

E DREJTA E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË LEGJISLACIONIN SHQIPTAR

Dorëzuar

Universitetit Europian të Tiranës
Shkollës Doktorale

Fjoralba Memia

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në
Shkenca Juridike, me profil E drejte Publike, për marrjen e gradës
shkencore “Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof. Asoc.Dr. Erjona Bana (Canaj)

Numri i fjalëve: 61.028

Tiranë, Maj 2016

© DEKLARATA E AUTORËSISË

Nën përgjegjësinë time deklaroj, se ky punim është shkruar prej meje dhe nuk është prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër për vlerësim, si edhe nuk është botuar asnjëherë i tëri. Punimi nuk përmban material të shkruar nga ndonjë person tjetër, përveç rasteve të cituara dhe të referuara.

ABSTRAKT

Kujdesi ndaj shtresave të caktuara të shoqërisë, për të cilat nevojitet një përkujdesje kolektive, ka qenë dhe mbetet një sfidë për historinë njerëzore. Kjo përgjegjësi kolektive buron nga humaniteti dhe parimi i drejtësisë sociale, i cili kërkon një përkushtim të veçantë ndaj respektimit të drejtave të njeriut.

E drejta për sigurim shëndetësor është një nga të drejtat dhe liritë themelore të njeriut e parashikuar në Kushtetutë. Ajo është pjesë e objektivave sociale të shtetit dhe është një ndër elementet më të rëndësishme të drejtave sociale. Parimi kryesor i saj është mbulimi me kujdes shëndetësor i shoqërisë mbi bazën e parimeve të njohura, të solidaritetit barazisë, mosdiskriminimit, dhe drejtësisë sociale.

Në një kuptim më të gjerë, sigurimi shëndetësor është një e drejtë pozitive e individit, që ka shndërruar sigurimin shëndetësor në një të drejtë ligjore dhe në një instrument juridik të garantuar nga shteti, në themel të së cilës qëndron e drejta e individit për të përfituar kujdes shëndetësor.

Ky punim synon t'i bëjë një analizë sigurimit shëndetësor shqiptar në raport me të drejtat dhe liritë themelore të njeriut të sanksionuara në instrumentet ligjorë kombëtarë dhe ndërkombëtare, duke ofruar sugjerime konkrete për përmirësimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, me qëllim sigurimin e një niveli më të lartë të mundshëm të mbrojtjes shëndetësore.

Fjalë kyçe: Sigurim shëndetësor, kujdes shëndetësor, kontribut i sigurimit shëndetësor, karta e shëndetit etj.

The right of health insurance in Albanian legislation

The care towards certain levels of society, which are in need of a collective care has been and remains a challenge in human history. This collective responsibility derives from humanity and social justice principle, which requires a special commitment towards the respect of human rights.

The right to health insurance is one of the rights and fundamental freedoms interpreted by the Constitution. It is part of the social objectives of the state and is one of the most important elements of social rights. Its main principle is to grant the society with health care on the basis of recognized principles and solidarity, equality, non-discrimination and social justice. In a broader interpretation, health insurance is a positive right of the individual, who has turned the health insurance a legal right and a legal instrument guaranteed by the state, the foundation of which is the individual's right to benefit health care.

This paper aims to make an analysis of the Albanian health insurance in relation to the rights and fundamental freedoms interpreted in national and international legal instruments, offering concrete suggestions to improve compulsory insurance scheme of health care in order to ensure a higher level of health protection.

Keywords: health insurance, health care, health insurance contribution, health cards, etc.

DEDIKIMI

Olushes sime bukuroshe

MIRËNJOHJE

Udhëtimi dhe realizimi i këtij punimi janë fryt i një rrugëtimi shumë të gjatë personal në studimin e legjislacionit në fushën e sigurimit shëndetësor, rrugëtim i cili më ka udhëhequr në çdo hap dhe në çdo iniciativë timen profesionale. Një punim, për një fushë të caktuar, nuk mund kurrësi të jetë i plotë dhe cilësor pa ndihmën e vyer dhe bashkëpunimin e njerëzve kompetentë, ndihmesën e të cilëve e vlerësoj shumë.

Mbi të gjitha do të falënderoja udhëheqësen time, Prof. Asoc. Dr. Erjona Bana (Canaj), që gjithmonë ka qenë një burim dijesh akademike të pakushtëzuara për mua gjatë gjithë këtij rrugëtimi. Inkurajimi dhe përkushtimi i saj profesional ka qenë mbështetja dhe kurajoja ime për ta përfunduar me sukses këtë punim, është kurora e këtij suksesi sepse për mua ajo ka qenë si një libër për të gjitha përgjigjet dhe dyshimet e mia.

E falënderoj jo vetëm për ndihmesën e vyer në aspektin profesional, zgjedhjen e temës, çështjet ku do të fokusoheshim e të tjera dilema si këto, por njëkohësisht dhe për dimensionin human si edhe komunikimin njerëzor që e karakterizojnë atë nga pikëpamja njerëzore. Në përgatitjen e këtij punimi të rëndësishëm në jetën time profesionale dhe akademike, kam gjetur mbështetjen, përkrahjen dhe dashamirësinë e kolegëve të mi, të cilët më kanë ndihmuar dhe më mbështetur në këtë udhëtim akademik dhe prandaj meritojnë një falënderim të veçantë.

Dhe në fund, dua t'i shpreh falënderime dhe mirënjohje familjes sime për të gjithë mbështetjen dhe mirëkuptimin në plotësimin e detyrimeve dhe angazhimeve për realizimin e këtij punimi. Pozitivizmi dhe përkrahja e tyre morale ka qenë një shtysë e pazëvendësueshme në realizimin e këtij punimi.

SHKURTIME

BE	Bashkimi European
DPT	Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve
DUDNJ	Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyruar të Kujdesit Shëndetësor
ISKSH	Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor
ISSH	Instituti i Sigurimeve Shoqërore
KA	Këshilli Administrativ i Fondit
KB	Kombet e Bashkuara
KDF	Konventa për të Drejtat e Fëmijës
KEGJFDG	Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas
KPAK	Konventa e Personave me Aftësi të Kufizuar
KSHP	Kujdesi Shëndetësor parësor
KSH	Karta e Shëndetit
MF	Ministria e Financave
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
ONP	Organizata Ndërkombëtare e Punës
PBSH	Paketa Bazë e Shërbimeve
PESH	Promocioni dhe Edukimi Shëndetësor
PNDESK	Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore

QSH	Qendra Shëndetësore
SHR	Shëndeti Riprodhues
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave

PËRMBAJTJA E LËNDËS

DEKLARATA E AUTORËSISË

ABSTRAKT

DEDIKIM

MIRËNJOHJE

SHKURTIME

KAPITULLI I : HYRJA DHE BAZA TEORIKE	12
1.1. Qëllimi i studimit dhe rëndësia e tij	16
1.2. Burimet e referimit	19
1.3. Pyetje dhe hipoteza.....	20
1.4. Metodologjia e kërkimit	23
1.5. Mundësitë dhe kufizimet e punimit.....	25
KAPITULL II: VËSHTRIM MBI HISTORIKUN E LINDJES DHE EVOLUIMIT TË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE	27
2.1. Lindja e sigurimeve shëndetësore	27
2.2. Kuptimi i sigurimit shëndetësor	32
2.3. Karakteri solidar dhe universal i sigurimeve shëndetësore	35
2.4. Modelet e sistemeve të sigurimeve shëndetësore	38
2.4.1. Sistemi i Bismarkut.....	39
2.4.2. Sistemi Beveridge	41
2.4.3. Sistemi Semashko	43
2.4.4. Sistemi i tregut të lirë (market- based).....	45
2.5. Faktorët të ndikojnë në sistemin e sigurimit shëndetësor.....	45
2.6. Lindja dhe evoluimi i sigurimeve shëndetësore në Shqipëri.....	50
2.6.1. Vështrim historik - periudha 1912-1944.....	51
2.6.2. Vështrim historik- periudha 1944-1990.....	55
2.6.3. Sigurimi shëndetësor 1990-2016	59
KAPITULLI III: SIGURIMI SHËNDETËSOR NË KUADRIN E SË DREJTËS NDËRKOMBËTARE DHE EUROPIANE	64
3.1. E drejta e sigurimit shëndetësor në aktet juridike ndërkombëtare	64
3.1.1. Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut.....	65
3.1.2. Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore	70
3.1.3. Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas	73
3.1.4. Konventa për të Drejtat e Fëmijës	77

3.1.5. Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre	80
3.1.6. Konventa e Personave me Aftësi të Kufizuar	85
3.2. Institucionet përgjegjëse për sigurimin e së drejtës shëndetësore në nivel global ...	88
3.2.1. Organizata Botërore e Shëndetësisë	89
3.2.2. Organizata Ndërkombëtare e Punës (ONP)	94
3.3. E drejta për sigurim shëndetësor në instrumentet juridike të Këshillit të Europës ..	96
3.3.1. Vështrim i Përgjithshëm	96
3.3.2. Konventa Europiane për të Drejtat e Njeriut (KEDNJ)	98
3.3.3. Jurisprudenca e Gjykatës Evropiane e të drejtave të njeriut	101
3.3.4. Karta Sociale Europiane (e Rishikuar)	105
3.4. E drejta për sigurim shëndetësor në Bashkimin Europian	108
3.4.1. Analizë e përgjithshme e dispozitave të traktatit të Bashkimit Europian ...	108
3.4.2. Karta e të Drejtave Themelore e Bashkimit Europian	113
3.4.3. Parimet ku mbështetet legjislati i koordinues i BE-së	116
3.4.4. Rregullorja Nr. 883/2004 ” Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”	119
3.5. Jurisprudenca e GJED-se në kontekstin e mbrojtjes sociale	125
3.6. Eksperiencat e disa vendeve europiane	130
KAPITULLI IV: SIGURIMI SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI DHE KUADRI INSTITUCIONAL I SAJ	140
4.1. Mbrojtja sociale	140
4.1.1. Kuptimi i sigurimit shoqëror	143
4.2. Skema e sigurimeve shëndetësore dhe sistemi i kontributeve	147
4.2.1 Personat e siguruar, subjekt i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor ..	149
4.2.2. Sigurimi shëndetësor vullnetar	154
4.2.3. Sigurimi privat (i munguar)	156
4.2.4. Baza për llogaritjen e kontributeve dhe masa e kontributit	160
4.2.5. Karta e shëndetit	161
4.2.6. Karta e Pacientit	164
4.3. Institucionet përgjegjëse për realizimin, zbatimin dhe mbikëqyrjen e së drejtës shëndetësore në Shqipëri	169
4.3.1. Roli i Ministrisë së Shëndetësisë në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor	171
4.3.2. Roli i Institutit të Sigurimeve Shoqërore në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor	174

4.3.3. Roli i Drejtorisë së Tatimeve në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor.....	176
4.3.4. Roli i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor	180
KAPITULLI V: PËRFITIMET E SKEMËS SË SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR, KONTRATAT DHE JURISPRUDENCA E GJYKATAVE	190
5.1. Përfitimet e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit.....	190
5.1.1. Përfitimet e shërbimeve shëndetësore në kuadrin e kujdesit parësor	193
5.1.2. Përfitimet e shërbimeve shëndetësore në kuadrin e kujdesit spitalor	209
5.1.3. Përfitimet e listës së barnave	212
5.2. Blerja e paketave të shërbimeve shëndetësore në spitalet private.....	217
5.2.1. Regjistri Kombëtar i Paketave të financuara nga Fondi	219
5.3. Kontratat e sigurimeve shëndetësore	221
5.3.1. Natyra juridike e Kontratës.....	221
5.3.2. Kontrata me farmacitë	226
5.3.3. Kontrata me spitalet publike	229
5.3.4. Kontrata me spitalet private	232
5.3.5. Kontrata me qendrat shëndetësore	234
5.4. Jurisprudenca e munguar e gjykatave për të drejtën e sigurimeve shëndetësore...	236
KAPTULLI VI: KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME	247
6.1. Konkluzione	247
6.2. Rekomandime	266
BIBLIOGRAFIA	268
LISTA E TABELAVE	284
Tabela Nr.1. Dokumentacioni që duhet për t`u pajisur me Kartë Shëndeti	285
Tabela Nr.3. Paketa e shërbimit të dializës	288
Tabela Nr.4. Paketa e shërbimeve të kardiologjisë	289
Tabela Nr.5. Paketa e shërbimeve të kardiokirurgjisë.....	289
Tabela Nr.6. Paketa e shërbimit të transplantit të veshkës	289
Tabela Nr. 7. Paketa e shërbimit të implantit koklear	289

KAPITULLI I : HYRJA DHE BAZA TEORIKE

Angazhimi im profesional prej 9 vitesh, si juriste pranë Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (ish-Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor) më ka orientuar drejt një kërkimi të thelluar në fushën e sigurimeve shëndetësore, pasi gjatë praktikës dhe përballjes së përditshme me çështjet e lidhura me sigurimin shëndetësor, kam vënë re mungesën e një punimi të mirëfilltë shkencor në këtë fushë. Kryesisht, punimet e spektrit social janë të fokusuara brenda kuadrit të sigurimeve shoqërore, mbrojtjes sociale etj, prandaj dhe unë ndërmorra këtë angazhim me synimin për të pasuruar doktrinën shqiptare me një punim të mirëfilltë në fushën e sigurimit shëndetësor.

E drejta shëndetësore dhe mbrojtja sociale janë afirmuar në nivel ndërkombëtar me anë të akteve ndërkombëtare, si pjesë e sistemit të të drejtave të njeriut, që me Deklaratën Universale të të Drejtave të Njeriut si dhe të instrumentave ligjorë të Këshillit të Evropës siç janë Karta Sociale Evropiane apo Kodi Evropian i Sigurisë Sociale etj. Çështja e këtyre të drejtave është sot, më shumë se kurrë, pjesë e axhendave të politikave të shteteve evropiane dhe modeli social evropian, që mundohet të ofrohet ngrihet mbi parimet e njohura të solidaritetit, barazisë dhe drejtësisë sociale.

Në fakt politikat sociale dhe mbrojtja shëndetësore janë pjesë e politikave të brendshme të çdo shteti anëtar, prandaj ata i organizojnë sistemet e sigurisë sociale duke ju referuar akteve dhe instrumentave juridike kombëtare në nivel të brendshëm, por gjithmonë bazuar në instrumentat harmonizues dhe kordinues të Bashkimit European si në nivelin ekonomik ashtu edhe dhe atë social.

Tema e doktoraturës “E drejta e sigurimeve shëndetësore në legjislacionin shqiptarë” është e përbërë nga gjashtë kapituj. Në kapitullin e parë kemi trajtuar konceptet e përgjithshme, si rëndësia e trajtimit të temës mbi sigurimet shëndetësore, objektivat e këtij punimi dhe metodologjia e përdorur.

Po ashtu janë pjesë e këtij kapitulli pyetjet kërkimore dhe hipotezat. Kjo temë është trajtuar dhe konceptuar duke u bazuar në një bibliografi të pasur burimesh dhe referencash mbi të cilat u realizua punimi në fjalë.

Kapitulli i dytë me titull “Vështrim mbi historikun e lindjes dhe evoluimit të sigurimeve shëndetësore”, përshkruan evoluimin e sigurimeve shëndetësore në periudha të ndryshme, duke filluar që nga konceptimi i termit sigurim shëndetësor e deri në konsolidimin të tij në nivel global dhe në Shqipëri.

Kapitulli i tretë i referohet tërësisht “Sigurimit shëndetësor në kuadrin e të drejtës ndërkombëtare dhe europiane”. Në këtë kapitull trajtohet e drejta e sigurimit shëndetësor dhe e kujdesit shëndetësor në këndvështrimin e instrumenteve juridike ndërkombëtare duke paraqitur njëkohësisht dhe aktet ndërkombëtare, që e garantojnë dhe e promovojnë të drejtën për sigurim shëndetësor në nivel global. Ky kapitull trajton edhe institucionet përgjegjëse për sigurimin e së drejtës shëndetësor në nivel ndërkombëtar siç janë Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Organizata Ndërkombëtare e Punës. Në lidhje me instrumentet juridike europiane jemi përqendruar tek aktet juridike kryesore europiane dhe tek Rregullorja Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”, ndërsa në fund të kapitullit sjellim dhe eksperiencën e disa vendeve europiane lidhur me sigurimet shëndetësore.

Kapitulli i katërt me titull “Sigurimi shëndetësor në Shqipëri dhe kuadri institucional i saj” përqendrohet tek e drejta e sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, duke dhënë kuptimin e së drejtës për sigurim shëndetësor, si një e drejtë themelore kushtetuese. Në këtë pjesë jepet një vështrim i përgjithshëm mbi tiparet e sigurimit shoqëror dhe shëndetësor duke u fokusuar në skemën e sigurimeve shëndetësore, në sistemin e kontributeve, te kategoritë e siguruara të popullsisë, të kartës së shëndetit etj. Kapitulli jep gjithashtu edhe një vështrim mbi kuadrin institucional të sigurimeve shëndetësore. E drejta për sigurim shëndetësor në legjislacionin shqiptar është pjesë e sistemit të mbrojtjes shoqërore dhe shëndetësore. Një e drejtë e tillë është ngritur për të ligjëruar të drejtat themelore kushtetuese të njeriut, e përcaktuar në Kushtetutë, e cila mënyrë të qartë deklaron, se shteti brenda kompetencave kushtetuese dhe mjeteve të mundshme, si dhe në përmbushje të nismave dhe përgjegjësi private synon standarde të mundshme më të larta në fushën e shëndetit, rehabilitimit fizik, mendor dhe mjekësor si dhe objektiva të tjera sociale¹. Në Kushtetutë e drejta për sigurimin shëndetësor ka zënë vend në grupin e të drejtave ekonomike e sociale dhe është një e drejtë pozitive, që kushtëzon zbatimin e kësaj të drejte me një ligj të veçantë².

Kapitulli i pestë me titull “Përfitimet e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, kontratat dhe jurisprudenca e gjykatave shqiptare” përqendrohet në përfitimet e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit, siç janë përfitimet e listës

¹ Shih nenin 59, Kushtetuta e Shqipërisë

² Kushtetuta e Shqipërisë, Neni 55, Përcakton se “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”.

së barnave, përftimet e shërbimeve shëndetësore në kuadrin e kujdesit parësor dhe spitalor. Sistemi i kontraktimit është një nga pjesët më të rëndësishme të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, i cili vërteton disponueshmërinë e Fondit për kontraktimin e dhënësve të shërbimeve shëndetësore si dhe kontraktimit të paketave të shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, që mbulohen nga kjo skemë. Në këtë pjesë trajtohet edhe jurisprudenca, në fakt e munguar në lidhje me personat e siguruar të skemës së sigurimit shëndetësor dhe kjo mund të jetë kushtëzuar, pasi individët e siguruar nuk lidhin drejtpërdrejt kontratë me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe për rrjedhojë nuk mund t'i drejtohen gjykatave për të paditur Fondin, në rast të cënimit të drejtave të tyre për sigurim dhe mbrojtje shëndetësore. Por, këtë të drejtë aktualisht e ka rregulluar në mënyrë perfekte vitet e fundit, ligji për gjykatën administrative, e cila tashmë është organi kompetent për gjykimin e mosmarrëveshjeve në fushën e sigurimeve shëndetësore. Neni 11/4, i Ligjit nr. 49/2012 “Për organizimin dhe funksionimin e gjykatave administrative dhe gjykimin e mosmarrëveshjeve administrative” i ndryshuar, citon në mënyrë eksplicite se, *“Paditë për mosmarrëveshjet që lidhen me mbrojtjen e të drejtave, lirive dhe interesave kushtetues dhe ligjorë, që rrjedhin nga sigurimet shoqërore dhe shëndetësore, ndihma ekonomike dhe pagesa e aftësisë së kufizuar, përveç sa është parashikuar në këtë ligj, shqyrtohen në gjykatën administrative të shkallës së parë, që përfshin territorin ku paditësi ka banimin ose vendqëndrimin”*.

Në kapitullin e gjashtë jepen konkluzionet dhe rekomandimet e studimit. Tema përfshin si pjesë përbërëse të saj bibliografinë mbi të cilat është mbështetur ky studim

1.1. Qëllimi i studimit dhe rëndësia e tij.

Ky studim ka marrë shkas nga problematikat lidhur me kuadrin rregullator të sistemit të sigurimit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë dhe synon të evidentojë, që procesi i evoluimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore nuk ka qenë një rrugëtim i lehtë për shoqërinë njërëzore po ashtu dhe për vendin tonë. Historia ka treguar se individët bëjnë përpjekje të vazhdueshme për të marrë përfitime në bazë të nevojave sociale, duke u bazuar në pagesën e kontributeve të sigurimeve, si edhe mbi bazën e përfshirjes në skemat e mbrojtjes sociale. Sistemi i sigurimeve shëndetësore është pjesë e mbrojtjes sociale dhe ka për qëllim mbrojtjen e popullatës nga fenomene sociale si sëmundjet, duke përcaktuar rregullat e ndërveprimit social për krijimin e fondeve financiare të mbrojtjes shëndetësore bazuar në parimin e solidaritetit social për grupet e popullatës me të ardhura të ulëta. Barazia në skemën e sigurimit shëndetësor është e shprehur në gjithëpërfshirjen e sigurimit shëndetësor, në solidaritetin, në mbrojtje të grupimeve në risk, në kujdesin shëndetësor të garantuar nga ligji, përmes një shërbimi shëndetësor gjithëpërfshirës, pa përjashtuar nga skema e sigurimit ato grupe të popullatës që nuk kanë mundësi të paguajnë, pra që të derdhin kontributet për të marrë shërbim shëndetësor.

Një shoqëri e lirë përmban në vetvete si interes parësor të drejtat e individit. Duke iu referuar zhvillimeve historike të shoqërive, preokupacioni kryesor i së drejtës ka qenë afirmimi i lirive kundrejt krijimit të legjislacionit dhe strukturave juridike që nënkuptojnë në vetvete realizimin dhe garantimin e tyre.

Një sistem shëndetësor ideal do të ishte ai sistem që është i aftë të ofrojë shërbimin shëndetësor bazë, lehtësisht të arritshëm e cilësisht të pranueshëm për popullatën dhe me efikasitet të lartë, objektiv ky i cili vazhdon të jetë një nga sfidat më të forta me të cilat përballlet sistemi i shërbimit shëndetësor aktualisht në nivel global. E drejta për kujdes shëndetësor dhe garantimi i të drejtave të barabarta në kujdesin shëndetësor, bazuar në parimin e mosdiskriminimit është një e drejtë themelore e individit e cila sanksionohet dhe shprehet qartë në Kushtetutë. Sistemi i kujdesit shëndetësor funksionon i mbështetur në efikasitetin dhe cilësinë e shërbimit, duke garantuar sigurinë e pacientit dhe paanësinë. Një popullatë e shëndetshme është një parakusht për një ekonomi produktive dhe me të ardhme ndaj dhe synimi i çdo shteti është rritja e aksesit, e gamës dhe e cilësisë së shërbimeve shëndetësore si dhe garantimi i burimeve financiare që ndikojnë në jetëgjatësinë e një shëndeti të mirë. Gjatë punimit kemi evidentuar disa nga problematikat e sistemit të sigurimeve shëndetësore si rritja e cilësisë së shërbimit për qytetarët në sistemin e kujdesit shëndetësor, që vazhdon ende të jetë një sfida, e cila kërkon përfshirjen e shumë aktorëve në këtë ndërmarrje. Ndryshimet në lidhje me menaxhimin dhe financimin e shërbimeve shëndetësore pasqyrohen në standardizimin, në të gjithë vendin të infrastrukturës mjekësore, nisur nga fakti që ky ndryshim do të përkthehet në kujdes shëndetësor me cilësi më të lartë ndaj qytetarëve shqiptarë. Sistemi ynë shëndetësor në fakt vazhdon ende të mos parashikojë përfitimet familjare.

Parimi i ligjshmërisë në thelb, në lidhje me të drejtat e njeriut, nënkupton që ligji të parashikojë në radhët e dispozitave të tij të drejtat dhe liritë themelore. Kjo do të thotë se ligji jo vetëm njeh të drejtat dhe liritë, por edhe saktëson kufijtë e ligjërimit të këtyre

të drejtave, hapësirën e realizimit të tyre, dhe në raste të caktuara, vendos kufizime të caktuara për ushtrimin e disa të drejtave të veçanta. Gjatë viteve të fundit është evidentuar një tendencë në rritje e respektimit të të drejtave dhe fuqizimit të rolit të pacientëve në Shqipëri. Në 6 nëntor të vitit 2009 u miratua akti i parë administrativ, i cili i referohet tërësisht zbatimit dhe respektimit të të drejtave të pacientit, duke u quajtur Karta Shqiptare e të Drejtave të Pacientit.

Nisur nga rëndësia që ka përmbushja e detyrimit kushtetues për të drejtën e sigurimit shëndetësor në respektimin e lirive dhe të drejtave të njeriut, në këtë punim do të parashtrojmë dhe do të analizojmë problemet që ekzistojnë në përmbushjen e këtij detyrimi kushtetues. Çështjen e sigurimeve shëndetësore do ta shohim si pjesë të të drejtave kushtetuese, ashtu si dhe rregullat dhe mënyrën e zbatimit të kësaj të drejte në legjislacionin tonë.

Ky punim synon të realizojë po ashtu një studim të hollësishëm dhe gjithëpërfshirës të legjislacionit vendas lidhur me këtë çështje si dhe të analizojë tiparet, format e organizimit institucional, mjetet juridike të zbatimit të kësaj të drejte dhe ndarjen e përgjegjësisë ndërmjet aktorëve të ndryshëm të përfshirë. Po ashtu do të analizojmë në nivel krahasues përjasjen e legjislacionit kombëtar me atë ndërkombëtar dhe europian duke e krahasuar me instrumentet më të rëndësishme të fushës së mbrojtjes shoqërore si Rregullorja Nr. 883/2004 e Bashkimit European duke konfirmuar përputhjen me parimet dhe politikat kryesore të tyre.

1.2. Burimet e referimit

Burim referimi bazë për këtë punim është legjislacioni kombëtar, ndërkombëtar dhe europian mbi sigurimet dhe mbrojtjen shëndetësore. Do t'i referohemi dispozitave ligjore shqiptare, për të nxjerrë se çfarë parashikon ligji dhe se si veprohet në praktikë, për të zbatuar legjislacionin e sigurimeve shëndetësore, çfarë duhet të ndryshohet dhe të përmirësohet për të qënë në përputhje me standartet Europiane. Shqyrtimi i literaturës kombëtare do të na japë një panoramë të qartë të standardit të cilësisë në lidhje me kujdesin dhe mbrojtjen shëndetësore në vendin tonë.

Literatura e huaj po ashtu, është pjesë esenciale e këtij studimi me anë të së cilës evidentohen përparësitë, eksperiencia e vendeve europiane në kontekstin e sigurimeve dhe mbrojtjes shëndetësore. Aktet që trajtojnë drejtpërdrejtë të drejtën për sigurim shëndetësor, me anë të të cilave kemi arritur të eidentojmë deficitin ligjor kombëtar për të drejtën shëndetësore, të cilat janë të karakterit ndërkombëtar dhe rajonal.

Aktet e karakterit ndërkombëtar janë Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut, Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore, Konventa për të Drejtat e Fëmijës, Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre, Konventa e personave me aftësi të kufizuar etj. Aktet me karakter rajonal dhe jo pak të rëndësishme janë Karta Sociale Europiane, KEDNJ-ja dhe Rregullorja Nr. 883/2004 e Bashkimit Europian.

Pjesë e rëndësishme e studimit tonë do të jenë përveç, autorëve apo studiuesve shqiptare e të huaj, edhe burimet, botimet zyrtare të institucioneve ndërkombëtare, siç janë organizatat e ONP-së dhe ISSA në kuadër të skemave së sigurimeve shëndetësore.

Nëpërmjet këtyre botimeve do të njihemi me përkufizime e vlerësime teorike, me analiza praktikash e studimesh të institucioneve ndërkombëtare duke analizuar në raport me kuadrin ligjor ekzistues shqiptar.

1.3. Pyetje dhe hipoteza

Tema në tërësi do të fokusohet në shpjegimin e rrugëtimit që ka ndjekur evoluimi i të drejtës për sigurim shëndetësor, duke u ndalur në fillesat e tij në trajtimin e instrumenteve juridike ndërkombëtare dhe evropiane. Analiza jonë konsiston gjithashtu në përmirësimet dhe evoluimin ligjor të së drejtës shëndetësore në vendin tonë. Megjithatë, pavarësisht objektivit të përgjithshëm ishte e nevojshme të rëndisim dhe disa objektiva të tjera, që na kanë udhëhequr në fillimet e kësaj iniciative shkencore. Studimi që do të ndërmarrim në këtë fushë ka karakter përshkrues, analitik si dhe krahasimor dhe synon të evidentojë risitë që ka pasur sistemi i sigurimit shëndetësor së bashku me përmirësimet të cilat duhet ta pasojnë atë.

Punimi është një analizë e rëndësishme për të kuptuar se sa efektiv është legjislacioni i fushës për të realizuar të drejtën kushtetuese për sigurim shëndetësor, të drejtën për një kujdes shëndetësor të barabartë për cilindo. Për të analizuar këtë tematikë kemi ngritur fillimisht disa pyetje kërkimore të cilat janë:

- Çfarë është e drejta për sigurim shëndetësor dhe a garantohet kjo e drejtë nga legjislacioni shqiptar ?

- Cilat janë aktet juridike ndërkombëtare dhe evropiane në lidhje me njohjen dhe zbatueshmërinë e të drejtës për sigurim shëndetësor në nivel global dhe cili është roli i tyre ?
- Mbi cilat parime është zhvilluar dhe mbështetet skema e sigurimeve shëndetësore në vendin tonë ?
- A është përqasur legjislacioni shqiptar me atë evropian në lidhje me sanksionimin e parimeve të sistemeve të sigurimeve shëndetësore?
- Kush janë subjektet e sigurimit shëndetësor dhe çfarë përfitojnë ata nga skema e sigurimeve shëndetësore ?
- Si realizohet financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor ?
- A mundet legjislacioni shqiptar aktualisht t`i ofrojë mbrojtje juridike subjekteve të siguruar ?

Punimi është realizuar për qëllime kontributive modestë akademike nisur nga fakti se aktualisht mungojnë studime të mirëfillta të cilat trajtojnë sistemin e sigurimeve shëndetësore në Shqipëri. Punimi i kësaj teme është konceptuar si një sfidë profesionale, nisur edhe nga konstatimi personal i problematikave me të cilat përballlet kujdesi shëndetësor çdo ditë.

Hipoteza

- Legjislacioni i të drejtës për sigurim shëndetësor sot përballet me nevojën e pashmangshme për reforma ligjore, me qëllimin që të realizohet konsolidimi i skemës së sigurimeve shëndetësore duke u fokusuar në cilësinë dhe larminë e ofrimit të shërbimeve shëndetësore ndaj shoqërisë.
- Administrimi dhe menaxhimi i sigurimeve shëndetësore vetëm nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, nuk ofron hapësira për përmirësimin e tij dhe shtimin e shërbimeve ndaj qytetarëve, prandaj shohim të nevojshme në ditët e sotme krijimin e hapësirave të nevojshme ligjore për krijimin e Fondeve private. Pra, decentralizimi i skemës së sigurimit dhe shërbimit shëndetësor do të krijonte hapësira për sigurime shëndetësore private, të nevojshme për një shoqëri bashkëkohore, njësoj si vendet e tjera europiane.
- Po ashtu, shohim të nevojshme, se duhet të përfshihet skema e përfitimeve familjare, pasi në legjislacionin tonë për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor parashikohen dhe ofrohen vetëm përfitimet personale. Referuar eksperiencave të vendeve europiane konstatojmë, se skema e përfitimeve familjare e sigurimit shëndetësor është esenciale, ndaj për këtë arsye rekomandojmë përfshirjen e përfitimeve familjare në skemën e sigurimit të detyrueshme të kujdesit shëndetësor shqiptar.

1.4. Metodologjia e kërkimit

Kërkimi shkencor, pothuajse gjithmonë bazohet në metoda klasike si përshkruese, analitike, interpretuese etj. Edhe në këtë punë kërkimore do të mbizotërojnë këto metoda, duke u fokusuar në interpretimin dhe analizën e legjislacionit të sigurimeve shëndetësore, pasi aty është vendi ku përballet individ i për të realizuar të drejtën e tij për sigurim shëndetësor, si një nga të drejtat themelore kushtetuese për mbrojtje shëndetësore.

Në këtë punim do të mbizotërojë *metoda cilësore*, për vetë karakteristikat që paraqet fusha e së drejtës, duke mënjanuar këtu, metodat sasiore e cila më tepër do t'i shërbente një raporti statistikor, gjë që nuk është në qëllimin e këtij disertacioni.

Një aspekt tjetër i punimit është *dhe kërkimi doktrinar* ose mbledhja dhe përpunimi i literaturës, që konsiston në kërkimin dhe studimin e literaturës në lidhje me të drejtën për sigurim dhe mbrojtje shëndetësore. Mbledhja e librave, monografive, artikujve shkencorë, kumtesave të konferencave kombëtare dhe ndërkombëtare në fushën shëndetësore si dhe zgjedhja e literaturës është shtrirë mbi një numër relativisht të konsiderueshëm të autorëve të huaj.

Gjithashtu punimi do të shoqërohet dhe nga *përshkrimi historik*, i cili do të zërë vend në kreun e dytë dhe të fundit të punimit shkencor me qëllimin për të treguar evolucionin gradual të drejtës për sigurim dhe mbrojtje shëndetësore, si në nivel evropian ashtu edhe shqiptar. Kjo metodë na konturon frymën politike dhe sociale në të cilën kanë evoluuar këto të drejta në fushën shëndetësore.

Metoda e *konsultimit të praktikës gjyqësore* është gjithashtu një metodë mjaft e rëndësishme e këtij punimi, e cila shërben për të parë mënyrën e interpretimit dhe

zbatimit praktik të gjykatave europine të drejtësisë, që i kanë bërë të drejtës për sigurim dhe mbrojtje shëndetësore. Në këtë kuadër, duhet theksuar fakti që, praktika gjyqësore shqiptare në fushën e sigurimeve shëndetësore , është akoma shumë e varfër, pasi ka jurisprudencë të paktë në lidhje me mosmarrëveshjet administrative te dhënësve të shërbimit shëndetësor dhe Fondit (ish-ISKSH) dhe gjithashtu theksojmë se është gjetur vetëm një praktikë gjyqësore në lidhje me mbrojtjen e të drejtës për sigurim shëndetësor të personave te siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Metodologjia e përdorur bazohet në një studim të hollësishëm dhe *analizë ligjore* të akteve ndërkombëtare dhe europiane , si Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut, Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre , Konventa për të Drejtat e Fëmijes, Karta Sociale Europiane, si dhe të instrumentave ligjore të Këshillit të Evropës.

Gjithashtu një rëndësi të madhe në këtë punim merr analiza ligjore e normave juridike, akteve ligjore dhe nënligjore që rregullojnë skemën e sigurimeve shëndetësore, siç është ligji për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor etj.

Metodologjia e përdorur bazohet në burime parësore dhe burime dytësore, të mbledhura në një periudhë trevjeçare, e cila daton me fillimin e studimeve doktorale dhe është një literaturë e pasur, e cila ka qenë pikënisje e analizës, vështrimit kritik si dhe ofrimit të një këndvështrimi të ri të trajtimit të drejtës për sigurim shëndetësor. Në burimet parësore vend të veçantë zënë Kushtetuta, kodet, aktet juridike në nivel ndërkombëtar, rajonal dhe europian, ligjet, si dhe aktet e tjera nënligjore, të cilat do të vijnë këtu nëpërmjet metodës interpretative. Ndërsa në burimet dytësore do të përmendja literaturë

të ndryshme, të botuara nga studiues të së drejtës si brenda dhe jashtë vendit, punime shkencore, akademike, raporte të institucioneve ndërkombëtare .Gjithashtu ky punim shoqërohet me burime nga interneti etj.

1.5. Mundësitë dhe kufizimet e punimit

Fusha në të cilën shtrihet studimi ynë është e tërësisht e gjerë, por në të hasim dhe kufizime të natyrës kohore. Është e kufizuar në kohë pasi studimi ynë kufizohet në mënyrë të tërthortë me lindjen e *instrumentëve klasikë të drejtës për sigurim shëndetësor shqiptar*, e cila daton pikërisht në fillimin e vitit 1995, e duke vazhduar më tej me përshkrimin e të gjithë rrugëtimit që ka pësuar legjislacioni i sigurimeve shëndetësore deri në ditët e sotme.

Gjatë fazës së parë për realizimin e punimit shkencor shprehemi, se gjetja e literaturës në këtë fushë nuk ka qenë e thjeshtë, pasi në gjuhën shqipe pothuajse mungojnë punime të mirëfillta në fushën e të drejtës për sigurim shëndetësor. Gjithashtu, konsultimi me jurisprudencën gjyqësore shqiptare në këtë fushë ka qenë i papërfillshëm në rastin e çështjeve të marra në shqyrtim nga ana e gjykatave civile apo administrative që lidhen me mbrojtjen e të drejtave, lirive dhe interesave kushtetues dhe ligjorë, që rrjedhin nga sigurimet shëndetësore të personave të siguruar.

Kërkimi shkencor në një pjesë të punimit të tij ka në fokus analizën krahasimore dhe ka qenë fillimisht e vështirë gjetja e materialeve të nevojshme për Shtetet Anëtare të Bashkimit Evropian në lidhje me këtë të drejtë, pasi politikat shëndetësore të BE/së në

fushën e sigurimit shëndetësor varen nga kushtet ekonomike dhe sociale këtyre shteteve dhe mbeten kompetencë ekskluzive e tyre.

Ky studim përfshin gjithashtu sigurimin shëndetësor dhe financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

Studimi synon të bëjë një analizë relativisht të gjerë të subjekteve kontributeve, subjekteve përfituese, subjekteve kontraktuese të dhënies së shërbimit shëndetësor etj.

Pavarësisht kufizimit “të imponuar” në punim jemi munduar të analizojmë një literaturë të pasur për sa i përket instrumenteve europiane duke u mbështetur në burimet dhe botimet zyrtare të institucioneve ndërkombëtare, siç janë organizatat e ONP-së dhe ISSA-s në kuadër të skemave të sigurimeve shëndetësore.

KAPITULL II: VËSHTRIM MBI HISTORIKUN E LINDJES DHE EVOLUIMIT TË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

2.1. Lindja e sigurimeve shëndetësore

Të drejtat ekonomike, sociale dhe kulturore janë të drejtat themelore të individit, tashmë të sanksionuara, të mbrojtura si në nivel kombëtar ashtu dhe në nivel ndërkombëtar (Bachelet, 2011:10). Edhe pse koncepti për të drejtat e njeriut ka evoluar me kohën, përsëri disa koncepte kanë mbetur të patjetërsuara, duke treguar rezistencë ndaj ndryshimeve, dhe duke i shoqëruar në mënyrë të përhershme këto të drejta. Në zhargonin juridik përkufizimi i të drejtave të njeriut është tërësia e atyre të drejtave, të cilat individi mund t'i kërkojë vetëm për shkak të ekzistencës së tij si qenie njerëzore dhe që duhet të sigurohen edhe me ligj.³ Bazuar në këtë kontekst bëhet fjalë për të drejtat “natyrore”, “të lindura”, “të patjetërsueshme” në respektimin e të cilave legjitimohet një bashkësi politike. Të rezervuara fillimisht vetëm për kategori të caktuara të shoqërisë, të drejtat e njeriut përbënin një privilegj për disa kategori në krahasim me pjesën tjetër të shoqërisë. Nisur nga ky fakt evidentohet “diskriminimi” ndaj shtresave të caktuara në lidhje me certifikimin e individëve me këto të drejta. Natyrisht që disnivelet shoqërore janë shoqëruar gjithmonë me probleme të natyrave sociale si, p.sh, varfëria, pamundësia fizike dhe ekonomike për të pasur një nivel jetese brenda standardeve jetike etj (Garuoliene & Alonderis, 2011:2). Varfëria, për shembull shoqërohet me mungesën e mjeteve financiare për të përballuar shpenzimet, ndërsa

³ <http://www.slideshare.net/donartgeci/te-drejtat-e-njeriut>

sëmundja ecën në vijë paralele, me nevojën për mjekim. Në këtë kuadër shpërndarja e të ardhurave ndaj individëve në nevojë ka qenë një sfidë që ka ekzistuar qysh me lindjen e shoqërisë civile (Stabile & Thomson, 2014:15).

Koncepti i “mbrojtjes shoqërore”, për vetë rrethanat dhe nevojat me të cilat është përballur shoqëria, ka rrënjë të thella, prandaj fillesat e tij në formën më embrionale i gjejmë të lidhura me “konceptin e shpërndarjes së të ardhurave ndaj individëve në nevojë”, fenomen ky i cili ka shoqëruar njërëzimin deri në krijimin e shoqërisë ekonomike. Institucionet kryesore, të cilat sot i ka zëvendësuar shteti, që realizonin dhe menaxhonin shpërndarjen e ndihmave ishin fillimisht institucionet fetare dhe në veçanti kisha (Peto, 2011: 9). Duke gëzuar besimin e shoqërisë, por pa dyshim duke pasur edhe privilegje financiare, kisha konsiderohej si i vetmi institucion me karakter mbrojtës për të moshuarit, për individët në nevojë dhe kryesisht të sëmurët që kishin nevojë për përkujdesje afatgjatë. Ndihma që ofronte kisha, për kohën, ishte e rëndësishme për shoqërinë, por ishte e pamjaftueshme dhe shpeshherë nuk mbulonte as shpenzimet jetike shëndetësore me të cilat përballej individi. Jetesa pothuajse në kushte primitive, e pa mbrojtur dhe e pa organizuar, bëri që me zhvillimin e shoqërisë të shtoheshin gradualisht kërkesat për kushte më të mira jetese dhe për një shëndet të sigurt dhe të mbrojtur.

Në këtë moment shoqëria filloi të reflektojë problemet e para të mirëfillta të një shoqërie në zhvillim, probleme të cilat kërkonin vëmendje dhe zgjidhje. Kryesisht këto ishin probleme me karakter mbrojtës (Peto, 2011: 10) si:

1. mospagimi i paaftësisë për punë;
2. dëmshpërblimi për dëmtime në punë;

3. sigurimi i një pagese për kohën e paaftësisë për shkak të moshës;

Në kontekstin e këtyre ndryshimeve si edhe pas katastrofave të dy luftërave botërore, për shkak se individët ishin më të ekspozuar ndaj fenomeneve si papunësia dhe varfëria, solidariteti i individëve me shoqëritë dhe me ndihmat e gjithanshme, organizimi i tyre me arkat e punëtorëve etj, ishin format e para të sigurimit shoqëror dhe shëndetësor. Këto konsideroheshin si forma të dhënies së ndihmës për të përballuar shpenzimet e sëmundjes dhe nuk ishin të mjaftueshme. Në këtë reflektim pasqyrohet dhe dalin në pah arsyet kryesore që çuan në krijimin e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore, të cilat janë sëmundjet dhe varfëria (Berghman, 1997:17).

Sipas këtij pohimi të gjithë njerëzit gëzojnë të drejtën e kujdesit shëndetësor, dhe në bazë të konceptit të tij fillestar, sipas Pudersell është përgjegjësi e drejtpërdrejtë e shoqërisë të kujdeset për përballimin e fatkeqësive dhe problemeve shëndetësore (Pudersell, 2011:5-7).

Mekanizmat e parë, të konsideruara si “revolucion i social” që u përdorën për të përfituar këtë të drejtë ishin si grevat dhe protestat. Duhet të themi që përdorimi i këtyre mjeteve çoi në zgjerimin e ndjeshëm të numrit të subjekteve dhe numrit të shërbimeve, që përfitonin nga mbrojtja shëndetësore. Kështu, përveç sëmundjeve dhe dëmtimeve fizike, u kërkua të siguroheshin edhe për dëmtime fizike të shkaktuara nga puna, nga sëmundje profesionale⁴ dhe invaliditeti. Pavarësisht këtyre mekanizmave koha kërkonte që këto reforma dhe arritje të kishin një rregullim dhe fuqi ligjore. Koncepti i sigurimit

⁴ Shih Këshilli i Europës (2006) "Fjalor i Sigurimeve Shoqërore " Social institutions Support Programme. CARDS. Shkup “dëmtime shëndetësore të shkaktuara zakonisht nga ekspozime (të zgjatura) të një personi ndaj një rreziku shëndetësor gjatë kryerjes së detyrave të tij/saj profesionale. Si rregull, sëmundjet profesionale janë të përshkruara në mënyrë precize - dhe si rrezik që janë - mbulohen nga sigurimet shoqërore.”

shëndetësor, në kuptimin më të përafërt të tij, u propozua në vitin 1694, nga Hugo Chamberlen gjatë shekullit të XIX.(Jenson & Fernandez, 2007:20). Terminologjia që u përdor për sigurimin shëndetësor ishte “sigurimi nga aksidentet” i cili ishte i ngjashëm me sigurimin modern të paaftësisë shëndetësore. Ky model pagese zgjati deri në fillim të shekullit XX. (Bump, 2010: 10)

Sigurimi për aksidentet u ofrua për herë të parë në SHBA nga Kompania “Fraklin” e Sigurimit Shëndetësor në Masacuset. Kjo firmë u themelua në vitin 1850 dhe ofronte sigurim për dëmtimet nga aksidentet (Stabile & Thomson, S 2014:9).

Në vitin 1866 numëroheshin 60 firma, që ofronin një sigurim të tillë në Amerikë dhe kjo industri vazhdoi të zhvillohej me ritme të shpejta (Hana, 2013:4).

Pas suksesit të aplikimit në Amerikë, ofrimi i sigurimit shëndetësor në rast aksidentesh, si shërbim u zgjerua edhe në vendet e Europës. Gjermania ishte një vend i Europës, ku në vitet 1883-1889 u miratuan një sërë ligjesh mbi sigurimin në rast sëmundje si dhe mbi sigurimin në rast aksidenti në punë.

