shëndetësinë i cili përcakton hapin për sistemin e sigurimit shëndetësor dhe aprovimi i Projektligjit për sigurimet shëndetësore.

Vonesa e reformës së financimit të sistemit shëndetësor është duke e mbajtur një statusquo të pafavorshme të sistemit të kujdesit shëndetësor, me një performancë të pakënaqshme për qytetarët e Kosovës. Kjo gjendje është duke u përkeqësuar për çdo ditë, gjithnjë e më shumë. Njëri nga efektet zinxhirore nga kjo situatë është rritja e numrit të pacientëve që kërkojnë ndihmë jashtë vendit. Mes tjerash kjo do të thotë një derdhje e vazhdueshme e fondeve jashtë vendit dhe shfrytëzim i shërbimeve me çmim më të lartë.

2.2. Perceptimi i qytetarëve rreth gjendjes aktuale

Anketa me kryefamiljarët ka zbuluar se shumë njerëz e kanë vështirë t'ia dalin në krye me shpenzimet për kujdesin shëndetësor (Figura 2.2.1). Vetëm 8.2 përqind të anketuarve mendojnë se shpenzimet lidhur me kujdesin shëndetësor janë disi të përballueshme. Shumica e të anketuarve kanë vështirësi kur ballafaqohen me koston e kujdesit. Për 26.7 përqind shpenzimet nuk janë aq të përballueshme dhe për 30.2 përqind ato nuk janë aspak të përballueshme.

Shfrytëzimi i shërbimeve publike të kujdesit shëndetësor është në pikëpyetje. Sipas rezultateve të anketës vetëm 6.9 përqind të anketuarve i shfrytëzojnë shërbimet publike të kujdesit shëndetësor (shih Figura

2.2.2). Vetëm shërbimet publike i shfrytëzojnë pjesërisht 26 përqind e të anketuarve. Shumica, 50 përqind, nuk mbështeten në shërbimet e shëndetit publik. Kjo pjesë e analizës në një mënyrë e vërteton se sektori publik është më pak i suksesshëm se sektori privat i kujdesit shëndetësor, pasi njerëzit mbështeten në të dytin.

Ekzistojnë fakte tjera interesante. Vetëm 3.3 përqind të anketuarve vërtetuan se ata e kanë njëfarë sigurimi shëndetësor. Shumica (88.4 përqind) e popullatës nuk kanë kurrfarë sigurimi privat apo ndërkombëtar. Sipas analizës gatishmëria për ndarjen e shpenzimeve është mjaft e lartë. 50.1 përqind janë të gatshëm të ndajnë dhe 30.3 përqind tjerë janë pjesërisht të gatshëm t'i ndajnë shpenzimet e kujdesit shëndetësor. Gjithashtu ekziston një përqindje e lartë e kryefamiljarëve që konsiderojnë se sigurimi shëndetësor do t'i ru-

ajë ata nga vështirësitë financiare në rast të sëmundjes së rëndë. 65.5 përqind janë të sigurt për këtë, ndërsa 19.1 përqind janë deri diku të sigurt.

Bazuar në rezultate, më shumë se 45 përqind të kryefamiljarëve kanë qenë të siguar në ndonjë kohë në jetë. 82 përqind kanë pasur sigurimin social që ishte në dispozicion në sistemin/shtetin jugosllav. 8 përqind kanë pasur përvojë me sigurimin shëndetësor në vend. 10 përqind kanë pasur sigurim shëndetësor jashtë vendit. Kjo mund të jetë disi pasqyrim i tranzicionit politik dhe social gjatë 30 viteve të kaluara. Ky tranzicion, ndër të tjera, ka qenë i karakterizuar me ndryshimet në organizimin e sistemit të kujdesit shëndetësor dhe lëvizjet e mëdha të popullatës brenda dhe jashtë vendit. Kjo është reflektuar në shfrytëzimin e sistemit shëndetësor dhe përvojën e qytetarëve.

	E saktë		Pjesërisht e saktë		Pjesër. e pasaktë		E pasaktë		Nuk e dinë	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Familjet që i shfrytëzojnë shërbimet publike pa pagesë.	76	6.9%	288	26.0%	179	16.2%	560	50.6%	4	.4%
Familjet e siguruar.	37	3.3%	56	5.1%	28	2.5%	979	88.4%	7	.6%
Familjet që paguajnë para të gatshme për shërbime shëndetësore.	868	78.4%	102	9.2%	32	2.9%	99	8.9%	6	.5%
Kryefamiljarët që e kuptojnë parimin e solidaritetit në sigurimin shëndetësor	785	70.9%	180	16.3%	38	3.4%	68	6.1%	36	3.3%
Gatishmëria për ndarjen e shpenzimeve për shërbimet e kujdesit shëndetësor – statusi aktual	555	50.1%	335	30.3%	72	6.5%	132	11.9%	13	1.2%
Mendimi se sigurimi do ta ruaj familjen nga vështirësitë financiare në rast të sëmundjes së keqe – gjendja aktuale	726	65.6%	211	19.1%	60	5.4%	95	8.6%	15	1.4%

Figura 2.2.2 Faktet në lidhje me shfrytëzimin e shërbimeve dhe faktorëve tjerë

03

PËRSHKRIMI I SKEMËS SË PLANIFIKUAR TË SIGURIMIT SHËNDETËSOR

3.1 Qëllimi i sigurimit shëndetësorë

Në esencë, një sistem i sigurimit shëndetësor është një sistem financimi i sektorit shëndetësor dhe shërbimeve shëndetësore që duhet t'i plotësojë nevojat shëndetësore të popullatës. Ekzistojnë dy komponentë kryesorë të sistemit të financimit shëndetësor. Së pari, sistemi i sigurimit shëndetësor i përcakton burimet e financimit, i mbledh/akumulon dhe i menaxhon ato. E dyta, fondet e mbledhura përdoren për t'i blerë shërbimet që i plotësojnë nevojat shëndetësore të popullatës. Ky është një sistem që vazhdimisht ka nevojë për përputhjen dhe baraspeshën e nevojave të popullatës, me fondet të cilat janë në dispozicion për blerjen e shërbimeve. Duhet të kemi parasysh faktin se nevojat shëndetësore janë të pakufizuara ndërsa burimet financiare janë gjithmonë të kufizuara. Kjo tregon se një skemë e

sigurimit shëndetësor kurrë s'mund të jetë e përkryer. Pa marrë parasysh se çfarë janë mundësitë financiare, gjithmonë do të ketë kufizime lidhur me atë se çfarë një skemë e sigurimit shëndetësor mund të mbulojë. Kjo vlen për Kosovën e madje edhe për shumicën e vendeve të zhvilluara në botë. Suksesi i sistemit të sigurimit shëndetësor arrihet duke gjetur një baraspeshë sa më të mirë të këtyre dy anëve (nevojave dhe fondeve). Baraspesha e cila i mbulon nevojat më të gjera dhe më të rëndësishme të popullatës, me fondet në dispozicion është një situatë ideale.