Në fakt për herë të parë sistemi i mirëfilltë i “sigurimit shëndetësor” u krijua në Gjermani. Ai konsiderohej si një skemë e rëndësishme sociale, që siguron mbulimin e shpenzimeve për kujdes shëndetësor (Companje& Hendriks, 2009:10). Në Gjermani sigurimi shëndetësor nënkuptonte sigurimin kundër rrezikut të shpenzimeve të larta mjekësore midis individëve në shoqëri (Barnighausen&Sauerborn, 2010:15). Kështu Gjermania dhe disa shtete të tjera të Europës morën nismën që, bashkë me qeveritë lokale, të krijonin fonde për sëmundje të punëtorëve, ku kontribuuesit ishin vetë punëtorët, të cilët ndjenin domosdoshmërinë për krijimin e një skeme për kujdes shëndetësor. Gjatë shekullit XX u zhvilluan skemat e sigurimeve shëndetësore

tradicionale nëpërmjet programeve publike dhe private të sigurimit, që mbulonin kostot rutinë, kostot parandaluese si dhe procedurat e kujdesit shëndetësor në rastet e urgjencës. Gjatë gjysmës së parë të shekullit XX, filluan të aplikohen politikat e sigurimeve shëndetësore në spitale (Lloyd, 2010: 30). Më tej u hartuan ato që u quajtën "plane shëndetësore", të cilat i referohen një marrëveshjeje bazë të kujdesit mjekësor, të ofruara sipas parimit të parapagimit, të cilat përfshinin një numër të caktuar të ditëve të kujdesit spitalor, një numër të caktuar vizitash shëndetësore në shtëpi etj. Përfitimi apo kjo pagesë administrohej nga një institucion qendror, që mund të ishte agjenci qeveritare, biznes privat apo organizatë jofitimprurëse.

Edhe me kapërcimin e suksesshëm të disa sfidave dhe të disa ndryshimeve të rëndësishme përsëri mbetet sfida mbulimi shëndetësor universal i ashtuquajturi "Universal Health Coverage"⁵ i sigurimit shëndetësor. Mbulimi universal shëndetësor ka potencialin për të transformuar jetën e miliona njerëzve, duke sjellë në qendër të kujdesit shëndetësor ata që kanë nevojë më së shumti. Në emër të mbulimit universal shëndetësor, disa donatorë dhe qeveri të vendeve në zhvillim janë duke promovuar skema të ndryshme të sigurimit shëndetësor. Këto skema i japin përparësi dhe synojnë mbrojtjen shëndetësore, për njerëzit të cilët janë shumë të varfër dhe ekonomikisht në pamundësi për të paguar sigurimet shëndetësore.

⁵ Shih "Fjalorin e mbrojtjes sociale", botim i Këshillit të Europës, në kuadrin e programit të përbashkët me Bashkimin Europian "Mbështetje për Institucionet e Mbrojtjes Sociale": Universal Health Coverage - do të thotë që të gjithë njerëzit të marrin trajtimin që u nevojitet, pa frikën e rënies në varfëri.

2.2. Kuptimi i sigurimit shëndetësor

Objektivi i shoqërisë sot është sigurimi i një mirëqenie sa më të lartë dhe humane për pjesëtarët e saj. E drejta për kujdes shëndetësor paraqet një nga të drejtat themelore të njeriut dhe për rrjedhojë një nga të drejtat që njeriu duhet të gëzojë. Në jetë individët përballen me pamundësi fizike dhe bëhen viktimë e aksidenteve dhe pre e sëmundjeve të natyrave të ndryshme (Trigg, 2011:1-2). Në jo pak raste ata mund të lindin të sëmurë dhe pavarësisht shkakut që sjell pamundësinë e tyre, ata kenë nevojë për një kujdes shëndetësor sa më eficient, që të mbrojë shëndetin e tyre dhe t'i ofrojë mundësinë të riaftësohen (Trigg, 2011:2). Sigurimi shëndetësor sot është një nga format më të zhvilluara të mbrojtjes shoqërore, pasi i detyron shtetasit edhe në mënyrë indirekte të kujdesen për vetveten, duke marrë në konsideratë gjithë nevojat e tyre shëndetësore. Në disa vende “sigurimi shëndetësor” shpesh herë është etiketuar si “mbrojtja shëndetësore” që shoqëria siguron për anëtarët e saj.

Konceptet juridike tradicionale të mbrojtjes shoqërore i gjejmë shprehimisht të përmendura në një sërë aktesh juridike në nivel ndërkombëtarë dhe evropian, si në Konventën e Organizatës Botërore të Punës, Nr. 102, Mbi standardet minimale të mbrojtjes sociale, Rregulloren Nr. 1408/71 e zëvendësuar me Rregulloren Nr. 883/2004 “Për mbrojtjen shoqërore”, të Bashkimit Evropian etj. Sigurimet sociale janë në vetvete skema mbrojtëse si, sigurimet shëndetësore, sigurimet shoqërore, ndihma ekonomike etj. Si një e drejtë elementare e njeriut, e drejta për kujdes shëndetësor është e rregulluar me norma ligjore dhe mund të themi, se sot shoqëria ka shkallën më të lartë të njohjes së kësaj të drejte jo më vetëm në nivel kombëtar, por edhe në nivel ndërkombëtar. Disa

dokumente për të drejtat e njeriut, të Kombeve të Bashkuara, e përcaktojnë shëndetin, si e drejta për një nivel jetese të mjaftueshëm për shëndetin dhe mirëqenien (Universal Declaration of Human Rights, 1948:71), ose nevojën për njohjen e standardit më të lartë të arritshëm të shëndetit fizik dhe mendor (International Convention on Economic, 1966:360). Sot rregullimi i kësaj të drejte bëhet në bazë të legjislacionit të brendshëm i ndikuar padyshim edhe nga e drejta ndërkombëtare.

Shteti, mbi bazën e parimit të mosdiskriminimit (Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë, 2008:5), luan rolin më të rëndësishëm si garant i mbrojtjes të së drejtës për kujdes shëndetësor dhe për krijimin e një sistemi shëndetësor.

Mbrojtja sociale është një element shumë i rëndësishëm i shoqërisë, pasi ajo përmban në vetvete disa sisteme mbrojtëse, që kanë të bëjnë me sigurinë sociale. Siguria sociale përbën tërësinë e një sistemi për mbrojtjen e shtetasve kur ata goditen nga ngjarje sociale (Peto, 2011: 18). Sistemet e sigurimeve shëndetësore janë pjesë e sigurisë sociale dhe kanë për qëllim mbrojtjen e individëve nga ngjarje që lidhen me shëndetin e tyre. Sigurimet shëndetësore realizojnë mbulimin e shpenzimeve lidhur me kujdesin shëndetësor në rastin e sëmundjeve. Sëmundja shoqërohet me nevojën për mjekim dhe si rezultat kërkohen mjete të konsiderueshme financiare për përballimin e kësaj nevoje. Është pikërisht ndërhyrja e shtetit si katalizator që vendos dhe sanksionon struktura apo skema financiare për mbulimin dhe për financimin e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore në rastin e sëmundjeve (Banka Botërore Raport, 2006:11).

Një sistem shëndetësor ideal do të ishte ai që është i aftë të ofrojë shërbimin shëndetësor bazë, lehtësisht të arritshëm e cilësisht të pranueshëm për popullatën dhe me efikasitet të lartë. Objektivi kyç i politikave shëndetësore të shumë vendeve,

përfshirë këtu edhe Shqipërinë, është të kujdeset që individët të kenë mundësi të mjaftueshme përdorimi të shërbimeve esenciale (bazë) të kujdesit shëndetësor dhe që popullata të jetë sa më shumë e mbrojtur kundrejt kostove të larta për shëndetin. Financimi i kujdesit shëndetësor ka aplikuar sisteme të ndryshme taksimi dhe kontributesh në lidhje me krijimin e burimeve financiare të skemave të sigurimit shëndetësor.

Në Shqipëri, sigurimi i detyrueshëm shëndetësor bazohet në kontributet e të punësuarve, e të punëdhënësve, të shtetit dhe në burime të tjera për persona të tjerë, bazuar në parimin e solidaritetit⁶. Sigurimi shëndetësor bëhet garant për mbrojtje shëndetësore, apo lehtësira të tjera me karakter ndihmës në drejtim të personave të paaftë për punë, si pasojë e moshës, paaftësisë së përhershme, paaftësisë së përkohshme dhe papunësisë (Writgh & Rechel, 2012:23). Duke vlerësuar rrezikun e përgjithshëm të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor, një sigurues mund të zhvillojë një strukturë rutinë financiare, që është një pagesë mujore ose një formë takse në pagë, për të siguruar që në të ardhmen të ketë mjete financiare në dispozicion për të paguar kujdesin shëndetësor, të përcaktuar në marrëveshjen e sigurimit. Përfitimi ose kjo pagesë administrohet nga një organizatë qendrore që mund të jetë agjenci qeveritare, biznes privat apo organizatë jofitimprurëse. Por sigurimi shëndetësor mund të jetë dhe një kontratë në mes të një ofruesi të sigurimit dhe një individi, ku ofruesi i sigurimit mund të jetë shteti apo agjenci sigurimi private⁷. Kontrata mund të jetë me afat të caktuar dhe e rinovueshme sipas sigurimit privat të

⁶ Shih nenin 4/1, Ligji 10383, datë 24.02.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar

⁷ http://www.feut.edu.al/images/tema_e_hana.pdf

ofruar dhe përmban përfitimet dhe sasi të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor që mbulohen nga sigurimet shëndetësore private.

Në rastin kur ofrues është Fondi,⁸ në sistemin shqiptar, sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm për të gjithë popullsinë dhe aplikohet sipas planeve kombëtare të sigurimit dhe të kujdesit shëndetësor, etj. Politikat e zakonshme të sigurimit shëndetësor janë të tilla që mbulimi i sigurimit shëndetësor mund të paguajë vetëm për një pjesë të shpenzimeve për kujdes shëndetësor, por në mjaft vende këto skema aplikojnë programe shëndetësore dhe sisteme sociale që përjashtojnë qytetarët nga pagesat e drejtpërdrejta (Raport of Center for Economics and Social Rights, 2004:15).

Efektiviteti dhe efienca me të cilën sistemi i kujdesit shëndetësor arrin rezultate shëndetësore dhe përballon mbrojtjen e popullsisë ndaj rreziqeve të shëndetit kushtëzohen dhe ndikohen ndjeshëm nga niveli i burimeve, që përdoren për sektorin e shëndetësisë, nga mënyra se si alokohen, menaxhohen dhe shpërndahen këto burime.

2.3. Karakteri solidar dhe universal i sigurimeve shëndetësore

Solidariteti është kurë e domosdoshme për lirinë dhe shoqërinë, pasi që përdorimi i shkujdesur i lirisë është gjithnjë në kurriz të tjetrit. Për këtë arsye, nëse korniza e Komunitetit është të jetë i qëndrueshëm, duhet po ashtu të njohë solidaritetin e anëtarëve të tij si parim fundamental, dhe të ndajë në mënyrë të barabartë dhe të drejtë

⁸ Shih nenin 2, Ligji 10383, datë 24.02.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar. Ky ligj përcakton statusin ligjor, strukturën, funksionet dhe veprimtarinë e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (më poshtë i quajtur Fondi), i cili menaxhon financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

midis vendeve anëtare, si prosperitetin ashtu edhe barrën.⁹ Në aspektin social, solidariteti është një element i rëndësishëm i natyrës njerëzore, që e pozicionon atë në majën e piramidës së jetës dhe ai është shpesh ekskluziv, i kufizuar në mëvetësinë e një grupi social.¹⁰ (Këshillit të Europës, 2006:40). Kujdesi ndaj shtresave të caktuara të shoqërisë, për të cilat nevojitet një përkujdesje kolektive, ka qenë ndër sfidat më të lashta të historisë njerëzore. Kjo dallohet me kalimin e shoqërisë njerëzore nga bashkësitë primitive në shoqëritë e organizuara, nga ku interesi i përgjithshëm fiton mbi egon individuale duke marrë në këtë mënyrë në konsideratë kërkesat e shumta të shoqërisë¹¹. Arsyet e pabarazive kanë kryesisht karakter ekonomik, social, mjedisor, biologjik dhe gjenetik, të cilat në mënyrë të pashmangshme krijojnë dukuri sociale, si familjet e varfra, individët me arsim të kufizuar, të papunët, familjet me një prind apo vetëm me të moshuarit, pra është pikërisht tërësia e këtyre faktorëve që krijojnë pabarazitë sociale.

Historia për drejtësi sociale ka reflektuar përpjekjet njerëzore për të marrë përfitime dhe shërbime në bazë të nevojave sociale duke u bazuar në pagesën e kontributeve të sigurimeve, si dhe përfshirjen në skemat e mbrojtjes sociale, të cilat shprehin solidaritetin social për grupet e popullsisë me të ardhura të ulëta. Sistemi i sigurimeve shëndetësore është pjesë e mbrojtjes sociale, që synon mbrojtjen e popullatës ndaj rrezikut të përballimit të përkeqësimit të shëndetit, duke përcaktuar rregullat e ndërveprimit social për krijimin e mjeteve financiare të mbrojtjes

⁹ <http://www.slideshare.net/lorencgordani/lecture-on-the-fundamental-rights-and-values-of-the-european-union-in-albanian-language-by-dr-lorenc-gordani-05012015-tirana-albania>

¹⁰ Fjalori i mbrojtjes sociale, botim i Këshillit të Europës

¹¹ <http://www.fesprishtina.org/wb/media/Publications/2012/Sigurimet%20shendetesore%20nje%20e%20d%20rejte%20e%20vonuar%20-%20final.pdf>

shëndetësore (Bump, 2010:20). Barazia në skemën e sigurimit shëndetësor është e shprehur në gjithëpërfshirjen e sigurimit shëndetësor, në solidaritetin, në mbrojtje të grupimeve në risk, në kujdesin shëndetësor të garantuar nga ligji, përmes një shërbimi shëndetësor gjithëpërfshirës, pa përjashtuar, nga skema e sigurimit, ato grupe të popullatës që nuk kanë mundësi të paguajnë (të derdhin kontribute) për të marrë shërbim shëndetësor (Companje& Hendriks, 2009:55). Është pikërisht shteti, garantuesi i vetëm i të drejtave sociale të shtetasve të tij, që ka konfiguruar historikisht raportin, balancën dhe parimin universal të pjesëmarrjes së kategorive sociale. Koncepti i solidaritetit social përbën parimin themelor të sistemit të sigurimeve shëndetësore dhe nënkupton subvencionin e sistemit midis të varfërve dhe të pasurve (Colombo & Mercier, 2011:6), pra kontributet e njerëzve me të ardhura të pakta dhe të pamjaftueshme mund të financohen nga qeveria, në mënyrë që këta të përfshihen në sistem. Sistemi i sigurimeve shëndetësore funksionon në bazë të një skeme financimi, e cila realizohet në varësi të politikave shëndetësore të shtetit dhe në Shqipëri kjo skemë u aplikua për herë të parë mbi burime të ndryshme financiare¹².

Universaliteti i sigurimit shëndetësor konsiston në aplikimin e një veprimtarie ligjore, përfitimi dhe shërbimi në të gjithë territorin e një shteti dhe për të gjithë anëtarët e komunitetit të tij. Nëpërmjet universalitetit synohet të arrihet ndërgjegjësimi i individëve për të qenë pjesë aktive e sistemit të sigurimeve shëndetësore e jo t'i

¹² Shih nenin 3, të Ligjit Nr. 7870, i Kuvendit Popullor të Republikës së Shqipërisë, datë 13.10.1994 “Për Sistemin e Sigurimeve Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë i cili përcakton shprehimisht se “Kujdesi shëndetësor financohet nga:

- a) Sigurimet shëndetësore të detyrueshme;
- b) Shteti;
- c) Pagesat e drejtpërdrejta të shtetasve”;
- ç) Sigurimet shëndetësore vullnetare suplementare.

shmangen detyrimeve që ky sistem kërkon të realizojë. Parimi i universalitetit, synon të realizojë në mënyrën më efikase kontrollin dhe administrimin e sistemit të mbrojtjes shëndetësore duke u bazuar në organizimin e skemave të përfitimeve në mënyrë të tillë, që të sigurojë një mbrojtje universale për të gjithë individët e shoqërisë. Zbatimi i parimit të universalitetit nënkupton zbatimin e politikave shëndetësore në mënyrë të barabartë dhe sa më përfituese për të gjithë individët.

2.4. Modelet e sistemeve të sigurimeve shëndetësore

Në botë njihen sisteme të ndryshme shëndetësore dhe sisteme të ndryshme të financimit të tyre (Pudersell& Ruutel, 2011:7). Format e para të sigurimit shëndetësor kanë qenë të bazuara, dhe për vetë kushtet, në solidaritetin e individëve me shoqëritë e ndihmave të gjithanshme, me arkat e punëtoreve etj, të cilat u konsideruan forma të dhënies së ndihmave për të përballuar shpenzimet e sëmundjes. Ashtu si shoqëritë e ndihmave edhe arkat e punonjësve kishin vetëm një burim financimi, dhe ky ishte kontributi i personave aderues, por ky kontribut ishte në përmasa modeste dhe jo gjithmonë i rregullt. Ky kontribut shkonte kryesisht për sëmundjet dhe dëmtimet fizike, por ishte i pamjaftueshëm për të përballuar kërkesat e shoqërisë, ndaj u ndje nevoja për një rregullim të ndryshëm dhe mbi të gjitha që të ishte në funksion të kërkesave të shoqërisë. Sot shoqëria njihet një sistem shëndetësor më të strukturuar për sa i takon subjekteve, formës dhe sasisë së kontributit. Ajo që mund të duket krejt normale në një skemë të caktuar sigurimi shëndetësor, është përfitimi i shërbimeve shëndetësore të

caktuara vetëm në rast se ke mundësi të paguash. Ndërsa në një skemë tjetër sigurimi shëndetësor kjo gjë mund të jetë e papranueshme, pasi njerëzit mendojnë se të gjitha shërbimet shëndetësore i duhen vënë në dispozicion qytetarëve, pavarësisht nga aftësia e tyre për të paguar kontributet.

Është e kuptueshme që modelet e sigurimeve shëndetësore janë produkt i rrethanave të caktuara historike, që i kanë rrënjët në të shkuarën e shoqërive të ndryshme, mbi bazën e të cilave janë perceptuar idetë, filozofitë e ndryshme ose vlerat morale, që kanë mbisunduar në këto shoqëri (Kutzin & Cashin, 2010:10). Modelet e sigurimeve shëndetësore kanë karakter social, i cili shpjegohet me faktin se shoqëria përpiqet ta mbrojë veten ndaj një numri rrisqesh sociale. Janë skemat e detyrueshme të sigurimeve shëndetësore, që tregojnë aspektin social të shtetit, duke i kushtëzuar përfitimet e këtyre skemave mbi parimin e solidaritetit dhe kohezionit social. Krijimi i politikave sociale, në kuadër të sigurimit social dhe sigurimit shëndetësor si pjesë e tij, ka krijuar modele të ndryshme mbrojtëse në bazë të kushteve sociale dhe traditave nacionale që janë diktuar në kohë të ndryshme historike. Ato janë katër dhe ne do t'i analizojmë në paragrafin vijues.

2.4.1. Sistemi i Bismarkut

Sistemet e sigurimit shoqërore dhe fondet e sigurimit shëndetësor i kanë rrënjët e tyre në Evropën Perëndimore. Ato lindën në vende të tilla si Holanda, Belgjika dhe Gjermania dhe të cilat krijuan fondet të mëdha shëndetësore me qëllim krijimin e strukturave të qëndrueshme dhe të sigurta financiare për të siguruar mbrojtje

shëndetësore të atyre që kanë nevojë. (Companje & Hendriks 2009:21). Në fakt koncepti i sigurimit është prezantuar për herë të parë nga Kancelari Prusian Otto Von Bismarck, gjatë luftës së dytë botërore në shekullin XIX, i cili paraqiti këtë koncept në kuadër të mbrojtjes shoqërore me qëllim për të siguruar punonjësit kundër rrezikut të humbjeve financiare dhe të ardhurave. (Frank A.G den Buter &Udo Koks 2003:4)

Ky sigurim u quajt Sistemi Bismark¹³ dhe ka si karakteristikë aplikimin kontributit për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor, që bazohet kryesisht në parimin e solidaritetit dhe është ndër sistemet më të praktikuara në botë. (Lloyd, 2010: 3) Ky sistem spikat në gamën e mbrojtjes shoqërore, sepse në këtë sistem qytetari gëzon të drejtën për mbulimin e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor sipas kontributit që ka derdhur në emër të sigurimeve shëndetësore. Sistemi i Bismarkut¹⁴ u bë i detyrueshëm për të gjithë popullsinë, në mënyrë që ajo të marrë sigurimin e caktuar nga një palë paguese e tretë përmes kontributeve që nuk lidhen me riskun dhe që janë të ndara nga taksat ose nga pagesat e tjera të vendosura me ligj (Barnighausen &Sauerborn, 2010:10). Sistemi i Bismarkut është quajtur gjithashtu sigurimi shëndetësor social, sepse sipas tij individi gëzon të drejtën për mbulimin e shpenzimeve të kujdesit

¹³ Shih “Fjalorin e Sigurimeve Shoqërore”, Keshilli i Europës 2006, ku përcaktohet, se Sistemi i Bismarkut: [Bismarckian System]: Sistemi i sigurimeve shoqërore bazuar nëparimet e ligjit të sigurimeve shoqërore propozuar gjatë mbretërimit të kancelarit gjerman Otto van Bismarck. Ligji i parë i tillë është bërë në 1883, dhe ishte mbi sigurimet shëndetësore. Ligji në vijim të tij kishte të bënte me sigurimin ndaj rreziqeve nga aksidentet në punë(1884), i ndjekur nga ligji për pensionet dhe sigurimi i invaliditetit (1889).Në sistemin Bismarkian, perfitimet nga sigurimet paguhen nga një thesar ose fonde të vecanta, të cilat janë të menaxhuara dhe drejtura nga partnerët sociale nën vëzhgimin e Shtetit, bazuar në kontributet e të dy palëve, punëdhënësve dhe punëmarrësve. Ky system i sigurimeve shoqërore është karakteristikë e Evropës Kontinentale, megjithëse sistemi i Bismarkut është adoptuar edhe nga vende në pjesë të tjera të botës.

¹⁴ Sistemi i Bismarkut favorizoi një numër skemash punësimi me bazë publike, që financoheshin nga pagesat e detyrimeve në proporcion me pagat e tyre dhe që ndaheshin midis punëdhënësit dhe punëmarrësit. Edhe pse ishte e bazuar në parimin e sigurimeve, sigurimi ishte i detyrueshëm dhe primet individuale nuk lidheshin me rreziqet sociale

shëndetësor, për të cilin do të kujdeset fondi apo një agjenci e specializuar për çështje të sigurimit shëndetësor ¹⁵. Sipas parimeve bazë të këtij sistemi, fondi i grumbulluar në këtë destinacion menaxhohet nga përfaqësuesit e të sigurve dhe sigurve si dhe prej grupeve të tjera të interesit. Ky sistem përfaqëson në parim mënyrën për të shmangur impaktin e papunësisë, varfërisë dhe sëmundjeve që prekin një pjesë të konsiderueshme të popullsisë. Modeli i menaxhimit të sistemit Bismark është i decentralizuar dhe fondet/institucionet që administrojnë skemat e sigurimeve shëndetësore janë autonome dhe të pavarura nga qeveria. Suksesi që pati ky sistem në Gjermani, vend në të cilin u krijua dhe u aplikua, bëri që edhe shtete të tjera si Franca, Belgjika, Holanda ta përkrahnin dhe ta implementonin këtë sistem.

2.4.2. Sistemi Beveridge

Sistemi Beveridge ose sistemi i shërbimeve popullore emërohet sipas Ëilliam Beveridge, që paraqet ikonën e reformatorit të sistemit shëndetësor në Mbretërinë e Bashkuar.(Tomes,1997:109) Sistemi Beveridge¹⁶ funksionon sipas modelit të

¹⁵ Konferencë për “Mbrojtja Sociale- Shëndetësore në Shqipëri. Sfidat dhe Mundësitë” (2009) ISKSH. GTZ Tiranë f. 79

¹⁶Shih “Fjalorin e Sigurimeve Shoqërore”, Keshilli i Europës 2006, ku përcaktohet, se Sistemi Beveridge-it: [Beveridgean system]: është sistemi i sigurimeve shoqërore i bazuar mbi parimet e propozuara nga Ëilliam Beveridge, dhe i adoptuar nga Parlamenti Britanik në vitin 1942 në një dokument të quajtur Sigurimet Shoqërore dhe Shërbimet e lidhura me to. E rëndësishme për parimin e Beveridge-it, sic quhet zakonisht në shkencën e politikës sociale, është se “cdokush duhet të ndjehet i lirë nga nevoja”. Kështu që, në të tillë sistem, kujdo personi duhet t’i garantohen nevojat bazë për jetesë nga shteti, të financuara nga buxheti i përgjithshëm, pavarësisht nga statusi social i këtij personi apo dhe nga karakteristika të tjera të tij. Beveridge na ka ofruar një model koherent të mbrojtjes shoqërore, të bazuar në katër parime – universaliteti, thjeshtësia, vecantia në llojin e vet si dhe uniformiteti dhe centralizimi. Sistemi Britanik i sigurimeve shoqërore u ndërtua mbi këto baza pas luftës së II Botërore dhe parimet e

financimit të kujdesit shëndetësor përmes taksave të shtetit. Të ardhurat e përgjithshme qeveritare ose të ardhurat nga taksimi i përgjithshëm përfaqësojnë burimin kryesor të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor, domethënë këto taksa funksionojnë ashtu si taksat që përdoren për funksionimin e sistemit policor, arsimor etj. Ky sistem karakterizohet nga një natyrë tejet sociale sepse parimi i tij bazë është që sistemi i përfitimeve universale jep mbështetje kur individit është i papunë, i sëmurë, invalid ose ka dalë në pension. Akti i Shërbimit Shëndetësor Kombëtar i vitit 1946, themeloi ofrimin e shërbimeve shëndetësore pa pagesë për parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve. Ky sistem tipik anglez menaxhon spitalet dhe institucionet shëndetësore përmes organizmave të veçantë qeveritarë. Ai menaxhon dhe të punësuarit në institucione shëndetësore që konsiderohen si shërbyes publikë.

Parimisht “sistemi Beverage¹⁷” është një marrëveshje universale e heshtur për mbulimin shëndetësor të popullatës, pasi çdo qytetar pavarësisht statusit individual të punësimit, ose të të ardhurave është i mbrojtur me kujdes shëndetësor. Kjo do të thotë se duke marrë në konsideratë natyrën jokontributore të sistemit, sigurohet gjithashtu mbulim shëndetësor edhe i punonjësve në tregun informal. Edhe në rastin kur institucionet shëndetësore private ofrojnë shërbime shëndetësore ndaj qytetarit, ato kanë të drejtë të rimbursohen vetëm nga fondi qeveritar për shërbimin e kryer. Kjo mënyrë financimi tregon se kujdesi shëndetësor kontrollohet në mënyrë strikte nga qeveria çka do të thotë që skema është tërësisht e centralizuar në hirakikë e së cilës qëndron qeveria dhe Ministria e Shëndetësisë. Pikërisht centralizimi dhe menaxhimi i drejtpërdrejtë nga

Beveridge-it janë aplikuar në shumë vende të tjera, ose në të gjithë sistemin e tyre të mbrojtjes sociale, ose në disa pjesë apo nën-pjesë të tij.

¹⁷ Sistemi Beveridge udhëhiqet nga parimi i ndihmës së ndërsjellët dhe njihet si një sistem i centralizuar.

qeveria është dhe dallimi i këtij sistemi nga sistemi i Bismarkut¹⁸ sepse në sistemin e Bismarkut, mjetet e grumbulluara për sigurim shëndetësor dhe masa e kontributit, është e menaxhuar nga një institucion i pavarur dhe i specializuar. Sistemi Beveridge u përhap në Danimarkë, Norvegji, Suedi dhe Finlandë.

2.4.3. Sistemi Semashko

Ky sistem, i krijuar nga Bashkimi Sovjetik, i përket viteve 1920 dhe njihet si sistemi i shërbimeve të centralizuara, i cili më vonë nisi të gjente zbatueshmëri edhe në shtete të tjera të socialiste si Europa Lindore dhe Juglindore. Funksionimi i sistemit Semanshko realizohet nëpërmjet shtetit, pra flasim për një sistem me buxhet tërësisht qeveritar. (Tomes, 1997:110) Ky sistem karakterizohet nga këto elementë (Peto 2011:367) :

- financohet tërësisht nga buxheti i shtetit;
- kontrollohet dhe realizohet nga sistemi qendror i planifikimit;
- hyrje e lirë për të gjithë;
- punonjësit punojnë vetëm për rrogën;
- asnjë sektor privat;

¹⁸ Beveridge e vinte theksin mbi rolin që kishte shteti në rritjen e standardit të jetesës dhe në përgjegjësinë e këtij të fundit për të mbuluar shpenzimet e ngritjes së një sistemi të sigurisë sociale. Sistemi britanik ishte një sistem i hapur për të gjithë shtetasit dhe u garantonte atyre akses falas në shërbimet sociale, ose kundrejt një shume të vogël të hollash. Kështu, nëse Bismark u bazua tek programi i ‘sigurimit’ në qasjen e tij, Beveridge krijoi një koncept të ri ‘të shpërndarjes’, i cili nuk do të mbulonte vetëm punonjësit, por të gjithë qytetarët

Në dukje të jep përshtypjen e një sistemi të kompletuar, sepse të gjithë do të ishin të barabartë dhe të siguruar, por ky sistem nuk ishte aspak eficient dhe ishte i destinuar të dështonte, sepse nuk përputhej me nevojat e një shoqërie në zhvillim. Sistemi Semashenko në dukje lehtësonte nga pagesa e përqindjes së kontributit mbi pagën¹⁹, pra ky sistem nuk funksiononte mbi bazë të kontributit që u mbaheshin të punësuarve, edhe pse në realitet ky sistem rëndonte më shumë se çdo gjë tjetër mbi punën dhe pagën. Në themel të këtij sistemi, pra ai që rregullonte, kontrollonte dhe krijonte politikat shëndetësore ishte “shteti”. Që ky sistem të funksiononte dhe të arrinte të kënaqte nevojat e tregut, ishte i nevojshëm një shtet i fuqishëm financiarisht, dhe tashmë është fakt që shtetet, që i përkisnin regjimit socialist, nuk gëzonin financa të larta. Shteti i asaj kohe ofronte shërbime shëndetësore falas për të gjithë, por niveli i shërbimit linte për të dëshiruar, sepse kishte mungesë të barnave dhe aparaturave moderne. Vendet që kanë aplikuar këtë sistem njihen dhe si vendet me vdekshmërinë më të lartë, si pasojë e politikave të cunguara dhe të centralizuara që imponohej edhe për arsye të regjimit politik. Janë vendet të cilat kanë qenë pjesë e regjimit socialist dhe komunist, kryesisht vendet e ish-Bashkimit Sovjetik. Sistemi shëndetësor shqiptar gjatë kohës së regjimit komunist bazohej në sistemin Semashko.

¹⁹ Kjo ndodhte për arsye se predikohej shërbim falas dhe ofrohej falas për të gjithë individët por, mospërmblidhja sa duhet e nevojave të shoqërisë bënte që ky minus të zgjidhej nga vetë qytetarët, dhe për pasojë rëndonte në buxhetin e tyre.

2.4.4. Sistemi i tregut të lirë (market- based)

Ky sistem sigurimesh është një kombinim i sistemit Bismark, i sistemit të Beveridge, si dhe organizimit dhe funksionimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore private (Raport of Center for Economics and Social Rights, 2004:10) dhe aplikohet në vende të tilla si Shtetet e Bashkuara të Amerikës, Kanada, Kili, Afrikën e Jugut etj. Në sistemet *market – based* qeveria mund të ofrojë kujdes shëndetësor për njerëzit në nevojë, për shembull, në SHBA, “fondet federale” mbështesin programet *Medicare* dhe programet *Medicaid*, të cilat mbulojnë fondet e sigurimeve shëndetësore për të moshuar, për personat me aftësi të kufizuara, si dhe për personat me të ardhura të ulëta. Në këndvështrimin e sigurimeve private ose të *market provider*, qasja ndaj kujdesit shëndetësor varet nga aftësia paguese e popullsisë. Në sistemet e bazuara në treg, kujdesi shëndetësor bazohet kryesisht në sistemet private të cilat i nënshtrohen kryesisht parimit të konkurrencës. Kjo mënyrë financimi tregon, që kujdesi shëndetësor kontrollohet nga qeveria për grupet vulnerable dhe nga skemat e sigurimeve private.

2.5. Faktorët të ndikojnë në sistemin e sigurimit shëndetësor

Zhvillimi i shoqërisë, raportet mes klasave dhe moshave si dhe ndryshimi i ekuilibrave ekonomikë janë elemente të cilat kanë një ndikim dhe impakt të drejtpërdrejtë në çdo institucion shoqëror, duke luajtur kështu një rol vendimtar në hartimin e politikave shëndetësore dhe sociale (Peto, 2011:123). Ndryshimi i skemës së sigurimeve shëndetësore ndikohet drejtpërdrejt nga prishja e ekuilibrave të sistemit social, duke ndikuar në procese të rëndësishme si mbledhja e kontributeve dhe përcaktimi i

përfitueseve të skemës së sigurimit. Faktorët, të cilët ndikojnë në sistemin e sigurimeve shëndetësore, janë ata demografikë, politikë dhe ekonomikë. Në vijim do të analizojmë shkurtimisht rendësinë e këtyre faktorëve në të drejtën shëndetësore.

➤ *Faktori demografik*

Proceset dhe evolucionet demografike, që ka njohur shoqëria, jo vetëm që kanë ndikuar në standardizimin dhe zhvillimin e politikave shëndetësore, por njëkohësisht janë konsideruar vendimtare në proceset e hartimeve të këtyre politikave. Sigurimet shëndetësore karakterizohen nga komponenti territorial²⁰ dhe për këtë arsye lëvizjet demografike në shumë shtete konsiderohen problemet më të rëndësishme, duke shkaktuar paqëndrueshmëri gjeografike të individëve dhe duke sjellë keqfunksionim të sistemit të sigurimeve shëndetësore

Për të pasur një sistem shëndetësor të monitoruar dhe me një fond që do të arrijë të paraprijë problemet e sipërpërmendura, duhet të jemi të vëmendshëm ndaj fenomeneve si lëvizjet migratore brenda vendit dhe lëvizjet emigratore. Ashtu si lëvizjet emigratore dhe ato migratore nëse janë vendime individuale të rastësishme dhe të pakontrolluara nga ana e institucioneve shtetërore kanë impakte të menjëhershme, por edhe dëmtuese në sistemin e sigurimeve shëndetësore duke bërë që kjo skemë jo vetëm të ngadalësojë procesin rregullues të saj, por ta çojë atë deri në mosfunksionimin e saj nëse këto lëvizje janë të përmasave të larta. (Banka Botërore Raport, 2006:30) Vende të ndryshme kanë

²⁰ Territorialiteti i sistemit të sigurimeve shëndetësore do të thotë që personat të cilët vendosin të emigrojnë rrezikojnë të trajtohen ndryshe nga shtetasit e vendit në të cilin kanë emigruar, sepse ky shtet mund të mos pranojë të japë përfitime për joshitetasit e tij.

histori të konsoliduara të lëvizjeve migratore. (Molcho & Cristini & Nic, 2010:22) Kjo ndodh për faktin sepse përqindja më e madhe e popullsisë ka jetuar në zona të pazhvilluara, nga ku kushtet e jetesës janë të papërballueshme dhe nuk plotësojnë nevojat parësore të individëve të këtyre komuniteteve. Lëvizjet migratore jo rrallë herë kanë qenë kaotike duke sjellë në të shumtën e rasteve ngrirjen deri në daljen jashtë funksionit të politikave të caktuara shëndetësore. Kjo vjen si pasojë e vetë karakterit të menjëhershëm të lëvizjeve si dhe mospërkohjes në kohë të institucioneve përkatëse²¹. Ndryshimi i skemës së sigurimeve shëndetësore ndërmjet zonave rurale dhe atyre urbane konsiston në dinamikën e jetesës dhe të shkallës së vështirësisë së saj, duke sjellë në këtë mënyrë pabarazi në nivelin e kontributeve dhe të përfitimit të tyre. Këto pabarazi reflektojnë negativisht në sistemin e sigurimeve shëndetësore duke pakësuar numrin e kontribuuesve. (Samuliova & Bendict, 2010:27)

Mospagimi i kontributeve të sigurimeve shëndetësore ka qenë dhe do të jetë një nga sfidat e këtij sistemi, i cili në disa raste e ka çuar atë në kolaps financiar duke prekur në mënyrë të tërthortë edhe vendet ekonomikisht më të zhvilluara. (Piero, 2010:2) Lëvizja migratore drejt vendeve urbane kryesisht shoqërohet me papunësi që sjell në mënyrë të menjëhershme pakësimin e numrit të kontribuuesve duke rritur shpenzimet për këtë kategori në dëm të shtetit. Lëvizjet migratore shoqërohen kryesisht me papunësi, por jo në pak raste ndodh që individët ta humbasin punën si pasojë e falimentimit të një aktivitetit ekonomik, ku ata ishin të punësuar. Në këtë rast është shteti që do të paguajë

²¹ Aty ku lëvizjet migratore janë të kontrolluara dhe bazohen në gjetjen e një pune të sigurt, aty skema do ta kishite edhe më të lehtë parashikimin si dhe luhatjen në masën e kontributit sepse brenda një kohe të shkurtër këta persona do të riktheheshin në gjendjen e subjekteve aktive dhe do të derdhin kontributin përkatës.

kontributet minimale të sigurimeve shëndetësore për këtë kategori personash. Fenomeni i tregut informal të punësimit ndikon negativisht në sistemin e sigurimeve shëndetësore dhe është një shqetësim jo vetëm në Shqipëri, por dhe në vende të zhvilluara. (Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale, 2013:10) Tregu informal i ka rrënjët e veta në nivelin e ulët të punësimit dhe në atë të pagave, të cilat në 60% të të punësuarve nuk mbulojnë as shpenzimet normale të jetesës. Ky treg sjell pasoja negative si në drejtim të sistemit të sigurimeve shëndetësore,²² ashtu dhe në drejtim të individëve që i shmangin ato. Kryesisht lëvizjet demografike migratore kanë qenë fshat-qytet, duke sjellë në mënyrë të pashmangshme mbipopullimin e zonave urbane (Banka Botërore Raport, 2006:10).

Ashtu si migrimi, edhe emigrimi²³ ka efektet e tij pozitive duke ndikuar në rritjen e standardit të jetesës së individëve, por dhe tek efektet negative në sistemin e sigurimeve shëndetësore duke krijuar vështirësi të panumërta kundrejt këtij sistemit. Emigrimi i paligjshëm dëmton procesin e derdhjes së kontributit në skemën e sigurimeve shëndetësore (Pace, 2010:5) dhe sjell në mënyrë të pashmangshme pasoja të drejtpërdrejta në buxhet dhe për pasojë në ndarjen e masës së përfitimit. Administrimi i emigrimit të ligjshëm, ashtu sikurse edhe i atij të parregullt është bërë, si asnjëherë tjetër, një sfidë e madhe politike. Koordinimi i sistemeve të sigurimeve shoqërore midis vendeve pritëse dhe vendeve të origjinës do të eliminonte të gjitha pengesat dhe do t'i krijonte mundësi emigruesve të realizonin të drejtën e tyre për të pasur mbrojtje sociale.

²² Fshehja e punës sjell mosderdhjen e kontributit në skemën e sigurimeve. Individët që janë pjesë e tregut informal të punësimit përfitojnë nga asistenca duke u kthyer kështu në një barrë për shtetin.

²³ Banka Botërore në studimin e saj për sektorin e shëndetësisë ka dalë në konkluzionin se emigrimi ka qenë pjesë e strategjisë së familjeve për të përballuar tranzicionin ekonomik dhe nga shumë vetë është parë si një mënyrë për të dalë nga varfëria. Kjo sipas bankës ka sjellë humbje edhe në stafin e kujdesit shëndetësor duke zgjedhur emigracionin ekonomik, si zgjidhje të problemeve të tyre.

➤ *Faktori ekonomik*

Ekonomia është kryefjala e proceseve integruese e cila ka ndikim në zhvillimin dhe modernizimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore. Mund të themi që vendet e zhvilluara ekonomikisht karakterizohen nga një sistem i sigurimeve shëndetësore financiarisht të fuqishëm, sepse fusha e mbulimit është më e gjerë, dhe nuk kufizohet vetëm në shërbimet ekstremisht të nevojshme, por dhe përfitimet janë më të larta (Pudersell, 2011:5). Vendet ekonomikisht të dobëta na ofrojnë një panoramë tërësisht tjetër, ku situata e keqe ekonomike konsiderohet rrezik për sistemin e sigurimeve shëndetësore dhe nuk mund të mos ndikojë në të. Kryesisht lëvizjet më të mëdha emigratore janë nga vendet ekonomikisht të dobëta, dhe kjo nuk është e rastësishme (Innus, 2011:9). Në rastet kur individët emigrojnë për arsye sociale dhe ekonomike do të ishte e rëndësishme të lejohej njohja e kontributeve që derdhen në vendet ku këta individë kanë emigruar. Kjo bëhet në bazë të marrëveshjeve specifike dypalëshe në kuadër të mbrojtjes shoqërore. Në fakt kjo ndodh në rende juridike të veçanta, si psh Bashkimi European për shtetasit komunitare kur transferohen nga një shtet në tjetrin. (Canaj, Banaj 2014:163).

➤ *Faktori politik*

Faktori politik, i cili prezumohet të jetë ai që stimulon përmirësimin e politikave shëndetësore pavarësisht rrethanave dhe kushteve, vepron nën ndikimin e interesave individuale duke ngadalësuar zhvillimin e tyre. Shpeshherë të gjendur nën efektin e fushatave elektorale elita politike premtan, madje në disa raste harton projekte që sjellin

ndryshime rrënjësore në sistemin e sigurimeve shëndetësore (Lopez, 2012:3). Ndryshimi i politikave shëndetësore gjatë proceseve elektorale, në të shumtën e rasteve të hartuara nga persona joekspertë dhe në frymën e programeve të partive politike, sjellin dëme të konsiderueshme. Këto ndërhyrje që bëhen në skemat shëndetësore kanë një efekt të pashmangshëm në kuadër të politikave shëndetësore dhe sociale. Por partitë politike nuk janë i vetmi faktor që ndikojnë në skemat shëndetësore, pasi në hartimin e politikave sociale një rol të rëndësishëm luajnë, ndikimi dhe bashkëpunimi ndërmjet organizatave profesionale dhe organizatave të punës në lidhje me kujdesin social dhe burimet kryesore financiare.(Peto, 2011:138).

2.6. Lindja dhe evoluimi i sigurimeve shëndetësore në Shqipëri

E drejta për kujdes shëndetësor është e sanksionuar në ligjin themeltar të Republikës së Shqipërisë. Kushtetuta e njeh të drejtën për kujdes shëndetësor për të gjithë shtetasit e saj²⁴.(Kushtetuta e R.SH, 2008).

Që nga koncepti embrional i së drejtës shëndetësore duhet të themi, që në 20 vitet e fundit, progresi që ka pasur e drejta shëndetësore në përmbajtjen dhe njohjen në nivele ndërkombëtare është një arritje, që i faturohet sot pozitivisht shoqërisë (Aguila, 2013:101).

Historia e kujdesit shëndetësor në Shqipëri, ashtu si dhe në çdo shtet tjetër ka njohur sisteme të ndryshme të sigurimeve shëndetësore, forma të ndryshme të financimit, në

²⁴ Shih nenin 55 të Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë, i cili shprehimisht thotë: “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti.Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”.

kohë dhe hapësirë, mbështetur në kushte, tradita dhe zhvillime shoqërore, juridike dhe financiare²⁵. Përpjekjet për të ngritur dhe për të reformuar sistemin shëndetësor shqiptar janë të hershme. Më saktësisht koncepti dhe e drejta për kujdesin shëndetësor në bazë të dokumentave arkivore daton në fillesat e shtetit shqiptar, ndërsa skema aktuale e sistemit të sigurimit shëndetësor (bazuar në derdhjen e kontributit për sigurim shëndetësor) lindi 20 vite më parë dhe evoluoi me kalimin e viteve nën ndikimin e faktorëve socialë, ekonomikë dhe politikë, duke na ofruar sot një koncept më të gjerë dhe gjithëpërfshirës. Le të sjellim këtu të ndara në periudha mbrojtjen shëndetësore në vendin tonë.

2.6.1. Vështrim historik - periudha 1912-1944

Mbrojtja shëndetësore në Shqipëri përpara pavarësisë ishte e organizuar për ruajtjen e aftësive ushtarake, ndërsa pjesa tjetër ishte në duart e “mjekësisë popullore”. Format e para të mbrojtjes sociale i gjejmë në fakt pas vitit 1912, ato ishin forma të brishta për faktin se bazoheshin tek iniciativat individuale si tregtia dhe biznesi. Në këtë periudhë gjejmë dhe orientimin e mbrojtjes sociale me karakter shtetëror, edhe pse në fazën embrionale të saj.

²⁵ <http://www.fsdksh.com.al/images/stories/publikimet/revista/revista20.pdf>

Fazat e para të sistemit shëndetësor publik e privat u krijuan gjatë qeverisjes së mbretit Zogu I, kohë kur u ndërtuan spitale dhe shërbime shëndetësore komunitare. Shteti Shqiptar gjendej në një varfëri ekstreme dhe për pasojë mungonte infrastruktura dhe profesionalizmi mjekësor.

Në këtë periudhë dallohen elementet e para solidare për mbrojtjen dhe kujdesin shëndetësor ndaj të varfërve, të sanksionuara në ligje e rregullore²⁶. Pikërisht në këtë kohë u ngrit Drejtoria e Përgjithshme e Shëndetësisë, e cila ishte në varësi të Ministrisë së Punëve të Brendshme dhe ishte institucioni kompetent që administronte politikat dhe financimin e sistemit shëndetësor. Gjatë kësaj periudhe qeveria e mbretit Zogu I ndërtoi disa spitale rajonale duke u përpjekur që të standardizonte shërbimin shëndetësor si një nga domosdoshmëritë e shoqërisë.

Në vitin 1926, qeveria shqiptare miratoi Ligjin “Për organizimin e shërbimeve të Shëndetësisë publike (Fletore Zyrtare, 1927:10), i cili në dispozitat e tij citonte ofrimin e barnave falas për të varfërit, të “vobektit”, të ofruara nga Armari farmaqeftik²⁷, si dhe

²⁶ Ligji për “Pensionet civile” me Nr. 129 është akti i parë në fushën e sigurimeve shoqërore, që daton në vitin 28.10.1927, ku një vend të veçantë e zinin sigurimet shoqërore nga aksidentet në punë. Në gusht të vitit 1947 u vendos një sistem më i plotë i sigurimeve shoqërore, sistem ky i cili në vitin 1966 u plotësua dhe u konsolidua, me miratimin dhe fillimin e zbatimit të ligjit Nr. 4171, datë 13.09.1966 “Për sigurimet shoqërore shtetërore në RPSSH. Ky sistem ishte i konceptuar mbi bazën e një ekonomie të programuar siç ishte ajo e periudhës socialiste në vendin tonë dhe ishte një sistem tërësisht i centralizuar që parashikonte daljen në pension në mosha të ulëta dhe ofronte trajtim të diferencuar për kategori të ndryshme të popullsisë. Gjatë viteve 1947-1992, sistemi i sigurimeve shoqërore ishte i ndarë në dy skema: në skemën e parë ishin të punësuarit e sektorit shtetëror dhe në skemën e dytë ishin anëtarët e kooperativave bujqësore. Dallimi i këtyre skemave qëndronte pikërisht në madhësinë e përfitimeve për pjesëmarrësit e tyre sepse skema e sigurimeve për anëtarët e kooperativave bujqësore ofronte përfitime mjaft të ulëta, që nuk i kalonin 60% të të ardhurave mujore minimale të ofruara nga skema e sigurimeve shtetërore.

²⁷ Neni 34, Për mbi shërbimin farmaqeftik dhe për mbi të shpërndarit për të vobektët barnash pa të holla, “Ndër Komunitat ose Shoqërimet, ku mungon një farmaci dhe se kur ato ndodhen ndër komunitat fqinjore dhe në qendër janë shumë të largueme dhe të vajturit të zorshëm, për të siguruar një shërbim të shpejtë dhe rregullues hëmpër një ndihmë mjekësore, Prefekti ose nën prefekti pas dhe mejtimit të Këshillit Shëndetësor të Departamentit dhe pasi të marrë parasysh gjendjen Financiare të komunës ose atyre të bashkuem në shoqim si dhe rëndësinë e veprës së kërkuam prej mjekut, mundet me urdhenue që të

ofrimin falas të shërbimit të mamisë ndaj grave të vobekta²⁸. Po në atë hark kohor, në vitin 1933 u miratua Ligji “Mbi shërbimet e instituteve të shëndetësisë”, i cili përcaktoi se të varfrit do të mjekohen dhe do të ekzaminohen falas, me kusht që “vobektësia” të provohet me dokumente.²⁹

Drejtorja e Përgjithshme e Shëndetësisë në datë 11 korrik 1932, nxjerr një Qarkore për të gjitha prefekturat, nënprefekturat e bashkive, ku bën të ditur inaugurimin e spitalit “ZOGU I” në Tiranë³⁰. Në këtë Qarkore përcaktohet ndarja e spitalit në 5 pesë pavijone për shërbimin e të varfërve të sëmurë falas, dhe në klasa të parë e të dytë, për ata me pagesë të cilët kanë dhoma të veçanta, të mobiluara mirë e me shërbim të zgjedhur³¹ (Arkiv DPSH, 1932:1). Ndër të tjera, sipas kësaj Qarkoreje, autoritet e administratës së bashkive kanë të drejtë të dërgojnë në spitalin “ZOGU I” të varfrit e sëmurë, kundrejt dokumentacionit të lëshuar sipas konditave (Arkiv DPSH, 1932:1). Gjithashtu kjo

formohet detyrisht një *Armar(dollap)farmaqeftik(Armadio farmaceutiko)*, i cili do të jepet nën kujdesin dhe përdorimin e mjekut të Qarkut Shëndetësor”.

Neni 35, “Pajtimi i Armarit Farmaktor kufizohet vetëm me barnat me të domosdoshme dhe ato të nevojës së parë. Lloji dhe sasia e barnave do të caktohet prej Drejtorisë së Shëndetësisë. Shpenzimet për krijimin e ararit dhe furnitura e barnave janë në kurriz të komunës ose të bashkuarve vet shoqërisht, që për shkak të gjendjes ekonomike të vështirë nuk ndodhen në grade të përkujdesen vet për barna për të vobektit, shpenzimet janë në kurriz të Ministrisë së Punëve të Brendshme. *Barnat do t’u jepen pa të holla të vobektëve* dhe të pasurve do t’u jepen me një çmim jo më të madh nga ai i tarifës që do të caktohet e përgatitet prej Drejtorisë së Shëndetësisë”.

²⁸ Neni 36, Për mbi Mamitë komunale, “Në çdo komunë ku nuk ekzercitojnë Mamie me leje të Drejtorisë së Përgjithshme të Shëndetësisë, emërohen prej Drejtorisë së Shëndetësisë ose prej komunës me aprovim të kësaj Drejtorie një mamie *e cila detyrohet t’u japë grave të vobekta ndihmën mamisore pa të holla*”.

²⁹ Neni 9, “Në institutet shëndetësore të shtetit, të vobektët mjekohen dhe ekzaminohen gratis, me konditë që vobeksija e tyre të provohet me dokumente, konditat e të cilave do të caktohen në rregulloren e posaçme”.

³⁰ Sot Qendra Spitalore Nënë Tereza.

³¹ “Spitali ndahet në pesë pavijone për shërbimin e të vobektëve falas dhe në klasën e parë e të dytë për ata me pagesë, të cilët kanë dhoma të veçanta, të mobiluara mirë dhe me shërbim të zgjedhur”.

“Që të vlejë puna në spital sakrificat e mëdha që u bënë për ngrehien e tij, dhe që të mos pengohet ndihma e destinuar në favor të të vobektëve të sëmurë të çdo krahine, u lutemi nxehtësisht autoriteteve të administratës e të bashkive të na ndihmojnë me dërgimin e të sëmurëve e të vobektëve për shërim falas në këtë spital, dhe të mos rekomandohet pranimi i njerëzve pasanikë në vendet e shënuar për të vobektit e ngratë”.

Qarkore përcakton se, për njerëzit jo të vobektë pagesa bëhet sipas klasit dhe sëmundjes në bazë të rregullores së brendshme të spitalit (Arkiv DPSH, 1932:2).

Duke iu referuar akteve arkivore në këtë periudhë konstatohet për herë të parë ngritja e një komisioni me 8 anëtare, nën kryesimin e Ministrit të Punëve të Brendshme për përgatitjen e strategjisë së parë afatgjatë për sektorin e shëndetësisë shqiptare³². Ky grup pune asistohet nga dy ekspertë të huaj në fushën e shëndetësisë, të cilët do të ndihmonin në hartimin e një programi pesë vjeçar për shëndetësinë, i cili në këtë periudhë organizohet dhe ndërtohet mbi një sistem shëndetësor publik dhe privat shumë të kufizuar. Në këtë periudhë konstatohet se shërbim të specializuar mjekësor kishte vetëm Tirana, ndërsa spitalet e tjera kishin një shërbim mjekësor të përgjithshëm. Në spitale shërbimi mjekësor bëhet i diferencuar sipas klasave, spitalet kishin 3 klasa dhe i sëmurit mund të përfitonte shërbimin shëndetësorë spitalor në bazë të pagesës. Gjithashtu në këto spitale kishte një pavijon të veçantë, ku aplikohet pranimi pa pagesë i të sëmurëve, në bazë të “dëshmisë së vobektësisë”. Duke iu referuar kësaj periudhe historike, vërejmë se mundësitë dhe efikasiteti i masave shëndetësore ishin tepër të kufizuara për vete kushtet ekonomike shoqërore shumë të vështira dhe të prapambetura të asaj kohe.

³² Shkresa Nr. 74_U, datë 1 Frer (shkurt 1937) “Për të përgatitë një program punimi pesë vjeçar të shëndetësisë publike”.

2.6.2. Vështrim historik- periudha 1944-1990

Pas mbarimit të Luftës së Dytë Botërore dhe çlirimit, Shqipëria u radhit në vendet e kampit socialist dhe sistemi shëndetësor filloi rrugëtimin për tu përshtatur me kushtet e reja historike dhe ekonomike me të cilat do të përballej shoqëria shqiptare (Belishova, 2010:8). Në çdo etapë të zhvillimit shoqëror shëndeti i popullsisë është i lidhur ngushtësisht me përmirësimin e kushteve të jetesës dhe me zhvillimin ekonomik. Sistemi shëndetësor nisi të riformohej duke u bazuar në koncepte tradicionale dhe njëkohësisht të përshtatshme me kohën, ndër to mund të përmendim përcaktimin e detyrës themelore të shërbimit shëndetësor për të përmirësuar dhe ruajtur shëndetin e popullit. Ky reformim ishte bërë nëpërmjet ndryshimeve ligjore dhe drejtimit strukturor dhe organizativ të shëndetësisë duke kaluar administrimin dhe financimin e kujdesit shëndetësor në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë.

Në këtë periudhë lulëzon ligji themelor ekonomik i socializmit, dhe shëndetësia ndryshoi përmbajtjen e saj duke u kthyer në një shëndetësi me mendësi socialiste. Si rrjedhojë e kësaj mendësie dhe sistemi politik, i diktaturës së proletariatit, centralizmit, luftës së klasave, konstatojmë gjithashtu një politizim ekstrem edhe në sistemin shëndetësor. Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 793, datë 18.9.1950, për herë të parë në depozitat e tij përcakton ndër të tjera, tarifat e pagesave për shërbime shëndetësore në bazë të kategorive i siguruar/i pasiguar. Koncepti i kategorive të siguruar vjen në referim të Ligjit Nr. 528, datë 25.08.1947” Mbi sigurimet shoqërore të nëpunësve dhe funksionareve”, i cili përshkonte dhe detajonte qartë ndarjen ndërmjet konceptit të të siguruarit dhe të pasiguarit. Ky vendim përcakton shërbime shëndetësore pa pagese,

në poliambulanca, ambulancat, ekzaminimet klinike të sëmurëve, analizat e laboratorit, dhe radioskopitë e toraksit, të cilat kryheshin për të gjithë shtetasit pa përjashtim. Falas ishin gjithashtu dhe shtrimi në maternitetet rurale, në spitalin rajonal të Peshkopisë si dhe ndërhyrjet kirurgjikale në të gjithë institutet³³.

Në interpretim të këtij vendimi, kategoria e siguruar është një kategori e privilegjuar si në ofrimin e shërbimeve shëndetësore pa pagesë, ashtu dhe në raport me tarifat e pagueshme të shërbimeve shëndetësore³⁴. Kategoria ”anëtar kooperative bujqësore dhe blegtorale si dhe artizanat”³⁵ është kategori që paguan tarifat e shërbimeve shëndetësore me të larta në raport me kategorinë e siguruar dhe përfitimet falas të shërbimeve shëndetësore janë më të pakta në numër në kuadrin e këtij akti nënligjor. Kategoria e pasiguruar përfiton falas të gjitha shërbimet pa pagese të cituara

³³ Neni A, “Shërbimet pa pagese”, Vendim i Këshillit të Ministrave Nr. 793, datë 18.9.1950.

³⁴ Po aty, Tabela 1, Kolona 2, Tarifat për të siguruarit.

I. Për një ditë shtrimi në spital nacional, gratis; Për një ditë shtrimi në spital rural, gratis
II. Për një ditë shtrimi në maternitet spital nacional, gratis; Për një ditë shtrimi në maternitet rurale, gratis.
III. Për punime ambulatorie me allci koksitë, gju sipër e poshtë, gratis; Për punime ambulatorie me allci koksitë, krah bërryl sipër, gratis; Për punime ambulatorie me allci koksitë parakrahë, gratis.
IV. Për klinikat dhe repartet dentare; Një protezë komplet kauçuku ose pala dentist, 1250 lekë. Protezë parciale për çdo dhemb e ganxhe, 45 lekë; Këllëf metalik, 75 lekë; Vizita në ambulancë, mjekimet e rastit, gengivita gratis.

V. Për ambulancat e poliambulancat; Vizita e mjekut në shtëpinë e të sëmurit, gratis; Vizita e mjekut në shtëpinë e të sëmurit ora 22-6(mëngjes), gratis.

³⁵ Po aty, Tabela 1, Kolona 3, Tarifat për kategorinë anëtar të kooperative bujqësore dhe blegtorale/artizanat.

I. Për një ditë shtrimi në spital nacional, 60 leke; Për një ditë shtrimi në spital rural, 40 lekë.
II. Për një ditë shtrimi në maternitet spital nacional, 50 lekë; Për një ditë shtrimi në maternitet rurale, gratis.
III. Për punime ambulatorie me allci koksitë, gju sipër e poshtë, 110 leke; Për punime ambulatorie me allci koksitë, krah bërryl sipër, 200 leke; Për punime ambulatorie me allci koksitë parakrahë, 75 lekë.
IV. Për klinikat dhe repartet dentare; Një protezë komplet kauçuku ose pala dentist, 1500 leke; Protezë parciale për çdo dhemb e ganxhe, 55 lekë; Këllëf metalik, 100 leke; Vizita në ambulancë, mjekimet e rastit, gengivita, gratis.
V. Për ambulancat e poliambulancat; Vizita e mjekut në shtëpinë e të sëmurit, 30 lekë; Vizita e mjekut në shtëpinë e të sëmurit ora 22-6(mëngjes), 45 lekë.

në vendimin e sipërcituar, por tarifat janë shume më të larta³⁶ krahasuar me dy kategoritë e tjera të sipërcituara në lidhje me shërbimet shëndetësore e tjera të ofruara .

P.sh tarifa për një të siguruar, për një ditë shtrimi në spital nacional(shtetëror) ishte gratis, ndërsa tarifa për një anëtar kooperative bujqësore dhe blegtorale/ose një artizanat, për një ditë shtrimi në spital nacional ishte 60 leke, kurse tarifa për një të pasiguruar për një ditë shtrimi në spital nacional ishte 80 leke.

Në referim të dispozitave të këtij vendimi vërejmë se kategoria e tregtareve dhe kulakëve, trajtohet në kushte diskriminuese, pasi do të paguajë tarifat për shërbimet shëndetësore në masën 100% me të lartë se të gjitha tarifat që aplikohen për shërbimet shëndetësore³⁷.

Pas viteve 60, Shqipëria dhe struktura e saj shoqërore nisën të përgatiten për tu përshtatur me legjislaturën dhe jetën shoqërore të mendësisë komuniste, e cila solli dhe shtetëzimin e kujdesit dhe shërbimit shëndetësor. Tashmë në mendësinë socialiste nuk do të ekzistonte më shërbimi shëndetësor privat por të gjitha shërbimet shëndetësore do të ofroheshin pa pagese nga institucionet shëndetësore publike. Kjo përben etapën e parë të rrugës së gjatë të aplikimit të sistemit Shemasko, të emëruar për nder të mjekut rus Nikolai Semashko. Në kuadër të shtetëzimit të shërbimeve shëndetësore në vitin

³⁶ Po aty, Tabela 1, Kolona 4, Tarifat për të pasiguruarit.

I.Për një ditë shtrimi në spital nacional, 80 lekë; Për një ditë shtrimi në spital rural, 50 lekë.

II.Për një ditë shtrimi në maternitet spital nacional, 70 lekë; Për një ditë shtrimi në maternitet rurale, gratis.

III. Për punime ambulatorë me allci koksitë, gju sipër e poshtë, 150 lekë; Për punime ambulatorë me allci koksitë, krah bërryl sipër, 250 leke; Për punime ambulatorë me allci koksitë parakrahë, 100 lekë.

IV. Për klinikat dhe repartet dentare; Një protezë komplet kauçuku ose pala dentist, 2500 lekë; Protezë parciale për çdo dhemb e ganxhe, 75 leke; Këllëf metalik, 125 lekë; Vizita në ambulancë, mjekimet e rastit, gengivita gratis.

V. Për ambulancat e poliambulancat; Vizita e mjekut në shtëpinë e të sëmurit, 40 leke; Vizita e mjekut në shtëpinë e të sëmurit ora 22-6(mëngjes), 60 lekë.

³⁷ Po aty, pika c/1.

1963, u miratuan disa ligje të rëndësishme pikërisht mbi shërbimin shëndetësor dhe dhënien falas të ndihmës mjekësore. Gjithashtu ligji, i cili vuri themelet e trajtimit të barabartë të kategorive të popullatës mbi përfitimin dhe pagesën e shërbimeve shëndetësore është Ligji Nr. 5506, datë 28.12.1976 “Kushtetuta e Republikës Popullore Socialiste e Shqipërisë”, neni 47 sanksionon se “Shteti u siguron shtetasve falas shërbimin e nevojshëm mjekësor dhe mjekimin në qendrat shëndetësore të vendit”.

Sistemi i kujdesit shëndetësor në këtë periudhë karakterizohej nga një kontroll i fortë i qeverisë qendrore në të gjitha aspektet e sistemit. Pavarësisht nga rrjeti i përhapur dhe i shtrirë i kujdesit shëndetësor parësor, i cili ishte ngritur duke u përqendruar kryesisht në kujdesin gjatë shtatzënisë dhe imunizimin, sistemi i kujdesit shëndetësor drejtohej kryesisht nga kujdesi shëndetësor spitalor. Sistemi ishte tepër i centralizuar, ku Ministria e Shëndetësisë siguronte dhe rregullonte të gjitha shërbimet shëndetësore në vend dhe vendoste për shpërndarjen e burimeve dhe emërimin e personelit në të gjithë rrjetin e kujdesit shëndetësor. Qytetarët shfrytëzonin shërbimet shëndetësore të cilat kontrolloheshin dhe menaxhoheshin nga strukturat shtetërore dhe institucionet shëndetësore, që ishin tërësisht pronë publike dhe ishin të organizuara dhe të financuara në mënyrë të drejtpërdrejt nga aparati shtetëror. Gjatë kësaj periudhe u aplikua i njëjti sistem për kujdesin shëndetësor, i cili ashtu si në vendet e tjera të Lindjes udhëhiqej nga struktura qendrore e shtetit shqiptar dhe sistemi i sigurimeve shëndetësore ishte i instaluar brenda këtij sistemi, që në të vërtetë nuk ishte një sigurim shëndetësor klasik.

2.6.3. Sigurimi shëndetësor 1990-2016

Shqipëria pas viteve 90, ishte një shtet totalitar që kishte dalë nga një mendësi e theksuar diktatoriale-socialiste, me ekonomi të rrënuar, me shërbim shëndetësor në nivel të varfër dhe me institucione shëndetësore të shkatërruara. Shërbimi shëndetësor ishte tërësisht publik i centralizuar dhe falas dhe e tërë veprimtaria e tij rregullohej me ligjin Nr. 3776, datë 17.12.1963 "Për kujdesin shëndetësorë në Republikën e Shqipërisë". Në interpretim të këtij ligji shërbimi shëndetësor ishte pa pagesë për të gjithë shtetasit, por në të vërtetë mungonin barnat, aparaturat, ekzaminimet laboratorike etj, të cilat flasin si për një nivel të ulët të jetesës, ashtu edhe për një nivel të ulët të shërbimit shëndetësor. Në erën post-komuniste shpërbërja e modelit komunist u shoqërua me kolapsin e institucioneve dhe organizmave shtetërore, i cili nuk solli vetëm ndryshimin e sistemit politik, por pati edhe një transformim të sistemit shëndetësor, ashtu si në sektorët e tjerë të ekonomisë. Nevojat për shërbime shëndetësore kërkonin ndryshime në përputhje me ndryshimet politike, sociale dhe ekonomike dhe kjo gjendje kërkonte instalimin e një sistemi të ri shëndetësor. Në këtë kuadër do të krijohet infrastruktura juridike e sigurimit shëndetësor si një mekanizëm i ri i financimit të kujdesit shëndetësor. Krijimi i sigurimit shëndetësor ishte një reformë e re, që sillte ndryshimin e organizimit, administrimit si dhe të tipologjisë së financimit të shërbimeve shëndetësore.

Mënyra e re e financimit që u instalua përkoi me kalimin nga sistemi Semashko në sistemin Bismark i cili krijoi një sistem sigurimesh, i cili do të financohej nga kontributet për sigurim shëndetësor të popullsisë. Sigurimi shëndetësor në Shqipëri u

ngrit në mbështetje dhe zbatim të Ligjit Nr. 7870, datë 13.10.1994” Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”.

Në zbatim dhe mbështetje të këtij ligji u themelua Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor³⁸, i cili është institucion shtetëror i pavarur dhe administron fondin e sigurimeve shëndetësore në mënyrë të pavarur.

Sigurimet shëndetësore të detyrueshme janë një sistem jofitimprurës që mbulojnë një pjesë të çmimit të barnave në rrjetin e hapur farmaceutik dhe shpenzimet e shërbimit nga mjeku i përgjithshëm ose i familjes për gjithë personat e siguruar. Për herë të parë në sistemin e sigurimeve shëndetësore ndeshim dy kategori të cilët janë kategoria e personave ekonomikisht aktivë (punëdhënësit, të punësuarit, të vetëpunësuarit) dhe kategoria e personave ekonomikisht joaktive (si fëmijët, nxënësit, pensionistët, personat me aftësi të kufizuar (mendorë dhe fizikë), të papunët, personat që trajtohen me ndihmë ekonomike, nënat me leje lindje dhe shtetasit që kryejnë shërbim ushtarak të detyrueshëm³⁹.

Pjesëmarrja në skemën e sigurimeve bazohet në pagesën e kontributeve, të cilat paguhet nga të ardhurat e personave ekonomikisht aktivë si dhe nga buxheti i shtetit që derdh kontributet, për personat ekonomikisht joaktivë. Masa e kontributit është e ndryshme për kategori të ndryshme të popullsisë, pasi kjo varet në bazë të vlerësimit të tipologjisë së marrëdhënies së punës si dhe përcaktimit të pozicionit gjeografik. Konkretisht të punësuarit dhe shtetasit e huaj paguajnë një kontribut fiks 3.4% të pagës

³⁸VKM Nr. 88, datë 13.2.2003 “Për miratimin e statutit të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor”.

³⁹ Neni 8, Ligji 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

bruto, për të vetëpunësuarit, punëdhënësit dhe punonjësit e papaguar të familjes në qytet 7 për qind të pagës minimale, për të vetëpunësuarit dhe punëtorët e papaguar të familjes në fshat kontributi është në zonën fushore 5 për qind të pagës minimale dhe 3 për qind të pagës minimale për zonën kodrinore-malore, duke pasur për bazë atë të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave për sigurimet shoqërore⁴⁰.

Mbledhja e kontributeve të sigurimeve të detyrueshme shëndetësore nuk është përgjegjësi e ISKSH-së, por është përgjegjësi e Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve dhe Institutit të Sigurimeve Shoqërore⁴¹. Të gjithë personat që marrin pjesë në skemë quhen të siguruar. Dokumenti që vërteton se personi është i siguruar është Libreza e shëndetit, e cila është personale dhe e patjetërsueshme⁴².

Ligji Nr. 8961, datë 24.10.2002 “Për disa shtesa e ndryshime në ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1994 "Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar përfshiu në skeme dhe mbulimin e mjekut specialist, infermieret e shërbimit shëndetësor parësor për të gjithë të sigurvearit⁴³. Në vitin 2004 kemi shtrirjen e skemës mbi shërbimet e ekzaminimeve unike, terciare dhe konsultat mjekësore⁴⁴. Një ndryshim i rëndësishëm që pësoi skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit

⁴⁰ Shih neni 10, Ligji Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

⁴¹ Po aty, neni 28, Mbledhja e kontributeve të sigurimeve shëndetësore i kalon si funksion Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve në përputhje me fazat e përcaktuara me vendim të Këshillit të Ministrave. Personat që kanë detyrimin për të paguar kontributet do të vazhdojnë të derdhin kontributet e sigurimeve shëndetësore bashkë me kontributet e sigurimeve shoqërore në Institutin e Sigurimeve Shoqërore, deri në çastin që, me vendim të Këshillit të Ministrave, mbledhja e kontributeve do të behet nga organet tatimore

⁴² Shih VKM Nr. 86, datë 13.02.2003 “Për librezën e Shëndetit”.

⁴³ Shih nenin 4/2/b, Ligji Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

⁴⁴ Shih nenin 1, Ligji Nr. 9207, datë 15.3.2004 “Për disa shtesa dhe ndryshime në Ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1994 "Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar”.

shëndetësor në vitin 2005 ishte mbulimi i trajtimeve mjekësore⁴⁵, sipas se cilës sigurimet shëndetësore të detyrueshme mbulojnë shërbimet shëndetësore spitalore⁴⁶.

Skema e sigurimit shëndetësor administron mbulimin e një pjese të çmimit të barnave, të shërbimit shëndetësor parësor, si dhe të shërbimeve shëndetësore spitalore. Në këtë kontekst ISKSH, nëpërmjet drejtorive rajonale lidh kontratë me farmacitë qendrat shëndetësore dhe spitalet në përfushje të funksionit të saj si administratore e vetme e skemës së sigurimeve shëndetësore. Aktualisht sistemi i sigurimeve shëndetësore rregullohet nga Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” të ndryshuar, i cili ka hyrë në fuqi në muajin mars të vitit 2013.

Ky ligj parimisht ndryshoi ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, dhe solli disa risi në sistemin e sigurimeve shëndetësore. Ai saktësoi dhe krijoi hapësira për përmirësime të mundshme në shtimin e kategorive përfituese të skemës. Fondit i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor tashmë konfigurohet si i vetmi person juridik, publik, autonom, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë⁴⁷. Ligji gjithashtu solli një ndryshim themelor në koncept, pasi për herë të parë u përcaktuan në mënyrë të qartë marrëdhëniet midis blerësit të shërbimit dhe ofruesve të shërbimi shëndetësor. Gjithashtu Fondit ju dha frymëmarrje në futjen e elementeve të ekonomisë së tregut në skemë përveç rimbursimit të farmacive, duke

⁴⁵ Shih nenin 1, Ligji Nr. 9368, datë 7.4.2005 “Për një shtesë në Ligjin Nr.7870, datë 13.10.1994 " Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë ", indryshuar”.

⁴⁶ Shih nenin 1, Ligji Nr. 10 043, datë 22.12.2008 “Për disa ndryshime dhe shtesa në Ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1994 " Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë ", i ndryshuar.

⁴⁷ Shih nenin 13, pika 1, të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

parashikuar mundësinë e përfshirjes në skemë përmes kontraktimit, edhe të spitaleve jopublike⁴⁸ për paketa të caktuara shërbimesh shëndetësore etj. Ky ligj do të trajtohet më gjerësisht në kapitujt IV dhe V.

⁴⁸ Shih neni 10/1/b, të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

KAPITULLI III: SIGURIMI SHËNDETËSOR NË KUADRIN E SË DREJTËS NDËRKOMBËTARE DHE EUROPIANE

3.1. E drejta e sigurimit shëndetësor në aktet juridike ndërkombëtare

Duke qenë objekt i trajtimit të shumë diskutimeve dhe reformave të ndërmarra deri në kohërat tona, “orientimi” i të drejtave të njeriut lidhur me këtë fushë ka evoluar shumë. Kur përmendet mbrojtja shëndetësore në mënyrë të natyrshme secili nga ne kujton periudhën pas Luftës së Dytë Botërore, veçanërisht për zhvillimin e mëtejshëm të të drejtave të njeriut.

Kujtojmë këtu për shembull ligjet për sigurimin në rast sëmundjeje dhe për sigurimin në rast aksidenti në punë, në Gjermani, Francë etj. Por shoqëria në këto vende nuk u mjaftua vetëm me miratimin e këtyre ligjeve. Ndjehej domosdoshmëria jo vetëm e krijimit dhe mbrojtjes territoriale, por kërkohet një promovim dhe mbrojtje ndërkombëtare, e të drejtës shëndetësore dhe jo vetëm. Shoqëria kishte nevojë të afirmonte dhe mbronte në nivel ndërkombëtare të drejtat e njeriut në tërësinë e tyre. Pas revolucionit industrial, kërkesa për mbrojtjen e të drejtave të njeriut mori përmasa të mëdha, sepse në fillimet e saj kjo mbrojtje nuk u ofrohej të gjithë shtresave të shoqërisë (Berghman, 1997:11). Me kalimin e kohës u zgjerua ndjeshëm, si numri i subjekteve përfitues ashtu edhe numri i shërbimeve (Kutzin & Cashin, 2010:11). Në lidhje me të drejtën shëndetësore, si një nga të drejtat themelore të njeriut kemi një rritje graduale të numrit të shërbimeve që përfitohen. Shërbimet e para që filluan të përfitoheshin ishin pagesa për paaftësi si pasojë e dëmtimeve gjatë punës dhe pagesa për paaftësi si shkak i sëmundjes biologjike.

Zhvillimet e shumta ekonomike, sociale dhe politike që pësoi shoqëria bëri që të drejtat e njeriut të transformoheshin dhe të rregulloheshin nëpërmjet mekanizmave të ndryshëm ndërkombëtar . Kështu filluan të nxirren dokumente të karakterit universal në fushën e njohjes dhe proklamimit të të drejtave të njeriut. Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara është institucioni i cili ka një kontribut esencial në hartimin e dokumenteve të karakterit universal dhe rajonal për mbrojtjen e të drejtave të njeriut (Bump, 2010: 6).

Dokumentet ndërkombëtarë të cilët sanksionojnë të drejtën për kujdes shëndetësor, si një nga të drejtat themelore të njeriut janë:

1. Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut
2. Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore
3. Konventa për Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas
4. Konventa për të Drejtat e Fëmijës
5. Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre
6. Konventa e personave me aftësi të kufizuar.

Më poshtë do të trajtojmë në mënyrë të detajuar mbrojtjen që këto akte përcaktojnë për sigurimet sociale dhe të drejtën shëndetësore.

3.1.1. Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut

Ideja për dinjitetin njerëzor, për shkak të natyrës njerëzore ka një histori të gjatë dhe është po aq e vjetër sa vetë historia e njerëzimit, e cila në kulturat, filozofitë dhe

religionet e ndryshme, shfaqet në forma të ndryshme. Prandaj aspirata për të mbrojtur dinjitetin njerëzor të të gjitha qenieve njerëzore, paraqet thelbin e konceptit për të drejtat e njeriut. Kjo aspiratë e vë qenien njerëzore në qendër të interesit dhe është e bazuar në sistemin e përbashkët universal të vlerave të përkushtuara të të drejtës për jetë, si një e drejtë e paprekshme, që ofron një kornizë për ndërtimin e sistemit të të drejtave të njeriut, të mbrojtur nga normat dhe standardet e pranuar ndërkombëtarisht.⁴⁹

Duke marrë parasysh se mosrespektimi dhe përbuzja e të drejtave të njeriut ka çuar drejt akteve barbare, të cilat kanë ofenduar ndërgjegjen e njerëzimit, si dhe duke konsideruar se dinjiteti i lindur i të drejtave të barabarta dhe të patjetërsueshme të të gjithë anëtarëve të familjes njerëzore është themeli i lirisë, drejtësisë dhe paqes në botë u ndje e nevojshme që të drejtat e njeriut⁵⁰ të mbrohen me dispozita juridike konkrete.⁵¹ Për këtë arsye më 10 dhjetor të vitit 1948, Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara miratoi dhe shpalli Deklaratën Universale të të Drejtat të Njeriut si dokumentin ndërkombëtar bazë që shpall të drejta të pandashme dhe të patjetërsueshme të të gjithë anëtarëve të familjes njerëzore.

DUDNJ është një dokument i renditur si “*soft law*”, e cila përmban në brendinë e vet vlera kolosale dhe është bërë kështu, burim frymëzimi për formulimin e konventave

⁴⁹http://www.etcgraz.at/typo3/fileadmin/user_upload/ETCHauptseite/manual/versionen/albanian/I_Intro/introduction.pdf

⁵⁰ “Të drejtat e njeriut” është rezultat i mendimit filozofik të kohës moderne, e bazuar në filozofinë e racionalizmit dhe iluminizmit, pastaj liberalizmit, demokracisë, por edhe të socializmit. Edhe pse koncepti modern për të drejtat e njeriut rrjedh kryesisht nga Evropa, do theksuar se nocionet e lirisë dhe drejtësisë sociale, të cilat janë fundamentale për të drejtat e njeriut, janë pjesë e të gjitha kulturave. Kombet e Bashkuara nën udhëheqjen e Ellenor Ruzvellit (Eleanor Roosevelt), Rene Kasë (Rene Cassain) dhe Xhozef Malikut (Joseph Malik), zhvilluan Deklaratën Universale për të Drejtat e Njeriut, në të cilën kanë punuar 80 njerëz nga Veriu dhe Jugu për të konkretizuar idetë dhe gjuhën. Në ndikimin e Lindjes dhe Jugut, të drejtat e njeriut si koncepti mbi të drejtat ekonomike, sociale, kulturore, të drejtën për vetëvendosje dhe zhvillim, si dhe lirinë nga diskriminimi racor dhe aparteidi, janë shndërruar në koncept të gjithëmbarshtëm botëror..

⁵¹ Shih Hyrjen “Deklaratën e përgjithshme mbi të drejtat e njeriut”

ndërkombëtare dhe zbatimin e tyre. Ky efekt i saj nxit ende sot hartimin e ligjeve të çdo shteti, frymëzon politika të domosdoshme efektive, udhëheq veprimet e autoriteteve dhe individëve si edhe vendimet e gjykatave. (Mandro (Balili), 2014:22)

DUDNJ –ja përbehet nga 30 nene dhe aktualisht është pjesë e legjislacioneve të shumë vendeve sepse vendos një standard arritjeje për të gjitha kombet që luftojnë për këto të drejta e liri, sepse kjo Deklaratë u shpall si *''standard i përbashkët arritjeje për të gjithë njerëzit dhe kombet''* për respektimin e të drejtave të njeriut. Në nenin 1 të Deklaratës theksohet se *“ qeniet njerëzore kanë lindur të lira dhe të barabarta në dinjitet dhe të drejta” duke i dhënë kështu një rëndësi dhe dimension universal konceptit të lirisë dhe barazisë të të drejtave të njeriut.*

Ajo përfshin të drejta civile, politike, ekonomike, sociale dhe kulturore të cilat i gëzojnë individët dhe me kalimin e kohës ajo u shndërrua në një normë të së drejtës zakonore të njohura gjerësisht nga komuniteti ndërkombëtar.

Dispozitat që trajtojnë sigurimet sociale dhe të drejtën e shëndetit, janë neni 22 dhe neni 25 i kësaj deklarate. Më konkretisht në nenin 22, Deklarata citon se *“Secili, si anëtar i shoqërisë, ka të drejtë sigurimi social dhe të drejta të domosdoshme ekonomike, sociale e kulturore për dinjitetin e tij dhe për zhvillimin e lirë të personalitetit të tij, me ndihmën e shtetit dhe bashkëpunimit ndërkombëtar dhe në përputhje me organizimin dhe burimet e çdo shteti”*. Nëpërmjet këtij neni, Deklarata i trajton këto të drejta, si të drejta, të cilat përfaqësojnë standardet ndërkombëtare të pranueshme si minimum i parimeve të përbashkëta, përmes të cilave mbrohen individët prej pasigurisë ekonomike

dhe sociale dhe prej kërcënimit, që ato paraqesin për lirinë dhe barazinë e tyre (Bard - Anders Andreassen : 479).⁵²

Neni 25 i Deklaratës është një deklaratë e fuqishme e cila proklamonte, se “Secili ka të drejtë për një nivel jetese që siguron shëndetin dhe mirëqenien e tij dhe të familjes së tij, duke përfshirë këtu ushqimin, veshmbathjen, strehimin, kujdesin mjekësor dhe shërbimet e nevojshme sociale, si dhe të drejtën për të qenë i siguruar në rast papunësie, sëmundjeje, invaliditeti, vejërie, pleqërie ose në raste të tjera të mungesës së mjeteve të jetesës për shkak të rrethanave që nuk varen nga vullneti i tij. Nënata dhe fëmijët kanë të drejtën për kujdes dhe ndihmë të posaçme. Të gjithë fëmijët, të lindur në marrëdhënie martesore apo jashtëmartesore, gëzojnë mbrojtje të njëjtë sociale.” Pra ky nen në thelb,deklaron që çdokush ka të drejtë të gëzojë disa standarde minimale jetese, të shëndetit dhe mirëqënies së tij familjare.

Gjithsesi ky nen, ka pasur edhe kritika sepse mendohet që meqë përmend vetëm nënat për kujdesin e veçantë që duhet të gëzojnë, duket sikur miraton rolet tradicionale të sekseve. Duket sikur thotë që interesat e nënave nuk janë thjesht të njëjta me ato të baballarëve apo të njerëzve të tjerëve që vuajnë nga një kufizim i përkohshëm në aftësinë e tyre për punë. Edhe pse mund të ketë një këndvështrim të tillë, DUDNJ nuk ka pasur aspak si qëllim të theksojë rolet tradicionale në shoqëri. Duhet kuptuar që gjendja fizike,emocionale, apo kognitive, si dhe tradicionale e grupeve të shoqërisë që përmenden në nen ka qenë dhe është e tillë që kërkon një kujdes të veçantë për to. Fëmijët e nënat janë të “dobët” dhe nuk mund të tregojnë aq kujdes dhe të kenë aq

⁵² <https://mdhamo.files.wordpress.com/2010/01/unesco.pdf>

mundësi të mbrojnë të drejtat e tyre sa grupet e tjera të shoqërisë. Këto grupe të shoqërisë janë edhe më të favorshme për t'u shfrytëzuar nga të tjerët dhe kështu DUDNJ duke njohur këtë gjendje vulnerabël të tyre deklaroi që këto kanë nevojë për një kujdes të posaçëm nga shteti. Kjo është ajo që njihet me emrin diskriminim pozitiv që është përmendur edhe në lidhje me të drejta të tjera të parashikuara në DUDNJ ⁵³.

Mbi bazën e DUDNJ/së u krijuan instrumenta të tjerë juridikë ndërkombëtar dhe rajonal të drejtave të njeriut, që adresuan shtetet të merrnin masa legislative për të përmbushur të drejtën e shëndetit dhe sigurisë sociale në përputhje me parimet e barazisë, universalitetit dhe solidaritetit.

Thelbi i këtyre të drejtave qëndron në faktin, që çdo shtet duhet të garantojë për secilin qytetar, një minimum standardi për ushqimin, shëndetin, strehimin dhe arsimin, duke e cilësuar këtë si të drejtë njerëzore dhe jo një privilegj.

Këto të drejta, në Shqipëri janë integruar dhe kanë njohur një dimension të gjerë respektimi universal dhe efektiv jo vetëm nëpërmjet shpalljes së tyre në dispozitat kushtetuese⁵⁴ por edhe nëpërmjet institucionalizimit të tyre në legjislacionin shqiptar.⁵⁵

⁵³ Shih “Komentari i Deklaratës Universale mbi të Drejtat e Njeriut”, UNESCO 2008, faqe 135

⁵⁴ Shih nenin 55 dhe 59, Kushtetuta e Shqipërisë, ku citohet se “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj” dhe 1. Shteti, brenda kompetencave kushtetuese dhe mjeteve që disponon, si dhe në plotësim të nismës dhe të përgjegjësisë private, synon: a) punësimin në kushte të përshtatshme të të gjithë personave të aftë për punë; b) plotësimin e nevojave të shtetasve për strehim; c) standardin më të lartë shëndetësor, fizik e mendor, të mundshëm; ç) arsimimin dhe kualifikimin sipas aftësive të fëmijëve dhe të të rinjve, si dhe të personave të pazënë me punë; d) një mjedis të shëndetshëm dhe ekologjikisht të përshtatshëm për brezat e sotëm dhe të ardhshëm; dh) shfrytëzimin racional të pyjeve, ujërave, kullotave dhe burimeve të tjera natyrore mbi bazën e parimit të zhvillimit të qëndrueshëm; e) përkujdesjen dhe ndihmën për të moshuarit, jetimët dhe invalidët; ë) zhvillimin e sportit dhe të veprimtarive ripërtëritëse; f) riaftësimin shëndetësor, edukimin e specializuar dhe integrimin në shoqëri të të paaftëve, si dhe përmirësimin në vazhdimësi të kushteve të tyre të jetesës;

3.1.2. Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore

Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore⁵⁶ shpall të drejtat themelore me karakter ekonomik, social dhe kulturor që shtetet palë duhet të garantojnë për të gjithë individët që hyjnë brenda juridiksionit të tyre. Parimi themelor mbi të cilin mbështetet ky Pakt është ai i mosdiskriminimit. Në përputhje me këtë parim shtetet palë marrin përsipër të garantojnë që të drejtat e shpallura në këtë Pakt, të ushtrohen pa kurrfarë diskriminimi të bazuar në racë, ngjyrë, seks, gjuhë, fe, opinion politik ose çdo opinion tjetër, origjinë kombëtare a shoqërore, pasuri, lindje ose çdo gjendje tjetër.⁵⁷

Pakti ka për qëllim të njohë, të proklamojë dhe të rregullojë të drejtat ekonomike, sociale kulturore të njeriut, duke përfshirë edhe të drejtën shëndetësore. Në nenin 12, paragrafi 1 të Paktit trajtohet e drejta për kujdes shëndetësor ku thuhet se “Shtetet palë të këtij Pakti njohin të drejtën e secilit për të pasur gjendje sa më të mirë shëndetësore,

⁵⁵Shih Ligjin Nr.10 107, datë 30.3.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, i cili përcakton parimet kryesore dhe kuadrin ligjor për rregullimin, organizimin dhe funksionimin e sistemit të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë

Ligji nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, i cili përcakton statusin ligjor, strukturën, funksionet dhe veprimtarinë e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (më poshtë i quajtur Fondi), i cili menaxhon financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

Ligji Nr. 7703, datë 11.05.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, i cili rregullon marrëdhëniet në fushën e sigurimeve shoqërore.

Ligji nr. 9355, datë 10.03.2005 “Për ndihmën dhe shërbimet shoqërore”, i ndryshuar, i cili ligj rregullon marrëdhëniet e financimit e të ofrimit të ndihmës dhe shërbimeve shoqërore në Shqipëri. Si dhe ligje dhe akte të tjera të brëndshme, të cilat adaptojnë dhe zbatojnë nenet e kësaj Deklarate, duke garantuar kështu të drejtat dhe liritë themelore të njeriut.

⁵⁶ Miratuar dhe hapur për nënshkrim, për ratifikim dhe për aderim nga Asambleja e Përgjithshme me Rezolutën e saj 2200 A (XXI), të datës 16 dhjetor 1966. Ka hyrë në fuqi më 3 janar 1976. Ky instrument juridik është ratifikuar nga Shqipëria me Ligjin 7911, datë 8.8.1991 “Për aderimin e Republikës së Shqipërisë në paktin ndërkombëtar për të drejtat ekonomike, sociale dhe kulturore”

⁵⁷ <http://www.magjistratura.edu.al/478-pakti-nderkombetar-per-te-drejtat-ekonomike-shoqerore-dhe-kulturore-ligji-nr-7511-8-8-1991.html>

fizike e mendore që ai është i aftë të arrijë”. Trajtimi që ky nen i bën të drejtës shëndetësore ka karakter njohës dhe pozitiv duke i njohur individëve të drejtën e tyre jetike për të gëzuar gjendje shëndetësore sa më të mirë. Masat që shtetet duhet të ndërmarrin për sigurimin e kësaj të drejte trajtohen në nenin 12, paragrafi 2, ku thuhet se: “Masat që do të marrin shtetet palë të këtij Pakti, për të arritur realizimin e plotë të kësaj të drejte, trajtohen në nenin 12, paragrafi 2, ku thuhet, se duhet të përfshihen ato masa të cilat janë të nevojshme për të siguruar:

- Uljen e vdekshmërisë së nënave gjatë lindjes dhe uljen e vdekshmërisë së foshnjave, si dhe zhvillimin e shëndetshëm të fëmijës;
- Përmirësimin e të gjitha aspekteve të higjienës së mjedisit dhe të higjienës industriale;
- Parandalimin, mjekimin dhe kontrollin e sëmundjeve epidemike, endemike, profesionale dhe të sëmundjeve të tjera;
- Krijimin e kushteve të cilat do të siguronin shërbime mjekësore dhe ndihmë mjekësore për të gjithë në rast sëmundjeje.

Në fakt, këto të drejta që proklamohen nga ky nen, kërkojnë marrjen e masave ligjore për sigurimin e tyre, pasi janë të drejta pozitive, të cilat nënkuptojnë domosdoshmërinë e ndërhyrjes së shtetit për realizimin e tyre.

Gjithashtu në nenin 9 të Paktit, proklamohet se *“Shtetet palë të këtij Pakti njohin të drejtën e secilit për sigurinë shoqërore, duke përfshirë edhe sigurimin social”*.

Në analizë të dispozitës së mësipërme, Pakti i detyron shtetet anëtare, që të ndërmarrin hapa me qëllim instalimin e një skeme me instrumenta juridikë mbrojtjeje, të cilat do t’i

mbronin njerëzit nga sëmundjet dhe do të krijonin kushte për të siguruar shërbime mjekësore dhe ndihmë mjekësore për të gjithë në rast sëmundjeje etj.