Njëra nga "zhurmat" që pengojnë rregullimin e kësaj baraspeshë ideale është ndikimi i konfliktit të interesit që vjen nga pjesëmarrësit e ndryshëm në sistemin e sigurimit shëndetësor. Disa nga palët kyçe janë: qytetarët, grupet e pacientëve dhe shoqëria, profesionistët shëndetësorë dhe organizatat që përfaqësojnë ata, Ministria e Shëndetësisë, Fondi për Sigurimin Shëndetësor, spitalet, etj.

Të gjithë kanë interesa të caktuara. Këto shpesh mund të jenë konkurrenca e madje në konflikt njëra me tjetrën. Për të parandaluar ndikimin negativ mbi baraspeshën ideale të një sistemi shëndetësor, sistemi duhet të rregullojë sjelljet e të gjithë pjesëmarrësve në skemën e sigurimit shëndetësor.

Një sistem i sigurimit shëndetësor duhet të definojë dhe zhvillojë një varg mekanizmesh që e rregullojnë baraspeshën në mes të nevojave dhe fondeve në dispozicion. Mekanizma të tillë do t'i mundësojnë demokracisë (procesin e vendimmarrjes ku marrin pjesë qytetarët dhe palët e interesuara) të rregullojë këtë baraspeshë të interesave. Disa nga këta mekanizma janë: përkufizimi i pakos themelore të kujdesit, çmimorja e shërbimeve, pagesa e premiumit të sigurimit, përcaktimi i ndarjes së kostos për shërbime, kontraktimi i institucioneve dhe kështu me radhë. Pakoja themelore e kujdesit e përcakton listën e kushteve dhe shërbimeve shëndetësore

që mbulohen nga fondet e sigurimit shëndetësor. Çmimorja e shërbimeve e përkufizon çmimin për secilin shërbim të ofruar nga institucionet e kujdesit shëndetësor. Përcaktimi i shumës së premiumit është një proces i rëndësishëm që vendosë se sa para do të mblidhen nga qytetarët, duke përcaktuar në këtë mënyrë se sa të holla do të jenë në dispozicion për blerjen e shërbimeve për qytetarët. Përcaktimi i shumës për ndarjen e shpenzimeve që mund të marrë forma të ndryshme, do të parandalojë shfrytëzimin e tepërt të shërbimeve dhe në këtë mënyrë t'i kursejë fondet për shfrytëzimin më të mirë nga njerëzit që kanë nevoja për shërbime. Ekzistojnë tri forma kryesore për ndarjen e kostos që mund të aplikohen. Ndalesa, që paraqet një shumë që duhet të paguhet me para të gatshme, para se përfitimet nga sigurimi shëndetësor të bëhen aktive. Për shembull në Zvicër qytetarët duhet të paguajnë nga xhepi për shërbimet shëndetësore deri sa nuk mbërrijnë një shumë të caktuar të parave. Kur e arrijnë atë shumë atëherë sistemi i sigurimit shëndetësor fillon të mbulojë pagesën për shërbime shëndetësore. Bëhet fjalë për shumë vjetore që ristartohet çdo vit. Një formë tjetër është edhe bashkëpagesa. Kjo është një shumë paushall që pacienti i siguruar duhet të paguajë për çdo shërbim të shfry-

tëzuar. Mund të bëhet edhe bashkësigurimi, që paraqet një përqindje të shpenzimeve totale për një shërbim që duhet të paguhet nga përfituesi i shërbimeve. Institucionet e kontraktuara nga blerësi i shërbimeve (p.sh. Fondi për Sigurimin Shëndetësor) s'kanë të bëjnë shumë me pacientët dhe qytetarët. Ato më tepër lidhen me rregullimin e sjelljes së ofruesve të shërbimeve (p.sh. spitalet dhe institucionet tjera shëndetësore) për qytetarët/pacientët. Sistemi duhet të u japë shtytje/stimulim dhe sanksione për punën që institucionet bëjnë në ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Mekanizmat e sistemit do ta vënë sistemin në punë, por ato gjithashtu do të kenë një ndikim në xhepat e pacientëve. Me fjalë tjera, pacientët duhet të marrin një pjesë të barrës financiare për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Duhet kohë për t'i përcaktuar dhe për t'i bërë funksionale mekanizmat e sigurimit shëndetësor. Është një proces që kërkon kohë dhe energji. Dikush bile mund të thotë se kurrë nuk përfundon. Mekanizmat gjithmonë duhet të përmirësohen për të rregulluar ndonjë element të ri që kërcënon baraspeshën ideale. Rastet që e ilustronë këtë më së miri janë reformat e zhvillimit të sistemeve të sigurimit shëndetësor në Maqedoni dhe Kroaci. Pas ndarjes me Jugosllavinë, ishte e nevojshme më shumë

se një dekadë të rindërtohet një sistem i sigurimit nga një sistem që veç ekzistonte. Procesi është në vazhdim e sipër. Në vendet si Zelanda e Re, SHBA-të Britania e Madhe ky proces ka zgjatur vite të tëra.

Njëri nga problemet kryesore në hartimin dhe implementimin e sistemit të sigurimit shëndetësor në Kosovë është mungesa e njohurive lidhur me atë se çfarë sistemi mund të sigurojë një baraspeshë ideale dhe si do të duket rregullimi i sjelljeve të pjesëmarrësve. Kjo e ka pamundësuar dhe vonuar progresin e reformës së sistemit shëndetësor të Kosovës. Diskutimet mbi politikën në mes të palëve të interesuara, kanë qenë në nivel të dëshirave për një sistem. Situata ka ndryshuar disi në dy vjetët e kaluara. MSH-ja më në fund ka filluar një proces që i kupton kufizimet financiare, ka përfituar nga asistenca teknike në ndërtimin e një sistemi të sigurimit shëndetësor dhe është në rrugën e drejtë për të hartuar një reformë të duhur të sistemit shëndetësor. Strategjia e MSH-së e ka fituar për herë të parë mbështetjen e Ministrisë së Financave dhe e ka marrë dritën e gjelbër nga BB dhe FMN (institucionet që kanë një ndikim të madh në vendimet e shpenzimeve publike, për shkak të marrëveshjeve mbështetëse të vendit me institucionet në fjalë).