Në Kushtetutën e vendit tonë ka një sërë nenesh që synojnë të garantojnë të drejta që proklamohen pakti, të cilat janë pjesë e të drejtave të lirive, të drejtave ekonomike, sociale dhe kulturore, siç ka edhe nene, të cilat janë pjesë e objektivave shoqërore, që shteti ka marrë përsipër t'i realizojë sipas mundësive. Në tërësinë e të drejtave themelore në Kushtetutë përfshihen:

- E drejta e mbrojtjes shoqërore të punës. (neni 49)⁵⁸
- E drejta e sigurimeve shoqërore në pleqëri ose kur është i paaftë për punë si dhe e drejta për të pasur ndihmë ekonomike kur individit ka mbetur pa punë për shkak të pavarura nga vullneti i tij (neni 52)⁵⁹
- E drejta për kujdes shëndetësor, si dhe e drejta për sigurim shëndetësor (neni 55)⁶⁰

Ndërsa në rastin e objektivave sociale, Kushtetuta në nenin 59, shprehet se shteti brenda kompetencave kushtetuese dhe mjeteve që disponon, si dhe në plotësim të nismës dhe të përgjegjësisë private, synon standardin më të lartë shëndetësor, fizik e mendor, të mundshëm; përkujdesjen dhe ndihmën për të moshuarit, jetimët dhe

⁵⁸ Shih nenin 49, ku citohet se “Secili ka të drejtë të fitojë mjetet e jetesës së tij me punë të ligjshme, që e ka zgjedhur ose pranuar vetë. Ai është i lirë të zgjedhë profesionin, vendin e punës, si dhe sistemin e kualifikimit të vet profesional. Të punësuarit kanë të drejtën e mbrojtjes shoqërore të punës”. Neni 52, ku citohet se, “Kushdo ka të drejtën e sigurimeve shoqërore në pleqëri ose kur është i paaftë për punë, sipas një sistemi të caktuar me ligj. Kushdo, kur mbetet pa punë për shkak të pavarura nga vullneti i tij dhe kur nuk ka mjete të tjera jetese, ka të drejtën e ndihmës në kushtet e parashikuara me ligj”.

⁵⁹ Shih nenin 52, ku citohet se, “Kushdo ka të drejtën e sigurimeve shoqërore në pleqëri ose kur është i paaftë për punë, sipas një sistemi të caktuar me ligj. Kushdo, kur mbetet pa punë për shkak të pavarura nga vullneti i tij dhe kur nuk ka mjete të tjera jetese, ka të drejtën e ndihmës në kushtet e parashikuara me ligj”.

⁶⁰ Shih nenin 55, ku citohet se, “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj.”

invalidët; riaftësimin shëndetësor, edukimin e specializuar dhe integrimin në shoqëri të të paaftëve, si dhe përmirësimin në vazhdimësi të kushteve të tyre të jetesës etj.

Pakti Ndërkombëtar mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore i mbron dhe proklamon këto të drejta, në zbatim të nenit 28/2 ku thuhet, se “Nuk do të pranohet asnjë kufizim ose shkelje e të drejtave themelore të njeriut që janë të njohura ose që ekzistojnë në fuqi në çdo vend në bazë të ligjeve, konventave, rregulloreve ose zakoneve, me pretekstin se ky Pakt nuk i njeh ato ose i njeh në një shkallë më të vogël”, Pra Pakti⁶¹ në këtë kontekst ligjor i ndalon shtetet palë të Paktit, që të ndërmarrin masa, të cilat do të rrezikonin ose kufizonin respektimin e këtyre të drejtave. Është pikërisht Këshilli Ekonomik e Shoqëror i cili mbikëqyr, raporton dhe mund t'i paraqesë Asamblesë së Përgjithshme raporte të herëpashershme me rekomandime të përgjithshme dhe një përmbledhje të informacioneve të marra nga shtetet palë të këtij Pakti dhe nga organizatat e specializuara për masat e marra dhe përparimin e bërë në arritjen e respektimit të përgjithshëm të të drejtave të njohura në këtë Pakt⁶².

3.1.3. Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas

Diskriminimi ndaj grave shkel parimet e barazisë së të drejtave dhe të respektimit të dinjitetit njerëzor, pengon pjesëmarrjen e grave, në të njëjtat kushte me burrat, në jetën politike, shoqërore, ekonomike dhe kulturore të vendeve të tyre, pengon ngritjen e

⁶¹ Shih nenin 28 të Paktit Ndërkombëtar mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore. “Dispozitat e këtij Pakti janë të zbatueshme, pa asnjë kufizim ose përjashtim, për të gjitha njësitë përbërëse të shteteve federative”.

⁶² Po aty, shih nenin 21

mirëqenies së shoqërisë e të familjes. Duke pasur parasysh kontributin e madh të grave për mirëqenien e familjes dhe për zhvillimin e shoqërisë, gjë që deri më sot nuk ka qenë njohur plotësisht, Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara miratoi në 18 dhjetor 1979 Konventën për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas⁶³, e cila ngrihet mbi parimin e barazisë së burrit dhe gruas. Kjo konventë njihet ndryshe edhe si Kushtetuta e Grave, për shkak të rëndësisë së madhe që ka ajo për mbrojtjen dhe promovimin e të drejtave të grave në të gjitha fushat e jetës. Preambula e saj rikujton që elimini i diskriminimit ndaj grave dhe nxitja e barazisë midis burrave dhe grave janë të drejta themelore të cilësuar dhe të detyruara sipas Kartës së të Drejtave të Njeriut.⁶⁴ Konventa njih dhe proklamon të drejtën e grave për sigurime sociale, të drejtën për mbrojtjen e shëndetit, si dhe një sërë të drejtash, që ngrihen mbi bazën e barazisë midis burrit dhe gruas. Më konkretisht nje pjesë e dispozitave të nenit 11, citon se “Shtetet palë marrin të gjitha masat e përshtatshme për të eliminuar diskriminimin ndaj gruas në fushën e zënies punë, për të siguruar, mbi bazën e barazisë midis burrit dhe gruas, të drejtat e njëjta, e sidomos, të drejtën për sigurime sociale, sidomos në rastet e pensionimit, të papunësisë, të sëmundjes, të invaliditetit dhe të pleqërisë ose të çdo humbje tjetër të aftësisë për punë, si dhe të drejtën për pushime të paguara, të drejtën për mbrojtjen e shëndetit dhe për sigurimin në punë, duke përfshirë ruajtjen e funksionit biologjik dhe riprodhues të gruas”.

⁶³ Miratuar dhe hapur për nënshkrim, për ratifikim dhe për aderim nga Asambleja e Përgjithshme me Rezolutën e saj 34/180, të datës 18 dhjetor 1979. Ka hyrë në fuqi më 3 shtator 1981. Shqipëria aderon në Konventën për Eliminimin e të Gjitha formave të Diskriminimit kundër Grave, me Ligjin Nr. 7767, datë 9.11.1993, Për aderimin në konventën "Për eliminimin e të gjithaformave të diskriminimit ndaj grave".

⁶⁴<http://www.magjistratura.edu.al/513-konventa-per-eliminimin-e-te-gjitha-formave-te-diskriminimit-ndaj-grave-cedaw-ligji-me-date-11-05-1994.html>

Në nenin 12, të Konventës, përcaktohet se “Shtetet palë marrin të gjitha masat e përshtatshme për të eliminuar diskriminimin ndaj gruas në fushën e kujdesit për shëndetin për t'u siguruar, mbi bazën e barazisë së burrit dhe të gruas, mundësitë për të përfituar shërbime mjekësore, duke përfshirë edhe ato të planifikimit të familjes. Megjithë dispozitat e paragrafit 1 të këtij neni, shtetet palë u sigurojnë grave gjatë barrës, lindjes dhe pas lindjes, shërbime të përshtatshme, po qe nevoja, falas, si dhe ushqim të përshtatshëm gjatë barrës dhe mbajtjes së fëmijës në gjë”. Në të njëjten linjë me Konventën shprehet edhe dispozita kushtetuese shqiptare⁶⁵, e cila përcakton qartë, se gratë shtatzëna dhe nënat e reja kanë të drejtën e një mbrojtje të veçantë nga shteti. Në interpretim dhe zbatim të Kushtetutës janë miratuar instrumenta juridikë të brendshëm të cilët interpretojnë konventën në kuadër të mbrojtjes shëndetësore dhe sigurimeve sociale të grave gjatë barrës, lindjes dhe pas lindjes⁶⁶ etj. Në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, kujdesi shëndetësor për gratë ndër të tjera mbulon aspektet

⁶⁵ Neni 54/1, Kushtetuta e Shqipërisë, ku përcaktohet, se “Fëmijët, të rinjtë, gratë shtatzëna dhe nënat e reja kanë të drejtën e një mbrojtjeje të veçantë nga shteti”.

⁶⁶ Në ligjin shqiptar nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar neni 3, parashikon se sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, kategoritë e personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit. Në kategorinë e personave ekonomikisht përfshihen personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore. Në interpretim të ligjit shqiptar të sigurimeve shoqërore nr. 7703, datë 11.05.1993, neni 27 “E ardhura për barrë lindje”, parashikon të drejtën për gruan e siguruar në rast barrë lindje, të përfitojë një pagesë për një periudhë prej 365 ditësh kalendarike. Kjo dispozitë i jep të drejtën gruas gjatë barrë lindjes të përfitojë të gjitha shërbimet shëndetësore që ofron skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, gjatë kësaj periudhe. Duke analizuar detyrimin që shpreh kjo konventë legjislativ shqiptar, me ligjin organik nr. 8876, datë 04.04.2002 “Për shëndetin riprodhues” të ndryshuar, neni 24, shprehet se të gjithë gratë shtatzëna përfitojnë falas ndjekjen periodike mjekësore të shtatzënisë, të lindjes dhe pas lindjes veçanërisht ekzaminimet e paralindjes dhe të pas lindjes, të detyrueshme, që caktohen me akt të Ministrisë të Shëndetësisë. Numri dhe lloji i ekzaminimeve të detyrueshme dhe periudha e kryerjes së tyre përcaktohen me udhëzime të Ministrisë të Shëndetësisë. Të gjitha gratë shtatzëna kanë të drejtë të kryejnë pa pagesë ekzaminimet e detyrueshme të përshkuara nga mjeku dhe të marrin falas fletoren personale të ndjekjes së shtatzënisë. Në interpretim të ligjit të sigurimit shëndetësor grujat shtatzëna behet pjesë skemes së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor sipas ligjit organik për shëndetin riprodhues. Në këtë kontekst gratë shtatzëna kanë të drejtë paisen me kartë shëndeti në bazë Udhëzimi Nr 20, datë 25.07.2014 “Për Kartën e shëndetit” dhe afati i vlefshmërisë është sipas, vlerësimit të konsultorit dhe periudhës së shtatzënisë.

përkatëse parandaluese, promovuese, kurative dhe rehabilituese, siç janë kujdesi para, gjatë dhe pas lindjes për nënën dhe fëmijën, planifikimi familjar , parandalimi dhe diagnostikimi i hershmi kancerit të gjirit e kancerit të qafës së mitrës, shëndeti seksual etj.⁶⁷

Gjithashtu, Konventa trajton ndalimin e diskriminimit në kuadrin e së drejtës shëndetësore të grave mbi baza gjeografike, pasi ajo nuk kufizohet vetëm në ndalimin e diskriminimit gjinor mes burrit dhe gruas, por tejkalon dhe trajton edhe diskriminimin brenda llojit, çka nënkupton që mbron interesat e grave pa asnjë dallim si në zonat urbane dhe në ato rurale⁶⁸.

Me qëllim që të shqyrtohen arritjet në zbatimin e kësaj Konvente, është krijuar Komiteti për Eliminimin e Diskriminimit ndaj Gruas. Ky Komiteti i paraqet raport vjetor Asamblesë së Përgjithshme të Organizatës së Kombeve të Bashkuara, nëpërmjet Këshillit Ekonomik e Social, lidhur me aktivitetet e tij dhe mund të bëjë sugjerime e rekomandime të përgjithshme të bazuara në shqyrtimin e raporteve dhe të informacioneve që ka marrë nga shtetet palë.⁶⁹

⁶⁷ Shih Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, Pika 4, Kujdesi shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues

⁶⁸ Shih nenin 14, të Konventës, ku përcaktohet, se “Shtetet palë marrin parasysh problemet e veçanta që u shtrohen grave fshatare dhe rolin e rëndësishëm që luajnë këto gra për mbijetesën ekonomike të familjeve të tyre, duke përfshirë punën e tyre në sektorët jomonetarë të ekonomisë. Ato marrin të gjitha masat e përshtatshme për të siguruar zbatimin e dispozitave të kësaj Konvente në dobi të grave të zonave bujqësore. 2. Shtetet palë marrin të gjitha masat e përshtatshme për të eliminuar diskriminimin ndaj gruas në zonat bujqësore me qëllim që të sigurojnë, mbi bazën e barazisë së burrit dhe të gruas, pjesëmarrjen e saj në zhvillimin e fshatit dhe njëherësh në avantazhet që sjell ajo”.

⁶⁹ Shih nenin 21 të Konventës

3.1.4. Konventa për të Drejtat e Fëmijës

Familja, si njësi bazë e shoqërisë, dhe mjedisi natyror për rritjen dhe mirëqenien e të gjithë anëtarëve të saj dhe veçanërisht të fëmijëve, duhet të ketë mbrojtjen dhe përkrahjen e nevojshme, që të mund të marrë përsipër plotësisht rolin e saj në bashkësi. Fëmija për zhvillimin e plotë dhe të harmonishëm të personalitetit të tij, duhet të rritet në mjedis familjar, në një atmosferë lumturie, dashurie dhe mirëkuptimi.⁷⁰ Nisur nga interesi i mbrojtjes së asaj që konsiderohet embrioni i shoqërisë, pra mbrojtja e të drejtave të fëmijëve, Asambleja e Përgjithshme më 20 nëntor 1989 miratoi Konventën për të Drejtat e Fëmijës⁷¹. Kjo Konventë është një traktat i rëndësishëm, që përcakton të drejtat civile, politike, ekonomike, sociale si dhe të drejtat kulturore që u takojnë fëmijëve.

Fëmijë sipas Konventës, është çdo qenie njerëzore nën moshën 18 vjeç, me përjashtim të rasteve kur mosha madhore arrihet më përpara, në përputhje me legjislacionin të cilit ai i nënshtrohet⁷². Duke ju referuar dispozitave të Konventës, shohim se neni 23 dhe neni 24, përcaktojnë se Shtetet Palë njohin të drejtën e fëmijës për të gëzuar një gjendje shëndetësore sa më të mirë dhe për të përfituar nga shërbimet

⁷⁰ Shih Preambulen e Konventës për të Drejtat e Fëmijës

⁷¹ Miratuar dhe hapur për nënshkrim, për ratifikim dhe për aderim nga asambleja e përgjithshme me rezolutën e saj 44/25 të datës 20 nëntor 1989, ka hyrë në fuqi me 2 shtator 1990. Ratifikuar me Ligjin Nr. 7531, datë 11.12.199, “Për ratifikimin e konventës për të drejtat e fëmijës”.

⁷² Shih nenin 1, të Konventës për të Drejtat e Fëmijës

për trajtimin e sëmundjes dhe riaftësimin e shëndetit etj⁷³. Pra Shtetet Palë përpiqen të sigurojnë, që asnjë fëmijë të mos i mohohet e drejta për të pasur këto shërbime të kujdesit shëndetësor dhe për të siguruar ndihmën e nevojshme mjekësore për të gjithë fëmijët, gjithashtu konventa e vë theksin në zhvillimin e kujdesit shëndetësor parësor.

Në zbatim të legjislacionit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, kujdesi shëndetësor parësor për fëmijët në qendra shëndetësore ofrohet me shërbime parandaluese, promovuese, edukuese, si dhe kurative. Gjithashtu kujdesi shëndetësor parësor është fokusuar, që çdo fëmijë të marrë shërbimet e nevojshme për rritjen dhe

⁷³ Po aty shih nenin 23, ku pwrçaktohet se “Shtetet Palë pranojnë se fëmija me paaftësi mendore ose fizike duhet të bëjë një jetë normale dhe të përshtatshme, në kushte që garantojnë dinjitetin e tij, që nxisin autonominë dhe lehtësojnë pjesëmarrjen e tij aktive në jetën e bashkësisë. 2. Shtetet Palë njohin të drejtën e fëmijës me paaftësi për kujdes të posaçëm dhe nxisin e sigurojnë, brenda mundësive të të ardhurave të disponueshme, dhënien fëmijës, i cili përmbush kushtet, si dhe atyre që kujdesen për të, të ndihmës që kërkohet dhe që i përshtatet gjendjes së fëmijës dhe gjendjes financiare të prindërve të tij, ose të atyre që kujdesen për të. 3. Duke njohur nevojat e veçanta të fëmijës me paaftësi, ndihma e dhënë sipas paragrafit 2 të këtij neni jepet falas sa herë të jetë e mundur, duke pasur parasysh burimet financiare të prindërve të tij ose të atyre që kujdesen për të dhe kjo synon që fëmijët me paaftësi të kenë mundësi efektivisht të marrin arsim, kualifikim, shërbime shëndetësore, shërbime riaftësimi, përgatitje për punësim dhe veprimtari argëtuese, në mënyrë që fëmija të sigurojë një integritet shoqëror dhe zhvillim vetiak sa më të plotë, përfshirë zhvillimin e tij kulturor dhe shpirtëror”. Shtetet Palë njohin të drejtën e fëmijës për të gëzuar një gjendje shëndetësore sa më të mirë dhe për të përfituar nga shërbimet për trajtimin e sëmundjes dhe riaftësimin e shëndetit. Shtetet Palë përpiqen të sigurojnë që asnjë fëmijë të mos i mohohet e drejta për të pasur këto shërbime të kujdesit shëndetësor. 2. Shtetet Palë ndjekin zbatimin e plotë të kësaj të drejte dhe në veçanti marrin masat e duhura: (a) Për të ulur vdekshmërinë foshnjore dhe fëmijore; (b) Për t’u siguruar të gjithë fëmijëve ndihmën e nevojshme mjekësore dhe kujdesin për shëndetin, duke e vënë theksin në zhvillimin e kujdesit shëndetësor parësor; (c) Për të luftuar sëmundjen dhe kequshqyerjen, edhe në kuadrin e kujdesit shëndetësor parësor, me anë të përdorimit, ndër të tjera, të teknikave lehtësisht të arritshme si dhe të sigurimit të produkteve ushqimore të përshtatshme dhe ujit të pijshëm të pastër, duke pasur parasysh rreziqet e ndotjes së mjedisit natyror; (d) Për t’u siguruar nënave kujdesin e duhur shëndetësor, para dhe pas lindjes; (e) Për të mundësuar që gjithë grupet shoqërore dhe në veçanti prindërit dhe fëmijët të marrin informacion, të kenë mundësi edukimi dhe të përkrahen për të përdorur dijet bazë për shëndetin dhe të ushqyerit e fëmijës, përparësitë e ushqyerjes me gji, higjienën dhe shëndoshjen e mjedisit dhe parandalimin e aksidenteve; (f) Për të zhvilluar kujdesin shëndetësor parandalues, këshillimin e prindërve, edukimin dhe shërbimet në fushën e planifikimit familjar. 3. Shtetet Palë marrin të gjitha masat e efektshme dhe të nevojshme për të zhdukur praktikatat tradicionale të dëmshme për shëndetin e fëmijëve.

zhvillimin e shëndetshëm, pakësimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë të fëmijëve, si dhe të mbrojtë shëndetin e fëmijëve në familje dhe komunitet, etj.⁷⁴

Ne referim të legjislacionit shqiptar, sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon fëmijët nën moshën 18 vjeç⁷⁵ dhe përjashton nga pagesat e drejtpërdrejta ose bashkëpagesat kategorinë e fëmijëve për shërbimet shëndetësore, që janë pjesë e paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor. Ky legjislacion shkon përtej konventës, pasi ofron dhe siguron kujdesin shëndetësor në nivele të tjera shërbimi, si dhe parashikon përjashtimin nga pagesat e drejtpërdrejta edhe për shërbimet shëndetësore, që janë pjesë e listës së barnave të rimbursueshme, të kujdesit spitalor, në masën e përcaktuar nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, për këtë kategori.⁷⁶

Konventa gjithashtu inkurajon shtetet anëtarë për një bashkëpunim ndërkombëtar me qëllim realizimin e plotë të së drejtës shëndetësore. Zbatimi i Konventës monitorohet nga Komiteti për të Drejtat e Fëmijës, që përbëhet nga përfaqësues të shteteve nga e gjithë bota. Shtetet anëtare i paraqesin Komitetit një raport vjetor i cili duhet të përmbajë të dhëna të mjaftueshme që t'i krijojë Komitetit një ide të qartë në lidhje me zbatimin e së drejtës shëndetësore të fëmijëve.

⁷⁴ Shih Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, Pika 2,” Kujdesi shëndetësor për fëmijët”.

⁷⁵ Shih nenin 5/2/e, Kreu II, Ligji nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.

⁷⁶ Shih Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, Pika 1/a, ku përcaktohet, se “Përjashtimi nga pagesat e drejtpërdrejta për shërbimet shëndetësore, që janë pjesë e listës së barnave të rimbursueshme, të paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të kujdesit spitalor që mbulohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në masën e përcaktuar, për kategoritë; Fëmijët 0 - 18 vjeç”

3.1.5. Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre

Migrimi është përkufizuar shpesh si “një nga forcat historike që i ka dhënë formën botës”, ose si “pjesë e pandarë e sjelljes njerëzore”, duke ju referuar kështu faktit se, kemi të bëjmë me një fenomen natyral të vjetër sa vetë historia njerëzore (Ikononi L, 2009:9).

Termi “migracion” shpreh fenomenin e natyrës demografike të lidhur me transferimin e një personi apo të një grupi njerëzish nga një territor i origjinës në një tjetër ku vendosen përkohësisht apo përfundimisht. Të tilla zhvendosje janë përcaktuar me termin “emigracion” nëse shihen efektet nga vendi i origjinës dhe me termin “imigracion”, nëse shihen nga vendi drejt të cilit është drejtuar fluksi. Kërkimet në shkencat shoqërore vitet e fundit kanë përdorur dhe nocionin “diaspora”, duke i atribuar cilësi të reja, të ndryshme nga ato me karakter “katastrofik” që evokojnë kur lidhet me eksodin biblik ose me dëbimin e një populli të tërë nga një vend (siç është rasti i ebrejve të dëbuar nga Spanja e 1492).⁷⁷

Migracioni është shndërruar tashmë në një dukuri globale që në një formë a një tjetër prek të gjithë shtetet në mbarë botën. Dimensionet dhe ndikimi i tij janë të konsiderueshme si në aspektin shoqëror dhe atë individual. Sikundër ndodh rëndom me fenomene të këtij lloji, paralelisht është zhvilluar një korpus normativ për rregullimin

⁷⁷ Shih, Blerte Kraja- E drejta migratore dhe e azilit, faqe 10

dhe menaxhimin sa më mirë të migracionit, si në nivel ndërkombëtar, rajonal dhe atë kombëtar.(Ikonimi L, 2009:5). Në nivel ndërkombëtar për mbrojtjen e të drejtave të migrantëve u hartua, nga Asambleja e Kombeve të Bashkuara, Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre ⁷⁸.

Kjo Konventë përcakton rregullat dhe standardet ndërkombëtare për respektimin e të drejtave të punëtorëve migrantë dhe anëtarëve të familjeve të tyre, në kontekstin e të drejtave themelore të njeriut, me qëllim ofrimin e një mbrojtjeje ndërkombëtare për këtë kategori subjektesh.

Në nenin 2, Konventa përkufizon termin e punëtorit migrant, sipas të cilit është *“çdo person që punon, do të punojë apo ka punuar në një vend pune kundrejt shpërblimit në një shtet në të cilin ai nuk është shtetas”*. Ndërsa termi “anëtarë të familjes” në këtë Konventë i referohet personave të martuar me punëtorë migrantë ose që kanë me ta një raport që, në pajtim me ligjin e zbatuar, sjell efekte të njëjta me martesën, si dhe fëmijët e tyre të varur dhe persona të tjerë të varur që njihen si anëtarë të familjes nga legjislacioni i zbatueshëm apo marrëveshjet dypalëshe dhe shumëpalëshe të zbatueshme ndërmjet shteteve përkatëse.⁷⁹

Kjo Konventë zbatohet gjatë gjithë procesit të migrimit të punëtorëve migrantë dhe anëtarëve të familjeve të tyre, që përbëhet nga përgatitja për migrim, largim,

⁷⁸ Hyri në fuqi në 1 korrik 2003. Aktualisht ka 37 shtete anëtare.

⁷⁹ Shih nenin 4, të Konventës Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre.

tranzitim, nga gjithë periudha e qëndrimit dhe aktiviteti fitimprurës në shtetin e punësimit, si dhe nga kthimi në shtetin e origjinës apo në shtetin e vendqëndrimit fiks.⁸⁰

Në nenin 28 të Konventës trajtohet e drejta për kujdes shëndetësor ku përcaktohet se: *“Punëtorët migrantë dhe anëtarët e familjeve të tyre kanë të drejtën të përfitojnë çdo kujdes mjekësor, që kërkohet urgjentisht për ruajtjen e jetës së tyre ose shmangien e dëmit të pariparueshëm për shëndetin e tyre, mbi bazën e barazisë së trajtimit me shtetasit e shtetit përkatës. Ky kujdes mjekësor urgjent nuk u refuzohet atyre mbi bazën e ndonjë parregullsie në lidhje me qëndrimin apo punësimin.”*. Pra, në kontekstin ligjor të kësaj dispozite, Shtetet Palë angazhohen të marrin masat e duhura për të siguruar, që punëtorët migrantë dhe anëtarët e familjeve të tyre të mos privohen nga asnjë e drejtë që rrjedh nga ky parim për shkak të ndonjë parregullsie në qëndrimin apo punësimin e tyre.⁸¹

Gjithashtu Konventa përcakton se, Punëtorët migrantë gëzojnë barazi në trajtim me shtetasit e shtetit të punësimit në lidhje me të drejtën për shërbimet sociale dhe shëndetësore, me kusht që të përmbushen kërkesat për pjesëmarrje në skemat përkatëse.⁸²

Në legjislacionin shqiptar, sigurimet shoqërore të emigrantëve shqiptarë, të punësuar në mënyrë të rregullt, rregullohen në bazë të legjislacionit për sigurimet shoqërore të shtetit

⁸⁰ Shih nenin 1/2 të Konventës Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre.

⁸¹ Kategoria e të drejtave, qw u njihet të gjithë punëtorëve migrantë dhe anëtarëve të familjeve të tyre, pavarësisht nga situata e qëndrimit në shtetin e punësimit. Konventa i trajton të drejtat e migrantëve në dy kategori, në migrant me dokumentacion të rregullt dhe në migrant me dokumentacion jo të rregullt. Në lidhje me migrantët me dokumentacion të rregullt Konventa parashikon gjithashtu parimin e barazisë në trajtim me shtetasit, për punëtorët migrantë dhe familjet e tyre në fusha të tilla si aksesimi në arsim, strehimi, shërbime sociale, shëndetësore, të drejtën për informacion paraprak për kushtet e pranimi dhe punësimit në vendin pritës, të drejtën e votës të ushtruar në përputhje me legjislacionin e vendit pritës, pjesëmarrje në trajnime profesionale, pjesëmarrje në jetën kulturore etj. Gjithashtu, Konventa sqaron situatën e punëtorëve migrantë ose anëtarëve të familjeve të tyre, që janë pa dokumente ose në një situatë të parregullt. Kësaj kategorie nuk i mohohet kujdesi shëndetësor, por ai nuk është në nivelet dhe në atë shkallë të cilën e gëzon kategoria e migrantëve me dokumentacion të rregullt.

⁸² Shih nenin 43/e, të Konventës Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre

shqiptar dhe të shtetit pritës, ose marrëveshjeve dypalëshe në këtë fushë dhe konventave ndërkombëtare për sigurimet shoqërore, ku Republika e Shqipërisë është palë.⁸³

Shtetasit e huaj dhe personat pa shtetësi, të punësuar, punëdhënës ose të vetëpunësuar në subjekte të regjistruara për efekte fiskale në Republikën e Shqipërisë, mbrohen dhe sigurohen, në mënyrë të detyrueshme sipas Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 77, datë 28.1.2015 „Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor“.

Në kontekst të dispozitave të këtij vendimi, përjashtohen nga mbrojtja dhe sigurimi i detyrueshëm shoqëror shtetasit e huaj që:

- punojnë në subjekte të huaja, të cilat, në bazë të një marrëveshjeje, nuk kanë detyrimin për t'u regjistruar në organet tatimore shqiptare;
- janë të punësuar në subjekte të huaja, që nuk kanë detyrimin për t'u regjistruar në organet tatimore shqiptare, të cilët vijnë në Shqipëri të punojnë në një punë apo shërbim të kualifikuar, sipas një kontrate shërbimi, të lidhur me një subjekt të regjistruar në organet tatimore shqiptare, i cili nuk është degë apo njësi e subjektit kontraktor.
- janë të punësuar në subjekte të huaja, të cilat nuk kanë detyrimin për t'u regjistruar në organet tatimore shqiptare, të cilët dërgohen në Shqipëri të punojnë në një punë apo shërbim të caktuar, sipas një kontrate të lidhur nga subjekti i huaj punëdhënës me një subjekt të regjistruar në organet tatimore shqiptare, i cili nuk është degë apo njësi e subjektit kontraktor⁸⁴.

⁸³ Shih nenin 34, Ligji nr.9668, datë 18.12.2006 “Për emigrimin e shtetasve shqiptarë për motive punësimi”, i ndryshuar.

- me rezidencë e banim të përhershëm jashtë territorit të Shqipërisë, të cilët kanë veprimtari të regjistruara në emrin e tyre në të dyja shtetet ku kryejnë detyrën e administratorit, së bashku me një administrator tjetër, me rezidencë të përhershme në Shqipëri ⁸⁵
- që janë të përjashtuar nga pagimi i kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe të sigurimit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, në bazë të një marrëveshjeje të lidhur midis shtetit të tyre me shtetin shqiptar.

Në interpretim të dispozitave të Konventës dhe legjislacionit shqiptar konstatohet, që kemi një harmonizim dhe kordinim të instrumentave juridikë mbrojtës të sigurimeve shoqërore e shëndetësore në lidhje me zbatimin e të drejtave të migrantëve.

Gjithashtu Konventa parashikon krijimin e një komiteti të posaçëm, të quajtur Komiteti për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre, i cili mbikëqyr zbatimin e kësaj Konvente nga shtetet palë të saj. Kjo Konventë është ratifikuar me ligjin Nr.9703, datë 2.4.2007, Për aderimin e republikës së shqipërisë në konventën ndërkombëtare "Për mbrojtjen e të drejtave të të gjithë punëtorëve migrantë dhe anëtarëve të familjeve të tyre".

⁸⁴ Shih pikën 8/c, të Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 77, datë 28.1.2015 „Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor“, i cili përcakton kushtet, “Të ketë një marrëveshje për shmangien e taksimit të dyfishtë, të lidhur midis shtetit shqiptar dhe shtetit të subjektit punëdhënës të huaj; ii) Procedura e regjistrimit, leja e punës dhe kohëzgjatja e saj të jenë kryer në përputhje me dispozitat e ligjit nr. 108/2013 “Për të huajt”; iii) Rezidenca dhe detyrimet për pagesë, sipas legjislacionit fiskal, të zbatohen sipas përcaktimeve në ligjin nr. 9920, datë 9.5.2008, “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar; iv) Subjekti kontraktues, i regjistruar në organet tatimore shqiptare, kërkon çdo 3 muaj, nga subjekti punëdhënës i huaj, dokument të konfirmuar nga strukturat e sigurimeve shoqërore të shtetit përkatës lidhur me pagesën e kontributeve të sigurimeve shoqërore, të shoqëruar me listën emërore të punonjësve të huaj, të cilën e administron së bashku me dokumentet e transfertave në favor të punëdhënësit të huaj.

⁸⁵ Në këtë rast, personat do të jenë subjekt i mbrojtjes dhe i sigurimit të detyrueshëm shoqëror në atë shtet ku kanë rezidencën dhe, njëkohësisht, të vërtetojnë me dokument mbrojtjen me sigurim shoqëror nga shteti përkatës. Rezidenca e ka kuptimin sipas përcaktimeve në ligjin nr. 9920, datë 9.5.2008, “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar

3.1.6. Konventa e Personave me Aftësi të Kufizuar

Konventa e Personave me Aftësi të Kufizuar⁸⁶ është hartuar me qëllim të promovojë, të mbrojë dhe të sigurojë që të gjithë personat me aftësi të kufizuara të gëzojnë plotësisht dhe në mënyrë të barabartë të gjitha të drejtat dhe liritë themelore të njeriut, si dhe të promovojë respektimin e dinjitetit të tyre të lindur. Personat me aftësi të kufizuara përfshijnë ata që kanë dëmtime fizike, mendore, intelektuale apo shqisore afatgjata, të cilat, në ndërveprim me barrierat të ndryshme, mund të pengojnë pjesëmarrjen e tyre të plotë dhe efektive në shoqëri në baza të barabarta me të tjerët.⁸⁷

Një nga parimet themelore mbi të cilat bazohet kjo Konventë është ai i barazisë dhe mosdiskriminimit. “Sipas këtij parimi, shtetet palë pranojnë se të gjithë personat janë të barabartë para ligjit dhe sipas ligjit dhe se kanë të drejtë pa asnjë diskriminim për mbrojtje të barabartë dhe përfitim të barabartë nga ligji. Gjithashtu shtetet palë duhet të ndalojnë çdo lloj diskriminimi me bazë aftësinë e kufizuar dhe t’u garantojnë personave me aftësi të kufizuara mbrojtje ligjore të barabartë dhe efektive ndaj çdo lloj diskriminimi në të gjitha situatat”⁸⁸.

Neni 25 i Konventës trajton të drejtën e shëndetit duke i njohur personave me aftësi të kufizuar të drejtën e të gëzimit të standardit më të lartë të shëndetit. Ky nen shprehet se: “Shtetet Palë njohin faktin që personat me aftësi të kufizuar kanë të drejtën të gëzojnë standardin më të lartë të mundshëm shëndetësor pa diskriminim për shkak të

⁸⁶ Konventa e OKB “Për të drejtat e personave me aftësi të kufizuar” është ratifikuar me ligjin n. 108/2012

⁸⁷ Shih nenin 1, të Konventës

⁸⁸ Shih nenin 5 të Konventës të personave me aftësi të kufizuar.

aftësisë së kufizuar. Shtetet Palë do të marrin masat e duhura për të siguruar aksesin e personave me aftësi të kufizuar ndaj shërbimeve shëndetësore të lidhura me gjininë, përfshirë rehabilitimin lidhur me shëndetin.” Në veçanti, Shtetet Palë do t’u garantojnë personave me aftësi të kufizuar të njëjtën gamë, cilësi dhe standarde të shërbimeve shëndetësore pa pagesë ose të përballueshme siç iu sigurohet personave të tjerë, duke përfshirë programe dhe shërbime në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues dhe programe të shëndetit publik.⁸⁹ Konventa mbron dhe garanton ato shërbime shëndetësore që u nevojiten personave me aftësi të kufizuar, për shkak të aftësisë së tyre të kufizuar, gjithashtu ajo ndalon diskriminimin ndaj personave me aftësi të kufizuar në ofrimin e sigurimeve shëndetësore dhe sigurimit të jetës, në ato raste kur një siguracion i tillë lejohet nga ligji kombëtar, që do të ofrohet në mënyrë të drejtë dhe të arsyeshme⁹⁰. Ne interpretim të Konventës vjen angazhimi, i shtetit shqiptar në plotësimin e një kuadri kushtetues⁹¹ dhe ligjor shqiptar, ⁹² që siguron një përmirësim të dukshëm të statusit dhe

⁸⁹ Shih nenin 25 /a të Konventës të personave me aftësi të kufizuar.

⁹⁰ Po aty shih nenin 25/e

⁹¹ Kushtetuta dhe legjislacioni shqiptar e njeh të drejtat e personave me aftësi të kufizuara. Kështu Kushtetuta e Shqipërisë në kreun V, ku parashtrihen Objektivat Sociale, neni 59, pika e) dhe pika f) parashtron se "Shteti, brenda kompetencave kushtetuese dhe mjeteve që disponon, si dhe në plotësim të nismës dhe përgjegjësisë private, synon...e) perkujdesjen dhe ndihmën për të moshuarit, jetimët dhe invalidët; f) riaftësimin shëndetësor, edukimin e specializuar dhe integrimin në shoqëri të të paaftëve, si dhe përmirësimin në vazhdimësi të kushteve të tyre të jetesës

⁹² Ligji nr. 7703, datë 11.05.1993 "Mbi sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë" i ndryshuar, trajton me pensione invaliditeti personat që janë bërë të paaftë plotësisht ose pjesërisht, gjatë periudhës së sigurimit, për shkak të një aksidenti në punë, sëmundjeve profesionale ose të përgjithshme.

Ligji 8098, datë 28.03.1996 "Për statusin e të verbërit" rregullon vlerësimin e aftësisë për të parë, integrimin në jetën normale dhe parashtron kushte normale për jetesë dhe punë si dhe kushte favorizuese për trajtim mjekësor.

Ligji nr.8626, datë 22.6.2000, "Statuti i invalidit paraplegjik dhe tetraplegjik, Statuti i invalidit paraplegjik dhe tetraplegjit u jep drejte të sëmurëve paraplegjikë dhe tetraplegjikë që janë në gjendje të rëndë dhe në pamundësi për t’u paraqitur në institucionet shtetërore, të përfitojnë shërbimin në banesë nga mjeku i familjes dhe mjeku specialist për ato procedura mjekësore që mund të kryhen në mënyrë ambulatorie dhe në kushte shtëpie. Shteti i përjashton të sëmurët paraplegjikë dhe tetraplegjikë nga pagesat për sigurimin shëndetësor dhe u jep atyre të drejtën e përfitimit falas të barnave për sëmundjen, pasojë e invaliditetit

cilësisë se jetës së personave me aftësi të kufizuara në, përputhje me standardet shëndetësore të OKB.

Ne referim te legjislacionit shqiptar, sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore si dhe personat që përfitojnë pagesën për aftësinë e kufizuar⁹³, siç janë invalidët, të verbrit, invalidët paraplegjikë dhe tetraplegjikë etj. Ky legjislacion e trajton këtë kategori në interpretim të saktë të Konventës, pasi parashikon përjashtimin e kësaj kategorie në masën e përcaktuar nga bashkëpagesat për paketat shëndetësore, që janë pjesë e listës së barnave të rimbursueshme, të paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të kujdesit spitalor që mbulohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor⁹⁴.

Konventa parashikon ngritjen e një komiteti të posaçëm, të quajtur Komiteti për të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuar, si dhe përcakton përbërjen, mënyrën e zgjedhjes së anëtarëve si dhe funksionet e Komitetit në kuadër të monitorimit të zbatimit të Konventës nga shtetet palë.⁹⁵ Kontrolli i zbatimit të Konventës realizohet nëpërmjet sistemit të raporteve nga ku çdo Shtet Palë do të paraqesë në Komitet, nëpërmjet Sekretarit të Përgjithshëm të Kombeve të Bashkuara, një raport gjithëpërfshirës mbi masat e marra për të bërë efektive detyrimet e tij në këtë Konventë dhe mbi progresin e bërë në këtë drejtim⁹⁶.

⁹³ Shih nenin 5/a dhe 5/b, Ligji Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

⁹⁴ Shih Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore

⁹⁵ Shih nenin 34 të Konventës të personave me aftësi të kufizuar.

⁹⁶ Po aty shih nenin 35 të Konventës të personave me aftësi të kufizuar.

3.2. Institucionet përgjegjëse për sigurimin e së drejtës shëndetësore në nivel global

Përpjekjet e para që njihen për krijimin e mekanizmave dhe instrumentave ndërkombëtarë për sigurimin shëndetësor dhe të shëndetit publik për luftimin e epidemive të sëmundjeve infektive, siç edhe është theksuar, datojnë në vitin 1851. Pas shpërthimit të sëmundjes së kolerës në vitin 1830 në Europë, e cila shkaktoi vdekjen e mijërave njerëzve në vende të ndryshme, Kombet e Bashkuara vendosën se ishte i nevojshëm krijimi i institucioneve që do të krijonin politika për mbrojtjen shëndetësore. Për këtë qëllim në vitin 1851 u mbajt Konferenca e Parë e Shëndetësisë në Paris, për të hartuar një Konventë Shëndetësore Ndërkombëtare (Sorensen & Pfifer, 2011:60). Përpjekja e parë dështoi, por puna për konventën vazhdoi. Më në fund, në vitin 1892 Konventa Ndërkombëtare Shëndetësore e kufizuar vetëm te sëmundja e kolerës u miratua nga vendet europiane. Pesë vjet më vonë u miratua një tjetër konventë ndërkombëtare. Kësaj radhe ajo kishte të bënte me murtajën.

Në vitin 1946 Konferenca Ndërkombëtare e Shëndetësisë në New York miratoi Kushtetutën e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) dhe u ngrit kështu Komisioni i Përkohshëm⁹⁷ i OBSH-së. Më në fund, në 7 prill të vitit 1948 Kushtetuta e OBSH-së hyri në fuqi, kur vendi i 26-të prej 61 vendeve që e kishin firmosur kushtetutën bëri dhe ratifikimin e saj . Kjo datë, pra 7 prilli 1948 konsiderohet si data e lindjes së OBSH-së, prandaj kremtohet si Dita Botërore e Shëndetit.

⁹⁷ Ky komision u bë aktiv një vit më vonë duke organizuar asistencën në Egjipt për luftimin e kolerës.

OBSH-ja kishte si qëllime përmirësimin e barazisë në shëndetësi, zvogëlimin e rreziqeve shëndetësore dhe hartimin e politikave shëndetësore. Por bota u bë subjekt i ndryshimeve të shumta ekonomike të cilat sollën për rrjedhojë lëvizje të shumta migratore me natyrë ekonomike.

Individët, si pasojë e ndryshimit të vendeve të punës në vende të tjera, kërkonin të gëzonin të drejtën e mbrojtjes sociale dhe shoqërore dhe në vendet e punësimit. Për këtë qëllim, pra nxitjen e drejtësisë sociale dhe sigurimin e të drejtave sociale të punëtorëve u krijua në 1919 Organizata Ndërkombëtare e Punës “International Labour Organization – ILO”. Në këndvështrimin e globalizuar të punës, nxitja dhe arritja e punës së përshtatshme për të gjithë, është një punë që kryhet në kushtet e lirisë, barazisë, sigurisë dhe dinjitetit njerëzor.

Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Organizata Ndërkombëtare e Punës janë dy organet më të rëndësishme ndërkombëtare të cilat hartojnë dhe kontrollojnë politikat sociale dhe shëndetësore dhe si rrjedhojë monitorojnë të drejtën për sigurim dhe mbrojtje shëndetësor në nivele globale.

3.2.1. Organizata Botërore e Shëndetësisë

Organizata Botërore e Shëndetësisë (World Health Organization, WHO) është organizatë e Kombeve të Bashkuara. Paraardhësi i saj, Organizata e Shëndetësisë ishte një agjenci e Lidhjes së Kombeve që kishte si përgjegjësi kryesore të ndihmonte individët në nevojë duke u siguruar atyre ndihmën e duhur mjekësore. Më vonë ajo u shndërrua në Organizatën Botërore të Shëndetësisë dhe përdorimi i fjalës " botërore"

dhe jo " ndërkombëtare " u vendos për të theksuar natyrën globale të saj, duke qenë se është një organizatë,⁹⁸ e cila sot disponon 193 shtete të anëtarësuara dhe ka globalizuar qëllimet që kërkon të arrijë.

OBSH-ja është autoriteti drejtues dhe koordinues i sistemit shëndetësor në Kombet e Bashkuara dhe është përgjegjëse për çështjet globale të shëndetit, formimin i axhendës shëndetësore, si dhe është përgjegjëse për monitorimin dhe respektimin e së drejtës shëndetësore në të gjithë botën. Synimi i OBSH-së është arritja drejt mbulimit universal shëndetësor.⁹⁹ OBSH –ja po mbështet vendet që duan të zhvillojnë sistemet e tyre shëndetësore për të lëvizur drejt mbulimit universal shëndetësor . Në bashkëpunim me Bankën Botërore (Report of WB, 2014:20) OBSH-ja ka realizuar planin për arritjen dhe realizimin e mbulimit shëndetësor universal i cili konsiston në arritjen e tre objektivave:

- mbulimi i shërbimit shëndetësor
- mbrojtja nga rreziku financiar
- përfitimi nga mbulimi shëndetësor i të gjithë individëve pavarësisht vështirësive ekonomike.

Kushtetuta¹⁰⁰ e OBSH-së është dokumenti më i rëndësishëm i kësaj organizate dhe konsiderohet si legjislacioni mbi bazën e të cilit kjo organizatë organizon dhe shtrin

⁹⁸ Selia e saj ndodhet në Gjenevë të Zvicrës, drejtoresha aktuale e këtij institucioni, që prej vitit 2007, është Dr. Margaret Chan e cila u zgjodh në postin e Drejtorit të Përgjithshëm më 9 nëntor 2006. Kuvendi e ka emëruar Dr. Chan për një mandat të dytë pesëvjeçar në sesionin e tij të 65-të, mandat i cili do të vazhdojë deri më 30 qershor 2017.

⁹⁹ Qëllimi i mbulimit universal shëndetësor është të sigurojë që të gjithë individët të marrin shërbimet shëndetësore që ata kanë nevojë, pa vuajtur vështirësitë financiare.

¹⁰⁰ Kushtetuta u miratuara nga Konferenca Ndërkombëtare e Shëndetësisë, e mbajtur në Neë York në 19 qershor - 22 korrik 1946, u nënshkrua në 22 korrik 1946 nga përfaqësuesit e 69 shteteve dhe ka hyrë në fuqi më 7 prill 1948.

veprimtarinë e saj në fushën e shëndetësisë. Përkufizimi që Kushtetua e OBSH-së jep për shëndetin është i lidhur më shumë me faktorë socialë. Sipas saj “Shëndeti është një gjendje e plotë fizike, mendore dhe mirëqenie sociale dhe jo vetëm mungesa e sëmundjes ose dobësisë”. Gëzimi i standardeve më të larta të arritshme të shëndetit është një nga drejtat themelore të çdo qenie njerëzore, pa dallim race, feja, bindjeve politike, gjendjes ekonomike ose shoqërore.

Në preambulën e kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetit¹⁰¹ deklarohet se për arritjen e paqes dhe sigurisë është thelbësore shëndeti i të gjithë qytetarëve, objektiv i cili realizohet duke pasur një bashkëpunimin të plotë të individëve dhe shteteve. Arritja në promovimin dhe mbrojtjen e shëndetit nga ana e çdo shteti është me vlerë për të gjithë. Zhvillimi i pabarabartë i shëndetit në vende të ndryshme, mungesa e kontrollit të sëmundjeve, sidomos sëmundje ngjitëse, është një rrezik i përbashkët.

Arritja e nivelit më të lartë të shëndetit për të gjithë popujt është dhe do të jetë objektiv kryesor i OBSH-së dhe kjo përcaktohet që në nenin 1, të Kushtetutës së OBSH-së.¹⁰² Për të realizuar këtë objektiv të saj, dhe jo vetëm, OBSH-ja do të përcaktojë në aktin e saj të themelimit (Kushtetutën) funksionet dhe rolin e saj në përmirësimin e shëndetit në nivel global. Funksionet që ka OBSH-ja janë¹⁰³ :

- Drejton dhe koordinon në nivel ndërkombëtar realizimin e së drejtës shëndetësore duke krijuar bashkëpunim efektiv me shtetet anëtare, agjencitë e specializuara, administratat shëndetësore qeveritare, grupet profesionale

¹⁰¹ Shih Kushtetutën e Organizatës Botërore të Shëndetësisë, miratuar nga World Health Assemblies (CONSTITUTION OF WHO) f. 2.

¹⁰² Shih nenin 1 të Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

¹⁰³ Shih nenin 7, kapitulli II, të Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

dhe organizata të tjera që mund të konsiderohen të përshtatshme për realizimin e së drejtës shëndetësore.

- Nxiti bashkëpunimin midis grupeve shkencore dhe profesionale të cilat kontribuojnë në avancimin e shëndetit, për të promovuar shëndetin e nënës dhe fëmijës dhe mirëqenien dhe për të jetuar në harmoni në një mjedis të përgjithshëm në ndryshim:
- Të ndihmojë qeveritë, sipas kërkesës, për forcimin e shërbimeve shëndetësore duke dhënë asistencën e duhur teknike në raste urgjente;¹⁰⁴
- Të sigurojë ose të ndihmojë në sigurimin, me kërkesë të Kombeve të Bashkuara, shërbimet shëndetësore dhe objekteve të grupeve të veçanta, të tilla si popujt e territoreve të besimit dhe të krijojë shërbime administrative dhe teknike si shërbimet statistikore dhe të punojë paraprakisht për të çrrënjësuar epidemi endemike dhe sëmundjeve të tjera;¹⁰⁵
- Të promovojë, në bashkëpunim me agjencitë e tjera të specializuara, fushata për parandalimin e lëndimeve aksidentale, përmirësimin e të ushqyerit, strehimit, fushata për kanalizime, për kushtet ekonomike ose për kushtet e punës si edhe për aspekte të tjera të mjedisit si higjiena;
- Nxiti bashkëpunimin midis grupeve shkencore dhe profesionale të cilat kontribuojnë në avancimin e shëndetit, për aktivitetet në fushën e shëndetit mendor, për të promovuar shëndetin e nënës dhe fëmijës dhe mirëqenien për të jetuar në harmoni në një mjedis të përgjithshëm në ndryshim:

¹⁰⁴ Po aty.

¹⁰⁵ Po aty.

- Ofron informacion, këshilla dhe ndihmë në fushën e shëndetësisë, trajnime në shëndetësi në profesione mjekësore të lidhura me to;
- Propozon konventat, marrëveshjet dhe rregulloret, dhe të bëjë rekomandime në lidhje me çështjet ndërkombëtare, të studiojë dhe të raportojë në bashkëpunim me agjencitë e tjera të specializuara teknikat e nevojshme, administrative dhe shoqërore që ndikojnë në shëndetin publik dhe kujdesin mjekësor.

Në realizimin e funksioneve dhe objektivave të saj OBSH-ja, si një institucion i përmasave globale, ka një administratë e cila e ndihmon në punën e organizatës e cila kryhet nga ¹⁰⁶, Asambleja Botërore e Shëndetësisë ¹⁰⁷, Bordi Ekzekutiv dhe Sekretariati Kuvendi Shëndetësor është organi legjislativ i OBSH-së, sepse ka përgjegjësinë për krijimin e politikave për realizimin e së drejtës shëndetësore dhe mbikëqyr politikat financiare të institucionit.¹⁰⁸ Kuvendi i Shëndetësisë ka autoritetin për të miratuar konventat ose marrëveshjet në lidhje me çdo çështje brenda kompetencave të Organizatës. Ai gjithashtu nxit dhe promovon hulumtime në fushën e shëndetit dhe të së

¹⁰⁶ Shih nenin 9, kapitulli IV i Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

¹⁰⁷ Shih nenin 10, kapitulli V i Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë. Asambleja Botërore e Shëndetësisë e quajtur ndryshe, Kuvendi shëndetësor përbëhet nga përfaqësues të shteteve anëtare. Ai mbledhet në seanca të rregullta vjetore ku trajton përparësitë e vitit dhe studion punën e realizimit të objektivave të OBSH-së mbi bazë të raporteve të paraqitura nga shtetet anëtare. Kuvendi Shëndetësor mbledhet me kërkesë të bordit ose të shumicës së anëtarëve edhe në seanca të veçanta në rastet e një shtate emergjente e cila kërkon trajtim imediat dhe marrjen e masave të menjëhershme

¹⁰⁸ Shih nenin 18, kapitulli V i Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë që përcakton se funksionet e këtij organi janë: të përcaktojë politikat e Organizatës dhe të emërojë drejtorin e përgjithshëm; të shqyrtojë dhe të aprovojë raportet dhe aktivitetet e Bordit dhe të drejtorit të përgjithshëm; të krijojë komitete nëse konsiderohen të nevojshme për realizimin e Punës së Organizatës; të mbikëqyrë politikat financiare të organizatës dhe të rishikojë e të miratojë buxhetin etj.

drejtës shëndetësore. Ndërsa Bordi Ekzekutiv¹⁰⁹ ka funksione të natyrës menaxheriale dhe ekzekutive duke qenë se nga ky organ marrin jetë dhe zbatohen aktet e miratuara nga Kuvendi Shëndetësor¹¹⁰. Bordi ka funksione edhe të natyrës këshilluese, sepse ai i këshillon Kuvendin shëndetësor për çështjet të referuara nga ai organ dhe për çështje të caktuara të Organizatës siç janë konventat, marrëveshjet dhe rregulloret.

Kushtetuta gjithashtu përcakton formën e komunikimit me shtetet anëtare e cila realizohet nëpërmjet raporteve vjetore që depozitohen pranë Organizatës për veprimet e marra dhe progresin e arritur në fushën e shëndetësisë, në lidhje me rekomandimet e bëra nga Organizata¹¹¹.

3.2.2. Organizata Ndërkombëtare e Punës (ONP)

Organizata Ndërkombëtare e Punës (International Labour Organization - ILO), u krijua në vitin 1919 si një agjenci e Kombeve të Bashkuara, me qëllim nxitjen e drejtësisë sociale. Në botën aktuale të globalizuar të punës, ky qëllim nënkupton nxitjen (arritjen) e punës së përshtatshme për të gjithë, punë që kryhet në kushtet e lirisë,

¹⁰⁹ Bordi përbëhet nga tridhjetë e katër anëtarë të emëruar nga Kuvendi i Shëndetësisë, duke marrë parasysh një shpërndarje të barabartë gjeografike. Ky institucion mbledhet të paktën dy herë në vit dhe njihet si ekzekutivi i Organizatës Botërore të Shëndetësisë

¹¹⁰ Shih nenet 24-29 të kapitullit VI të Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë. Funksionet e Bordit janë: realizimi i vendimeve dhe i politikave të Kuvendit të Shëndetësisë që vepron si organ ekzekutiv i Kuvendit të Shëndetësisë; përgatit axhendën e takimeve të Kuvendit të Shëndetësisë; paraqet në Kuvendin e Shëndetësisë për shqyrtim dhe miratim programin e punës që mbulon një periudhë të caktuar; merr masa emergjente brenda funksioneve ekzekutive dhe financiare; realizimi i vendimeve dhe i politikave të Kuvendit të Shëndetësisë; vepron si organ ekzekutiv i Kuvendit të Shëndetësisë; përgatit axhendën e takimeve të Kuvendit të Shëndetësisë; paraqet në Kuvendin e Shëndetësisë, për shqyrtim dhe miratim, programin e punës që mbulon një periudhë të caktuar; merr masa emergjente brenda funksioneve ekzekutive dhe financiare.

¹¹¹ Shih kapitullin XIV të Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

barazisë, sigurisë dhe dinjitetit njerëzor. Organizata Botërore e Punës po i kushton vëmendje të veçantë nxitjes dhe zbatimit në vazhdimësi, të Deklaratës së ONP-së, për Parimet Themelore dhe të Drejtat në Punë, miratuar në vitin 1998.¹¹²

Duke njohur rëndësinë e dëmtimeve, sëmundjeve dhe vdekjeve në punë, si edhe nevojën për veprim të mëtijshëm për t'i pakësuar ato, dhe që mbrojtja e punëtorëve ndaj sëmundjeve dhe dëmtimeve, që rrjedhin nga punësimi, përbën një ndër objektivat e Organizatës Ndërkombëtare të Punës, ky institucion në 15 qershor të vitit 2006 miratoi Konventën Nr. 187 “Për kuadrin promociional të sigurisë dhe shëndetit në punë”.¹¹³ Qëllimi i kësaj konvente është unifikimi i politikave kombëtare të sigurisë dhe shëndetit në punë dhe mjedisit të punës¹¹⁴ dhe zhvillimin e infrastrukturës ligjore e cila të jetë e përshtatshme dhe në përputhje me standardet që kërkohet për realizimin e këtyre politikave.

Objektivi i kësaj konvente shprehet në nenin 2 të saj, ku citohet se çdo shtet anëtar, që ka miratuar këtë Konventë, mbështet përmirësimin e vazhdueshëm të sigurisë dhe shëndetit në punë për të parandaluar dëmtimet, sëmundjet dhe vdekjet në punë, me anë të zhvillimit të një politike kombëtare, të një sistemi kombëtar dhe të një programi kombëtar, në konsultim me organizatat më përfaqësuese të punëdhënësve dhe (punëmarrësve) punëtorëve¹¹⁵. Po kështu këto shtete duhet të ndërmarrin hapa aktivë në drejtim të arritjes në mënyrë progresive të një mjedisi pune të sigurt dhe të shëndetshëm

¹¹² Shih Deklarata e Organizatës Ndërkombëtare të Punës (ILO-s), për Parimet Themelore dhe të Drejtat në Punë, miratuar nga Konferenca Ndërkombëtare e Punës së sesionin e 86-të, Gjenevë në 18 qershor 1998.

¹¹³ Shih Konventa 187 “Për kuadrin promociional të sigurisë dhe shëndetit në punë”, miratuar nga ILO në 15 qershor të vitit 2006.

¹¹⁴ Shih nenin 4 të Konventës së Sigurisë dhe Shëndetit në Punë, (Nr. 155) miratuar në vitin 1981 nga ILO.

¹¹⁵ Shih nenin 2 të Konventës së Sigurisë dhe Shëndetit në Punë.

nëpërmjet një sistemi kombëtar dhe nëpërmjet programeve kombëtare për sigurinë dhe shëndetin në punë . Në lidhje me hartimin e politikave kombëtare konventa shprehet se shtetet anëtare duhet të krijojnë politika, të cilat mbështesin një mjedis pune të sigurt dhe të shëndetshëm, duke marrë parasysh kushtet dhe praktikën kombëtare, dhe në konsultim me organizatat më përfaqësuese të punëdhënësve dhe punëtorëve. Kjo konventë mbështet parimet bazë si vlerësimi i rreziqeve në punë, reduktimi të rreziqeve në punë që në burim, dhe zhvillimi i kulturës kombëtare parandaluese për sigurinë e shëndetin që përfshin informimin, konsultimin dhe trajnimin.¹¹⁶ Kjo Konventë është detyruese vetëm për ata anëtarë të Organizatës Botërore të Punës të cilët e kanë miratuar.¹¹⁷

3.3. E drejta për sigurim shëndetësor në instrumentet juridike të Këshillit të Europës

3.3.1. Vështrim i Përgjithshëm

Këshilli i Europës u themelua në vitin 1949, pas Luftës së Dytë Botërore, për të mbështetur dhe themeluar ndërtimin europian mbi bazën e vlerave të respektimit të qenies njerëzore dhe të demokracisë. Synimi i tij është të krijojë një hapësirë demokratike e juridike të përbashkët për mbrojtjen e të drejtave dhe lirive themelore të

¹¹⁶ Shih nenin 3/2 të Konventës.

¹¹⁷ Shih nenin 8 të Konventës.

njeriut nga Konventa Europiane për të Drejtat e Njeriut¹¹⁸. Këshilli i Europës zhvillon një bashkëpunim të gjithanshëm për një numër të madh çështjesh si edukimi, kohezioni shoqëror, mbrojtja shëndetësore, lufta kundër të gjitha formave të intolerancës.

Instrumentet ligjore të Këshillit të Europës, për të siguruar mbrojtjen e të drejtave shoqërore dhe arritjen e kohezionit social, janë të shumta dhe i përkasin si harmonizimit ashtu edhe koordinimit të sistemeve të ndryshme të mbrojtjes sociale në vendet anëtare të Këshillit të Europës. Aderimi në instrumentet standarde të Këshillit të Europës në fushën sociale, është shprehje e përsosjes së vazhdueshme të të drejtave për mbrojtje shoqërore të qytetarëve. Karta Sociale Europiane është instrumenti i miratuar nga Këshilli i Europës në vitin 1961 dhe mbron të drejtat shoqërore dhe ekonomike, themelore dhe plotëson Konventën Europiane për të Drejtat e Njeriut.

Të drejtat e garantuara nga Karta janë të drejta për kushtet e punësimit dhe për kohezionin social, si e drejta për mbrojtjen e shëndetit, e drejta për sigurimin shoqëror, e drejta për asistencë sociale e mjekësore, e drejta për të përfituar shërbime shoqërore etj.¹¹⁹

Në fushën e mbrojtjes shoqërore janë bërë përpjekjet në vite të cilat kanë synuar vendosjen e një sistemi të mbrojtjes sociale me standarde për përfshirjen sociale dhe luftën ndaj diskriminimit, si edhe adaptimin e sistemit të sigurimeve shoqërore shëndetësorë me kërkesat e reja ekonomike sociale, duke u bazuar në Konventën

¹¹⁸ Konventë e miratuar më 1950, sipas së cilës shtetet anëtare të Këshillit të Europës zotohen të respektojnë liritë dhe të drejtat e njeriut, të drejtat qytetare e politike.

¹¹⁹ Shih Karta Sociale Europiane, Manual, Botim i Këshillit të Europës – Editions du Conseil de l'Europe dhe Fondacionit të të Drejtave të Njeriut – Fondation des Droits de l'Homme au Travail, ISBN 99927-834-0-0, Shtypshkronja Edlor, viti 2000, f. 15.

Europiane për të Drejtat e Njeriut, në Kartën Sociale Europiane¹²⁰ etj. Në fushën e të drejtave sociale, për sa i përket instrumenteve të Këshillit të Europës, vendin kryesor e zë KEDNJ-ja dhe Karta Sociale Europiane (e Rishikuar).

3.3.2. *Konventa Europiane për të Drejtat e Njeriut (KEDNJ)*

Njohja e dinjitetit të lindur të të drejtave të barabarta dhe të patjetërsueshme të të gjithë anëtarëve të familjes njerëzore është themeli i lirisë, drejtësisë dhe paqes në botë, andaj mosrespektimi dhe përbuzja e të drejtave të njeriut ka çuar drejt akteve barbare, të cilat kanë ofenduar ndërgjegjen e njerëzimit dhe mbasi krijimi i botës në të cilën njerëzit do të gëzojnë lirinë e fjalës, të besimit dhe lirinë nga frika e skamja është proklamuar si dëshira më e lartë e çdo njeriu, është e nevojshme që të drejtat e njeriut të mbrohen me dispozita dhe instrumenta juridike.¹²¹ (Besnik Bislimaj & Naim Mehulli, 2015:37).

Konventa Europiane e të drejtave të njeriut është një prej instrumenteve më të vjetër juridikë ndërkombëtarë që merret me mbrojtjen e të drejtave të njeriut. Sistemi i saj mbrojtës është burimi më i pasur i jurisprudencës ndërkombëtare në lidhje me të drejtat

¹²⁰ Karta u miratua më 1961, sipas së cilës shtetet anëtare të Këshillit të Europës, palë kontraktuese të Kartës, zotohen të respektojnë të drejtat shoqërore dhe ekonomike të njeriut.

¹²¹ Shih “Raportet e pjesëmarrësve për vizitat studimore nën programin fillestar për trajnime organizuar nga IGJK në shtator 2014”, Projekt i financuar nga BE-ja dhe i menaxhuar nga Zyra e Bashkimit Evropian në Kosovë, Further Support to Kosovo Legal Education Reform German Foundation for International Legal Cooperation Implementuar nga IRZ në konsorcium me GIZ dhe ERA.

e njeriut, pasi bëhet fjalë për një sistem unik, që përfaqëson “zakonet ndërkombëtare”, por edhe një sistem autoreferencial në të njëjtën kohë ¹²².

KEDNJ-ja¹²³ përfaqëson aktin e parë të Këshillit të Europës dhe është një nga aktet më të arrira dhe më të rëndësishme në afirmimin, mbrojtjen dhe garantimin e të drejtave dhe lirive themelore të njeriut. Rëndësia e kësaj konvente nuk qëndron vetëm në numrin e madh të të drejtave të përfshira në të, por gjithashtu edhe në mekanizmat dhe instrumentat mbrojtës të vendosur nga Këshilli i Europës për të hetuar shkeljet e denoncuar dhe për të respektuar detyrimet që rrjedhin në interpretim të saj. Konventa është shembull klasik i një traktati civilo-politik që parashikon të drejtat civile, politike, ekonomike, sociale etj.

Megjithëse KEDNJ-ja nuk përmban asnjë të drejtë për kujdesin shëndetësor, GJEDNJ-ja ka vendosur se çështjet që lidhen me kujdesin shëndetësor, si p.sh. aksesit tek të dhënat mjekësore¹²⁴, do të përfshihet në Nenin 8 ose Nenin 3 në rastet kur mungesa e aksesit në kujdesin shëndetësor është serioze dhe përbën trajtim çnjerëzor dhe poshtërues¹²⁵. Për rrjedhojë mund të argumentohet se ankimet që lidhen me diskriminimin në lidhje me aksesin në kujdesin shëndetësor do të përfshihen në sferën e Nenit 14.¹²⁶

¹²² <http://alblexus.blogspot.al/2012/09/konventa-europiane-e-te-drejtave-te.html>

¹²³ Synimi i Këshillit të Europës ka qenë bashkëpunimi midis anëtarëve të tij si një nga mjetet për të arritur mbrojtjen dhe zhvillimin e të drejtave të njeriut dhe të lirive themelore në vitin 1950 u miratua Konventa Europiane për të Drejtat e Njeriut (KEDNJ) e cila hyri në fuqi në vitin 1953

¹²⁴ GJEDNJ, K.H. dhe të tjerët kundër Republikës së Sllovakisë (Nr. 32881/04), 28 Prill 2009 (ECtHR, K.H. and others v. Slovakia (No. 32881/04), 28 April 2009).

¹²⁵ GJEDNJ, Sławomir Musiał kundër Republikës së Polonisë (Nr. 28300/06), 20 Janar 2009 (ECtHR, Sławomir Musiał v. Poland (No. 28300/06), 20 January 2009).

¹²⁶ Shih “Manual për Ligjin Evropian të Mbrojtjes nga Diskriminimi Korrik 2010”, © Agjencia e Bashkimit Evropian për të Drejtat Themelore të Njeriut, 2010. Këshilli i Evropës, 2010, fq 56-57.

Shqipëria është pjesë e KEDNJ-së që nga 29 korriku i 1996-ës¹²⁷, dhe rroli e vendi i KEDNJ-së në Kushtetutën tonë është i një rëndësie të veçantë, pasi referuar nenit 17 të saj, ajo shprehet se, *“Kufizime të të drejtave dhe lirive të parashikuara në këtë Kushtetutë mund të vendosen vetëm me ligj për një interes publik ose për mbrojtjen e të drejtave të të tjerëve. Kufizimi duhet të jetë në përpjesëtim me gjendjen që e ka diktuar atë. Këto kufizime nuk mund të cenojnë thelbin e lirive dhe të të drejtave dhe në asnjë rast nuk mund të tejkalojnë kufizimet e parashikuara në Konventën Europiane për të Drejtat e Njeriut”*.

Në interpretim të kësaj dispozite, është krijuar një jurisprudencë¹²⁸ e konsoliduar e Gjykatës Kushtetuese¹²⁹, e cila është shprehur se Konventa Europiane për të Drejtat e

¹²⁷ Konventa është ratifikuar me Ligjin Nr. 8137, datë 31/07/1996 “Për ratifikimin e Konventës Europiane për Mbrojtjen e të Drejtave dhe Lirive Themelore”.

¹²⁸ VGJK 29/2005: Çështja e standardeve pozitive është një koncept që përgjithësisht lejohet nga Kushtetuta, por ky nuk mund të ketë shtrirje të pakufizuar, aq më pak për kategorinë e funksionarëve publikë. Neni 17 i Kushtetutës si dhe qëndrimet e mbajtura nga jurisprudenca gjyqësore pranojnë teorinë e standardit pozitiv kur bëhet fjalë për të drejtat themelore të individit, por jo ndaj zyrtarëve të lartë të shtetit. Shkarkimi nga detyra i gjyqtarit është një procedurë impeachment, e cila zbatohet për zyrtarë që ushtrojnë aspekte të sovranitetit shtetëror dhe, si e tillë, ajo nuk mund të barazohet me procedurën që ndiqet për individët e thjeshtë. E drejta për t’iu drejtuar gjykatës përbën një aspekt të të drejtave të çdo individi, por “kjo nuk është e drejtë absolute.

VGJK 39/2007: Për Gjykatën Kushtetuese paraqet rëndësi të veçantë çështja nëse dispozita ligjore, objekt kontrolli, mbështetet ose jo në kriteret kushtetuese të kufizimit të të drejtave dhe lirive themelore parashikuar nga neni 17 i Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë. Për të justifikuar në pikëpamje të Kushtetutës, preken e të drejtave dhe lirive themelore të individit, është e domosdoshme të përmbushen disa kushte siç janë ato që kufizimi të realizohet me ligj, të jetë bërë për mbrojtjen e të drejtave të të tjerëve, të jetë në përpjesëtim me gjendjen që e ka diktuar, si dhe të mos cenojë thelbin e të drejtave dhe të lirive themelore

VGJK 41/2007: Ligjvënësi ka detyrimin të rregullojë në mënyrë më të hollësishme të drejtat e parashikuara në Kushtetutë. Në kuadrin e këtij rregullimi ai nuk mund të prekë ato të drejta, kufijtë e të cilave në Kushtetutë janë parashikuar shprehimisht si të pakapërcyeshme ose të kufizueshme vetëm në raste specifike. Të drejtat e tjera kushtetuese ai mund t’i kufizojë vetëm në kushtet e nenit 17 të Kushtetutës, pra, për një interes publik, për të mbrojtur të drejtat e të tjerëve me mënyra dhe forma që të jenë në përpjesëtim me gjendjen që e ka diktuar ndryshimin dhe pa prekur thelbin e të drejtës. Përsa i përket masave të tjera që merr ligjvënësi, qofshin edhe ato me efekte negative për subjektet e ligjit, nuk mund të pranohet se kufizimi i tyre sjell në çdo rast cenimin e parimit kushtetues të mbrojtjes së të drejtave të fituara..

VGJK 9/2003: Dispozitat objekt kërkesë kushtëzojnë të drejtën e ankimit me pagimin paraprak të vlerësimit tatimor, gjë që përbën kufizim të kësaj të drejte. Si çdo e drejtë subjektive, edhe e drejta e

Njeriut përcakton disa nga të drejtat themelore të njeriut, por ajo nuk ndalon që shtetet palë të parashikojnë edhe më shumë të drejta e liri për individët, ndërsa Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë, në nenin 17 të saj e ka pranuar përmbajtjen e Konventës Evropiane si minimumin e këtyre kufizimeve, pa penguar që legjislacioni vendas t'u japë më shumë të drejta e liri si dhe një dimension më të madh realizimit të mbrojtjes së individit.

3.3.3 *Jurisprudenca e Gjykatës Evropiane për të Drejtat e Njeriut*

Gjykata Evropiane e Drejtave të Njeriut (GJEDNJ)¹³⁰ është një mekanizëm juridik ndërkombëtar, e krijuar në vitin 1959, si mjet për garantimin dhe implementimin Konventës Evropiane të të Drejtave të Njeriut. Kjo gjykatë¹³¹ shqyrton dhe merr vendime për kërkesat individuale ose ndërshtetërore, të cilat pretendojnë shkelje të të drejtave civile dhe politike të përcaktuara në Konventë.

ankimit, nuk e përjashton mundësinë që ligjvënësi të vendosë kufizime në ushtrimin e saj për të mbrojtur një interes publik ose të drejtat e të tjerëve. Por, kufizimet mund të vendosen duke u përmbushur kushtet garanci për mbrojtjen e të drejtave që parashikon neni 17 dhe pikërisht që kufizimi duhet të bëhet me ligj, të jetë në përpjestim me gjendjen që e ka diktuar atë, të mos çënojë thelbin e të drejtës dhe të mos tejkalojë kufizimet e parashikuara në Konventën Evropiane për të Drejtat e Njeriut.

¹²⁹ VGJK 24/2007

¹³⁰ GJEDNJ respekton demokracinë dhe legjitimitetin e institucioneve kombëtare. Ajo nuk duhet të zëvendësojë instancat kombëtare të cdo shteti, por duhet të ndihmojë në mbrojtjen e të drejtave në nivel kombëtar. Mekanizmi që aplikohet nga konventa bën që së pari, gjykata e secilit shtet ta aplikojë atë në të drejtën e brendshme. Ky parim është shumë i rëndësishëm, sepse pritet nga cdo gjykatë të përfshijë në të drejtën e brendshme cdo burim të ri të së drejtës që vjen nga Gjykata apo Komisioni. Megjithatë, cdo organ gjyqësor i brendshëm ka një hapësirë vlerësimi të caktuar brenda së cilës ai arsyeton. Kjo do të thotë që vendimet e Gjykatës shërbejnë si reference e konsiderueshme për të drejtën e brendshme, por nuk mbeten absolutë.

Jurisprudenca e GJEDNJ-së pasqyron dhe reflekton një eksperiencë të çmuar të interpretimeve dhe zbatimit të standardeve të Konventës dhe siç e theksuam më lart jurisprudenca e GJEDNJ-së në lidhje me kujdesin shëndetësor trajton rastet që përfshihen në nenin 3 ose nenin 8 të KEDNJ/së.

Sjellim konkretisht, çështjen *Husein Yilidirim v Turqisë dhe Flaminzeanu v Rumanisë*, që ka të bëjë me kushtet, që kërkohen të plotësohen për të qënë në përputhje me Nenin 3, të Konventës Evropiane të të Drejtave të Njeriut, të cilat do të ndryshojnë në varësi të karakteristikave të personit që mbahet në paraburgim, p.sh një i burgosur me invaliditet të rëndë, ose rasti *Guveç v Turqisë*, i cili trajton mungesën e aksesit në kujdesin shëndetësor si një çështje serioze, e cila përbën trajtim çnjerëzor edhe për shkak të moshës së re të ankuesit. Një rast tjetër i GJEDNJ/së, janë kushtet e paraburgimit në një rajon policie, të cilat rezultuan të ishin çnjerëzore dhe poshtëruese për një të paraburgosur, i cili qëndronte në një karrocë me rrota dhe vuante nga probleme të vazhdueshme me veshkat. Ndërkohë nuk u gjetën prova për ekzistencën e qëllimit për të poshtëruar të paraburgosurit, të cilët në të njëjtat kushte për një person të aftë fizikisht nuk do të ngrinin të njëjtat çështje të trajtimit çnjerëzor dhe poshtërues.¹³² Atëherë, nëse Shteti nuk merr në konsideratë invaliditetin e të paraburgosurit lidhur me transferimin dhe burgosjen e tij¹³³, mund të shkelë Nenin 3, të Konventës Evropiane të të Drejtave të Njeriut.¹³⁴

¹³² *Price v Mbretërisë së Bashkuar; Arutyunyan v Rusisë* është konstatuar trajtim çnjerëzor në shkelje të nenit 3 të KEDNJ

¹³³ *Husein v Yilidirim*

¹³⁴ Shih “Manual trajnimi për të drejtat ndërkombetare të njeriut”, Fondacioni SLYN, Janar 2016, fq 138

Në lidhje me shkeljen e të drejtës për kujdes mjekësor, më poshtë do të trajtojmë *çështjen Grori kundër Shqipërisë*, e cila paraqet një interes të veçantë në trajtimin e këtij rasti, referuar legjislacionit shqiptar në shkelje të nenit 3 të Konventës, për trajtim të papërshtatshëm mjekësor gjatë burgimit të një të burgosuri në burgjet shqiptare.

Ankuesi Grori u ndalua në 15 maj 2002 në pritje të rezultatit të proceseve të njohjes dhe të zbatimit në Shqipëri të një vendimi të dhënë nga Gjykata e Apelit të Milanos. I ndaluar më 16 shkurt 2004, duke marrë shkas nga përkeqësimi i shëndetit të ankuesit, me anë të përfaqësuesit të tij ligjor dhe babait të tij i kërkoi Ministrisë së Drejtësisë dhe autoriteteve të burgut ta lejonin atë të vizitohej nga mjekët e duhur. Kërkesa fillimisht u pranua dhe ankuesi iu nënshtrua trajtimit dhe ekzaminimeve në spitalin e burgut të Tiranës. Gjatë kësaj periudhe atij u bë një skaner me rezonancë magnetike. Ai u diagnostikua se vuante nga multi skleroza. Mjekët raportuan se, dhe kur sëmundja zbulohet dhe trajtohet menjëherë, ajo ishte në gjendje të shkaktonte gjendje shoku, dëmtim organesh, paaftësi të përhershme ose vdekje. Më 5 tetor 2004 përfaqësuesi, ligjor i ankuesit, pasi i ndaluar iu nënshtrua një skaneri të dytë, informoi sekretarinë se gjendja shëndetësore e ankuesit ishte përkeqësuar dhe se, si rrjedhim, nevojitej trajtim i mëtejshëm dhe një vizitë mjekësore e domosdoshme nga specialistë neurologë duke depozituar dy raporte në lidhje me gjendjen shëndetësore të ankuesit, e cila, sipas mjekëve, ishte përkeqësuar dhe ankuesi filloi proceset penale kundër zyrës së prokurorisë së Tiranës, duke u ankuar për neglizhencë të kësaj të fundit për të siguruar kujdesin e tij mjekësor, gjë e cila kishte çuar në përkeqësimin e shëndetit të tij, që përbënte diskriminim krahasuar me ata të burgosur, të cilët ishin lejuar të përfitonin trajtim mjekësor.

Ankimi erdhi si rezultat sepse mjekët konfirmuan se ankuesi vinte nga multi skleroza. Ata raportuan përkeqësim të shëndetit të ankuesit nga mungesa e plotë e trajtimit mjekësor për mbi dy vjet. Të frikësuar për jetën e tij, ata rekomanduan në mënyrë të prerë që ankuesi të merrte trajtimin e duhur mjekësor. Duke konstatuar këto fakte gjykata në vendimin e vaj vendosi pranimin e ankimit të të ndaluarit në lidhje me shkeljen e nenit 3 të Konventës për trajtim të papërshtatshëm mjekësor për ankuesin gjatë burgimit të tij. Gjykata detyruan shtetin shqiptar t'i paguajë ankuesit, brenda tre muajve nga data e daljes së vendimit përfundimtar, në përputhje me nenin 44 § 2 të Konventës, 8,000 euro (tetë mijë euro) për dëme jomateriale dhe 7,000 euro (shtatë mijë euro) për kosto dhe shpenzime, të konvertuara në monedhën e shtetit të akuzuar, në kursin e këmbimit në datën e pagesës, plus çdo taksë që mund të vihet.

GjEDNJ ka vlerësuar se neni 46, i Konventës i detyron Shtetet të ekzekutojnë vendimet e saj dhe Shteti i cili është përgjegjës për shkeljen e Konventës, duhet jo vetëm t'u paguajë personave të interesuar shumat e caktuara si satisfaksion të kësaj të drejte, por nën kontrollin e Komitetit të Ministrave të Këshillit të Europës, duhet të marrë masa për të ndryshuar rëndin e brendshëm juridik të shtetit në mënyrë që t'i japë fund shkeljes së konstatuar nga GjEDNJ-ja.

Nisur nga çështja Gori kundër Shqipërisë, në përmbushje të detyrimeve që vijnë nga një sërë aktesh ndërkombëtare në të cilat Shqipëria është palë si, Konventa Evropiane për Mbrojtjen e të Drejtave të Njeriut dhe Lirive Themelore, Konventa Evropiane për Parandalimin e Torturës dhe të Trajtimit ose Ndëshkimit Çnjerëzor ose Degradues, si dhe në plotësimin e rekomandimeve të Komitetit të Ministrave të Këshillit të Europës është ndryshuar ndryshuar Ligji nr. 8328, datë 16.4.1998, "Për të drejtat dhe trajtimin e

të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve", me qëllim rritjen e garancive ligjore për parandalimin e shkeljeve e të drejtave të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve në drejtim të kujdesit shëndetësor. Ky reformim ligjor ndër të tjera përcaktoi, se kjo kategori përfshihet në kategorinë e personave ekonomikisht joaktivë, në kuptim të ligjit për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe përfiton, pa pagesë, të gjitha shërbimet që ofron skema e sigurimit shëndetësor, gjatë të gjithë kohës së qëndrimit në institucionet e paraburgimit dhe të burgimit.

3.3.4. Karta Sociale Europiane (e Rishikuar)

Synimi i Këshillit të Europës është arritja e një uniteti më të madh ndërmjet anëtarëve të tij me qëllim që të ruajnë dhe të realizojnë idealet dhe parimet, që janë trashëgimi e tyre e përbashkët, dhe për të lehtësuar përparimin ekonomik dhe shoqëror, veçanërisht nëpërmjet ruajtjes dhe realizimit të mëtejshëm të të drejtave të njeriut dhe lirive themelore, ky institucion miratoi më 18 tetor 1961 Kartën Sociale Europiane. Karta Sociale Europiane është traktat i Këshillit të Europës. Qëllimi origjinal i atyre që përgatitën Kartën Sociale ishte të specifikonin nivelin e kërkuar të mbrojtjes të të drejtave sociale dhe shoqërore¹³⁵. Disa vite më vonë, shtetet anëtare të Këshillit të Europës ranë dakord, që të përmirësojnë standardin e tyre të jetesës dhe mirëqenien e tyre sociale dhe pikërisht për këtë arsye Konferenca Ministrore mori vendimin të aktualizojë dhe të përshtatë përmbajtjen thelbësore të Kartës, në mënyrë që të merren

¹³⁵<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168047e169>

parasysh veçanërisht ndryshimet themelore sociale, që kanë ndodhur që nga koha kur u miratua teksti.

Karta sociale europiane e rishikuar u hap për nënshkrim në 3 maj 1996 dhe hyri në fuqi në 1 korrik 1999. Ajo modifikon disa të drejta ekzistuese, parashikuar nga Karta Sociale Europiane dhe fut një seri të drejtash të reja, ndër të cilat e drejta për mbrojtje kur humbet vendin e punës, e drejta për mbrojtje kundër varfërisë dhe përjashtimit shoqëror, si dhe e drejta për strehim. Ajo synon të garantojë standarde më të larta dhe të ndërtojë një politikë globale për të luftuar probleme të tilla si varfëria.

Kjo Kartë njeh dhe proklamon një gamë të gjerë të të drejtave ekonomike, sociale e kulturore të njeriut. Në përgjithësi, nxjerrja e kësaj karte kishte për qëllim mbrojtjen e të drejtave në punë, përmirësimin e kushteve të punës, të drejtat për organizim sindikal, të drejtat për sigurimet sociale, përfitimet nga shërbimet e kujdesit social etj. Karta Sociale e Europës e rishikuar është “pjesë” integrale, në aspektin përmbajtjesor, i Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore në fushën e të drejtave ekonomike e sociale. Karta garanton gëzimin e të drejtave të proklamuar në të pa asnjë lloj diskriminimi(Shkoza, Lekiqi 2012:28).

Ky dokument, që në pjesën e parë në të cilën përcakton dhe detyrimet që kanë palët nënshkruese, siguron mbrojtjen shëndetësore si një nga të drejtat themelore të njeriut¹³⁶.

¹³⁶ Shih pikat 3,11,13 pjesa e parë e Kartës Sociale të Europës të Rishikuar, 1996, Strasburg, f. 6-7, ku përcaktohet se, “Të gjithë punëtorët kanë të drejtë për kushte pune të sigurta dhe të shëndetëshme. Cilido ka të drejtë të përfitojë nga çfarëdo masash që i lejojnë atij të gëzojë standartin më të lartë të arritshëm të shëndetit. Cilido pa burime të përshtatëshme ka të drejtë për asistencë sociale dhe mjekësore.”

Në nenin 11, Karta angazhon palët për mbrojtjen e shëndetit të individëve duke bashkëpunuar me organizata publike dhe private duke eliminuar shkaqet të cilat do të diktonin negativisht në shëndetin e individëve dhe duke ofruar mundësi edukimi dhe informimi në lidhje me politikat shëndetësore.¹³⁷ Të drejtën shëndetësore, Karta e trajton në nenin 13, i cili i dedikohet plotësisht asistencës mjekësore dhe sociale të individëve. Karta, në mbështetje të këtij neni, i detyron palët kontraktore që t'u ofrojnë asistencë dhe ndihmë mjekësore falas çdo personi, i cili është pa burime të mjaftueshme dhe nuk ka mundësi t'i sigurojë vetë këto burime ose nga burime të tjera dhe t'i jepet asistencë e përshtatshme në rast sëmundjeje¹³⁸, dhe këta persona, që përfitojnë asistencë mjekësore, nuk duhet t'u pakësohen të drejtat e tyre politike.¹³⁹

Karta Sociale e rishikuar është e pajisur me një mekanizëm kontrolli. Ky mekanizëm bazohet në sistemin e raporteve. Palët kontraktuese paraqesin raportet kombëtare në intervale kohore të rregullta, sipas një modeli uniform. Këto raporte hartohen nga autoritetet qeveritare; më pas u komunikohen organizatave përfaqësuese të punonjësve e punëdhënësve, që kanë kështu mundësinë të bëjnë vërejtje me shkrim.

¹³⁷ Shih nenin 11 pjesa II të Kartës Sociale të Europës të Rishikuar “Me synimin për të siguruar një ushtrim efektiv të së drejtës për mbrojtjen e shëndetit, Palët angazhohen, që drejtpërdrejt ose në bashkëpunim me organizata publike ose private, të marrin masa të përshtatshme që synojnë, ndër të tjera, për: 1. të eliminuar sa më shumë të jetë e mundur shkaqet e shëndetit të keq; 2 të ofruar lehtësi këshillimi dhe edukimi për nxitjen e shëndetit dhe inkurajimin e përgjegjësisë individuale për çështjet e shëndetit; 3 të parandaluar sa më shumë të jetë e mundur epidemitë, sëmundjet epidemike e të tjera, si edhe aksidentet”.

¹³⁸ Shih nenin 13/1 pjesa II të Kartës Sociale të Europës të Rishikuar 1996. Strasburg, f. 28, ku përcaktohet se, “çdo personi, i cili është pa burime të mjaftueshme dhe i cili nuk ka mundësi të sigurojë këto burime si nëpërmjet përpjekjeve të tij ashtu edhe nga burime të tjera, veçanërisht nga përfitimet prej një skeme të sigurimit shoqëror, t'i jepet asistencë e përshtatshme dhe, në rast sëmundjeje, kujdesi i nevojshëm për atë gjendje”.

¹³⁹ Shih neni 13/2 të Kartës Sociale Europiane/Kartës Sociale Europiane të Rishikuar, ku përcaktohet se, “Personat që marrin asistencë të tillë nuk do të vuajnë, për këtë arsye, nga zvogëlimi i të drejtave të tyre politike ose sociale”

Raportet kombëtare më pas i paraqiten Komitetit Evropian¹⁴⁰ për të drejtat sociale. (Nickless J, Siedl H 2004:122). Aktualisht Shqipëria, me ligjin Nr. 8960, date 24.10.2002, “Per ratifikimin e Kartes Sociale Europiane, e ndryshuar” janë ratifikuar nga Shqipëria disa dispozita¹⁴¹ të kësaj karte.

Shteti shqiptar angazhohet që në mbështetje të politikave dhe mjeteve të përshtatshme si të karakterit kombëtar, ashtu edhe ndërkombëtar, të arrijë kushtet, në të cilat të drejtat dhe parimet e kartës mund të realizohen në mënyrë efektive. Siç shohim nën 13 mbi asistencës mjekësore dhe sociale nuk është ratifikuar, pasi ka një sërë detyrimesh që duhet të ndërmerren dhe plotësohen nga shteti shqiptar për plotësimin e kushteve për aderimin dhe ratifikimin e këtij dispozitivi.

3.4. E drejta për sigurim shëndetësor në Bashkimin Evropian në kuadrin e mbrojtjes sociale

3.4.1. Analizë e përgjithshme e dispozitave të traktatit të Bashkimit Evropian

Themelet e Bashkimit Evropian ngrihen mbi një marrëveshje ndërkombëtare shumëpalëshe ndërmjet shteteve anëtare duke krijuar kështu një organ mbikombëtar

¹⁴⁰ Ky Komitet përbëhet nga nëntë ekspertë të pavarur zgjedhur nga Komiteti i Ministrave të Këshillit të Evropës, asistuar nga një përfaqësues i Organizatës Ndërkombëtare të Punës. Komiteti evropian për të drejtat sociale nxjerr konkluzionet e veta nëse gjendja e paraqitur në secilin raport kombëtar është në përputhje me nenet e Kartës sociale evropiane apo të Kartës së rishikuar që Palët kontraktuese përkatëse i kanë pranuar. Konkluzionet e Komitetit evropian për të drejtat sociale më pas i përcillen Komitetit qeveritar, instancë e formuar nga përfaqësues qeveritarë e vëzhgues të partnerëve socialë. Komiteti qeveritar përgatit vendime të destinuara për Komitetin e Ministrave – i cili ka në gjirin e vet një ministër për çdo Palë kontraktuese. Komiteti i Ministrave miraton atëherë një rezolutë për krejt procedurën e kontrollit, si dhe rekomandime të veçanta për disa Palë kontraktuese që mendohet se nuk respektojnë Kartën.

¹⁴¹ Shih nën 1, Ligji Nr. 8960, date 24.10.2002, “Per ratifikimin e Kartes Sociale Europiane, e ndryshuar”, ku përcaktohet se Ratifikohen nenet 1,2,3,4,5,6,7,8, 11,19,20,21,22,24,25,26,28 dhe 29 të Kartës Sociale Evropiane, të ndryshuar

unik për nga forma e qeverisjes dhe për nga mënyra e funksionimit. BE-ja ka një status ndërkombëtar të veçantë në krahasim me organizatat e tjera ndërkombëtare. Sistemi politik i BE-së është i veçantë dhe me procedura krejt të veçanta sa i takon vendimmarrjes. Pra BE-ja politikisht nuk funksionon as si shtet sovran dhe as si organizatë ndërkombëtare, por si një etnitet *sui generis* me rregulla specifike, norma juridike të veçanta, me institucionet e veta dhe me procedura unike vendimmarrjeje. Rendi juridik i BE-së karakterizohet nga fleksibiliteti kundrejt depërtimit në legjislacionet e brendshme të vendeve anëtare duke u integruar në to dhe duke pasur efekt të drejtpërdrejt.(Canaj Bana, 2014:63). Integrimi European është sfida BE-së dhe në mënyrë që ky proces të realizohet, shteteve anëtare u është dashur të kufizojnë sovranitetin e tyre duke i dhënë institucioneve komunitare pushtetin për të marrë vendime, të cilat kanë efekt detyrues për vendet anëtare dhe kanë zbatueshmëri të drejtpërdrejtë (Craig & Burca, 2013:448).

Vendimmarrja e BE-së realizohet nga institucionet e saj, por shtetet anëtare ruajnë sovranitetin dhe ekskluzivitetin në disa fusha. Pra kemi një ndarje të kompetencave të Bashkimit European sipas nenit 5 të TBE-së, që i klasifikon ato në kompetenca ekskluzive¹⁴²; kompetenca të përbashkëta; kompetenca komplementare¹⁴³.

¹⁴² Shih nenin 5 të TFBE-së “Bashkimi ka kompetencë ekskluzive në fushat e mëposhtme: bashkimi doganor; vendosja e rregullave të konkurrencës, të nevojshme për funksionimin e tregut të brendshëm; politika monetare për Shtetet Anëtare, monedha e të cilave është Euro; ruajtja e burimeve biologjike detare në kuadër të politikës së përbashkët për peshkimin; politika e përbashkët tregtare.