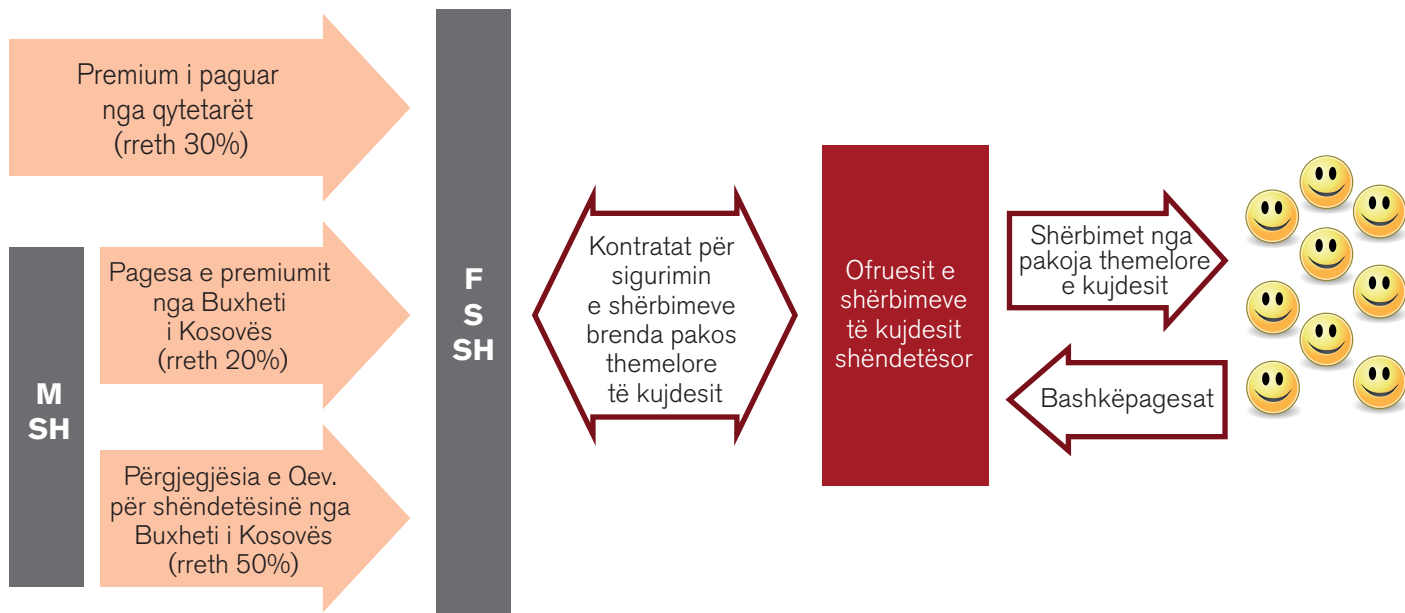


Figura 3.2.1 Struktura e sistemit të planifikuar të sigurimit shëndetësor

3.2. Propozimi për sistemin e sigurimit shëndetësor

Në pajtim me modelin e propozuar të financimit, Qeveria duhet të financojë shumicën e shpenzimeve për shëndetin (shih Figurën 3.2.1). Për të bërë financimin e plotë të skemës qytetarët duhet të paguajnë një premium për veten si dhe për secilin anëtar të familjeve të tyre. Skema është e obligueshme për të gjithë qytetarët, me përjashtim të pensionistëve, të papunëve, invalidëve të luftës, familjeve të viktimave të luftës, dhe njerëzve që jetojnë nën

asistencën sociale. Qeveria duhet të paguajë për të gjitha këto grupe. Skema e sigurimit shëndetësor bazohet në parimin e solidaritetit. Kjo do të thotë, se ju dhe të gjithë njerëzit paguani për ata që janë të sëmurë, dhe se të gjithë njerëzit kujdesen që ju të merrni trajtimin themelor shëndetësor në momentin kur keni nevojë (jeni të sëmurë).

Pagesa e premiumit duhet të mbulojë pakon themelore të shërbimeve që në parim duhet të mbulojnë diagnostifikimin dhe trajtimin e të gjitha sëmundjeve me të cilat përballen popullata e Kosovës. Skema nuk do të mbulojë të gjitha opsionet e

mundshme të trajtimit. Ajo duhet të mbulojë trajtimin themelor. Njerëzit që do të kërkojnë shërbime më të avancuara dhe sigurim, do të jenë në gjendje ta bëjnë atë duke paguar premiume shtesë apo sigurim privat. Pacientët duhet gjithashtu të ndajnë koston e shërbimeve në mënyrë që të reduktohet shfrytëzimi i tepruar. Kjo do të thotë se për një shërbim që e merrni në institucionin e kujdesit shëndetësor i cili mbulohet nga sigurimi, qytetari do të duhet të paguajë një pjesë të vogël të tarifës për shërbim. Skema nuk do të mbulojë kirurgjinë plastike, dhe shërbimet që kryhen për qëllime ligjore (gjatë pro-

ceseve gjyqësore dhe të ngjashme).

Skema do të udhëhiqet nga një autoritet qendror: Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. FSSH-ja projektohet si një organizatë publike që monitorohet nga Qeveria dhe Parlamenti me pjesëmarrjen e pacientëve dhe punëtorëve të kujdesit shëndetësor dhe grupeve të interesit. Blerja e shërbimeve shëndetësore për qytetarët do të duhej të realizohet nëpërmjet Fondit të Sigurimeve Shëndetësore. Aktivitetet e fondit do të mbikëqyreshin nga Qeveria dhe Kuvendi i Kosovës. Ky rregullim mund të kontribuojë në përmirësimin e sjelljes së institucioneve shëndetësore dhe cilësisë së shërbimeve.

Premiumi i sigurimit të obligueshëm shëndetësor do të caktohet me një vendim të Qeverisë dhe mund të ndahet në kategori varësisht nga numri

i anëtarëve të familjes apo faktorët tjerë. FSSH-ja mund t'i propozojë Qeverisë të vendosë për premiumin gjatë vitit fiskal në mënyrë që të sigurohet se ka fonde të mjaftueshme për blerjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për vitin e ardhshëm.

Personat të cilët nuk janë të mbuluar me sigurimin e obligueshëm shëndetësor duhet të paguajnë çmimin e plotë të shërbimeve themelore në përputhje me listën e çmimeve të miratuar nga Ministria me propozimin e Fondit. Shërbimet shëndetësore shtesë të cilat nuk janë pjesë e listës mund të ofrohen me pagesën e premiumit shtesë të sigurimit shëndetësor në institucionin shëndetësor. Sigurimi shëndetësor shtesë vullnetar realizohet me anë të kontratave individuale në mes të personit vullnetarisht të siguruar dhe kompanisë

private të sigurimit shëndetësor, në pajtim me kornizën e aplikueshme ligjore.

Skema gjithashtu do t'i përkufizonte nivelet e ndarjes së kostos që përfutuesit duhet të paguajnë dhe ku, dhe nën çfarë kushtesh mund të kenë qasje në shërbime. Opsionet për ndarjen e kostos nuk janë të përkufizuara në këtë fazë të diskutimeve për ligjin për sigurimet shëndetësore.

Detajet specifike të tilla si shuma e saktë e premiumit, shuma e ndarjes së kostos, çmimet për shërbimet nga pakoja themelore nuk janë të përkufizuara në këtë fazë. Ato duhet të vendosen me vendime të veçanta nëpërmjet udhëzimeve administrative si akte nënligjore apo vendime tjera siç është paraparë me ligj.

04

NDIKIMI I MUNDSHËM TE QYTETARËT

Skema e sigurimit shëndetësor do të sjellë ndryshime në bashkëveprimin e qytetarëve me sistemin shëndetësor, por gjithashtu edhe në cilësinë e funksionimit të sistemit shëndetësor. Pasi që themelimi i një sistemi të tillë është një proces afatgjatë, kjo do të thotë se ndryshimet dhe efektet e ndryshimeve të tilla do të paraqiten gradualisht. Në këtë pjesë të dokumentit paraqiten skenarët e mundshëm se si ndryshimet në sistemin e financimit shëndetësor do të ndikojnë në qytetarët. Duhet të merret parasysh se analiza është bërë duke u bazuar në supozime të caktuara, e jo duke u mbështetur në një parashikim të plotë të situatës. Andaj, besueshmëria e kësaj analize varet nga ajo nëse skema e sigurimeve duhet të zbatohet në atë mënyrë siç supozohet në analizë. Përderisa analiza e dy pjesëve të para të këtij seksioni bazohet në fakte dhe informata nga Ministria e Shëndetësisë dhe palët tjera, pjesa e fundit e analizës bazohet në informata të mbledhura nga

grupet e fokusuara me pacientët dhe qytetarët.

Pjesa më e madhe e efekteve duhet të ndërlidhet me mekanizmat e zbatimit të skemës të sigurimit shëndetësor, të tilla si pakoja themelore e kujdesit shëndetësor, pagesa e bashkëpagesës dhe premiumit. Pjesa tjetër mund të ndërlidhet me efektet e reformës së sistemit shëndetësor që vjen me futjen e skemës së re. Disa nga efektet tjera mund të ndërlidhen me çështjet administrative.

4.1. Përshkrimi i përgjithshëm i ndryshimeve kryesore

Ndryshimet në sistemin e financimit do të ndikojnë në ndryshime në menaxhimin dhe drejtimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor. Në pakon e re legjislativë janë dhënë ndryshimet thelbësore në këtë drejtim. Është e njohur se disa nga problemet kryesore në sektorin e shëndetësisë janë të ndërlidhura me

menaxhimin dhe drejtimin e paefektshëm të institucioneve. Ndryshimi i menaxhimit spitalor me përfshirjen e marrëdhënieve kontraktuese në mes të fondit të sigurimit dhe institucioneve shëndetësore, mund të sjellë rezultate më të mira kur është fjala për performancën dhe llogaridhënien e këtyre institucioneve. Menaxhimi i dobët i institucioneve është njëri nga shkaqet kryesore të cilësisë së dobët të shërbimeve shëndetësore në vend. Shkaku i pjesshëm lidhet me mungesën e marrëdhënieve obliguese në mes të paguesit të shërbimeve (Ministria e Shëndetësisë) dhe institucioneve shëndetësore. Sot, këto marrëdhënie janë të rregulluara me buxhetet vjetore të cilat miratohen dhe paguhen nga Ministria e Shëndetësisë pa ndonjë kusht rreth performancës. Prandaj, nuk ka kurrfarë shtytje për inkurajimin e institucioneve shëndetësore për arritjen e rezultateve më të mira. Me përfshirjen e skemës së sigurimeve shëndetësore dhe aplikimin e relacioneve kontraktuese me institucionet shën-

detësore, do të krijohet një bazë e re për përmirësimin e menaxhimit të institucioneve shëndetësore, dhe si rezultat i saj shpresojmë, përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore. Aplikimi i kontratave dhe paragrafëve që stimulojnë dhe sanksionojnë performancën e institucioneve shëndetësore të niveleve të ndryshme duhet t'i inspirojnë institucionet për një performancë më të mirë.

Kjo skemë e re, brenda pesë deri dhjetë vjetëve, duhet të përmirësojë furnizimin me barna, qasjen në shërbime, mirëmbajtjen dhe funksionimin e rregullt të pajisjeve të diagnostifikimit si dhe qasjen në shërbime. Sot, praktika tregon se pacienti duhet të blejë për vete pothuajse të gjitha furnizimet mjekësore, para se t'i nënshtrohet një operacioni kirurgjik. Të gjitha këto paguhen me para të gatshme. Nepotizmi dhe korrupsioni në anën tjetër gjithashtu ndikojnë në qasjen e pacientëve. Për të marrë kujdes të mirë, ju duhet të njihni një person që punon në institucionin e kujdesit shëndetësor ose të sillni një dhuratë. Shpeshherë në formë monetare! Përndryshe ju nuk do të merrni atë çfarë ju takon-shërbimin e nevojshëm shëndetësor. Kjo situatë duhet të ndryshojë me implementimin e plotë të skemës së sigurimit shëndetësor. Dukuritë e mësipërme duhet të reduktohen me progresin e

implementimit të marrëdhënieve të kontraktuara në mes të FSSH dhe institucioneve të kujdesit shëndetësor. Asnjë nga spitalet nuk dëshiron të sanksionohet financiarisht për shkak të ofrimit të shërbimeve të dobëta, se kjo do të thotë zvogëlimin e fondeve të marra nga sigurimi shëndetësor.

Pakënaqësia e stafit shëndetësor është një çështje e rëndësishme dhe e vazhdueshme që reflektohet në cilësinë e shërbimeve. Shumë prej njerëzve që përbëjnë personelin mjekësor për shkak të pagave të ulëta kanë gjetur "shpëtim" në sektorin privat dhe e kanë përdorur sektorin publik për rekrutimin e pacientëve. Skema e re mund të ketë efekt pozitiv në këto zhvillime negative që kanë dominuar deri tani. Skema duhet të stabilizojë sektorin me përmirësimin e kushteve të punës (p.sh., pagat më të larta në sektorin publik, rregullimin e angazhimit në sektorin publik dhe privat) për stafin shëndetësor në të dy sektorët. Stafi i kënaqur do të duhej të punojë më mirë me pacientët.

4.2. Kush duhet t'i paguajë premiumet dhe bashkëpagesën dhe sa?

Të gjithë qytetarët e Kosovës janë të obliguar të paguajnë premiumin. Ligji i përcakton disa kategori që bëjnë përjashtim. Aty përfshihen pen-

sionistët, të papunët, personat me aftësi të kufizuara, veteranët dhe invalidët e luftës dhe personat që marrin ndihma sociale në përputhje me legjislacionin në fuqi. Për këto kategori Qeveria duhet të paguajë premiumin. Shuma e pagesës nuk është definuar dhe do të jetë çështje e vendimit që duhet të aprovohet në disa nivele të vendimmarrjes. Logjika e pagesës së premiumit është e tillë që synon të zgjerojë barrën financiare gjatë një periudhe të gjatë kohore në mënyrë që të mbulohet pacienti kur ka nevojë për shërbime shëndetësore. Logjikë tjetër është solidariteti në mes të paguesve të premiumit. Kjo do të thotë, të gjithë paguajnë kur të sëmuret dikush, edhe pse shumica është e shëndetshme.