¹⁴³ Shih nenin 6 të TFBE-së “Bashkimi ka kompetencë për kryerjen e veprimeve për të mbështetur, bashkërenduar ose plotësuar veprimet e Shteteve Anëtare. Fushat të një veprimi të tillë, në nivel europian, janë: mbrojtja dhe përmirësimi i shëndetit të njeriut, industria, kultura, turizmi, arsimi, formimi profesional, rinia dhe sporti; mbrojtja civile, bashkëpunimi administrativ, mbrojtja civile”.

Vendimmarrja në BE realizohet sipas parimit të subsidiaritetit, sipas të cilit parashikohet që vendimet duhet të merren në mënyrë të tillë që të jenë sa më afër qytetarëve (Canaj Bana, 2014:70).

Acquis i BE-së në fushën e veprimit të mbrojtjes shoqërore përbëhet nga legjislacioni parësor dhe dytësor:

- Legjislacioni parësor i BE-së janë Traktati mbi Funkcionimin e Bashkimit European (TFBE) ¹⁴⁴, Karta e të Drejtave Themelore e Bashkimit European ¹⁴⁵ si dhe Marrëveshja e Stabilizim Asociimit BE - Shqipëri (MSA)¹⁴⁶ etj.
- Legjislacioni dytësor i BE-së janë Rregullorja (KE) Nr. 883/2004 e Parlamentit European dhe e Këshillit, datë 29 Prill 2004, “Mbi koordinimin e sistemeve të sigurimeve shoqërore”, e amenduar”. Rregullorja (KE) Nr. 987/2009 e Parlamentit Evropian dhe e Këshillit e datës 16 Shtator 2009 “Mbi përcaktimin e

¹⁴⁴Shih Nenin 48 i TFBE-së parashikon se Parlamenti European dhe Këshilli, duke vepruar sipas procedurës së zakonshme legislative, miratojnë masa në fushën e sigurimeve shoqërore që janë të nevojshme për të siguruar lirinë e lëvizjes për punonjësve brenda BE-së. Për këtë qëllim, ata marrin masat për të siguruar për punonjësit migrues të punësuar, të vetëpunësuar si dhe për personat që i kanë këta në varësi: a) agregimin me qëllim fitimin dhe mbajtjen e të drejtës për përfitim dhe llogaritjen e vlerës së përfitimit për të gjitha periudhat që merren në konsideratë sipas ligjeve të disa vendeve, b) pagesën e përfitimeve personave që kanë vendbanimin në territoret e Shteteve Anëtare Neni 151 i TFBE-së parashikon se një ndër objektivat që synon të arrijë BE-ja në fushën e “Politikave Sociale” është edhe mbrojtja e duhur sociale. Neni 153 i TFBE-së parashikon që me qëllim arritjen e objektivave të Nenit 151, BE mbështet dhe plotëson aktivitetet e Shteteve Anëtare në disa fusha, përfshirë atë lidhur me sigurimet shoqërore dhe mbrojtjen sociale të punonjësve.

¹⁴⁵ Shih nenin 34 të saj ‘Sigurimet shoqërore dhe ndihma sociale’ parashikon se BE njeh dhe respekton të drejtën për të përfituar nga sigurimet shoqërore dhe shërbimet sociale, në përputhje me rregullat e parashikuara nga e drejta e Bashkimit si edhe ligjet dhe praktikat kombëtare.

¹⁴⁶ Shih Nenin 48 i MSA-së parashikon që Shqipëria dhe BE-ja vendosin rregulla për bashkërendimin e sistemeve të sigurimeve shoqërore për punonjësit me nënshtetësi shqiptare ose të BE-së, të punësuar ligjërisht në Shqipëri ose në territorin e një Shteti Anëtar të BE-së si dhe për pjesëtarët e familjeve të tyre që janë ligjërisht rezidentë aty. Kurse Neni 99 i MSA-së parashikon se bashkëpunimi mes palëve synon të mbështesë përshtatjen e sistemit shqiptar të sigurimeve shoqërore me kërkesat e reja ekonomike dhe sociale, duke iu referuar nivelit ekzistues të mbrojtjes në Komunitet. Bashkëpunimi merr parasysh fushat prioritare që lidhen me Acquis në këtë fushë.

procedurës për zbatimin e Rregullores (KE) Nr. 883/2004 “Për bashkërendimin e sistemeve të sigurimeve shoqërore”, e amenduar” etj.

Në kuadër të lëvizjes së lirë të personave në BE, ekzistojnë rregulla për koordinimin e sistemeve kombëtare të mbrojtjes shoqërore, të cilat kontribuojnë në drejtim të përmirësimit të standardit të jetesës dhe kushteve të punësimit për këta persona. Por, rregullat mbi koordinimin e sigurimeve shoqërore nuk zëvendësojnë sistemet kombëtare me një sistem unik evropian. Vendet anëtare të BE-së janë të lira të vendosin rregullat lidhur me përfitimet nga sigurimet shoqërore, dhe kushtet sipas të cilave ato jepen.

Objektivi i Qeverisë së Integritetit Evropian Shqiptar është përafrimi i legjislacionit shqiptar me legjislacionin e Bashkimit Evropian, zbatimi i sistemit të mbrojtjes sociale dhe standardeve të miratuara, duke luftuar përjashtimin social dhe diskriminimin, në përputhje me Nenin 99 të Marrëveshjes së Stabilizim-Asociimit, bazuar në Konventën Evropiane për të Drejtat e Njeriut, të Drejtat e Fëmijëve, Kartën Sociale Evropiane (e rishikuar), dhe akte të tjera ndërkombëtare. Gjithashtu Objektivi kryesor i Qeverisë në fushën e sigurimeve shoqërore është përmirësimi i skemës aktuale të mbrojtjes sociale, reformimi i shtyllës publike të pensioneve e forcimi i lidhjes midis kontributeve të paguara dhe përfitimeve të ardhshme, krijimi i llogarive personale të çdo kontribuuesi dhe përfituesi, arritja e transparencës maksimale, futja graduale e skemave të përfitimeve suplementare të menaxhuara nga subjekte jopublike, duke përgatitur skemën dhe sistemin për bashkëpunimin e saj me vendet e BE-së, në përputhje me Nenet 46, 47 dhe 99 të Marrëveshjes së Stabilizim Asociimit. Masat kryesore që do të ndërmerren në këtë drejtim synojnë rritjen e efektivitetit të përdorimit të fondeve të ndihmës ekonomike, rritjen e kompetencave të pushtetit vendor dhe shoqërisë civile në

ofrimin e shërbimeve shoqërore në komunitet, forcimin e kapaciteteve institucionale të institucioneve të mbrojtjes sociale, zhvillimin e mëtejshëm të sistemit të pensioneve në përputhje me kushtet e reja ekonomike dhe sociale, etj. Aktet kryesore ligjor në këtë fushë janë Ligji Nr. 9355, datë 10.3.2005 “Për ndihmën dhe shërbimet shoqërore”, Ligji Nr. 7703, datë 11.5.1993 “Për Sigurimin Shoqëror në Republikën e Shqipërisë” dhe Ligji Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar¹⁴⁷.

Sistemi i Sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore është i lidhur kryesisht me legjislacionin kombëtar sepse në kuadrin e mbrojtjes shoqërore, shuma e përfitimeve, kushtet e dhënies dhe kohëzgjatja e derdhjeve si dhe përfitimeve në natyrë përcaktohen nga legjislacioni kombëtar. Si rrjedhojë, e drejta shëndetësore i përket rregullimit kombëtar dhe karakterizohet nga karakteri territorial shëndetësore.

Koordinimi i mbrojtjes shoqërore mbështetet dhe zbatohet në bazë të Rregullores Nr. 883/2004, e cila zëvendësoi rregulloren 1408/71 dhe për shkak të rëndësisë që kjo rregullore ka për punimin dhe në trajtimin e të drejtës dhe sigurimeve shëndetësore do të trajtohet në një paragraf më vete.

Instrumentat harmonizues¹⁴⁸ dhe koordinues¹⁴⁹ të legjislacioneve të sigurimeve sociale janë krijuar, me qëllimin e mirë të mbrojtjes të drejtave shoqërore

¹⁴⁷Marrë nga faqja e Ministrisë së Integritetit, <http://ëëë.integriteti.gov.al/al/prioritetet/aftësia-per-te-perballuar-detyrimet-e-anetaresise-ne-be/punesimi-dhe-politikat-sociale>

¹⁴⁸ Shih, Jason Nickless dhe Helmut Siedl, “Co-ordination of Social Security in the Council of Europe”, Short Guide Council of Europe Publishing, 2004, fq 13, ku përcaktohet se “Instrumentat harmonizues i detyrojnë shtetet të ndryshojnë përmbajtjen e legjislacionit të tyre të sigurimeve shoqërore. Shtetet ndoshta do duhet të ndryshojnë kohëzgjatjen e periudhës që duhet marrë parasysh përpara se një person të mund të pretendojë për një përfitim, apo shumën e këtij përfitimi. Harmonizimi mund të marrë formën e një “unifikimi” apo të një “harmonizimi minimal”. Unifikimi, i quajtur shpesh “strandartizim” nënkupton që tërë skemat kombëtare miratojnë të njëjtat rregulla, as më shumë e as më pak. Harmonizimi minimal realizohet nëpërmjet përcaktimit të normave minimale, duke u dhënë shteteve mundësi, në dëshirojnë, të

dhe arritjen e kohezionit social, të cilat janë të nevojshme për realizimin e lirisë së lëvizjes, si dhe të shprehjes së përsosjes së vazhdueshme të të drejtave për mbrojtje shoqërore të qytetarëve. Në fakt koordinimi i mbrojtjes shoqërore është në themel të politikave të BE-së dhe legjislacioni koordinues mbështetet në katër parime themelore, që synojnë të mbrojnë kategorinë e migruesve.

3.4.2. *Karta e të Drejtave Themelore e Bashkimit European*

Popujt e Europës, për krijimin e një bashkimi gjithnjë e më të afërt mes tyre, janë të vendosur që të ndajnë së bashku një të ardhme në paqe, bazuar në vlera të përbashkëta. I vetëdijshëm për trashëgiminë e tij shpirtërore dhe morale, Bashkimi European i ka rrënjët tek vlerat e pandashme dhe universale të dinjitetit njerëzor, lirisë, barazisë dhe solidaritetit; ai bazohet në parimet e demokracisë dhe të sundimit të së drejtës. Bashkimi European e vendos individin në qendër të veprimtarive të veta përmes krijimit të shtetësisë së BE dhe të një zone lirie, sigurie dhe drejtësie.¹⁵⁰

Në përgjithësi, të drejtat themelore të garantuara në BE janë ato të sanksionuara shprehimisht në Traktatet themeluese, në Konventën Europiane të të drejtave të njeriut, si dhe në parimet e përgjithshme të së drejtës komunitare. Karta e të Drejtave Themelore e Bashkimit European¹⁵¹, e cila ka fuqi ligjore të detyrueshme, konfirmon të

vendosin dispozita më të favorshme. Instrumentat harmonizues çënojnë legjislacionet kombëtare, kanë rrjedhoja mbi të gjithë ata që mbulohen nga këto ligje dhe jo vetëm mbi migruesit”.

¹⁴⁹ Po aty, Instrumentat koordinues kanë të bëjnë vetëm me migruesit. Ato nuk e ndryshojnë përmbajtjen e sistemit kombëtar të sigurimeve shoqërore dhe nuk kanë pasoja mbi shumën e përfitimeve apo kushtet e dhënies së tyre. Zbatohen vetëm për rrethanat kur ndërhyjnë një faktor ndërkufitar. Këto instrumenta u sigurojnë migruesve një trajtim të drejtë. Nëse sigurimet shoqërore varen nga legjislacioni kombëtar, koordinimi varet nga legjislacioni ndërkombëtar dhe mbështetet fuqimisht mbi bashkëpunimin midis shteteve

¹⁵⁰ Shih preambulen e Kartës të Drejtave Themelore e Bashkimit European

¹⁵¹ Karta përmban të drejtat e njeriut, të inspiruara nga kushtetutat e vendeve anëtare, marrëveshjeve universale për të drejtat e njeriut, si dhe Konventes Europiane të Drejtave të Njeriut. Karta u shpall në Nicë, në 7 dhjetor 2000, nga presidentët e Parlamentit European, Këshillit dhe Komisionit European dhe

drejtat themelore të garantuara nga Konventa Europiane për Mbrojtjen e të Drejtave dhe Lirive Themelore të Njeriut dhe të drejtat që rrjedhin nga traditat kushtetuese të përbashkëta për Shtetet Anëtare. Karta as nuk e zgjeron fushën e zbatimit të së drejtës së Bashkimit European përtej kompetencave të BE as nuk përcakton ndonjë kompetencë apo detyrë të re, por as nuk ndryshon kompetencat dhe detyrat e përcaktuara në Traktate¹⁵². Karta sanksionon një kompleks të drejtash themelore, bazuar mbi vlerat e dinjitetit, të solidaritetit, të shtetësisë europiane dhe të drejtësisë, të përforcuara nga parimi i ndalimit të diskriminimit. Ajo mund të konsiderohet dokumenti i parë formal i BE-së, i cili përmbledh në një tekst të vetëm të gjithë kategorinë e të drejtave civile, politike, ekonomike, sociale etj.

Shumica e të drejtave themelore përmbahen edhe në kushtetutat nacionale, për shembull që dinjiteti i njeriut është i paprekshëm ose që askush nuk duhet të diskriminohet për shkak të gjinisë ose ngjyrës së lëkurës.

Karta njeh dhe respekton të drejtën për të përfituar prej sigurimeve shoqërore dhe shërbimeve sociale që ofrojnë mbrojtje në rastet e shtatzënisë dhe lehonisë, sëmundjes, aksidenteve në punë, personave në ngarkim apo në moshë të thyer dhe në rast të humbjes së punës, në përputhje me rregullat e parashikuara nga e drejta e Bashkimit si edhe ligjet dhe praktikat kombëtare¹⁵³. Ajo sanksionon gjithashtu se kushdo që banon dhe lëviz në mënyrë të ligjshme brenda Bashkimit European, ka të drejtë të përfitojë pagesa të sigurimeve shoqërore dhe avantazhe sociale në përputhje me

nga shtetet anëtare të Bashkimit European, përfshirë këtu edhe Anglinë. Ajo u miratua në formën e një deklarate ligjërish jo-detyruese dhe deri në vitin 2009, Karta paraqiste deklaratë pa forcë obliguese juridike. Me Traktatin e Lisbonës, në vitin 2009, Karta fiton statusin e dokumentit të obligueshëm juridik.

¹⁵² Shih Deklaratën në lidhje me Kartën e të Drejtave Themelore të Bashkimit European

¹⁵³ Shih nenin 34 të Kartës

të drejtën e Bashkimit European dhe ligjet dhe praktikat kombëtare. Për të luftuar përjashtimin social dhe varfërinë BE njeh dhe respekton të drejtën e asistencës sociale dhe të strehimit me qëllim sigurimin e një niveli të pranueshëm jetese për të gjithë ata të cilëve u mungojnë burimet e mjaftueshme në përputhje me rregullat e parashikuara nga e drejta e BE si edhe ligjet dhe praktikat kombëtare.¹⁵⁴ Përveç mbrojtjes që ofron në kuadrin e politikave sociale, karta sanksionon ligjërimin dhe mbrojtjen e të drejtës shëndetësore, dhe në nenin 35 të saj, citon se “Kushdo ka të drejtë për kujdesin shëndetësor profilaktik dhe për të përfituar prej trajtimit mjekësor sipas kushteve të përcaktuara në ligjet dhe praktikat kombëtare. Gjatë hartimit dhe zbatimit të politikave dhe veprimtarive të Bashkimit sigurohet një nivel i lartë i mbrojtjes së shëndetit të njeriut”. Pra Karta e Bashkimit European e të Drejtave Themelore nuk lind apo prodhon të drejta të “reja” apo të panjohura më parë në të drejtën ndërkombëtare, rajonale apo kombëtare në lidhje me mbrojtjen e qytetarëve. Megjithatë, duhet theksuar rëndësia e veçantë e kësaj Karte, pasi, duke lënë mënjanë rëndësinë në kontekstin politik, ajo është shprehje e njohjes së të drejtave të njeriut si qenie njerëzore të një rendi juridik të veçantë, siç është ai i Bashkimit European, i cili po u lë, tashmë, të drejtave themelore një vend parësor në *acquis communautaire*. (Banaj.Canaj : Jeta juridike)¹⁵⁵. Por në këtë këndvështrim mund të themi se, ligjet kombëtare të Shteteve Anëtare nuk mund të anashkalohen, por nëse dikush që përdor të drejtën europiane, e ndjen veten të diskriminuar nga ligji nacional atëherë ai mund të kërkojë respektimin e të drejtës së tij themelore në nivel european.

¹⁵⁴ Po aty, shih nenin 34, pikat 2 dhe 3

¹⁵⁵ Shih Jeta juridike, “Analizë e disa problematikave mbi të drejtat e emigrantëve në kuadër të të drejtave themelore sipas Kartës së Bashkimit European të të drejtave themelore”

3.4.3. Parimet ku mbështetet legjislacioni koordinues i BE-së

Sistemet e mbrojtjes shoqërore varen nga legjislacioni kombëtar ndërsa koordinimi varet nga legjislacioni europian dhe mbështetet fuqimisht mbi bashkëpunimin midis shteteve , ashtu si dhe theksuam më sipër legjislacioni koordinues mbështetet në katër parime themelore, që synojnë të mbrojnë kategorinë e punëtorëve migrantë dhe të korrigjojnë problemet e krijuara nga territorialiteti, diversiteti i sistemeve kombëtare të mbrojtjes shoqërore. Këto katër parime do të jenë objekt i analizës sonë të mëposhtme.

➤ Barazia në trajtim

Shtetet në bazë të parimit të barazisë në trajtim ndalohen, që t'i trajtojnë shtetasit e huaj ndryshe nga vendasit. Diskriminimi është në dy forma, në diskriminim direkt dhe në diskriminim indirekt. Kemi diskriminim direkt atëherë kur një normë e brendshme i trajton ndryshe shtetasit e huaj në krahasim me ata vendas. Për shembull diskriminim kemi kur në një skemë të veçantë sigurimesh shëndetësore të një vendi, kanë të drejtë të përfshihen vetëm shtetasit e këtij vendi (Jacon & Helmut, 2004:13). Diskriminimi indirekt shfaqet në nivel kombëtar dhe më konkretisht kur norma kombëtare e një prej shteteve anëtare e cila në vështrim të parë duket si neutrale, sjell efekte të ndryshme mbi shtetasit e huaj krahasuar me ata vendas. Pra shtetasit e një shteti anëtar kanë të drejtë të kenë të njëjtat përfitime dhe të kenë njëjtat kushte sikurse dhe shtetasit e shteteve anëtare në të cilën ata banojnë.

➤ *Përcaktimi i legjislacionit të zbatueshëm*

Vështirësitë që shkaktohen nga konfliktet ligjore pozitive e negative mund të shmangen nëse parashikohet shprehimisht se gjen zbatim vetëm legjislacioni i një shteti, duke përcaktuar një rregull për ta bërë këtë legjislacion të zbatueshëm përcaktimi i legjislacionit të zbatueshëm, siguron që migruesi do t'i derdhë kontributet e veta shoqërore dhe shëndetësore dhe do të jetë subjekt i përfitimeve në bazë të këtij legjislacioni. Ka shumë mënyra për të përcaktuar legjislacionin e zbatueshëm dhe ajo më zakonshmja është zbatimi i legjislacionit të shtetit të punësimit, por mund të zgjidhet edhe legjislacioni i shtetit të vendbanimit. Marinarët përgjithësisht mbulohen nga legjislacioni i flamurit. (Jacon & Helmut, 2004:14). Rregulla të veçanta kërkohen gjithashtu për personat që punojnë në më shumë se një shtet, apo për ata që kanë status punonjësi të vetëpunësuar në një vend dhe status të punësuar në një shtet tjetër.

➤ *Ruajtja e të drejtave të arritura*

Parimi bazë i ruajtjes të së drejtave të arritura parashikon që periudhat e banimit, punësimit apo të çdo aktiviteti tjetër ekonomik të realizuara në një shtet duhet të njihen po ashtu edhe nga shtetet e tjera. Kjo shumë e përgjithshme e periudhave të banimit, punësimit apo veprimtarisë ekonomike quhet “totalizim”. Periudhat e banimit, punësimit dhe veprimtarisë ekonomike jo vetëm që lejojnë të përcaktohen të drejtat e një personi për përfitim, por ato shpesh merren parasysh edhe në përlllogaritjen e shumës së këtij përfitimi. (Jacon & Helmut, 2004:15).

Ky parim në thelb nënkupton që të gjitha periudhat e punësimit, vetëpunësimit, etj nihen dhe përlllogariten, me qëllim të përfitimeve sociale në një shtet tjetër anëtar të Bashkimit Europian, dhe ky parim luan një rol të rëndësishëm kur kemi të bëjmë me përfitime afatgjata siç janë pensioni i pleqërisë dhe pensioni i invaliditetit

➤ *Eksportimi i përfitimeve*

Parimi i eksportimit të përfitimeve parashikon që nëse personi, i cili përfiton apo mund të përfitojë një nga pagesat e mbuluara nga instrumenti koordinues, vendoset në një shtet tjetër, përfitimi që i takon duhet të jepet nga shteti i origjinës. Sasia e përfitimit nuk duhet të pakësohet, as të përshtatet thjesht me arsyetimin se është ndryshuar vendbanim. Parimi i eksportimit të përfitimeve zbatohet gjithashtu për përfitime afatshkurtra, si alokacionet për papunësi apo personat në kërkim të një pune në një shtet tjetër do të vazhdojnë të marrin përfitimet që kanë pasur në vendin e tyre të origjinës (Jacon & Helmut, 2004:15).

Më anë të këtij parimi është e rëndësishme të theksohet se edhe përfitimet në natyrë mund të eksportohen. Në rast se një individ sëmuret gjatë periudhës së pushimeve ose kërkon një ndërhyrje shëndetësor të veçantë, që nuk mund të kryhet në vendin e origjinës, atëherë ky kujdes mund të të sigurohet dhe të ofrohet nga shteti në të cilën ndodhet pacienti, por me shpenzimet e vendit të origjinës së pacientit.

Këto parimi i gjejmë të mishëruara në Rregulloren Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale” e cila trajtohet gjerësisht në vijim.

3.4.4. *Rregullorja Nr. 883/2004 "Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale"*

Bashkimi Evropian përmes legjislacionit dytësor koordinon sistemet e mbrojtjes shoqërore të Shteteve Anëtare të BE-së me qëllim lehtësimin e lëvizjes së lirë të punonjësve brenda territorit të BE-së.

Një nga instrumentet më të rëndësishme juridike të Bashkimit Evropian për mbrojtjen sociale është Rregullorja (KE) Nr. 883/2004 "Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale"¹⁵⁶ e Parlamentit Evropian dhe Këshillit si dhe Rregulloren (KE) Nr. 987/2009 "Mbi përcaktimin e procedurës për zbatimin e Rregullores (KE) Nr. 883/2004".¹⁵⁷ Rregullorja e koordinimit është një instrument multilateral i krijuar për të bërë të mundur lëvizjen e lirë në territorin evropian dhe për të koordinuar sistemet kombëtare të mbrojtjes sociale që ekzistojnë brenda kuadrit të lëvizjes së lirë të personave ekonomikisht aktive.

Kjo Rregullore është hartuar në frymën dhe traditën e rregullores 1408/71 duke i paraprirë ndryshimeve në legjislacionet kombëtare por dhe zhvillimet në nivel Komuniteti, përfshirë dhe gjykimet e Gjykatës së Drejtësisë në lidhje me aplikimin e skemave të mbrojtjes sociale për personat e punësuar, personat e vetëpunësuar dhe për anëtarët e familjeve të tyre, që lëvizin brenda BE-së. Qëllimi i kësaj rregulloreje është respektimi i karakteristikave të veçanta të legjislacioneve kombëtare të mbrojtjes sociale

¹⁵⁶ Shih Rregulloren (EC) Nr. 883/2004 të Parlamentit Evropian dhe Këshillit e datës 29 prill 2004 "Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale", Gazeta Zyrtare e Bashkimit Evropian L 166 e datës 30 prill 2004.

¹⁵⁷ Rregullore (KE) Nr 987/2009 e Parlamentit Evropian dhe Këshillit, 16 Shtator 2009, 'Mbi procedurën e implementimit të rregullores 883/2004', OJ 2009 L 284/1.

dhe hartimi i një sistemi të vetëm koordinimi brenda të cilit të garantohet barazia e trajtimit.

Midis legjislacioneve të ndryshme kombëtare ka pasur diferenca të ndryshme lidhur me kategorinë e personave të cilët do të jenë subjekte skemës së mbrojtjes shoqërore. Për këtë arsye Rregullorja parashikon në nenin 2, se aplikohet për shtetasit e një Shteti Anëtar, personat pa shtetësi dhe refugjatët rezidentë në territorin e një Shteti Anëtar që janë apo kanë qenë subjekt i legjislacionit të mbrojtjes sociale të një apo më shumë Shteteve Anëtare si dhe për anëtarët e familjeve dhe pasuesit e tyre. Paragrafi 2 në nenin 2, të Rregullores Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale” e zgjeron numrin e subjekteve duke përfshirë dhe pasuesit e personave që kanë qenë subjekt i legjislacionit të një apo më shumë Shteteve Anëtare, pavarësisht nga shtetësia e këtyre personave, ku pasuesit e tyre janë shtetas të një Shteti Anëtar apo persona pa shtetësi apo refugjatë me banim në një prej Shteteve Anëtare. Një nga parimet më të rëndësishme mbi të cilat është themeluar kjo rregullore është barazia në trajtimin ku përcaktohet se personat ndaj të cilëve aplikohet kjo rregullore do të gëzojnë të njëjtat përfitime dhe do të jenë subjekt i të njëjtave detyrime që si nënshtetas të legjislacionit përkatës të Shtetit Anëtar që i përkasin.¹⁵⁸

Bashkimi Evropian ka një regjim të veçantë në lidhje me kontributet e paguara nga subjektet e siguruar, pasi nuk ka një fond të përbashkët në nivel të BE-së dhe subjekti i siguruar derdh kontribute për skemën e shteteve ku punon dhe është rezident. Punëtorët mund të jetojnë një shtet tjetër anëtar të ndryshëm nga shteti kompetent ose mund të lëvizin për një periudhë të përkohshme brenda BE, por në çdo rast ata duhet të

¹⁵⁸ Shih nenin 4 të Rregullores Nr.883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”.

mbrohen kur lëvizin nga një shtet anëtar në një tjetër . Në një rast të tillë janë vetë shtetet, që përcaktojnë modalitetet e rimbursimit, në bazë të Rregullores 883/2004, në mënyrë që të gjithë subjektet që kanë derdhur kontribute mund të gëzojnë përfitimet në rast të një rreziku social¹⁵⁹.

Personave që lëvizin brenda Komunitetit, duhet që nëpërmjet koordinimit t'u garantohet ruajtja e të drejtave dhe avantazheve të fituara dhe kjo arrihet duke bashkuar të gjitha periudhat e marra në konsideratë sipas legjislacioneve të ndryshme kombëtare në funksion të fitimit të ruajtjes të drejtës për përfitime si dhe llogaritjes së masës së përfitimeve .¹⁶⁰

Personat që lëvizin brenda Komunitetit duhet të bëhen subjekt i skemës së mbrojtjes sociale të një Shteti Anëtar të vetëm duke shmangur në këtë mënyrë mbivendosjen e dispozitave të aplikueshme të legjislacionit kombëtar. Të drejtat për mbrojtje sociale nuk kanë kushtëzime brenda Komunitetit në raport me vendin e rezidencës të personit të interesuar, por në disa raste specifike për përfitimet e veçanta të lidhura me kontekstin ekonomik dhe social të personit të përfshirë, vendi i rezidencës

¹⁵⁹ Po aty, shih nenin 35 “Rimbursimi ndërmjet institucioneve”. Ku përcaktohet se Benefitet në natyrë të ofruara nga institucioni i një Shteti Anëtar në emër të institucionit të një tjetër Shteti Anëtar sipas këtij Kapitulli do të japë rrugë rimbursimit të plotë. Rimbursimit të cilit i referohet paragrafi 1 do të përcaktohet në përputhje me marrëveshjet e vendosura në Rregulloren e Implementimit, si përsa i përket provës së shpenzimit aktual, ose mbi bazën e shumave fikse për Shtet Anëtar strukturat ligjore ose administrative të të cilit janë të tilla që përdorimi i rimbursimit mbi bazën e shpenzimeve aktuale nuk është i pershtatshëm. Dy ose më shumë Shtete Anëtare, dhe autoritetet e tyre kompetente, mund të ofrojnë për metoda të tjera rimbursimi ose të heqin dorë nga të gjithë rimbursimet ndërmjet institucioneve të cilat janë nën juridiksionin e tyre.

¹⁶⁰ Po aty.

mund të merret në konsideratë.¹⁶¹ Rregullorja përcakton se aplikohet në disa degë të mbrojtjes shoqërore si¹⁶² :

- përfitimet për sëmundje;
- përfitimet për barrë lindje dhe ato ekuivalente të atësisë;
- përfitimet e invaliditetit;
- përfitimet e pleqërisë;
- përfitimet familjare;
- përfitimet për aksidentet në punë dhe sëmundjet profesionale;
- pagesat për vdekje;
- përfitimet e papunësisë;
- përfitimet para-pensionit;
- ndihma financiare për familje;

Në bazë të Rregullores Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”, personave të siguruar si dhe anëtarëve të familjeve të tyre, që jetojnë apo qëndrojnë në një Shtet Anëtar përveç Shtetit Anëtar kompetent, duhet t’u sigurohet mbrojtje për sa i përket përfitimeve për sëmundje, barrë lindje etj.

Në lidhje më legjislacionin e zbatueshëm¹⁶³ Rregullorja Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale” kufizon mundësinë e të qenit subjekt i dy

¹⁶¹ Shih pjesën e përgjithshme të Rregullore (EC) Nr. 883/2004 të Parlamentit Europian dhe Këshillit e datës 29 prill 2004, “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”, Gazeta Zyrtare e Bashkimit Europian L 166 e datës 30 prill 2004, f. 2.

¹⁶² Shih nenin 3 të Rregullores Nr.883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”.

legjislacioneve njëkohësisht. Ajo siguron që nuk ka mbrojtje të dyfishtë por në fakt nuk mund të ketë as mungesë mbrojtjeje. Pavarësisht, se të punësuarit, të vetëpunësuarit, që mund të dërgohen të punojnë në një shtet tjetër, ata mbeten të siguar nga sistemi i mbrojtjes shëndetësore të vendit të origjinës¹⁶⁴, ose në rastin e një nëpunësi civil i cili do të jetë subjekt i legjislacionit të administratës, ku ai është punësuar¹⁶⁵.

Në lidhje me aksidentet në punë Rregullorja parashikon, se personat të cilët aksidentohen në punë ose kanë një sëmundje profesionale por banojnë ose qëndrojnë në një Shtet Anëtar të ndryshëm nga ai i shtetit përgjegjës, ata gëzojnë të drejtën e benefiteve të veçanta në natyrë, sipas skemës që mbulon aksidentet në punë apo sëmundjet profesionale nga ana e institucionit përgjegjës.

Rregullat për koordinimin e sistemeve kombëtare të mbrojtjes sociale ekzistojnë brenda kuadrit të lëvizjes së lirë të personave dhe duhet të kontribuojnë në drejtim të përmirësimit të standardit të tyre të jetesës dhe të kushteve të punësimit. Në lidhje me bashkëpunimi midis Vendeve Anëtare Rregullorja përcakton në nenin 76 të saj se autoritetet kompetente të Vendeve Anëtare do të komunikojnë me njëra-tjetrën për sa i përket masave të mara për implemtimin e saj, ndryshimeve në legjislacionet e tyre përkatëse etj. Rregulloja Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes shoqërore” është detyruese në tërësinë e saj dhe drejtpërdrejtë e zbatueshme në të gjitha vendet e BE-së.

¹⁶³ Shih nenin 11 Titulli II i Rregullores (EC) Nr. 883/2004 të Parlamentit Europian dhe Këshillit e datës 29 prill 2004, “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”, Gazeta Zyrtare e Bashkimit Europian L 166 e datës 30 prill 2004.

¹⁶⁴ Shih nenin 11 të Rregullores Nr. 883/2004.

¹⁶⁵ Po aty.

Në zbatim të kësaj Rregulloreje dhe në zbatim të politikave e strategjive të përafrimit të legjislacionit evropian si dhe lëvizjes së lirë të njerëzve, qeveria shqiptare ka lidhur marrëveshje për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes shoqërore me shtete të ndryshme. Aktualisht janë nënshkruar dhe ratifikuar këto marrëveshje:¹⁶⁶

- Ligji nr. 9066, datë 15.5.2003, “Për ratifikimin e ‘Marrëveshjes ndërmjet Qeverisë së Republikës të Shqipërisë dhe Qeverisë së Republikës të Turqisë për mbrojtjen shoqërore”.
- Ligji nr. 35/2014, datë 3.4.2014, “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Mbretërisë së Belgjikës për mbrojtjen shoqërore”.
- Ligji nr. 42/2015, datë 16.4.2015, “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe Dukatit të Madh të Luksemburgut për mbrojtjen shoqërore”
- Ligji nr. 123/2015, datë 12.11.2015, “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Maqedonisë për mbrojtjen shoqërore”.
- Ligji nr. 151/2015, datë 21.12.2015, “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Hungarisë për mbrojtjen shoqërore”.

¹⁶⁶ Janë në faza të ndryshme negociimi marrëveshjet me Republikën e Çekisë, Republikës Federale të Gjermanisë, Rumanisë

Këto marrëveshje në kuadrin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor përkthehen në përfitime në natyrë për subjektet përfituese të skemës. Fondi i sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është institucioni kompetent që administron dhe rimbursëson kërkesat për përfitime në natyrë të personave të siguruar që janë subjekt i marrëveshjes.

3.5. Jurisprudenca e Gjykatës Europiane të Drejtësisë në kontekstin e mbrojtjes sociale

Çdo sistem do të mbijetojë, vetëm nëse rregullat e tij mbikqyren nga një autoritet i pavarur. Për më tepër, në një bashkim të shteteve, rregullat e përbashkëta — nëse i nënshtrohen kontrollit të gjykatave nacionale — interpretohen dhe zbatohen ndryshe nga një shtet në tjetrin. Kështu, zbatimi i uniformuar i ligjit të Bashkimit Evropian në të gjitha Shtetet Anëtare mund të rrezikohet. Këto shqyrtime rezultuan me themelimin e Gjykatës Europiane të Drejtësisë (GJED) e cila është organi ligjor i BE-së, autoriteti më i lartë dhe njëkohësisht autoriteti i vetëm gjyqësor në çështje që kanë të bëjnë me të drejtën e BE. (Klaus-Dieter Borcard, 2010:66). Pra, Gjykata Europiane e Drejtësisë ka shprehur qartë se parimet e përgjegjësisë vlejné edhe për pushtetin e tretë, d.m.th. pushtetin gjyqësor. Vendimet e tij, tashmë janë objekt i Gjykatës së Drejtësisë, nëse janë marrë duke shpërfillur ose shkelur të Drejtën e Bashkimit Evropian. Në fakt Gjykata Evropiane e Drejtësisë është një instrument shumë i rëndësishëm për mbrojtjen e të drejtave të njeriut në BE-së. Jurisprudenca e GJED-së në fushën e të drejtave të njeriut ka evoluar kornizën ligjore të drejtave themelore të njeriut , në kuadër të rendit juridik të Bashkimit Evropian.

Një vlerë të veçantë në këndvështrimin e kësaj teme paraqet pa dyshim edhe trajtimi i vendimeve gjyqësore të Gjykatës Evropiane të Drejtësisë në kuadër të trajtimit të rregullores 1408/71, (e cila është zëvendësuar me Rregulloren nr . 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”), dhe traktateve që kanë të bëjnë me lëvizjen e lirë të mallrave, shërbimeve dhe personave. Vlera e tyre ka rëndësi lidhur me ndikimin, që ato kanë në përmirësimin e legjislacionit dhe politikave për sigurimet sociale.

Sjellim konkretisht, çështjet Decker dhe Kohll. Rasti Decker¹⁶⁷ ka të bëjë me rimbursimin e pjesshëm të syzeve optike të përshkruara në recetën e Mr Decker në Luksemburg, por që janë blerë nga ai në një qytet kufitar në Belgjikë.

Ndërsa në rastin Kohll¹⁶⁸ paditësi kishte kërkuar nga Luksemburg, autorizimin për sigurimin shëndetësor sigurimit për trajtim ortodontik për vajzën e tij të vogël në Gjermani. Në të dyja rastet, kërkesa ishte refuzuar nga fondi i sigurimit shëndetësor për sëmundje në Luksemburg me arsyetimin se blerja e syzeve optike në Belgjikë ose trajtimi i propozuar ortodontik në Gjermani nuk janë shërbime shëndetësore që ofrohen në situata urgjente gjatë qëndrimi jashtë vendit dhe mbi të gjitha këto dy shërbime ofrohen dhe jepen në Luksemburg.

Pra, kërkesa që u ngrit (dhe u soll para Gjykatës Evropiane të Drejtësisë) kishte të bënte nëse kërkesa dhe autorizimi paraprak shkelnin në një nga gurët e themelit të Komunitetit Europian, dhe përkatësisht parimin e lëvizjes së lirë të mallrave dhe

¹⁶⁷ ECJ, case C-120/95 of 28.04.1998, Decker, ECR 1998, I-1831

¹⁶⁸ C-158/96 of 28.04.1998, Kohll, ECR 1998, I-1931

shërbimeve. Në fakt e drejta për lëvizjen e lirë të mallrave dhe shërbimeve nuk është e pakufizuar dhe në këtë rast kërkesa dhe autorizimi paraprak mund të pranohen, kur justifikohen për shkak të një interesit publik dhe në " sundimin e arsyes ". Në të dyja rastet , Gjykata njohu në parim se nevoja për të garantuar ekuilibrin financiar të sistemit të mbrojtjes shoqërore dhe nevoja për të siguruar një shërbim të balancuar mjekësor të arritëm për të gjithë mund të përbëjë arsye për justifikim . Pra këto dy çështje janë tregues, se si legjislacioni ekonomik i BE-së, mbi konkurrencën e lirë merr përparësi ndaj legjislacionit social kombëtar dhe objektivat ekonomikë të BE/së përbëjnë një kërcënim për politikat sociale, çka hapi rrugën për më shumë inspirim social të rasteve ligjore dhe indirekt për më shumë presion, mbi aktorët politikë europianë, për të ndërmarrë iniciativa ligjore që kërkojnë ndërhyrje në nivel europian.

Gjykata e Drejtësisë në mjaft raste ka dhënë një opinion për mundësinë e trajtimit të barabartë të përfitimeve, të ardhurave dhe fakteve, ky parim duhet të adoptohet në mënyrë eksplicite dhe të zhvillohet, ndërsa vëzhgohet substanca dhe thelbi i rregullave ligjore.¹⁶⁹

Në kuadër të këtij kordinimi është e nevojshme të vendosen dispozita të veçanta që rregullojnë mos-mbivendosjen e përfitimeve për sëmundje në natyrë dhe të përfitimeve për sëmundje në para, që janë të së njëjtës natyrë si ato që kanë qenë subjekt i

¹⁶⁹ Parimi i trajtimit të fakteve apo ngjarjeve të caktuara që ndodhin në territorin e një Shteti Anëtar tjetër sikur të kishin ndodhur në territorin e Shtetit Anëtar, legjislacioni i të cilit është i aplikueshëm nuk duhet të ndërhyjë tek parimi i bashkimit të periudhave të sigurimit, punësimit, vetëpunësimit apo rezidencës të plotësuar sipas legjislacionit të një Shteti Anëtar tjetër me ato të plotësuar sipas legjislacionit të Shtetit Anëtar kompetent. Periudhat e plotësuar sipas legjislacionit të një Shteti Anëtar tjetër duhet kështu të merren parasysh vetëm duke aplikuar parimin e bashkimit të periudhave. Grumbullimi i fakteve apo ngjarjeve që ndodhin në një Shtet Anëtar nuk mund të bëjë në asnjë mënyrë një Shtet Anëtar tjetër kompetent apo legjislacionin e tij të aplikueshëm. Gjithashtu në dritën e proporcionalitetit, duhet të kihet kujdes të arrihet që parimi i grumbullimit të fakteve dhe ngjarjeve të mos çojë në rezultate objektivist të pajustificuara apo në mbivendosje të përfitimeve të të njëjtës lloji për të njëjtën periudhë.

gjykimeve të Gjykatës së Drejtësisë në Rastin C-215/99 *Jauch* dhe C-160/96 *Molenaar*, nëse ato përfitime mbulojnë të njëjtin risk.

Rasti C-85/96, *Martinez Sala*. E drejta e Bashkimit Evropian i ndalon shtetet anëtare të kërkojnë nga shtetasit e shteteve tjera të cilët qëndrojnë në vendin pranues që të prodhojnë një leje qëndrimi formale të lëshuar nga autoritetet nacionale me qëllim të marrjes së asistencës për rritjen e fëmijëve, përderisa shtetasit e vet janë të detyruar vetëm të kenë qëndrimin e përhershëm ose të përkohshëm në atë vend dhe asgjë tjetër.¹⁷⁰ (BekimAvdimetaj & Ylber Shurdhiqi, 2015: 33)

¹⁷⁰ Shih “Raportet e pjesëmarrësve për vizitat studimore nën programin fillestar për trajnime organizuar nga IGJK në shtator 2014”, *Martinez Sala* ishte një shtetase spanjolle e cila jetonte në Gjermani nga viti 1968. Gjatë kësaj kohe ajo kishte punuar punë të ndryshme kohë pas kohe, mirëpo nga vitin 1989 ajo kishte jetuar me asistencë sociale. Deri në vitin 1984 ajo kishte marrë lejen e qëndrimit nga autoritetet gjermane por pas kësaj kohe ajo kishte marrë dokumenti në të cilët thuhet se i ishte vazhduar edhe për një kohë leja e qëndrimit në Gjermani. Asaj përfundimisht do ti jepet leje qëndrimi në vitin 1994. Gjatë kohës kur kjo nuk posedonte leje qëndrimi ajo kishte aplikuar për asistencë financiare për rritjen e fëmijëve. Aplikimi i saj për këtë lloj asistencë ishte refuzuar si rezultat i asaj që ajo nuk kishte shtetësi gjermane dhe leje qëndrimi në këtë shtet. Ajo ishte ankuar duke theksuar se kjo ishte në kundërshtim me të drejtën e Bashkimit Evropian. Gjykata Evropiane e Drejtësisë kishte konstatuar se kushtëzimi me leje qëndrimi për marrjen e asistencës për rritjen e fëmijëve ishte diskriminues pasi që vetë shtetasit e vetë (pra gjermanët) nuk ishin subjekt i kushteve të njëjta, prandaj ishte në kundërshtim me nenin 6 të Traktatit për Komunitetin Evropian (tani neni 18 i Traktatit mbi Funksionimin e Bashkimit Evropian). Qeveria Gjermane argumentonte se edhe në çoftë se faktet do të ishin kështu ato nuk do të ishin pjesë e traktatit prandaj aplikuesja nuk mund të mbështetet në nenin 6 të Traktatit për Komunitetin Evropian. Gjykata Evropiane e Drejtësisë kishte vendosur se asistencë për rritjen e fëmijës ishte brenda racione materiae të traktatit dhe në çoftë se në këtë kuadër ajo do të ishte edhe punëtorë ajo do të ishte edhe brenda racione personae të traktatit. Për më tepër Komisioni Evropian kishte argumentuar që edhe nëse zonja *Martinez Sala* nuk do të ishte punëtorë ajo mund të përfshihet nën racione personae të traktatit si qytetare e Bashkimit Evropian mbështetur në nenin 8a të Traktatit të Komunitetit Evropian (tani neni 21 i Traktatit mbi Funksionimin e Bashkimit Evropian). Pra në këtë rast Gjykata Evropiane e Drejtësisë kishte aplikuar parimin e përgjithshëm mbi jo diskriminimin lidhur me nacionalitetin e *Maria Martinez Sala*. Një aktgjykim i tillë pra ishte mbështetur në konceptin e qytetarisë së Unioni. Gjithmonë sipas gjykatës nuk është e nevojshme që të jetë i angazhuar në një aktivitet ekonomikë si punëtor, ofrues i shërbimeve, etj., e që një person të mbështetet në dispozitat e Traktatit. Gjykata në fakt nuk arriti që aktgjykimin e vetë ta nxjerr duke u mbështetur në nenin 18 të TKE (tani neni 21 TFBE) pasi që kishte vërtetuar se autoritetet gjermane kishin autorizuar dhënien e leje qëndrimit për zonjën *Sala*. Si rezultat i kësaj Gjykata aktgjykimin e vetë kishte mbështetur në nenin 17 (2) të TKE (tani neni 20 (2) TFBE) i cili parasheh që qytetarët e Unioni të drejtat e tyre i kanë të garantuara me traktat. E drejta për leje qëndrim për zonjën *Maria Martinez Sala* nuk kishte mundur të nxirret nga neni 21 TFBE (ish neni 18 TKE).

Duke ju referuar Rregullores 883/2004 (KE) konstatojmë se, ndihmat familjare kanë një hapësirë shumë të gjerë, duke siguruar mbrojtje në situata që mund të përshkruhen si klasike, si dhe situatave të tjera me natyrë specifike, të cilat kanë qenë subjekt i gjykimeve të Gjykatës së Drejtësisë në Rastet e Bashkuara C-245/94 dhe C-312/94 *Hoever* dhe *Zachoë* dhe në Rastin C-275/96 *Kuusijärvi*. Për të shmangur mbivendosjen e papërligjur të përfitimeve, është e nevojshme të vendosen rregulla prioriteti në rast të mbivendosjes së të drejtave për ndihmë familjare, duke ju referuar legjislacionit të Shtetit Anëtar kompetent të rezidencës të anëtarëve të familjes.

Ne BE një vlerë të vecantë në këtë drejtim kanë direktivat e mbrojtjes nga diskriminimi, si psh Direktiva e Barazisë Raciale e cila siguron një mbrojtje të gjerë kundër diskriminimit në aksesin e ndihmës sociale dhe format e tjera të mbrojtjes shoqërore. Fushëveprimi i mbrojtjes së direktivës në fushën e kujdesit shëndetësor, mund të lidhet me aksesin në kujdesin shëndetësor të ofruar publikisht në pikën e ofrimit, si p.sh. trajtimi i ofruar nga stafi mjekësor dhe administrativ ose do të zbatohet për sigurimet në rastet kur shërbimet shëndetësore ofrohen privatisht, por pacientët rimbursohen nëpërmjet një skeme të sigurimeve të detyrueshme.

Jurisprudenca e GJED-së¹⁷¹ në fushën e mbrojtjes shoqërore, ka krijuar një sistem të konsoliduar të sigurimeve sociale, përsa i përket instrumentave harmonizues dhe kordinues në kuadër të rendit juridik social të Bashkimit Evropian.

¹⁷¹ Molenaar C-160/96 ; Vanbraekel & others C-368/98; Geraets-Smits & Peerbooms C-157/99 ; Ioannidis C-326/00; Müller-Faure & van Riet C-385/99; Inizan C-56/01 23.10.2003; Leichtle C-8/02 Watts C-372/04 ; Herrera C-466/04

3.6. Eksperienca e disa vendeve europiane

Sistemet shëndetësore kanë qenë të ndryshme në kohë dhe vende të ndryshme. Aktualisht është e vështirë të flasësh për sisteme të pastra si të modelit Beveridge, apo sistemi i Bismarkut sepse shtetet kanë bërë përshtatjet e sistemeve sipas specifikave të tyre dhe sot natyrshëm kemi sisteme dhe modele shëndetësore të përziera. Një trend të tillë e ka ndjekur dhe Shqipëria e cila me politikat e fundit që ka aplikuar në sistemin shëndetësor po shkon drejt mbulimit universal të popullsisë. Vendet e Bashkimit Evropian gjithmonë janë duke bashkëpunuar me njëra – tjetrën për të bërë një koordinim të mbrojtjes shoqërore dhe sigurimeve shëndetësore që është pjesë e saj, në mënyrë që shtetasit të gëzojnë të gjitha të drejtat nga skemat e sigurimeve kudo që të ndodhen. Ndërkohë edhe Shqipëria ka ndërmarrë reforma ligjore dhe po mundohet të bashkëveprojë nëpërmjet ratifikimeve të shumta ligjore që u janë bërë konventave dhe marrëveshjeve dypalëshe.

Është e rëndësishme që në këtë punim të trajtojmë disa nga eksperiencat evropiane të sistemit shëndetësor duke pasqyruar në mënyrë të reduktuar funksionimin e kësaj skeme në këto vende. Duke qenë se Shqipëria është një vend aspirant për anëtarësimin në Bashkimin Evropian e gjej me vend të trajtojë në këtë hulumtim ato sisteme shëndetësore të cilat konsiderohen si modele suksesi në realizimin dhe mbrojtjen e të drejtës shëndetësore. Mungesa e informacionit në lidhje me funksionimin e sistemit shëndetësor në këto vende është një arsye tejet e fortë për të përfshirë në punim këto sisteme, dhe për faktin se migrimi i shqiptareve drejt këtyre vendeve tashmë është një realitet.

➤ *Sistemi shëndetësor në Gjermani*

Gjermania është vendi i cili disponon sistemin universal më të vjetër në Europë të kujdesit shëndetësor, i cilit ka filluar me legjislacionin shoqëror të Otto von Bismarck në vitin 1883 duke u pasur me një sërë aktesh të tjera të mëvonshme tejet të rëndësishme për sistemin shëndetësor. Akte si Karta e Sigurimeve Shëndetësore, Karta e Sigurimit të aksidenteve dhe Karta mbi Sigurimin e të Moshuarve dhe Invalidëve kanë shërbyer si baza e sistemit aktual të sigurimeve shëndetësore në Gjermani. Fillimisht aktet e sipërpërmendura aplikoheshin vetëm për punonjësit me të ardhura të ulëta dhe të disa punonjësve të qeverisë duke kaluar gradualisht drejt mbulimit të të gjitha kategorive të popullsisë.(Hana 2011:33)

Në Gjermani sigurimi shëndetësor, i cili parashikohej nga ligji, siguronte 85% të popullsisë së saj. Sigurimi shëndetësor privat mbulonte vetëm 10% të popullsisë gjermane, ku përshiheshin personat e vetëpunësuar dhe nëpunësit civilë, ndërsa policët, dhe ushtarët i nënshtroheshin regjimeve të veçanta të sigurimit shëndetësor. Për sa i përket kategorisë së imigrantëve pa dokumentacion të rregullt, që qëndrojnë në shtetin gjerman, ofrohet vetëm sigurimi shëndetësor në rast sëmundjeje. Për qytetarët e punësuar, të cilët kanë të ardhura mujore më pak se 4,125 euro mbulohen detyrimisht nga shërbimi publik, gjithashtu atyre iu ofrohet sigurimi i detyrueshëm publik falas edhe për bashkëshortët dhe fëmijët e tyre¹⁷².

¹⁷² <http://www.gjiganti.com/emigranti/gjermani/sociale/shendetesia.html>

Në sistemin e sigurimit shëndetësor, të gjithë gjermanët janë të siguruar me sigurim shëndetësor të detyrueshëm dhe duhet të jenë pjesë e tij, nëse ata nuk janë siguruar privatisht. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon dhe ofron një paketë bazë shërbimesh shëndetësore të një game mjaft të gjerë. Çdo kompani e sigurimit të detyrueshëm është e detyruar të mbulojë këtë paketë bazë përfitimesh themelore . Sigurimi shëndetësor i detyrueshëm është i bazuar në një sistem solidar, pagesat mujore nuk llogariten sipas moshës dhe gjendjes shëndetësore, por në bazë të ardhurave personale. Në marrëdhënjet kontraktuale në skemën e sigurimit shëndetësor, punëdhënësi paguan një pjesë të sigurimit për të punësuarit e tij. Sigurimi shëndetësor që duhet derdhur është llogaritur nga të ardhurat bruto të personit të siguruar dhe që nga janari i vitit 2011 punëdhënësi derdh kontributin shëndetësor në masën 7,3% ndërsa i punësuari në masën 8,2%, pra në total kontributi për sigurimin shëndetësor është në masën 15,5% e të ardhurave bruto¹⁷³.

Sistemi gjerman i mbrojtjes sociale përbëhet nga pesë degë statusore siç janë:

- Dega e sigurimit të sëmundjeve
- Dega e sigurimit të kujdesit afat-gjatë
- Dega e sigurimit të aksidenteve
- Dega e sigurimit të papunësisë
- Dega e sigurimit për pensione

¹⁷³ <http://www.germanyhis.com/compulsory-health-insurance-germany/>

Përveç skemave të mësipërme të mbrojtjes sociale, shteti social gjithashtu mbulon, sigurimin dhe përfitimet bazë për punëkërkuessit, moshën e tretë, përfitimeve familjare si dhe kategorisë së personave në rast të reduktimit të kapacitetit të tyre për të punuar.¹⁷⁴

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.(Michael Stahl, 2009:30)

Skema e përfitimeve familjare, njihet dhe aplikohet nga skema e sigurimit shëndetësor, por këto përfitime, ajo jep vetëm bazuar në parimin e rezidenës. Përfitimet familjare jepen për fëmijët si dhe në rastin e nënës dhe të babait kur bashkejetojnë në të njëjtën shtëpi kundrejt rregullave të vendosura nga siguri shëndetësor gjerman¹⁷⁵.

Gjermania ka një shërbim shëndetësor të decentralizuar. Privatizimi është një tjetër tipar i rëndësishëm i sistemit gjerman në lidhje me kujdesin shëndetësor. Disa sektorë të kujdesit shëndetësor janë të bazuar tërësisht në sistemin shëndetësor privat, si sektorët e kujdesit ambulator dhe dentar. Ndërsa në sektorët e tjerë bashkekzistojnë sistemi shëndetësor privat me atë publik. Ajo është e përbërë nga 16 lande dhe asnjë prej këtyre landeve nuk ka një ministri të mirëfilltë për shëndetësinë duke e përfshirë

¹⁷⁴ Shih European Commission ‘Your Security rights in Germany’ 2013, kapitulli 1, fq 5

¹⁷⁵ Përfitimet familjare aplikohen për fëmijët e lindur ose të adoptuar deri në moshën 18 vjeç dhe mund të vazhdojnë deri sa fëmijët të arrijnë moshën 21 vjeç, nuk janë në marrëdhënie punë si dhe nuk janë regjistruar si punëkërkuess në shërbimin e punësimit në Gjermani. Ata gjithashtu përfitojnë nëse nuk kanë kaluar moshën 25 vjeç dhe janë duke vazhduar shkollën, ndërsa përfitimet prindërore i sigurohen nënës ose babait që ndajnë të njëjtën shtëpi.

këtë të fundit në shërbimin social. Landet e ndajnë përgjegjësinë me qeverisjen qendrore për sa i përket ndërtimit dhe funksionimit të spitaleve.

Qeveritë e landeve janë përgjegjëse për mirëmbajtjen e infrastrukturës spitalore përmes investimeve spitalore. Pjesa më e konsiderueshme e investimeve është për ndërtesat dhe teknologjinë e lartë mjekësore. Një pjesë e konsiderueshme e spitaleve në Gjermani janë me pronësi publike, pjesa tjetër janë spitale private fitimprurëse dhe jofitimprurëse¹⁷⁶.

➤ *Sistemi shëndetësor në Mbretërinë e Bashkuar*

Mbretëria e Bashkuar bazohet në sistemin Beveridge, i cili u vendos në fillimet e viteve 1940, i cili ka evoluar falë ndryshimeve të faktorëve ekonomikë, socialë dhe politikë dhe është një sistem që bazohet në taksimin e përgjithshëm. Sistemi Shëndetësor Kombëtar u projektua si shprehje e solidaritetit social, sipas filozofisë dhe moralit, *kujdes shëndetësor për të gjithë dhe pa pagesë*.

Sigurimi shëndetësor mbulon të gjithë rezidentët në Mbretërinë e Bashkuar dhe nuk është sigurim kontributiv, kjo për faktin se në këtë shërbim personat e siguruar nuk paguajnë kontribute për sigurim shëndetësor. Në themel të këtij sistemi qëndron parimi i mbulimit universal të popullsisë dhe sistemi shëndetësor i Mbretërisë së Bashkuar përbëhet nga sigurimi privat dhe sigurimi shëndetësor publik, që administrohet nga Shërbimi Shëndetësor Kombëtar.

¹⁷⁶ www.feut.edu.al/images/tema_e_hana.pdf

Sistemi i mbrojtjes sociale në Mbretërinë e Bashkuar është i organizuar sipas këtyre skemave:

- Skema Kombëtare e Sigurimeve, e cila ofron përfitime në të holla për sëmundje, papunësi, vdekjen e bashkëshortit/tes, moshës së tretë, pensionistëve etj;
- Shërbimi Kombëtar Shëndetësor, i cili ofron trajtim mjekësor, dental dhe optic të cilat ofrohen falas vetëm për personat që janë resident;
- Skemat e përfitimeve të fëmijëve, të cilat ofrojnë përfitime kesh (në të holla) për individët që lindin dhe rrisin fëmijë;
- Skemat e përfitimeve jo-kontributive, që janë për kategori të veçanta, siç janë personat me aftësi të kufizuara, ose kujdestarët;
- Pagesat e tjera ligjore në skemë, të bëra nga punëdhënësi për punonjësit , në rast të lindjes apo adoptimit të fëmijëve;¹⁷⁷

Shërbimi Shëndetësor Kombëtar i Mbretërisë së Bashkuar është një sistem i kujdesit shëndetësor, publikisht i financuar nga taksimi i përgjithshëm. Ky shërbim mbulon të gjithë rezidentët në Mbretërinë e Bashkuar dhe nuk është thellësisht një sistem sigurimi, kjo për faktin se nuk mblidhen prime në këtë shërbim, kostot nuk ngarkohen në nivel patienti, si dhe nuk mblidhen prime me anë të të cilave do të krijeshin fonde. Por struktura organizative e Shërbimit Shëndetësor Kombëtar të Mbretërisë së Bashkuar arrin të realizojë shpërndarjen e riskut financiar që lidhet me kostot e administrimit të tij dhe të sëmundshmërisë.(Hana E:30)

¹⁷⁷ Shih European Commission “Your security rights in UK”, 2013, kapitulli I, fq 4

Skema e sigurimit shëndetësor njihet dhe aplikon skemën e përfitimeve familjare bazuar në parimin e rezidenës. Përfitimet familjare lidhen kryesisht me përfitimet për fëmijët e mitur deri në 16 vjeç ose deri në 20 vjeç, kur këta vazhdojnë studimet.

Mjekët e përgjithshëm (MP) janë të vetëpunësuar dhe kanë kontrata me Shërbimin Shëndetësor Kombëtar për të ofruar shërbime shëndetësore ndaj popullsisë. Mjekët gjithashtu kanë një masë të diskrecionit në pranimin e aplikimeve për t'u bashkuar me listat e pacientit. Megjithatë, MP nuk mund të kthejnë asnjë aplikant për shkak të racës, gjinisë, klasës shoqërore, moshës, fesë, orientimit seksual, pamjes, aftësia së kufizuar apo gjëndjes mjekësore. Pacientët të cilët kanë marrëveshje me EHIC (European Health Insurance Card) kanë të drejtë të trajtohen falas pa pasur nevojë të regjistrohen. Nëse një person i siguruar ka nevojë për trajtim në spital apo për të konsultuar me një specialist, mjeku i Shërbimit Shëndetësor Kombëtar do të organizojë takimin për ju. Ndërsa në rast urgjence, pacientët mund të pranohen direkt në spital.¹⁷⁸

Sistemi shëndetësor përfshin në skemën e sigurimit shëndetësor, kujdesin mjekësor, shërbimin dental dhe okulistik, i cili ofrohet falas për personat rezidentë, po ashtu edhe për anëtarët e tyre të familjes.

¹⁷⁸ Shih European Commission "Your security rights in UK", 2013, kapitulli II, fq 7

➤ *Sistemi shëndetësor në Francë*

Si çdo vend tjetër europian edhe Franca pas Luftës së Dytë Botërore doli e dëmtuar, si pasojë vendi hasi në vështirësi të shumta të cilat kërkonin hartimin e politikave sociale. Sistemi shëndetësor në Francë u krijua në vitin 1945, si një kompromis në mes përfaqësuesve Gaullist dhe përfaqësuesve Komunistë në parlamentin Francez. Gjatë procesit të krijimit të sistemit shëndetësor në Francë, në parlamentin francez diskutoheshin dy teza; teza e parë ishte për krijimin e një sistemi të mbështetur tërësisht në sigurimin shëndetësor shtetëror, ndërsa teza e dytë ishte për krijimin e sistemit të sigurimit shëndetësor sipas modelit britanik Beverige. Pas disa diskutimesh u arrit në konsensusin që sistemi i sigurimeve shëndetësore do të ishte një sistem i bazuar në profesion. Pra i bazuar në kontributin që të gjithë punonjësit janë të detyruar të paguajnë nga të ardhurat e tyre, të cilat do të shkojnë për një fond të sigurimit shëndetësor jofitimprurës, që do t'i siguronte individët përballë rreziqeve të sëmundjeve dhe do të kompensonte shpenzimet mjekësore (Hana E: 27).

Sistemi Francez i mbrojtjes shoqërore ka pesë komponentë kryesorë:

- skema e përgjithshme, që mbulon shumicën e punonjësve dhe kategoritë e tjera siç janë studentët, përfituesit e përfitimeve të caktuara, rezidentët, të cilët me kalimin e viteve, i janë bashkuar asaj;
- skemat e veçanta të punonjësve, disa prej të cilave mbulojnë të gjitha rreziqet e sigurimit të pensionit të pleqërisë (shtetasit mbulohen në skemën e përgjithshme për rreziqet e tjera);
- skema bujqësore e cila mbulon të gjitha rreziqet, por është e ndarë në dy rryma të veçanta siç janë fermerët dhe punëtorët e bujqësisë;

- skemat për personat e vetëpunësuar jobujqësore, që pëfshijnë tre skema të pavarur të pensionistëve (punëtorë të tregtisë artizanale, tregtarët dhe prodhuesit dhe profesionet) si dhe një skemë e sigurimit të sëmundjes;
- skemat e papunësisë dhe skemat e pensionit të detyrueshëm suplementare.¹⁷⁹

Sistemi shëndetësor francez bazohet në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor, i cili realizohet mbi bazen e derdhjes së kontributeve për sigurim shëndetësor si dhe nga kontributet e sigurimit vullnetar. Kontributet e sigurimeve shoqërore llogariten mbi një përqindje të caktuar të pagës dhe punëdhënësi i zbret këto kontribute nga paga dhe i derdh këto kontribute pranë autoritetit kompetent përgjegjës për mbledhjen e tyre . Ndërsa në rastin e vetëpunësuarve, ata i paguajnë kontributet për sigurim shëndetësor vetë, të cilat i llogaritin në bazë të të ardhurave të tyre profesionale. Skema e përfitimeve familjare, njihet dhe aplikohet nga skema e sigurimit shëndetësor, por këto përfitime, ajo i mbulon bazuar në parimin e rezidenës.

Sigurimi shëndetësor francez i njeh dhe aplikon sigurimet private në rast kur një person i siguruar kërkon të mbulohet me shërbime shëndetësore të cilat sigurimi i detyrueshëm shëndetësor nuk i ofron dhe mbulon.

Duke qenë se më sipër folëm për një sistem kontributiv kjo nuk do të thotë se qeveria franceze përjashtohet nga përgjegjësia që ajo ka në lidhje me sistemin e sigurimeve shëndetësore. Përgjegjësia e qeverisë ndahet në dy drejtime: *Së pari*, është përgjegjëse për përcaktimin e normës së përqindjes më anë të së cilës negocohen shpenzimet mjekësore.

¹⁷⁹ Shih European Commission "Your security rights in France", 2013, kapitulli I, fq 5

Së dyti, përgjegjësia konsiston në mbikëqyrjen e fondeve të sigurimit shëndetësor. Qeveria franceze ka detyrimin të administrojë në mënyrë korrekte shumat e parave si dhe të mbikëqyrë rrjetin spitalor publik. Aktualisht sistemi i fondeve është më pak i aplikuari sepse pothuajse të gjithë qytetarët dhe të huajt, rezidentë të ligjshëm në Francë, mbulohen nga programet e detyrueshme, të cilat bazohen mbi kontributin e punonjësve¹⁸⁰.

¹⁸⁰ http://www.feut.edu.al/images/tema_e_hana.pdf, fq28

KAPITULLI IV: SIGURIMI SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI DHE KUADRI INSTITUCIONAL I SAJ

4.1. Mbrojtja Sociale

Të drejtat ekonomike, sociale e kulturore përfaqësojnë standardet ndërkombëtare të pranueshme për “një minimum të parimeve të përbashkëta” përmes të cilave mbrohen individët prej pasigurisë ekonomike dhe sociale, si dhe prej kërcënimit që ato paraqesin për integritetin e njeriut, lirinë dhe barazinë.(Gutmundur Alfredson and Asbjørn Eide 1999: 482).

Mbrojtja sociale ¹⁸¹(Social protection), përfshin të gjithë legjislacionin, masat dhe praktikën për të mbrojtur individët nga rreziqet më të shumta të jetës, të tilla si sëmundjet e tejzgjatura ose aksidentet (dëmtimet) dhe rreziqet financiare (kryesisht kostot e trajtimit dhe humbjes së të ardhurave), pa aftësia, humbja e punës, fatkeqësitë natyrore, lufta dhe rebelimet, etj., ose për të lehtësuar ndodhitë e tilla për personat e prekur.

Instrumentat juridike me të cilat realizohen sistemet sigurimeve shoqërore dhe shëndetësorë, nënkupton vendosjen e detyrimit ekonomik për të paguar kontribute në ngarkim të kategorive të popullsisë si dhe ndërhyrjet e shtetit për të cilat kanë nevojë

¹⁸¹Shih Social Institutions Support Programme ,Council of Europe Regional Office, Fjalor i Sigurimeve Shoqërore © Këshilli i Evropës, Dhjetor 2006, faqe 20, ku përcaktohet se mbrojtja sociale ka pesë komponentë:i. programet dhe politikat e tregut të punës të hartuara në dobi të punësimit dhe nxitjes së veprimeve eficiente për tregun e punës;ii. programet e sigurimeve shoqërore për të amortizuar rreziqet që shoqërojnë punësimin, shëndetin, pa aftësinë, dëmtimet në punë dhe plakjen; iii. asistencën sociale dhe programet e mirëqënies sociale për grupet më në nevojë dhe me asnjë mjet tjetër mbështetës për jetesën e tyre; iv. mikro-skemat dhe skemat e tjera të mbështetura në terren për t’ju adresuar dhe trajtuar nevojat në nivel komunitar; dhe v. mbrojtjen për fëmijët për të siguruar një zhvillim të shëndetshëm dhe produktiv të krahut të ardhshëm të punës.

kategori të ndryshme të shoqërisë, me qëllimin që të arrihen nivelet minimale të mbrojtjes shoqërore.¹⁸²

Nivelet minimale të mbrojtjes shoqërore kombëtare duhet të përmbajnë të paktën katër nga garancitë e sigurimeve shoqërore, të përcaktuara në nivel kombëtar:

- akses në kujdesin shëndetsor elementar, përfshirë kujdesin gjatë shtatzanisë dhe në lindje;
- sigurimi i të ardhurave bazë për fëmijët, duke siguruar akses tek ushqyerja, edukimi, kujdesi dhe çdo lloj malli apo shërbimi i nevojshëm;
- sigurimi i të ardhurave bazë për personat në moshë aktive dhe që nuk janë në gjendje të fitojnë të ardhura të mjaftueshme, sidomos në rastet e sëmundjes, papunësisë, shtatzanisë dhe paaftësisë;
- sigurimi i të ardhurave bazë për personat e moshuar

Sistemi i mbrojtjes shoqërore në Shqipëri përbëhet nga skema e ndihmës dhe përkujdesit social, skema e sigurimeve shëndetësore dhe skemat e sigurimeve shoqërore. Këto krijojnë atë që quhet sistemi i sigurisë sociale i cili ka për qëllim mbrojtjen e individëve nga ngjarjet sociale. Me ngjarje sociale do të kuptojmë goditjen e individëve nga fenomene të cilat u shkaktojnë atyre humbjen e të ardhurave si pasojë e sëmundjes, pleqërisë, papunësisë (Peto, 2011: 18).

Sigurimet shoqërore mbrojnë në mënyrë të detyrueshme gjithë shtetasit ekonomikisht aktivë në Shqipëri, në rastin e pakësimit të të ardhurave si pasojë e barrëlindjes,

¹⁸² Shih Strategjia e Organizatës Ndërkombëtare të Punës Sigurime shoqërore për të gjithë. Të ndërtojmë nivele minimale të mbrojtjes shoqërore dhe sisteme të plotë të sigurimeve shoqërore fq 34-35.

pleqërisë, invaliditetit dhe humbjes së mbajtësit të familjes. Sigurimet shoqërore, gjithashtu, i japin mbrojtje të detyrueshme gjithë personave të punësuar në rastin e pakësimit të të ardhurave si pasojë e paaftësisë së përkohshme të shkaktuar nga sëmundja, aksidenti në punë, sëmundja profesionale dhe papunësia.¹⁸³

Sistemet e sigurimeve shëndetësore janë pjesë e sigurisë sociale dhe kanë për qëllim mbrojtjen e individëve nga një ngjarje sociale, siç është sëmundja. Me sigurim shëndetësor do të kuptohet ndihma që i jepet individit, kur ai goditet nga sëmundja (Peto, 2011: 366).

Ligji për ndihmën dhe shërbimet shoqërore, përcakton ndihmën dhe shërbimet shoqërore për individët dhe grupet në nevojë, të cilët nuk mund të sigurojnë plotësimin e nevojave bazë jetike, zhvillimin e aftësive dhe të mundësive personale dhe ruajtjen e integritetit e përfshirjen shoqërore për shkak të aftësive dhe mundësive të kufizuara ekonomike, fizike, psikologjike e shoqërore. Gjithashtu ai mundohet të zbusë varfërinë dhe përjashtimin shoqëror për individët dhe familjet, si dhe të krijojë mundësi për integrimin e tyre, nëpërmjet sigurimit të një sistemi ndërhyrjesh e shërbimesh për përmirësimin e jetesës së tyre.¹⁸⁴

Sistemi shqiptar i mbrojtjes sociale, ka realizuar këtë të drejtë në kuadër të legjislacioneve organik të veçuara, duke ju referuar si elementëve përbërës të mbrojtjes sociale, ashtu edhe institucioneve përgjegjëse për organizimin dhe përmbushjen e kësaj të drejte.¹⁸⁵

¹⁸³ Shih nenin 6, Ligji nr.7703, datë 11.5.1993” Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar

¹⁸⁴ Shih nenin 1, Ligji nr. 9355, datë 10.3.2005 “për ndihmën dhe shërbimet shoqërore” i ndryshuar

¹⁸⁵ Aktualisht sigurimet shoqërore administrohen dhe menaxhohen nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore, ndërsa sigurimet shëndetësore administrohen dhe menaxhohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të kujdesit Shëndetësor.

4.1.1. Kuptimi i sigurimit shoqëror

Në fillim të viteve 90, ndryshimi i sistemit politik, ekonomik dhe i marrëdhënieve shoqërore bëri të domosdoshëm rimodelimin e sistemit të mbrojtjes shoqërore sipas skemave bashkëkohore. Reformimi i sistemit të sigurimeve shoqërore është realizuar duke vendosur në themel të tij parimet e drejtësisë sociale. Sistemi aktual i sigurimeve shoqërore në Shqipëri filloi në vitin 1993 , me hyrjen në fuqi të Ligjit nr. 7703, datë 11.05.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”. Skema aktuale e sigurimeve të detyrueshme shoqërore në Shqipëri është një skemë jo fitimprurëse, që mbron me të ardhura personat e punësuar në rast sëmundje, papunësie, barrë lindje, aksidenti në punë/sëmundje profesionale, pleqërie, invaliditeti apo humbje të mbajtësit të familjes dhe personat e tjerë ekonomikisht aktivë (të vetëpunësuarit dhe punëdhënësit) në rast barrë lindje, pleqërie, invaliditeti dhe humbje të mbajtësit të familjes. Kjo skemë bazohet në parimin e solidaritetit dhe bazohet në parimin “pay-as-you go”, në parimin e përgjegjësisë individuale për risqet sociale të së ardhmes dhe në parimin e solidaritetit midis brezave.¹⁸⁶

Skema e sigurimeve shoqërore përbëhet nga:

- sigurimi i detyrueshëm shoqëror,
- sigurimi shoqëror vullnetar,
- sigurimi shoqëror suplementar
- pensionet shtetërore të posaçme,

¹⁸⁶Shih <http://ëëë.isssh.gov.al/al/nje-veshtrim-mbi-historikun-e-sigurimeve-shoqerore-ne-shqiperi/>

Sigurimet shoqërore është çdo lloj skeme apo programi, vullnetare ose e detyrueshme, e menaxhuar nga shteti ose organizatat e grupeve të interesit, ose nga të tretët nën të cilat kontributet ose premiumet e sigurimit paguhet për të mbrojtur individët ose familjet e tyre nga rreziqe të vecanta, ose për të zvogëluar efektet e materializimit të këtyre rreziqeve për personat e siguruar ose familjet e tyre. Rreziqet tipike të mbuluara nga skemat e mbrojtjes sociale janë, ato të humbjes së të ardhurave si pasojë e papunësisë, paaftësia për punë, plakja, si dhe në shumë prej vendeve shpenzimet për përkujdesjen shëndetësore¹⁸⁷.

Sigurimi shoqëror është pjesë e mbrojtjes shoqërore dhe e gjejmë të sanksionuar në Kushtetutë në dispozitat e lirive të drejtat ekonomike, sociale dhe kulturore. Neni 52 i kushtetutes citon, se *“Kushdo ka të drejtën e sigurimeve shoqërore në pleqëri, ose kur është i paaftë për punë, sipas një sistemi të caktuar me ligj. Kushdo, kur mbetet pa punë, për shkak të pavarura nga vullneti i tij dhe kur nuk ka mjete të tjera jetese, ka të drejtën e ndihmës në kushtet e parashikuara me ligj”*. Pra Kushtetuta ka njohur të drejtën për sigurime shoqërore, por gjithmonë në plotësim të disa kushteve dhe kriterëve të përcaktuar me ligjin e posaçëm organik të sigurimeve shoqërore¹⁸⁸.

Kjo do të thotë se nuk mund të kërkojë p.sh. të drejtën për pension, bazuar në këtë dispozitë të Kushtetutës, pa plotësuar kushtet për këtë përfitim afatgjatë, që janë mosha dhe vjetërsia në punë. Pikërisht, nevoja për të përcaktuar kushtet e përfitimit, nevoja për të përcaktuar kriteret, normat e kontributeve, rregullat e organizimit dhe të funksionimit

¹⁸⁷Social Institutions Support Programme ,Council of Europe Regional Office, Fjalor i Sigurimeve Shoqërore © Këshilli i Evropës, Dhjetor 2006, faqe 34

¹⁸⁸ Shih Ligjin Nr. 7703, datë 11.05.1993, “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

të degëve të sigurimit, e shumë të tjera, janë arsye që shpjegojnë dhe legjitimojnë këtë rezervë ligjore, këtë kufizim kushtetues. Kushtetuta referon te ligji i Kuvendit dhe këtu jemi para rezervës ligjore (Anastasi 2004-67) ¹⁸⁹.Skema e detyrueshme e sigurimeve shoqërore administrohet nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore.¹⁹⁰ Sigurimi shoqëror është e drejtë universale e individëve dhe është pikërisht shteti në këtë këndvështrim instrumenti kryesor për mbrojtjen e të drejtave dhe integritetit shoqëror të individit, duke dalë garant kështu për respektimin e të drejtave të njeriut pa diskriminuar askënd dhe duke siguruar nivelet minimale të mbrojtjes shoqërore kombëtare.

Një ndër objektivat kryesore të mbrojtjes sociale është përmirësimi i skemës së sigurimeve shoqërore dhe forcimi i kapaciteteve institucionale të institucioneve të sigurimeve shoqërore në, zhvillimin e mëtejshëm të sistemit të pensioneve në përputhje me kushtet e reja ekonomike dhe sociale, etj. Skemat e sigurimeve shoqërore kanë karakter social, i cili shpjegohet me faktin se shoqëria përpiqet ta mbrojë veten përmes skemave të detyrueshme kundër efekteve ndërprerës të të ardhurave që mund t'u ndodhin disa qytetarëve të saj, përtej përgjegjësisë së tyre individuale.

Po kush është roli dhe nevoja për sigurime shoqërore? Sistemi i sigurimeve shoqërore udhëhiqet dhe luan një rol të rëndësishëm në shoqëri duke u mbështetur në këto parime;¹⁹¹

¹⁸⁹ Shih Mirela Selita “E drejta kushtetuese e sigurimeve shoqërore nga këndvështrimi i standardeve ndërkombëtare” faqe 94.

¹⁹⁰ Në qershor të vitit 1992, me Vendim të Këshillit të Ministrave, u krijua Instituti i Sigurimeve Shoqërore, i drejtuar nga një Këshill Administrativ tripalësh, me përfaqësues të qeverisë, të punëmarrësve dhe punëdhënësve.

¹⁹¹ Shih Strategjia e Organizatës Ndërkombëtare të Punës Sigurime shoqërore për të gjithë. Të ndërtojmë nivele minimale të mbrojtjes shoqërore dhe sisteme të plotë të sigurimeve shoqërore fq 13-14.(a)Sigurimet shoqërore janë një e drejtë e njeriut. Gjithkush si një anëtar i shoqërisë ka të drejtën e

- Sigurimet shoqërore janë një e drejtë e njeriut.
- Sigurimi shoqëror është një nevojë shoqërore.
- Sigurimi shoqëror është një nevojë ekonomike.

Sistemi i sigurimeve shoqërore është një sistem kontributiv, ku çdo individ duhet të paguajë kontributet nga paga, nga të ardhurat që realizon nga aktiviteti ekonomik si i vetëpunësuar apo punëdhënës. Përfitimet nga skema mund t'i fitojë, për shkaqe sociale si prekja nga ndonjë sëmundje, plakja, pamundësia fizike për t'i siguruar vetë të ardhurat, pra në rastet e pamundësisë për të përballuar shpenzimet me karakter social.

sigurimeve shoqërore, ashtu siç thuhet në Deklaratën Universale të të Drejtave të Njeriut, Neni 22. Globalisht pjesa më e madhe e grave, burrave dhe fëmijëve nuk kanë akses të barabartë në çfarëdo lloji të sigurimeve shoqërore. Duke njohur në Deklaratën e Filadelfias detyrimin solem të Organizatës Ndërkombëtare të Punës "për të shpënë më tej midis kombeve në botë programet të cilat do të arrijnë zgjerimin e masave të sigurimeve shoqërore për të siguruar të ardhura bazë për të gjithë ata që kanë nevojë për një mbrojtje të tillë dhe të një kujdesi shëndetsor të përshtatshëm", vendet anëtare konfirmuan angazhimin e ONP për arritjen e sigurimeve të përshtatshme shoqërore për të gjithë. (b) Sigurimi shoqëror është një nevojë shoqërore. Sistemet kombëtarë efektiv të sigurimeve shoqërore janë mjete të fuqishme për sigurimin e të ardhurave, parandalimin dhe reduktimin e varfërisë dhe pabarazisë, si edhe nxitjen e përfshirjes dhe të dinjitetit shoqëror. Ato përbëjnë një investim shumë të rëndësishëm në mirëqenien e punëtorëve dhe popullsisë në tërësi, sidomos nëpërmjet rritjes së aksesit në shëndetsi, në arsim, si edhe nëpërmjet reduktimit të punës së fëmijëve dhe në veçanti, të formave më të këqia të saj. Sigurimet shoqërore forcojnë kohezionin shoqëror dhe kështu kontribuojnë në ndërtimin e paqes sociale, shoqërive përfshirëse dhe globalizimit të ndershëm me standarte jetese të denja për të gjithë. (c) Sigurimi shoqëror është një nevojë ekonomike. Punësimi plotësisht produktiv dhe i denjë është burimi më i rëndësishëm i sigurisë së të ardhurave. Mbrojtja shoqërore është çelësi për të siguruar një pjesë të drejtë të frutave të progresit për të gjithë. Rritja e qëndrueshme kërkon shëndet të plotë, ushqim dhe edukim, të cilat mund të nxisin tranzicionin nga produktiviteti i ulët dhe aktivitetet e nivelit të mbi-jetesës, tek punët e denja me produktivitet të lartë, si edhe nga ekonomia informale në atë formale. Sigurimet shoqërore, të projektuara dhe lidhura mirë me politikat e tjera, rrisin punësimin, produktivitetin dhe mbështesin zhvillimin ekonomik. Sigurimet shoqërore të përshtatshme inkurajojnë investimin e kapitalit njerëzor si për punëdhënësit, ashtu edhe për punëtorët, u lehtëson punëtorëve përshtatjen ndaj ndryshimeve dhe mundëson ndryshime gjithëpërfshirëse strukturore të lidhura me globalizimin. Si një stabilizator automatik efektiv në kohë krize, sigurimet shoqërore kontribuojnë në zbutjen e ndikimit ekonomik dhe social të rënieve ekonomike, në rritjen e elasticitetit dhe arritjen e shërimit të shpejtë drejt rritjes ekonomike përfshirëse

4.2. Skema e sigurimeve shëndetësore dhe sistemi i kontributeve

Sistemi shëndetësor në vitet 90, kishte mangësi të theksuara organizimi të strukturave të mbrojtjes shëndetësore, e cila sillte si rrjedhojë një nivel të ulët të shërbimit shëndetësor në vend. Mungonin mjetet bazë dhe paisjet e domosdoshme të shërbimit shëndetësor si barnat, aparaturat mjekësore për ekzaminime të ndryshme laboratorike, etj. Kjo situatë kërkonte një transformim rrënjësor të sistemit shëndetësor në mënyrë që t'i hapte rrugën një sistemi të ri shëndetësor nëpërmjet reformimit.

Reforma, që iu bë skemës shëndetësore u përqendrua kryesisht në ndryshimin e mënyrës së administrimit të shërbimeve shëndetësore, në riorganizimin e strukturave shëndetësore, nxitjen e metodave të reja të financimit dhe në miradministrimin e tyre. Për realizimin e kësaj reforme u krijua Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), i cili kishte përgjegjësinë e menaxhimit të burimeve financiare dhe ishte një strukturë, e cila do të ofronte dhe administronte sigurimin shëndetësor për popullsinë. Aktualisht sistemi i sigurimeve shëndetësore rregullohet nga Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” të ndryshuar, i cili ka hyrë në fuqi në muajin mars të vitit 2013. Ky ligj parimisht ndryshoi ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, dhe solli disa risi në sistemin e sigurimeve shëndetësore.

Skema e Sigurimit Shëndetësor¹⁹² në Shqipëri është një sistem i cili financohet nga buxheti i shtetit dhe i siguruari nëpërmjet kontributeve që derdh për sigurimin shëndetësor. Ajo realizon mbledhjen e kontributeve për sigurimin shëndetësor të personave ekonomikisht aktivë, personave ekonomikisht joaktive si dhe sigurimit vullnetar për personat e siguar vullnetarisht në skemën e sigurimit shëndetësor.

Kontributi është një përqindje e përcaktuar me ligj, i cili mbahet nga paga ose nga të ardhurat e deklaruar¹⁹³, me qëllim përfitimin e shërbimeve të ofruara nga skema e sigurimeve shëndetësore. Kontributet derdhen sipas afateve të përcaktuara në legjislacionin për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore e shëndetësore dhe ligji vendos kufizime të ndryshme në derdhjen e tyre duke ju referuar kategorive të siguruara të popullatës. Kontributi për sigurimin shëndetësor derdhet bashkë me kontributin e sigurimit shoqëror. Organi përgjegjës për mbledhjen e kontributeve është Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve, e cila i depoziton ato më pas në numrin e llogarisë së Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ndërsa Instituti i Sigurimeve Shoqërore mbledh dhe i transferon Fondit kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor të të vetëpunësuarve në bujqësi (fermerëve).¹⁹⁴

¹⁹² Është skemë kontributive, për të cilat përfituesit duhet të kenë derdhur një kontribut financiar në skemën e sigurimit shëndetësor. Kontributi mund të paraqitet në formën e kuotave për sigurimet shoqërore të tërhequra nga pagat dhe/apo në formën e kontributeve të derdhura në emër të punonjësit me pagë nga punëdhënësi.

¹⁹³ Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshur, neni 3, pika 2 “Persona ekonomikisht aktivë” janë të gjithë personat e punësuar, të vetëpunësuar, punëdhënësit dhe persona me të ardhura të rregullta nga pasuritë e luajtshme e të paluajtshme dhe burime të tjera të krahasueshme.

¹⁹⁴ Po aty, neni 9

Kontributet paguhen nga punëdhënësit, për vete dhe të punësuarit e tyre, personat e vetëpunësuar dhe punonjësit e papaguar të familjes, personat e siguruar vullnetarisht si dhe shteti¹⁹⁵.

Për vetë rëndësinë që kanë këta subjekte ato do të trajtohen në mënyrë më të detajuar në pjesët në vazhdim.

4.2.1 Personat e siguruar, subjekt i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor

Hartimi i politikave shëndetësore, ashtu si dhe hartimi i çdo politike tjetër, ka të përcaktuar rëndësinë, objektin e politikës, qëllimin e saj dhe subjektet mbi të cilat do të ketë efekte dhe për interes të të cilave hartohet. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor trajtohet në nenin 4 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, ku në pikën 1 të këtij neni, përcaktohet se “Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor bazohet në kontributet e të punësuarve e të punëdhënësve të shtetit dhe në burime të tjera për persona të tjerë, bazuar në parimin e solidaritetit¹⁹⁶”. Në pikën 2 të nenit 4 të këtij ligji , përcaktohet, se qëllimi i skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor është mbulimi i popullsisë në përfitimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, të financuara nga sektori publik dhe

¹⁹⁵ Neni 6, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

¹⁹⁶ Shih “Fjalorin e Sigurimeve Shoqërore”, Keshilli i Europës 2006, ku përcaktohet, se Solidariteti: [Solidarity]: Përgjegjësia e ndërsjellë që anëtarët e një grupi social ndiejnë për njëri-tjetrit, dhe mbi të cilën ata veprojnë nëse është e nevojshme. Baza e solidaritetit është e mbështetur në detyrimin reciprok të qytetarëve ndaj njëri-tjetrit dhe në reciprocitetin, në parim, ndërmjet grupeve të barabarta. Reciprocësia ekziston kur njerëzit japin po aq sa marrin. Megjithatë ky lloj reciprociteti nuk ndodh shpesh, por ndodh më shpesh që njerëzit i japin diçka të tjerëve tani, sepse ata kanë marrë diçka në të kaluarën, ose presin që të marrin diçka në të ardhmen, ose nëse ata janë në nevojë. Solidariteti nuk është edhe aq e lehtë të dallohet nga altruizmi. Problemi etik bazë i solidaritetit është fakti se solidariteti është shpesh ekskluziv: ai është shpesh i kufizuar në mëvetësinë e një grupi social.

privat, në bazë të këtij ligji. Subjektet e skemës së sigurimeve shëndetësore trajtohen në nenin 5 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe ndahen në dy kategori.

- Personat ekonomikisht aktivë
- Personat ekonomikisht joaktivë

Në kategorinë e parë, në bazë të nenit 5, futen “Personat ekonomikisht aktivë, të punësuar e të vetëpunësuar, me banim të përhershëm në Shqipëri për të cilët sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme. Neni 5, i këtij ligji nuk është kufizuar vetëm në përkufizime të përgjithshme duke specifikuar në këtë mënyrë dhe cilat janë subjektet që përfshihen në kategorinë e parë. Sipas këtij neni në këtë kategori, si subjekte ekonomikisht aktivë për të cilët sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm janë:

- të punësuarit;
- personat e vetëpunësuar me përjashtim të pensionistëve të vetëpunësuar, të cilët marrin pension dhe që ushtrojnë, të vetëm, veprimtari ekonomike profesionale, të cilët nuk kanë detyrimin për të paguar kontribute të sigurimeve të kujdesit shëndetësor;
- punonjësit e papaguar të familjes për tatimpaguesit e përcaktuar nga Këshilli i Ministrave
- persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

Elementi që karakterizon këtë kategori është pikërisht faktori i të ardhurave mujore të rregullta mbi bazën e të cilave do të realizohet pagesa e kontributeve shëndetësore. Në lidhje me të drejtën për të qenë pjesë në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në paragrafin 1 të këtij neni vërejmë, që është si kriter banimi i përhershëm në territorin

e Shqipërisë, çka nënkupton që kriteri i shtetësisë nuk është penalizues në lidhje me të drejtën për të qenë pjesë e kësaj skeme.

Kushtetuta parashikon të drejtën për kujdes shëndetësor si një të drejtë themelore me karakter ekonomiko-social. Neni 55 i Kushtetutes, afirmon këtë të drejtë dhe sanksionon në mënyrë eksplicite parimin e barazisë dhe të mosdiskriminimit të shtetasve, të cilët e gëzojnë në mënyrë të barabartë këtë të drejtë. Kjo duket qartë në citimin kushtetues të këtij dispozitivi *“Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për sigurim shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”*.

Ligji “Për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” e ka interpretuar në mënyrë të sakte kushtetutën, kur ka theksuar se siguri i detyrueshëm shëndetësor mbulon të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri. Pra terminologjia e përdorur në këtë përcaktim i ka dhënë frymëmarrje interpretimit të Kushtetutës, pasi krijon mundësinë të përfshihen në skemën e sigurimeve shëndetësore jo vetëm shtetasit shqiptarë, shtetasit e huaj, por edhe të gjithë personat pa shtetësi që janë rezidentë në Republikën e Shqipërisë.

- Në kategorinë e dytë janë personat ekonomikisht joaktivë ose shteti

Masat për mbrojtje sociale janë instrument kyç për pakësimin e rreziqeve sociale, luftimin e varfërisë dhe promovimin e kohezionit social të një niveli më të lartë. Shteti si një aktor esencial i mbrojtjes sociale, është një subjekt i rëndësishëm i sistemit të sigurimeve shëndetësore për shkak të pozicionit të tij si kontribues në fondin e sigurimit të kujdesit shëndetësor. Shteti, në bazë të nenit 5/2 derdh kontribute duke mbuluar me siguri shëndetësore personat ekonomikisht joaktivë, pra ai mbron shtetas

e pambrojtura të shoqërisë.¹⁹⁷ . Roli i shtetit nuk kufizohet vetëm me derdhjen e kontributeve, por ai vazhdon me funksionimin ekonomik të kësaj skeme, pasi ai është garant i fondit të sigurimeve shëndetësore në rast falimentimi, duke krijuar lehtësira nga granditë e buxhetit të shtetit. Subjektet që mbulohen nga buxheti i shtetit janë:

- a) personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- b) personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- c) personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
- ç) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- d) fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- dh) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomik;
- e) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta¹⁹⁸.