Për shkak të pagesës së premiumit skema e re do të imponojë një barrë financiare për familjet në aspektin afatshkurtër. Kjo është një taksë shtesë që kryefamiljarët nuk e kanë paguar deri më tani. Barra do të jetë më e mundimshme për familjet e mëdha me shumë anëtarë. Por pasi që ekziston një mundësi e madhe që përcaktimi i pagesës së premiumit mund të bëhet në bazë të madhësisë të familjes (ekonomive familjare) kjo barrë financiare mund të jetë disi më e lehtë për familjet e përmasave të mëdha. Kjo do të thotë se familjet me më shumë anëtarë duhet të paguajnë normë më të vogël



të pagesës për një anëtar të familjes, ndërsa familjet me më pak anëtarë do të ketë një normë më të lartë të pagesës së premiumit për një anëtar të familjes. Njëri nga opsionet e diskutuara ka qenë që të ketë tri nivele të klasifikimit të madhësisë së familjeve dhe vlerës së premive që ato duhet t'i paguajnë çdo muaj, për të mbuluar sigurimin shëndetësor. Një numër i madh i qytetarëve të cilët nuk mund ta përballojnë pagesën duhet të mbulohej nga Qeveria. Kjo i përfshin grupet si pensionistët, njerëzit e regjistruar si të papunë, dhe njerëzit me asistencë sociale si dhe personat që janë anëtarë të familjeve të dëshmorëve dhe viktimave të luftës.

Në një afat të gjatë kohor, të gjithë qytetarët duhet të mbrohen nga pagesat me para të gatshme. Duke u bazuar në anketën me kryefamiljarët kjo është më shumë se 700 Euro në vit për familje. Pagesat enorme që qytetarët i paguajnë nga xhepat e tyre, sidomos gjatë sëmundjeve malinje janë një nga gjërat që mund parandalohen dhe ta ruajnë qytetarin nga kolapsi financiar dhe në të njëjtën kohë t'i ofrojnë kujdes shëndetësor për mbrojtjen e shëndetit të tij.

Situatë e ngjashme është edhe me ndarjen e kostos. Qeveria duhet t'i vendosë kushtet dhe shumat e ndarjes së shpenzimeve, si një mënyrë për reduktimin e shërbimeve të papërshtatshme dhe të panevojshme shën-

detësore. Kjo është e rëndësishme pasi që Fondi duhet t'i kontrollojë shpenzimet që mund të shkaktohen nga shfrytëzimet e tepërta.

4.3. Shembuj specifikë të ndikimit

Skema e sigurimit shëndetësor mundet plotësisht t'i mbulojë shpenzimet e disa grupeve të pacientëve/qytetarëve. Kjo do të reduktohet në mënyrë të konsiderueshme barrën financiare të shumë pacientëve dhe familjeve. Kuptohet që mbulimi i tyre varet nga vendimi që ata të përfshihen në pakon e kujdesit shëndetësor. Shembuj konkretë mund të jenë pacientët me diabet, pacientët që vuajnë nga sëmundjet malinje, lindjet dhe kujdesi për të porsalindurit. Këto janë shërbime që në disa vende garantohej nga shteti. Në Kosovë pacientët e diagnostifikuar me diabet shpenzojnë së paku 100 euro në muaj për të mbajtur sëmundjen e tyre nën kontroll. Shpenzimet janë të ndërlidhura me matjen e rregullt të nivelit të sheqerit (glukozës) në gjak, insulinat apo terapitë kundër diabetit, si dhe për kryerjen e testeve tjera mjekësore dhe kontrolimeve të cilat janë të nevojshme për mbikëqyrjen e sëmundjes. Në rast të sigurimit të plotë për këtë lloj të pacientëve, barra vjetore financiare

prej 1200 Euro duhet të zhvendoset nga pacientët dhe familjet e tyre në FSSH. Kjo është një e katërta e pagës mesatare vjetore të një personi në vend. Nëse llogarisim se një person paguan rreth 60 Euro në vit për sigurim (p.sh., 5 Euros në muaj) atëherë është tejet i qartë lehtësimi financiar për këtë grup të pacientëve si dhe për një numër të njerëzve të cilët vuajnë nga sëmundjet kronike.

Efektet pozitive drejt lehtësimit të barrës financiare duhet të jenë të dukshme të lindjet e gjithashtu edhe të kujdesi për të sapolindurit. Bazuar në vlerësimet në diskutimet me pacientë në fokus grupe, shpenzimet e pacientëve për lindje në sistemin publik mund të llogariten prej 100 deri 500 Euro. Këto shpenzime ndërlidhen me pagesën për furnizime mjekësore të nevojshme, për intervenime kirurgjikale, barna si dhe shpenzime tjera lidhur me ushqimin dhe mirëmbajtjen e kushteve higjienike gjatë qëndrimit në spital. Një pjesë e shpenzimeve lidhet me kujdesin neonatal (ushqimi, veshmbathja dhe higjiena). Në rastet e komplikimit këto shpenzime do të rriten vazhdimisht. Momentalisht, në sistemin ekzistues, shumica e këtyre shpenzimeve mbulohej nga pacientët dhe anëtarët e familjeve të tyre. Me skemën e re të sigurimit këto shpenzime do duhej të mbulohej tërësisht nga fondi, nëse shërbi-

met e kësaj kategorie janë të përfshira në pakon themelore të kujdesit.

Skema e sigurimit shëndetësor duhet t'i mbulojë gjithashtu diagnostikimet dhe trajtimin e qytetarëve që vuajnë nga sëmundjet malinje (p.sh. kanceri). Shpenzimet e trajtimit për këto sëmundje janë më të rëndat për pacientët dhe familjet e tyre. Në shumicën e rasteve shërbimet shëndetësore kërkohen jashtë vendit dhe kjo gjithashtu e shton një barrë më shumë për barrën e përgjithshme financiare. Garantimi i këtyre shërbimeve nga skema e re e sigurimit shëndetësor do të kërkojë kohë. Rezultatet pozitive mund të vijnë nga dy drejtime. Njëra është se spitalet do të kenë interes të fillojnë të zhvillojnë shërbimet shëndetësore për diagnostifikimin dhe trajtimin e sëmundjeve malinje, për shkak të kontratave dhe një absorbimi të rritur të fondeve të sigurimit shëndetësor. E dyta është implementimi i plotë shërbimeve jashtë vendit për sëmundjet që nuk mund të shërohen në vend. Garantimi i kujdesit shëndetësor për sëmundjet malinje do të parandalojë kolapsin financiar të familjeve dhe do të ofrojë një kujdes të cilësisë më të mirë për qytetarët. Megjithatë, është e nevojshme një periudhë më e gjatë kohore për një zhvillim më serioz në këtë fushë.

Fëmijët me autizëm janë kategori tjetër që mund të përfitojnë nga kjo

skemë. Kjo kategori e qytetarëve nuk është vetëm një problem shëndetësor. Kjo është një kategori që ka nevojë gjithashtu për vëmendjen e autoriteteve nga sektori i edukimit dhe mirëqenies sociale. Megjithatë, një pjesë e mirë e problemit lidhet me diagnozën dhe kujdesin shëndetësor dhe duhet të trajtohet nga sistemi shëndetësor. Shpenzimet e familjes për mirëmbajtjen dhe kujdesin ndaj këtyre fëmijëve janë rreth 300 deri 500 Euro në muaj. Një pjesë e këtyre shpenzimeve janë të ndërlidhura me ofrimin e kujdesit shëndetësor. Mbulimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor do të lehtësojë seriozisht këtë barrë financiare të familjes, e cila tashmë është e lartë për shkak se kërkohet vëmendje e madhe për fëmijët me autizëm (shpesh njëri nga prindërit është i detyruar të përkujdeset për fëmijën gjatë tërë kohës që do të thotë një pagë më pak për familjen).

Disa çështje administrative mund të kenë efekte negative në qasjen e qytetarëve në shërbimet shëndetësore. Efektet në komunitetet e Romëve, Ashkalinjve dhe Egjiptianëve janë ndoshta edhe më elementare, sepse ato janë të ndërlidhura, ndër të tjera, me çështjet administrative dhe të mungesës së informatave rreth mundësive të kujdesit shëndetësor. Ekziston një numër i madh i qytetarëve nga ko-

munitetet e Romëve, Ashkalinjve dhe Egjiptianëve që nuk janë të pajisur me dokumentet e identifikimit dhe nuk janë të regjistruar në sistemin e regjistrimit civil. E njëjta gjë vlen edhe për komunitetin serb, sidomos në pjesën veriore të Kosovës. Për shfrytëzimin e përfitimeve të sistemit të sigurimit shëndetësor, qytetarët duhet të vërtetojnë se janë qytetarë të Kosovës dhe se e kanë paguar sigurimin shëndetësor (ose janë të liruar nga pagesa). Përndryshe, ata duhet të paguajnë çmimin e plotë të shërbimeve shëndetësore. Me implementimin e kësaj skeme kjo çështje do të shfaqet dhe mund të ketë efekte negative në qasjen e pacientëve në shërbimet shëndetësore. Masat e adresimit të këtyre çështjeve do të jenë shumë të ndryshme në komunitetet e ndryshme. Sa u përket komuniteteve Romë, Ashkalinj dhe Egjiptianë, mjeti kryesor do të jetë informimi dhe zgjidhja e problemeve në bashkëpunim me administratën shtetërore, ndërsa çështja me komunitetin serb është e lidhur më shumë me situatën politike.



OPINIONET DHE PERCEPTIMI I SKEMËS SË PLANIFIKUAR TË SIGURIMIT SHËNDETËSOR

5.1. Opinioni i palëve të ndryshme të interesuara

Janë dy palë të interesuara kryesore që publikisht e kanë artikuluar qëndrimin e tyre përball skemës së propozuar të sigurimit shëndetësor. Njëra është Federata e Sindikatave të Shëndetësisë dhe tjetra Lëvizja Vetëvendosje. Partitë tjera politike, përfaqësuesit e shoqërisë civile dhe subjektet tjera nuk kanë pasur qëndrime të qarta edhe pse kanë qenë të pranishëm në media dhe ndonjëherë kanë kundërshtuar ose mbështetur nismën për ligjin e ri mbi sigurimin shëndetësor. Por në përgjithësi publiku s'ka qenë i mirinformuar dhe kundërshtimet shpesh nuk kanë qenë të bazuara në atë se çfarë ishte propozuar nga Qeveria.

Federata e Sindikatave të Shëndetësisë ka qenë për sigurim shoqëror ku pagesa për sigurimin shëndetësor i ka dy kontribuues: punëdhënësin dhe të punësuarin. Ata janë shprehur të brengosur në

çdo rast që e kanë pasur. Brenga kryesore lidhet me faktin se e tërë barra financiare bie në qytetarët dhe bizneset mbeten të liruara. Kjo nuk është në përputhje me sistemin e tyre të vlerave për një shoqëri të drejtë dhe të paanshme. Brengat e tyre nuk ishin të lidhura me efektet e skemës së propozuar të punëtorët e kujdesit shëndetësor.

Lëvizja Vetëvendosje ka qëndrim të ngjashëm me Federatën e Sindikatave të Shëndetësisë. Ata ishin për sigurime shoqërore. Besojnë se sistemi aktual nuk u shkon për shtati qytetarëve, pasi që ata duhet të marrin përsipër tërë barrën financiare. Ata argumentuan se qeveria është duke e bërë këtë për të krijuar një ambient më të favorshëm për investime ndërkombëtare. Kjo është një qasje neoliberalë që nuk do t'u sjellë përfitime qytetarëve dhe shoqërisë.

Gjithashtu, ka pasur zëra të fortë në favor të sistemit të sigurimit shoqëror në parlament dhe në mesin e hulumtuesve/ekspertëve. Një raport

mbi qëndrueshmërinë e sistemit të sigurimit shëndetësor (Bislimi dhe të tjerët 2006) tregon se pagesa e shtatë Eurove e ndarë në mënyrë të barabartë nga punëdhënësi dhe i punësuarit do të siguronte fonde të mjaftueshme për sistemin shëndetësor. Ky sistem mund të implementohet pa efekte negative për ekonominë e vendit. Por implementimi i ligjit të punës dhe pushimit të lehonisë si një pjesë e kësaj kornize ligjore është një shembull mbi efektet e vendimeve ligjore në sektorin e biznesit. Tani është i njohur hezitimi i punëdhënësit për punësimin e femrave të martuara, si dhe në kohët e fundit, reduktimi i pushimit të lehonisë duke rishikuar Ligjin e Punës si sinjal tjetër që flet për këtë.

5.2. Opinioni i qytetarëve

Në anketën e qytetarëve, 91.7 përqind e kryefamiljarëve vërtetuan se ata janë të gatshëm të pagua-

	E saktë		Pjesërisht e saktë		Pjesër. e pasaktë		E pasaktë		Nuk e dinë	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gatishmëria për ndarjen e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore – nëse implemetohet skema	680	66.9%	264	26.0%	33	3.2%	31	3.0%	9	.9%
Mendimi se sigurimi do ta ruaj familjen nga vështirsitë financiare në rast të sëmundjes së keqe – nëse skema implementohet	680	66.9%	264	26.0%	26	2.6%	35	3.4%	12	1.2%
Mendimi se ky sistem i sigurimit shëndetësor duhet të përmirësoj shëndetin dhe mirëqenien	705	69.3%	244	24.0%	26	2.6%	31	3.0%	11	1.1%
Kryefamiljarët në favor të skemës publike për sigurimin shëndetësor	822	74.3%	138	12.5%	51	4.6%	83	7.5%	13	1.2%
Kryefamiljarët që janë në favor të skemës private të sigurimit shëndetësor	296	26.7%	206	18.6%	87	7.9%	478	43.2%	40	3.6%
Mendimi se autoritetet mund ta implementojnë një skemë të tillë	428	42.1%	394	38.7%	75	7.4%	88	8.7%	32	3.1%

Figura 5.2.1 Perceptimet për sigurimin shëndetësor

jnë për sigurimin shëndetësor për anëtarët e familjeve të tyre. Vetëm 8.1 përqind e kryefamiljarëve të intervistuar nuk e kanë ndërmend të paguajnë për sigurimin shëndetësor. Arsyet për refuzimin e pjesëmarrjes ndërlidhen me pamundësinë financiare, sepse barra financiare duhet të bie mbi qeverinë, të anketuarit dyshojnë në menaxhimin e fondeve nga autoritetet dhe faktorët tjerë, apo se pagesa me para të gatshme është më e mirë.

Shuma të cilën kryefamiljarët e ndryshëm pajtohen të paguajnë ndryshon nëpër mostrat e anketës. Duke përdorur analizën statistikore mesatarja e maksimumit të gatishmërisë për të paguar ishte 3.53 Euro për familje në muaj (me 95 përqind interval të besueshmërisë në mes të kufirit të poshtëm prej 3.36 Euro dhe kufirit

të sipërm prej 3.70 Euro). Studimi, bazuar në analizën statistikore, ka konfirmuar se kërkesa për sigurimin shëndetësor është në rritje, sa më i lartë të jetë numri dhe niveli i edukimit të anëtarëve të familjes dhe shuma e të ardhurave. 70.8 përqind të anketuarve e kuptojnë qartë parimin e solidaritetit në sigurimin shëndetësor.

Një pjesë e rëndësishme e analizës ishte gatishmëria e qytetarëve për ndarjen e kostos për kujdesin shëndetësor. 97.7 përqind të kryefamiljarëve janë të gatshëm të ndajnë koston për shërbimet e kujdesit shëndetësor. Vetëm 2.3 përqind prej tyre nuk janë të gatshëm t'i ndajnë shpenzimet për shërbimet e kujdesit shëndetësor. Duke i përdorur analizat e besueshme statistikore studimi konstatoi se bashkëpagesa mesatare që qytetarët janë të gatshëm ta

paguajnë është 10.393 për qind (e totalit të shërbimit shëndetësor). Intervali i besueshmërisë prej 95 përqind për bashkëpagesën mesatare ishte krijuar me një kufi të poshtëm prej 10.012 përqind, dhe kufi të sipërm prej 10.774 përqind. Niveli maksimal i ndarjes së kostove ishte 50 përqind nga çmimi total për shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Vetëm 32.3 përqind të njerëzve kanë dëgjuar për reformën. Fakt interesant është se ata nuk e kanë dëgjuar këtë nga televizioni, radioja apo mediat e shkruara, por nga burimet tjera të informimit. 67.7 përqind nuk kanë dëgjuar për reformën e sigurimit shëndetësor.

Studimi bën të ditur fakte interesante në lidhje me perceptimin e kryefamiljarëve kur është fjala për sigurimin shëndetësor. Gatishmëria për ndar-

jen e kostos u rrit kur ata dëgjuan informatat për sigurimin shëndetësor dhe planin e qeverisë që të paraqesë një skemë të tillë. 66.9 përqind janë plotësisht të gatshëm dhe 26 përqind janë deri-diku të gatshëm për t'i ndarë shpenzimet. Nuk ka ndryshuar shumë, në krahasim me perceptimin e përgjithshëm fillestar, në lidhje me besimin se sigurimi shëndetësor do t'i mbronte familjet nga vështirësitë financiare në rast të sëmundjeve të rënda. Në analizë vërtetohet mendimi pozitiv për efektet e sigurimit

shëndetësor në mirëqenien e qytetarëve. 69.3 përqind ishin të sigurt lidhur me këtë fakt. 24 përqind ishin deri-diku të sigurt.

Kryefamiljarët pëlqejnë skemën e sigurimit shëndetësor ku një entitet i drejtuar publikisht (fond) do të menaxhonte sistemin e sigurimit shëndetësor. 74.3 përqind ishin të sigurt për këtë, ndërsa 12.5 përqind ishin deri-dike të sigurt. Preferenca për një sigurim privat të shërbimeve shëndetësore ishte shumë e ulët. 26.7 përqind ishin në favor të skemës

private të sigurimit shëndetësor me ofrues të shumtë të sigurimit shëndetësor. 43.2 përqind të anketuarve nuk e përkrahnin skemën e sigurimit shëndetësor privat. Një përqindje e madhe e të anketuarve besojnë se autoritetet mund të implementojnë një skemë të sigurimeve shëndetësore publike. 41.2 përqind besojnë se autoritetet mund të implementojnë një skemë të tillë. 38.7 përqind kanë besim të pjesshëm se autoritetet do të implementojnë atë lloj skeme.

06

NEVOJA PËR DIALOG DHE BASHKËVENDOSJE ME POPULLIN

Informatat për reformën e financimit të kujdesit shëndetësor kanë qenë të kufizuara për publikun. Afër 70 përqind të njerëzve nuk kanë kurrfarë ideje në lidhje me sistemin e ri të propozuar. Pasi që diskutimi ishte i përqëndruar krye-

sisht rreth subjekteve të interesuara, pjesa më e madhe e diskutimit të vërtetë dhe përmbajtjes së reformës nuk ka arritur të bëhet e ditur për publikun. Kjo përpjekje e fundit për të lëvizur përpara ligjin mbi sigurimin shëndetësor, mund të jetë njëra nga

përpjekjet më serioze për adresimin e çështjes së financimit të shëndetësisë në vend. Por sukcesi i saj do të varet nga mbështetja e qytetarëve. Ata do të paguajnë një shumë të madhe të llogarisë për kujdesin shëndetësor në të ardhmen. Mbështetja e

qytetarëve për ligjin dhe përpjekjet e Ministrisë do të varen nga niveli i informimit të qytetarëve për detajet e reformës së sigurimit shëndetësor.

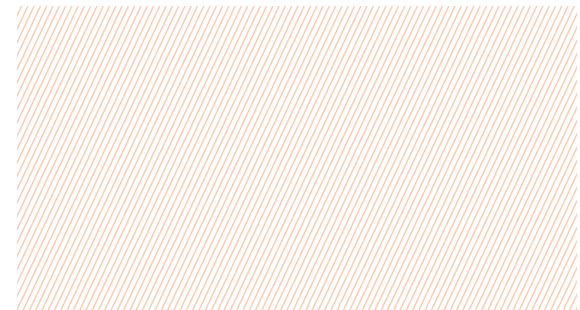
Dialogu në mes të qytetarëve dhe qeverisë duhet të rritet. Është i nevojshëm një diskutim i vazhdueshëm për t'u siguruar se nevojat e qytetarëve do të adresohen plotësisht në sistemin e ri të sigurimit shëndetësor. Negocimi dhe "tregtimi" në mes të Qeverisë dhe qytetarëve lidhur me detajet e skemës së propozuar janë një pjesë e rëndësishme e debatit publik dhe vendimmarrjes. Një përfaqësim trepalësh i të punësuarve, Qeverisë dhe punëdhënësit në bordin drejtues të fondit, siç është paraparë në kornizën ligjore, është i dobishëm për sjelljen në të njëjtën tryezë të kontribuuesve të sektorit formal. Megjithatë, ky organizim kritikohet se merret shumë me çështjet financiare dhe mospërfaqësimin e vërtetë të interesave të qytetarëve. Ky nuk është një zëvendësim i komunikimit me qytetarë dhe organizatat që i përfaqësojnë ata. Organizatat e shoqërisë civile që i përfaqësojnë qytetarët dhe pacientët duhet të ftohën në diskutime e madje ta kenë një përfaqësim formal në procesin e vendimmarrjes. Kjo mund të rritë përfaqësimin e nevojave të qytetarëve përballë sigurimit shëndetësor. Pjesë e rëndësishme e komunikimit me qytetarët duhet të bëhen medi-

at publike dhe qeveria duhet të ketë një strategji dhe mjete për ta bërë këtë. Në fund, duket se ekziston një mundësi për MSH-në që të përdorë mbështetjen popullore për implementimin e sigurimit shëndetësor, e cila është më shumë se e dukshme në këtë studim. Kjo mbështetje mund të jetë më e rëndësishme dhe me peshë më të lartë se sa pesha e disa subjekteve.

Organizatave të Shoqërisë Civile dhe pacientët duhet t'i përkufizojnë qëndrimet e tyre para dhe me hyrjen e tyre në dialog me qeverinë. Nuk mjafton vetëm të kundërshtohet çfarëdo që propozon qeveria. OSHC-të duhet të informojnë vendimet politike dhe duhet të krijojnë pozicionin e tyre të avokimit duke u bazuar në fakte dhe informata për nevojat e njerëzve. Nuk mund të ketë asnjë improvizim në këtë proces. Ky proces do të kërkojë përpjekje afatgjata dhe përkushtimin e organizatave që e përfaqësojnë interesin e qytetarëve. Improvizimet ad hoc nuk do të sjellin efektet e dëshiruara dhe me shumë gjasa do të dështojnë që në mënyrë thelbësore të ndikojnë në procesin e bërjes së politikave.

Ka disa momente kur është e nevojshme pjesëmarrja e qytetarëve. Kjo e përfshinë definimin dhe revidimin periodik të pakos themelore të kujdesit shëndetësor; përcaktimin e shkallës së ndarjes së kostos dhe

definimin dhe revidimin e premiumit për sigurimin shëndetësor. Qytetarët duhet të jenë të vetëdijshëm se ekziston një rast për një debat të vazhdueshëm (ka gjasa për çdo vit) që duhet diskutuar se sa ata duhet të paguajnë, ose cilat shërbime duhet të mbulohen me pakon themelore. Mbulimi dhe heqja e shërbimeve nga pakoja themelore do të ndikojë në shtresa të caktuara të popullatës. Imagjinoni një pacient me diabet, të cilit insulina nuk i mbulohet me skemën e sigurimit shëndetësor. Logjika e sigurimeve shëndetësore është se dikush duhet të paguajë një çmim për të marrë një përfitim. Ky fakt do të jetë temë e diskutimit çdo herë, e më shumë në momentin kur fillon të implementohet në reformën e kujdesit shëndetësor. Përcaktimi i elementeve që duhet të përfshihen në pakon themelore, përcaktimi i bashkëpagesave dhe kështu me radhë, do të jenë çështje jetike.





REFERENCAT

Bislimi B, Muhaxheri E, Demukaj V, Bislimi F. 2006. Financial Sustainability of a Health Insurance Fund for Kosovo. Consultancy work on the “Strengthening capacity in the Ministry of Health, Kosovo” programme MoH - HLSP – RIINVEST Project.

Buwa D and Vuori H. 2006. Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo. *European Journal of Public Health*. Oxford University Press.

Campbell J, Percival V and Zwi A. 2003. Ministerial Challenges: Post-conflict, Post-election issues in Kosovo’s Health Sector. *European Journal of Public Health* 13: 177-181.

Donaldson C and Gerard K. 1993. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. London, The Macmillan Press Ltd.

Hoxha I. 2011. Health Insurance System in Kosovo: Are we being offered the right financing solution? FES.

Hoxha I, Shaipi K. 2009. Comparative Analysis of Health Insurance Schemes in SEE. FES.

Ministry of Health. 2011. Draft Law on health insurances.

Ministry of Health. 2012. Draft Law on health insurances.

Ministry of Health. 2011. Draft Law on health.

Ministry of Health. 2012. Draft Law on health.

Ministry of Health. 2012. Position paper on establishing health insurance fund in Kosovo.

Ministry of Health. 2011. Action plan for implementation of Health Sector Strategy 2010-2014.

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (ed). 2002. *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press.

National Institute for Public Health. 2012. Analiza e Morbiditetit të popullatës së Kosovë për vitin 2011.

National Institute for Public Health. 2012. Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës në Kosovë për vitin 2010.

National Institute for Public Health. 2012. Analiza e gjendjes shëndetësore e nënës dhe fëmijëve për vitin 2010.

National Institute for Public Health. 2012. Health statistics yearbook: Human Resources in Public Health Institutions in Kosovo (situation 31.12.2011).

Schneider P, Langenbrunner J, Cho J, Kelmendi F, Tep S, Lebedeva V, Besimi F and Moll L. 2008. Kosovo Health Financing Reform Study. WB.

Valerie Percival and Egbert Sondorp. 2010. Case study of health sector reform in Kosovo. *Conflict and Health* 4:7. Accessed 12 August 2012 at <http://www.conflictandhealth.com/content/pdf/1752-1505-4-7.pdf>.

Qosaj FA and Berisha MK. 2010. Transition in Health and Health Care in Kosovo. Kosova School of Public Health.

Dobnikar B. 2010. Analysis of Health Sector Legal Framework Report. Sector Wide Approach in Health: Feasibility Study and Mapping - An EU funded project implemented by EPTISA.

FRIDOM. 2009. Vertical Functional Review of the Kosovo Ministry of Health. FRIDOM project.