¹⁹⁷ Shih “Fjalorin e Sigurimeve Shoqërore”, Keshilli i Europës 2006, ku përcaktohet, se Shtresat(grupet) e pambrojtura: [Vulnerable groups]: grupe njerëzish me një nevojë evidente për mbrojtje sociale dhe asistencë sociale. Ne pothuajse të gjitha shoqëritë disa grupe sociale janë të rrezikuara nga pikëpamja sociale dhe të pambrojtur, (psh. Të moshuarit, minoritetet racore ose etnike, refugjatet, azil-kerkuesit, handicapet dhe individët e sëmurë, njerëzit e pastrehë, ish-të burgosurit, të strehuarit në disa institucione, të papunët afatgjatë, etj...),. Shoqëritë e prekura nga një krizë e shkaktuar psh. nga lufta, një fatkeqësi natyrore ose tranzicioni ekonomik, në mënyrë tipike kanë një numër të madh njerëzish të pambrojtur (në nevojë).

¹⁹⁸ Në lidhje me kategorinë e siguruar, që përcaktohen me ligj të veçantë vëmë re se janë pjesë e skemës kategoriale të burgosurve dhe të paraburgosurve, e cila rregullohet me ligjin organik Nr.8328, datë 16.4.1998 “Për të drejtat dhe trajtimin e të dënuarve me burgim dhe të paraburgosurve” të ndryshuar, ku përcaktohet në nenin 33 se “Shërbimi mjekësor sigurohet gjatë të gjithë kohës së qëndrimit në institucion nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve dhe mbulohet nga sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor, sipas skemës në fuqi, pavarësisht nga kërkesat e të dënuarve. Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim përfshihen në kategorinë e personave ekonomikisht joaktivë, në kuptim të ligjit në fuqi, dhe përfitojnë, pa pagesë, të gjitha shërbimet që ofron skema e sigurimit shëndetësor, sipas këtij ligji. Një kategori tjetër e siguruar, që behet pjesë e skemës me ligj të veçantë është gruaja shtatzënë. Edhe kjo kategori perligjet me ligjin organik nr. 8876, datë 04.04.2002 “Për shëndetin riprodhues” të ndryshuar. Neni 24 I këtij ligji citon se “Të gjithë gratë shtatzëna përfitojnë falas ndjekjen periodike mjekësore të shtatzënisë, të lindjes dhe paslindjes veçanërisht ekzaminimet e paralindjes dhe të pas lindjes, të detyrueshme, që caktohen me akt të Ministrisë të shëndetësisë. Numri dhe lloji i ekzaminimeve të

ë) viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme.¹⁹⁹

Gjithashtu ligji për sigurimin shëndetësor në pikën 3, neni 5 përcakton, se subjektet të cilat nuk përfshihen në asnjë nga kategoritë e mësipërme kanë të drejtë t'i bashkohen me vullnetin e tyre të lirë skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, por në lidhje me këtë kategori ligji vendos një kufizim kohor për gëzimin e tyre. Kështu nëse përmbushet kushti i periudhës pritëse 6-mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vullnetar deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar, këto subjekte konsiderohen të barabarta me kategoritë e lartpërmendura.

Çdo personi nëse i përfundon periudha e sigurimit të detyrueshëm ose e sigurimit vullnetar, dhe nëse nuk përfshihet në listën e personave që mbulohen nga shteti, atëherë brenda 3 muajve duhet të regjistrohet pranë Fondit për të qenë pjesë e sigurimit vullnetar. Në qoftë se nuk përmbushet ky detyrim ligjor atëherë lind aplikimi i kushtit penalizues (një vit), dhe drejta për të përfituar lind pas (një) viti nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor²⁰⁰.

detyrueshme dhe periudha e kryerjes së tyre përcaktohen me udhëzim të Ministrisë të Shëndetësisë. Të gjitha gratë shtatzëna kanë të drejtë të kryejnë pa pagesë ekzaminimet e detyrueshme të përshkuara nga mjeku dhe të marrin falas fletoren personale të ndjekjes së shtatzënisë”.

¹⁹⁹ Shkronja “ë”, neni 5, shtuar me Ligjin Nr. 141/2014, datë 23.10.2014, botuar në Fletoren Zyrtare Nr. 175, datë 18.11.2014.

²⁰⁰ Shih nenin 5/4, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

4.2.2. Sigurimi shëndetësor vullnetar²⁰¹

Sigurimi vullnetar i referohet sigurimit individual, që bëhet me vullnetin e lirë të personit, kundrejt pagesës së kontributeve shëndetësore²⁰². Ai lidh kontratë sigurimi shëndetësor vullnetar me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

- Personat që dëshirojnë të sigurohen vullnetarisht për kujdesin shëndetësor, e fillojnë procedurën duke u regjistruar pranë zyrave të Drejtorive Rajonale/Degëve të Fondit, me dokumentacionin përkatës dhe duke nënshkruar kontratën e sigurimit vullnetar. Në lidhje me këtë kategori, vërejmë se skema e sigurimit aplikon periudha pritëse për të përfituar kujdes shëndetësor, ndërsa për kategoritë e tjera nuk aplikohen periudha pritëse madje përfitimet merren në momentin e derdhjes së kontributeve shëndetësore.
- Personat, që nuk përfshihen në kategorinë e personave ekonomikisht aktivë dhe joaktivë, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Periudha pritëse është 6 muaj, duke filluar nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar.
- Personat që kanë përfunduar periudhën e sigurimit të detyrueshëm ose të sigurimit vullnetar dhe nuk përfshihen në kategoritë e personave joaktivë, duhet të regjistrohen pranë Fondit për sigurim vullnetar brenda (tre) muajve nga data e përfundimit të periudhës së sigurimit. Në këto raste e drejta për të përfituar lind

²⁰¹ Rregullore Nr. 1, datë 11.02.2014, “Për sigurimin vullnetar ne Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor” i ndryshuar

nga data e nënshkrimit të kontratës, por personi i siguruar duhet të derdhë kontributin edhe për periudhën që ka mbetur pa mbulim. Sigurimi shëndetësor në këto raste do të konsiderohet i pandërprerë.

- Për regjistrime të vonuara (përtej afatit 3 mujor) procedura e sigurimit vullnetar do të zbatohet ashtu si në kushtet e personave që regjistrohen për herë të parë, por e drejta për të përfituar lind pas (një) viti nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor. Në këtë rast, periudha pritëse do të jetë (një) vit dhe kjo periudhe njihet si “penalitet i skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”.

Kohëzgjatja e sigurimit vullnetar mund të jetë për një periudhë kohore të përcaktuar ose të papërcaktuar, por gjithmonë kjo periudhë sigurimi nuk duhet të jetë më pak se (një) vit. Në interpretim të ligjit, Rregullorja Nr. 1, datë 11.02.2014 “Për sigurimin vullnetar në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, miratuar nga Këshilli Administrativ i Fondit, ka bërë pjesë të sigurimit vullnetar emigrantët shqiptarë dhe familjarët e tyre si dhe anëtarët e familjes së shtetasve të huaj që kërkojnë të kenë vazhdimësinë e sigurimit shëndetësor të pandërprerë në Republikën e Shqipërisë²⁰³.

²⁰³ Po aty, neni 3, Fusha e mbulimit “Në fushën e mbulimit të kësaj rregulloreje bëjnë pjesë të gjithë personat të cilët nuk përfshihen në kategoritë e përshkruara në pikat 1 dhe 2 të nenit 5 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, dhe që mund të kërkojnë të mbulohen me sigurim shëndetësor. Personi i siguruar në mënyrë të detyrueshme, kur për një kohë dhe për shkaqe të arsyeshme nuk mund të sigurohet detyrimisht, ka të drejtën e vazhdimit të sigurimit sipas rregullores së sigurimit vullnetar. Në fushën e mbulimit do të bëjnë pjesë emigrantët dhe familjarët e tyre që kërkojnë të kenë vazhdimësinë e sigurimit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Mund t’i nënshtrohen sigurimit vullnetar edhe anëtarët e familjes së shtetasve të huaj, të siguruar në mënyrë të detyrueshme në Shqipëri kur nuk janë të parashikuara ndryshe me marrëveshje bilaterale”.

4.2.3. Sigurimi shëndetësor privat (i munguar)

Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, parashikon dy forma të sigurimit shëndetësor:

- sigurimi i detyrueshëm shëndetësor
- sigurimi vullnetar shëndetësor

Këto dy forma sigurimi organizohen dhe menaxhohen sipas rregullave të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Në pjesën e sigurimit të detyrueshëm futen personat ekonomikisht aktivë, të punësuar e të vetëpunësuar me banim të përhershëm në Shqipëri, për të cilët sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme, si dhe kategoria e personave joaktivë të cilët sigurohen nga shteti.²⁰⁴ Ndërsa sigurimi vullnetar i referohet sigurimit individual që bëhet me vullnetin e lirë të personit kundrejt pagesës së kontributeve shëndetësore në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Në këtë rast individi lidh kontratë sigurimi shëndetësor vullnetar me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor duke përcaktuar të drejtat, detyrimet dhe përfitimet në kuptim të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.²⁰⁵

²⁰⁴ Shih nenin 5 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

²⁰⁵ Shih nenin 1, “Objekti i kontratës”

Por natyrshëm lind pyetja, a ekziston sigurimi privat shëndetësor në Shqipëri, cilat janë përfitimet e tij dhe a gjen rregullim ligjor kjo formë sigurimi në ligjin organik të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor?

Në interpretim dhe zbatim të ligjit organit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor konstatojmë, se nuk parashikohet mundësia e sigurimit të individëve në kompanitë private të sigurimit shëndetësor.

Po të kthehemi në retrospektivë dhe po të analizojmë Ligjin Nr.7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” aktualisht i shfuqizuar, pasi është zëvendësuar me ligjin e sipërcituar, vërejmë, se ky ligj ka sanksionuar dhe njohur sigurimet shëndetësore vullnetare suplementare. Sipas këtij ligji, shtetasit mund të sigurojnë veten dhe familjet e tyre vullnetarisht me skema të sigurimeve suplementare për mjekimet me kosto të larta, që nuk mbulohen nga sigurimet e detyrueshme ose për përfitime të tjera shtesë. Gjithashtu shtetasit mund të futen në sigurimet shëndetësore vullnetare suplementare për të mbuluar pagesën e tyre të drejtpërdrejtë për barnat, çmimet e protezave dhe të xhamave optike, shërbimet dentare dhe shërbimet e tjera ambulatorë, që nuk mbulohen nga sigurimet e detyrueshme. Por sigurimet vullnetare gjithashtu mund t'i sigurojnë shtetasve shqiptarë mbulimin e shpenzimeve të mjekimit jashtë shtetit.

Gjithashtu ligji u njeh sigurimeve shëndetësore vullnetare suplementare të organizohen nga ISKSH, Shoqatat e ndihmës së ndërsjelltë të themeluara për këtë qëllim, si dhe shoqëritë tregtare të sigurimit²⁰⁶. Pavarësisht se kjo dispozitë ligjore ka qënë

²⁰⁶ Shih nenin 7, Ligji Nr.7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar

sanksionuar në ligjin 7870 për sigurimet shëndetësore, ajo asnjëherë nuk është aplikuar dhe zbatuar nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Gjithsesi duke ju referuar legjislacionit të gjërë shqiptar dhe legjislacionit të fushës së sigurimeve, konsatojmë se sigurimi privat, parashikohet në Ligjin Nr. 52/2014 “Për veprimtarinë e sigurimit dhe risigurimit”, ku parashikohet e drejta e individit, që të sigurojë shëndetin ndërmjet paketave shëndetësore kundrejt pagesës, të cilat përcaktohen nga kompanitë e sigurimeve, por duhet theksuar se këto paketa nuk mbulojnë paketat shëndetësore të përcaktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Pra, individët nuk janë subjekte të përfitimeve të shërbimeve të ofruara nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor. Por ku qendror dallimi midis sigurimit vullnetar dhe sigurimit të shëndetit në kompanitë e sigurimeve private?

Duken si dy shërbime të njëjta, por janë të ndryshme si në përmbajtje dhe në rregullim ligjor. Kështu sigurimi vullnetar realizohet ndërmjet lidhjes së një kontrate ndërmjet individit dhe Fondit dhe ka një periudhë kohore të përcaktuar ose të papërcaktuar, por gjithmonë kjo periudhë sigurimi nuk duhet të jetë më pak se 1 (një) vit. Objekti i shërbimeve shëndetësore të përfitimit të sigurimeve vullnetare nuk ndryshojnë nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, çka nënkupton që personave që janë subjekte të sigurimit vullnetar iu ofrohen të njëjtat shërbime që marrin dhe subjektet e tjera të skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor.

Në rastin e sigurimeve në kompanitë e sigurimit ndryshimi i parë është që kontrata për sigurimin nuk lidhet me Fondin, por me kompaninë private e cila ofron sigurimin shëndetësor dhe për rrjedhojë individët nuk janë subjekte të cilat mund të përfitojnë nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Individët të cilët e sigurojnë shëndetin në skemën e sigurimit privat përfitojnë vetëm shërbimet që ofrohen nga paketa shëndetësore, e cila ofrohet nga kompania e sigurimit ku individ i sigurohet. Kompanitë e sigurimeve private kanë kontrata në klinika, qendra mjekësore dhe spitale private dhe jashtë Shqipërisë. Paketat shëndetësore të ofruara nga siguri privat mbulojnë shërbimet, që ofrohen në spitalet publike e private dhe ato janë të ndryshme në gamën e shërbimeve shëndetësore, që ofrojnë dhe mbulojnë dhe kjo veçori varet nga kostoja e paketës që zgjedh dhe paguan individ.

Policat e sigurimit gjithashtu mbulojnë shpenzimet mjekësore emergjente në rast se individ preket nga një sëmundje të papritur edhe në rast të një aksidenti të pësuar nga i siguruari gjatë periudhës së sigurimit, ndërsa ndodhet në udhëtim jashtë territorit të Shqipërisë. Cdo individ që udhëton jashtë territorit të Shqipërisë, për turizëm, dhe trajnime apo për qëllime biznesi duhet të pajiset me policat e sigurimit shëndetësor. Afati i këtyre policave është nga 1 (një) ditë deri në 1 (një) vit.

Pra siguri i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor vlen për të gjithë popullsinë dhe në këtë mënyrë, sigurohen shërbimet shëndetësore mbi bazën e parimeve të gjithëpërfshirjes, solidaritetit, barazisë dhe drejtësisë sociale. Impelementimi i këtij lloj siguri realizohet vetëm nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, ndërsa siguri privat shëndetësor nuk është i detyrueshëm dhe zbatohet për sigurimin e shërbimeve shëndetësore të cilat janë të përfshira në polica dhe paketa shërbimi siguri. Pra këtë formë siguri mund ta kryejnë shoqëritë dhe kompanitë e ndryshme të sigurimit, që operojnë në mbështetje dhe zbatim të Ligjit Nr. 52/2014 “Për veprimtarinë e sigurimit dhe risigurimit”.

4.2.4. Baza për llogaritjen e kontributeve dhe masa e kontributit

Kontributet për sigurim shëndetësor janë një ndër elementet kryesore të financimit të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Subjektet kontribuese janë personat ekonomikisht aktivë, kontributet e shtetit për personat joekonomikisht aktivë, si dhe kontributet e sigurimeve shëndetësore vullnetare. Këto kontribute janë individuale dhe me ato mbulohet vetëm personi që paguan kontribute ose kategoria për të cilën paguan shteti, pra në interpretim të këtij ligji kontributet janë personale, individuale, dhe nuk janë familjare. Një veçori domethënëse e skemës, e cila shpreh karakterin e saj solidar, është se përfitimet jepen në mënyrë të barabartë për të gjithë personat e siguruar, pavarësisht nga masa e kontributit që ka derdhur secili prej tyre.

Sipas ligjit baza për llogaritjen e kontributit të sigurimit shëndetësor, për personat e siguruar të punësuar është paga bruto e të siguruarit, ndërsa për personat e vetëpunësuar si dhe për personat që duan të përfshihen në skemën e sigurimit shëndetësor vullnetar, baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributit shëndetësor.

Në këto raste, masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve. Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuari²⁰⁷. Kjo masë

²⁰⁷ Neni 8, kaptulli II, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

kontributi nuk ka ndryshuar që nga hyrja në fuqi e skemës së sigurimeve shëndetësore²⁰⁸.

Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi së bashku me miratimin e buxhetit vjetor²⁰⁹. Aktualisht llogaritja e kontributeve për personat ekonomikisht aktivë, që vjen nga buxheti i shtetit, nuk bëhet sipas kësaj mënyrë, por llogaritet dhe derdhet në buxhetin e Fondit bazuar në konsumin historik.

Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve mbledh nga punëdhënësit kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor, për punonjësit dhe të vetëpunësuarit, dhe ia transferon ato Fondit, në përputhje me legjislacionin përkatës në fuqi. Instituti i Sigurimeve Shoqërore mbledh dhe ia transferon Fondit kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor të të vetëpunësuarve në bujqësi (fermerëve). Ndërsa Fondi është përgjegjës për llogaritjen dhe mbledhjen e kontributeve të sigurimeve shëndetësore vullnetare. Ndërsa për popullsinë ekonomikisht joaktive, Fondi mbledh kontributin nga Buxheti i Shtetit.

4.2.5. Karta e shëndetit

Identifikimi i personave të siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor bëhet me anë të kartës së shëndetit (Beci & Belishova & Kola,

²⁰⁸ Neni 10, pika 2, Ligjit Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

²⁰⁹ Neni 7/2, kapitull II, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

2015:82). Karta e shëndetit është dokumenti që vërteton se mbajtësi i saj është person i siguruar. Karta është personale dhe e patjetërsueshme dhe përmban numrin e identitetit të personit, i cili është edhe numri i sigurimit shëndetësor të detyruar. Për të huajt, si numër i sigurimit shëndetësor të detyruar do të shërbejë numri i lejes së qëndrimit ose i lejes provizore të qëndrimit. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor krijon regjistrin e të siguruarve, në të cilin regjistron të gjithë personat e siguruar në sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, sipas kategorive përkatëse, me qëllim që të evidentohen, në mënyrë të saktë, të gjithë personat e siguruar në mënyrë të detyrueshme si edhe veçoritë e sigurimit të tyre (masa e kontributit, kohëzgjatja e sigurimit etj).²¹⁰

Regjistrimi i të siguruarve bëhet duke u mbështetur në të dhënat e ofruara nga institucionet përgjegjëse, bazuar në numrin e përgjithshëm, si dhe në identitetin e personave që bëjnë pjesë në grupet e veçanta. Institucionet përgjegjëse për dhënien e informacionit, sipas kategorive të të siguruarve, janë Ministria e Punëve të Brendshme, Ministria e Arsimit dhe Sportit, Instituti i Sigurimeve Shoqërore, Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve etj. Të gjithë personat e regjistruar kanë një numër të sigurimit shëndetësor të detyrueshëm dhe një dokument që vërteton regjistrimin e tyre në Fond e që identifikon personin e siguruar. Me kartë shëndeti pajisen vetëm personat e siguruar të popullatës.²¹¹ Personat e pajisur me kartë shëndeti përfitojnë falas ose me bashkëpagesë shërbimet e kontraktuara nga Fondi me dhënësit e shërbimeve shëndetësore. Në mungesë të paraqitjes së kartës së shëndetit, shërbimet shëndetësore

²¹⁰ VKM Nr. 307, datë 21.5.2014 “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga siguri i detyrueshëm shëndetësor”.

²¹¹ Udhëzimi Nr. 20, datë 25.07.2014, “Për Kartën e shëndetit” i ndryshuar

do të përfitohen kundrejt pagesës së tarifave të përcaktuara me Urdhër të Ministrisë të Shëndetësisë. Përfshirë, përfitojnë falas shërbime të caktuara shëndetësore, edhe në mungesë të paraqitjes së kartës së shëndetit, kategori të veçanta, sipas përcaktimeve të bëra në udhëzimet e Fondit. Karta e shëndetit²¹² shpërndahet pa asnjë pagesë apo tarifë shërbimi. Prej 15 shkurtit ka nisur shpërndarja online e Kartës së Shëndetit. Kjo mënyrë e re e aplikimit bën të mundur pajisjen e qytetarëve me Kartën e Shëndetit me anë të një dokumenti të vetëm, Kartës së Identitetit²¹³.

Personat, që ndodhen në institucionet e ekzekutimit të vendimit penal, regjistrohen në regjistrin elektronik dhe nuk pajisen me kartë shëndeti. Ripajisja me kartë shëndeti bëhet në rastet kur, i siguruari kërkon të rinovojë afatin e vlefshmërisë për një apo disa

²¹² Për t'u pajisur me kartë shëndeti, personat e siguar duhet të paraqesin dokumentacionin identifikues për shtetasit shqiptarë, që është karta e identitetit, si edhe dokumentin për fëmijët deri në moshën 16 vjeç. Në mungesë të kartës së identitetit paraqitet certifikata e gjendjes civile ose pasaporta. Dokumentacion identifikues për shtetasit e huaj dhe shtetasit pa shtetësi është leja e qëndrimit ose leja provizore e qëndrimit, e lëshuar nga autoriteti vendor për kufirin dhe migracionin. Vërtetimi regjistrimi pranë mjekut të familjes, tek i cili personi është regjistruar sipas formularit standard, ku përshkruhen të dhënat personale të pacientit të siguar, kodi i mjekut, etj. Kërkesën për t'u pajisur me kartë shëndeti, sipas formularit standard të kërkesës, ku paraqitet kategoria përfituese si dhe të dhënat personale të të siguarit. Dokumentacionin që vërteton kategorinë përfituese dhe afatin e përfitimit sipas tabelës së kategorive përfituese.

²¹³ Shih <http://www.fsdkshe.com.al/aktivitete/612-njoftim-25-shkurt-karta-e-sh%C3%ABndetit-online,-vet%C3%ABm-me-dokumentin-e-identifikimit>. Falë këtij shërbimi është bërë e mundur eliminimi i ecejakeve të qytetarëve për tu pajisur me dokumenta të tjera shtesë që nevojiteshin për tu pajisur me kartë shëndeti. Informatizimi i këtij shërbimi bën të mundur lidhjen dhe marrjen në kohë reale të informacionit në disa institucione njëherësh, regjistrin e Gjendjes Civile, regjistrin e pensioneve, regjistrin e kontribuesve, regjistrin e punëkërkuarëve, si dhe regjistrin e ndihmës ekonomike. Për qytetarët, kjo eliminon një radhë dokumentash që nevojiteshin deri dje, redukton vajtje-ardhjet nga një zyrë në tjetrën dhe shkurton kohën e shërbimit. Ndërkohë falë mbështetjes së dhënë edhe nga Agjencia Kombëtare e Shoqërisë së Informacionit, të gjithë qytetarët që janë të regjistruar në regjistrin e pacientëve pranë mjekut të tyre të familjes mund të futen në portalin qeveritar e-albania dhe ta printojnë vetë Kartën e Shëndetit pa qenë nevoja të paraqiten në sportelet e Fondit. Shpërndarja e Kartës së Shëndetit ka nisur në dhjetor të vitit 2014 dhe gjatë vitit të shkuar u shpërndanë rreth 692 500 karta. Janar-mars 2016 janë shpërndarë mbi 320 mijë Karta Shëndeti.

kategori përfituese, kur karta dëmtohet ose humbet si dhe kur i siguruari ndryshon mjekun e familjes²¹⁴.

4.2.6 Karta e Pacientit

Vendosja e pacientit në qendër të sistemit shëndetësor është një nga zhvillimet e fundit të fuqizimit dhe reformimit të sistemit shëndetësor në Shqipëri. Sistemet shëndetësore janë krijuar kudo në bote, në radhe të parë për tu shërbyer pacienteve dhe qytetarëve të cilët janë edhe paguesit dhe konsumatorët kryesorë të tyre.

Thelbi i kësaj lëvizjeje është për të shndërruar pacientët në partnerë aktivë e të fuqishëm për realizimin e objektivave të sistemeve shëndetësore. Për të arritur këtë objektiv duhej që të formuloheshin në mënyrë konsensuale të drejtat, përgjegjësitë dhe mekanizmat e fuqizimit të pacientëve si pjesë e rëndësishme e sistemit shëndetësor, me qëllim që ata të shndërrohen në faktorë kryesorë të përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë së kujdesit shëndetësor. Çështja e përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor me fokus pacientin mbetet ende një sfidë e sistemit shëndetësor, prandaj institucionet shëndetësore nuk duhet të ndalen vetëm me ofrimin e një rrjeti shërbimesh shëndetësore dhe sigurimin e një stafi mjekësor si numër, por dhe me kompetencat dhe njohuritë e duhura profesionale të tyre, mbi kuadrin ligjor shëndetësor të mbrojtjes së pacientit.

²¹⁴ Në rastet kur karta dëmtohet ose humbet i siguruari duhet të paraqesë dokumentacionin identifikues. Në rastet kur i siguruari ndryshon mjekun e familjes ai duhet të paraqesë dokumentacionin identifikues dhe konfirmimin me shkrim nga mjeku i familjes për ndryshimin e tij.

Vendet e Bashimit Europian dhe shumica e vendeve fqinje të rajonit me ligj kanë formuluar dhe miratuar me kohë, Kartën e të Drejtave të Pacientit, si ato në përgjithësi dhe ato specifike për të rritur dhe fëmijë.²¹⁵

Karta shqipëtare e të drejtave të pacientit në Shqipëri është miratuar me Urdhër Nr. 657, datë. 15.02.2010 të Ministrit të Shëndetësisë, me qëllim zbatimin e të drejtave si dhe fuqizimin e rolit të pacientëve, në funksionimin sa më mirë të shërbimit shëndetësor në Shqipëri. Ndërsa karta e shëndetit është dokumenti i miratuar nga Fondi, dhe vërteton se mbajtësi i saj është person i siguruar dhe përfiton te gjitha shërbimet në kuadrin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Nga sa thamë më sipër konstatojmë se karta e shëndetit është tagër vetëm i personave të siguruar në legjislacionin e sigurimeve, kurse karta e pacientit është tagër i çdo qytetari. Pra karta e pacientit sanksionin dhe mbron të drejtat që gëzon çdo qytetar kur i drejtohet institucioneve shëndetësore, si:

- *E drejta për Masat Parandaluese*²¹⁶
- *E drejta për akses*²¹⁷
- *E drejta për informim*²¹⁸

²¹⁵http://www.shendetesia.gov.al/files/userfiles/KARTA_SHQIPETARE_E_TE_DREJTAVE_TE_PACIENTIT.pdf

²¹⁶ Shih <http://www.shendetesia.gov.al/al/baza-ligjore/karta-shqipetare-e-te-drejtave-te-pacientit>, ku shprehet se Pacientët kanë të drejtën e një shërbimi të duhur me qëllim parandalimin e sëmundjeve. Shërbimet shëndetësore kanë për detyrë ndërgjegjësimin e njerëzve, duke garantuar procedurat shëndetësore në intervale të rregullta kohore, falas për grupe popullatash në rrezik, ku rezultatet e kërkimeve shkencore dhe novacioneve teknologjike të jenë të vlefshme për të gjithë.

²¹⁷ Po aty, “Një e drejtë tjetër, e parashikuar nga Karta, është dhe e drejta për akses në shërbimet shëndetësore sipas nevojës vetjake shëndetësore. Shërbimet shëndetësore duhet të garantojnë akses të barabartë për këdo pa diskriminim bazuar në të ardhurat financiare, vendbanimin, llojin e sëmundjes apo kohën e marrjes së shërbimit. Një pacient, që kërkon trajtim, por që nuk ka mundësi të përballojë koston, ka të drejtën ta marrë falas atë. Çdo pacient ka të drejtën për shërbim adekuat, pavarësisht pranimit të tij në një spital të madh ose të vogël apo klinikeë. Çdo pacient, ka të drejtën për kujdes urgjent ose të domosdoshëm spitalor apo jashtëspitalor”.

- *E drejta për pëlqim*²¹⁹
- *E drejta për zgjedhje të lirë*²²⁰
- *E drejta për privatësi dhe konfidencialitet*²²¹

²¹⁸ Po aty, “Është e drejta për të marrë çdo lloj informacioni lidhur me gjendjen e tij shëndetësore, për sa i përket shërbimeve shëndetësore dhe mënyrës së përdorimit të tyre, si dhe për çdo kërkim shkencor ose inovacion teknologjik që mund të jetë i përdorshëm. Shërbimet e kujdesit shëndetësor, të përfaqësuara nga ofruesit dhe profesionistët duhet t’i sigurojnë pacientit një informacion të posaçëm, duke konsideruar në mënyrë të veçantë specifikat fetare, etnike ose gjuhësore të pacientit. Shërbimet shëndetësore kanë për detyrë ta bëjnë informacionin lehtësisht të kapshëm duke hequr pengesat burokratike, duke edukuar ofruesit e shërbimit shëndetësor dhe duke përgatitur e shpërndarë materiale informative. Kur pacientët pranohen në një institucion shëndetësor, ata duhet të informohen për identitetin dhe statusin profesional të personelit të shërbimit si dhe për çdo rregull, me të cilin do të kenë të bëjnë gjatë qëndrimit dhe kurimit të tyre. Një pacient ka të drejtën për t’u njohur me dosjen e tij klinike dhe me kartelën mjekësore, t’i fotokopjojë ato, të bëjë pyetje mbi përmbajtjen e tyre dhe të marrë korrigjimet e çdo gabimi që mund të ketë në dosje apo në kartelë. Një pacient i spitalit ka të drejtën e informimit, i cili është i vazhdueshëm dhe i plotë, kjo duhet të sigurohet nga një “person përgjegjës”. Çdo pacient që nuk ka më arsye mjekësore për të qëndruar në një institucion shëndetësor, ka të drejtën për një shpjegim të plotë përpara se të transferohet në një institucion tjetër shëndetësor ose përpara se të dërgohet në shtëpi. Ky transferim mund të kryhet vetëm kur institucioni tjetër ka pranuar të presë pacientin. Çdo pacient ka të drejtën e marrjes së një përmbledhjeje të shkruar të diagnozave të tij, trajtimit dhe kujdesit mjekësor të cilin e ka marrë deri në momentin kur del nga institucioni shëndetësor. Pacientët kanë të drejtën të marrin një opinion të dytë. Çdo pacient ka të drejtën e aksesit të drejtpërdrejtë në informacionin mbi një kërkim shkencor, kujdes farmaceutik dhe inovacion teknologjik. Ky informacion mund të vijë si nga burime publike, ashtu dhe nga ato private, por vetëm që të sigurojë se i përmbush kriteret për saktësinë, seriozitetin dhe transparencën”.

²¹⁹ Të gjithë pacientët gëzojnë të drejtën për t’i marrë vetë vendimet e tyre lidhur me shëndetin. Ky informacion është një kusht paraprak për çdo trajtim dhe procedurë, përfshirë dhe pjesëmarrjen në kërkim shkencor. Ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe profesionistët duhet t’i japin pacientit të gjithë informacionin lidhur me një trajtim apo operacion që do të ndërmerret, përfshirë rreziqet shoqëruese dhe shqetësimet, efektet anësore dhe alternativat. Ky informacion duhet të jepet më parë në kohë (të paktën 24 orë përpara) për t’i dhënë mundësinë pacientit të marrë aktivisht pjesë në zgjedhjet terapeutike lidhur me gjendjen e tij ose të saj shëndetësore. Profesionistët dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të përdorin një gjuhë të njohur për pacientin dhe të komunikojnë në mënyrë të kuptueshme me personat që nuk kanë njohuri teknike të fushës. Në të gjitha rrethanat, ku kërkohet një përfaqësues ligjor për të dhënë "Pëlqimin" pas informimit, pacienti qoftë minoren ose një adult i paaftë për të kuptuar apo për të vendosur, duhet megjithatë të përfshihet me të gjitha mundësitë në vendimet lidhur me të. Dhënia e pëlqimit pas informimit nga pacienti duhet të procedohet mbi këto baza si: pacienti ka të drejtën e refuzimit, të trajtimit ose të ndërhyrjes mjekësore, por edhe të ndryshojë mendje gjatë trajtimit, duke refuzuar vazhdimin e mëtejshëm të tij. Një pacient ka të drejtën e refuzimit të informimit lidhur me gjendjen e tij/saj shëndetësore.

²²⁰ Po aty, E drejta e zgjedhjes së lirë ndërmjet trajtimeve, procedurave dhe ofruesve të ndryshëm, bazuar në informacion e përshtatshëm qëndron në themel të të drejtave të tij. Pacienti vendos vetë se cilat analiza diagnostike dhe terapi do të kryejë, dhe, se në cilin mjek familjeje, specialist apo spital do të shkojë. Shërbimet shëndetësore e kanë për detyrë ta garantojnë këtë të drejtë, duke i dhënë pacientit informacion mbi qendrat ose mjekët lidhur me trajtime të caktuara, dhe mbi rezultatet e aktivitetit të tyre. Ata duhet të mënjanojnë çdo lloj pengese që kufizon ushtrimin e kësaj të drejte. Një pacient i cili nuk ka besim te mjeku i tij /e saj ka të drejtën të caktojë një tjetër.

- *E drejta për respektimin e kohës së pacientit*²²²
- *E drejta për të marrë shërbim shëndetësor cilësor të standardeve të larta*²²³
- *E drejta për shërbim të sigurt dhe të mbrojtur nga rreziqet*²²⁴
- *E Drejta për të përfituar nga novacionet dhe arritjet shkencore bashkëkohore mjekësore*²²⁵

²²¹ Po aty, Konfidencialiteti, si një nga të drejtat esenciale të të dhënave personale, përfshin informacionet lidhur me gjendjen shëndetësore dhe të potencialit të procedurave diagnostiko ose terapeutike, si edhe mbrojtje e privatësisë së tij/saj gjatë kryerjes së analizave diagnostike, vizitave të specialistit dhe trajtimeve mjekësore/kirurgjikale në përgjithësi. Të gjitha të dhënat dhe informacioni, lidhur me gjendjen shëndetësore të një pacienti, për trajtimet mjekësore/ kirurgjikale që ai ose ajo është bërë subjekt, duhet të konsiderohen si private, dhe si të tilla, mbrohen në mënyrë bindëse (adekuate). Privatësia personale duhet të respektohet edhe gjatë kursit të trajtimit mjekësor/kirurgjikal (gjatë analizave diagnostike, vizitave të specialistit, mjekimeve), të cilat duhet të kryhen në një mjedis të përshtatshëm dhe në prani vetëm të atyre që janë absolutisht të nevojshme për qenë aty, me përjashtim të rasteve ku pacienti ka dhënë pëlqimin ose ka bërë kërkesë për të mos pasur asnjë të pranishëm.

²²² Po aty, Kujdesi shëndetësor ka në themel të tij të drejtën të marrë trajtimin e nevojshëm brenda një periudhe kohe të shpejtë dhe të paracaktuar. Kjo e drejtë është e zbatueshme për çdo fazë të trajtimit. Shërbimet shëndetësore kanë për detyrë të fiksojnë kohën e pritjes brenda shërbimeve të caktuara, bazuar në standarde specifike dhe në varësi të shkallës së urgjencës të rastit. Shërbimet shëndetësore duhet t'i garantojnë çdo pacienti akses të shërbimeve, duke siguruar renditje të menjëhershme në rast të listave të pritjes. Kështu çdo pacient, që kërkon, ka të drejtë të konsultojë listën e pritjes, brenda kufijve të respektit dhe normave të privatësisë. Kurdoherë që shërbimet shëndetësore nuk janë në gjendje të ofrojnë shërbimin brenda maksimumit të kohës së paracaktuar, duhet garantuar mundësia për të kërkuar shërbime të tjera alternative dhe të krahasueshme nga ana cilësore, dhe çdo lloj kostoje kërkuar nga pacienti duhet rimbursuar brenda një periudhe kohore të arsyeshme. Mjekët duhet t'i kushtojnë kohë të mjaftueshme pacientëve të tyre, përfshirë kohën dedikuar dhënies së informacionit.

²²³ Të pasurit e një shërbimi shëndetësor të cilësisë së lartë, bazuar në specifikimet dhe respektimin e standardeve të sakta dhe të miratuara, është kushti bazë që të arrihet rehabilitimi dhe kurimi më i shpejtë i pacientit. E drejta për shërbim shëndetësor cilësor kërkon që institucionet e kujdesit shëndetësor dhe profesionistët të ofrojnë nivele të kënaqshme të performancës teknike, komforte dhe marrëdhënie njerëzore. Kjo nënkupton specifikimin dhe zbatimin e standardeve të miratuara të cilësisë, të caktuara nga një procedurë e paracaktuar publike dhe konsultative, që rishikohet dhe vlerësohet periodikisht nëpërmjet akreditimit.

²²⁴ Po aty, Pacienti ka të drejtën për të qenë i mbrojtur nga dëmtimet dhe rreziqet shkaktuar nga mosfunksionimi i duhur i shërbimeve shëndetësore, kequshtrimi të profesionit mjekësor dhe gabimeve, dhe të drejtën për të pasur një shërbim dhe trajtim shëndetësor që plotëson standarde të larta sigurie. Për të garantuar këtë të drejtë, spitalet dhe shërbimet shëndetësore duhet që në mënyrë të vazhdueshme të monitorojnë faktorët e rrezikut për të siguruar që pajisjet mjekësore elektronike mirëmbahen ashtu siç duhet dhe përdoruesit e tyre janë të trajnuar për to. Të gjithë profesionistët e shërbimeve shëndetësore duhet të jenë plotësisht përgjegjës për sigurinë e të gjitha fazave dhe elementeve të trajtimit mjekësor. Mjekët klinikistë duhet të jenë të aftë të parandalojnë rrezikun për gabime duke monitoruar rastet që ndodhin, precedentët, si dhe duke u trajnuar në mënyrë të vazhdueshme dhe të mësojnë prej tyre. Stafi i kujdesit shëndetësor, që raporton për rreziqet ekzistuese të drejtuesit dhe/ose të kolegët e tyre duhet të jenë të mbrojtur ndaj pasojave të mundshme kundërshtuese, ndëshkuese.

- *E drejta për të evituar vuajtjen dhe dhimbjen e panevojshme*²²⁶
- *E drejta për trajtim në bazë të veçorive individuale*²²⁷
- *E drejta për ankimim*²²⁸
- *E drejta për kompensim*²²⁹
- *E drejta për t'u organizuar*²³⁰

²²⁵ Po aty, E drejta për të pasur procedura të reja, përfshirë këtu procedurat diagnostikuese, në përputhje me standardet ndërkombëtare dhe të pavarura nga faktorë ekonomikë ose financiarë parashikohet nga Karta e Pacientit. Shërbimet shëndetësore e kanë për detyrë të promovojnë dhe të mbështesin kërkime në fushat biomedikale, duke u kushtuar një vëmendje të veçante sëmundjeve të rralla. Rezultatet e kërkimeve duhet të shpërndahen në mënyrë adekuate.

²²⁶ Po aty, Kjo dispozitë ka karakter kryesisht human duke i dhënë pacientit të drejtën për të evituar sa më shumë që është e mundur, vuajtjen dhe dhimbjen, në çdo fazë të sëmundjes së tij. Shërbimet shëndetësore duhet të angazhohen për marrjen e të gjitha masave të nevojshme për këtë qëllim, si trajtimet paliative dhe të thjeshtësojnë mundësinë e pacientëve për t'i pasur ato. Çdo pacient ka të drejtën të ketë mbështetjen e familjes, të të afërme dhe miqve gjatë trajtimit dhe kujdesit dhe të përfitojë mbështetjen dhe udhëheqjen shpirtërore të tyre gjatë gjithë kohës. Çdo pacient ka të drejtën për kujdes human deri në fund dhe të vdesë me dinjitet.

²²⁷ Po aty, Fiziku i individëve nuk ka të njëjtin potencial për të përballuar dhembjet dhe trajtimet me karakter të ndryshëm mjekësor, prandaj pacienti ka të drejtë për programe diagnostike ose terapeutike të formuluar sa më afër nevojave të tij personale. Shërbimet shëndetësore duhet të garantojnë, për këtë qëllim, programe fleksibël, të orientuara sa më shumë drejt pacientit, duke siguruar që kriteri i përballimit ekonomik nuk mbizotëron mbi të drejtën për kujdes shëndetësor

²²⁸ Po aty, E drejta për ankim është një nga të drejtat më demokratike, funksionimi i së cilës tregon që pacienti është i mbrojtur nga çdo shkelje që mund t'i bëhet të drejtave të tij. Për rrjedhojë çdo pacient ka të drejtë të ankohet kurdoherë që ai ose ajo vuan një dëmtim, dhe të drejtën për të marrë përgjigje apo për një mënyrë tjetër reagimi. Shërbimet shëndetësore duhet të garantojnë ushtrimin e kësaj të drejte, duke u ofruar (me ndihmën e palëve të treta) pacientëve informacion lidhur me të drejtat e tyre, duke i aftësuar për të njohur shkeljet si edhe për të normalizuar ankesat e tyre. Një ankesë duhet të pasohet nga një përgjigje e shkruar, shkarkuese (justifikuese) nga ana e autoriteteve të shërbimit shëndetësor brenda një periudhe kohore fikse. Ankimimet duhet të bëhen sipas procedurave dhe të ndihmuara nga trupa të pavarur, dhe ose, organizata të qytetareve dhe nuk mund të cenohet e drejta e pacientit për të ndërmarrë një akt ligjor ose të ndjekë alternativa, polemika për vendimin.

²²⁹ Po aty, Kompensimi si alternativa e fundit në rastet në të cilat dëmi i shkaktuar nuk është më i recuperueshëm duhet të bëhet brenda një kohe të arsyeshme dhe të shkurtër, kurdoherë që pëson një dëmtim fizik ose moral, si dhe dëmtim psikologjik si pasojë e një trajtimi të shërbimit shëndetësor. Shërbimet shëndetësore duhet të garantojnë kompensim, çfarëdo qoftë shkalla e dëmtimit dhe pasojat e tij (nga një pritje e pajustificueshme deri te rastet e kequshtrimit të profesionit), edhe kur përgjegjësia finale nuk mund të përcaktohet në mënyrë absolute.

²³⁰ Po aty, Për të mbrojtur të drejtat e pacientit shtetasit kanë të drejtë të kryejnë aktivitete për mbrojtjen e të drejtave në fushën e kujdesit shëndetësor. Zbatimi i përmbajtjes së kësaj Karte duhet të kryhet në nivele kombëtare dhe lokale dhe si mjet i shtetasve dhe punonjësve të shëndetësisë të informuar dhe të edukuar Karta mund të promovohet në spitale, në median e specializuar dhe në organizata dhe institucione të tjera të kujdesit shëndetësor. Karta gjithashtu është e këshillueshme të promovohet në shkolla, në universitete dhe në të gjitha vendet e tjera ku adresohen pyetje lidhur me ndërtimin e

Karta e Pacientit ka karakter kryesisht human, sepse i jep të drejtën pacientit për të evituar sa më shumë, që është e mundur, vuajtjen dhe dhimbjen, në çdo fazë të sëmundjes së tij. Pacientët në bazë të kësaj karte gëzojnë të drejtën për ankim si një nga të drejtat më themelore dhe demokratike, çka tregon që pacienti është i mbrojtur nga çdo shkelje që mund t'i bëhet të drejtave të tij dhe të kompensohet nga dëmi i shkaktuar gjatë procesit të marrjes së kujdesit shëndetësor. Familjarizimi dhe njohja e pacientit me të drejtat ligjore që gëzon, përmirëson në mënyrë objektive *“raportin e përjetshëm kontraktual”*, profesionit shëndetësor- pacient.

4.3. Institucionet përgjegjëse për realizimin, zbatimin dhe mbikëqyrjen e sigurimeve shëndetësore në Shqipëri

Sistemi i sigurimeve shëndetësore rregullohet nga ligji organik Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar²³¹, i cili përcakton raportet institucionale ndërmjet organeve përgjegjëse për zbatimin dhe funksionimin e tij. Ky ligj parimisht ndryshoi ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1944 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, dhe solli disa risi në sistemin e sigurimeve shëndetësore. Kështu mbeti e pandryshuar pagesa e kontributeve shëndetësore (e cila vazhdon të jetë 3.4% pavarësisht zgjerimit të skemës)²³², por u krijuan hapësira për një mbrojtje më të plotë sociale, duke përcaktuar qartësisht kontributet e shtetit për shtresat në nevojë, të cilat i

Shqipërisë së të Drejtave. Vëmendje e veçantë duhet t'i përkushtohet aktiviteteve trajnuese dhe edukuese për mjekët, infermierët dhe vendimmarrësve të tjerë të kujdesit shëndetësor

²³¹ Ligji ka hyrë në fuqi në muajin mars të vitit 2013.

²³² Shih nenin 8 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

merr në mbrojtje ky ligj. Po ashtu dhe kategoritë e mbulimit të popullatës nuk pësuan ndryshime²³³, vetëm u saktësuan dhe u krijuan hapësira për përmirësime të mundshme ose shtim të kategorive përfituese, që tashmë mund të miratohen vetëm me ligje të veçanta dhe jo me akte nënligjore siç kanë qënë në ligjin e mëparshëm²³⁴.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor tashmë konfigurohet si i vetmi person juridik, publik, autonom, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë²³⁵. Ai mori kompetenca të rëndësishme në hartimin e paketave të shërbimeve shëndetësore. Ligji gjithashtu solli një ndryshim themelor në koncept, pasi për herë të parë u përcaktuan në mënyrë të qartë marrëdhëniet midis blerësit të shërbimit dhe ofruesve të shërbimi shëndetësor. Fondi, si blerësi i vetëm i shërbimeve shëndetësore, i'u krijuan mundësitë përmes këtij ligji që të krijojë dhe të përdorë mekanizmat përkatës për futjen metodave të reja të pagesave dhe finacimit të shërbimeve shëndetësore²³⁶. Një pikë e rëndësishme është krijimi dhe garantimi me ligj i stabilitetit financiar të Fondit, çka nënkupton mbrojtjen nga borxhet dhe falimentimi. Fakti që shteti kontribuon për popullsinë joaktive, e cila në vitin 2013

²³³ Shih nenin 5 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose nga burime të tjera të përcaktuara me ligj: a) personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore; b) personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës; c) personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit; ç) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë; d) fëmijët nën moshën 18 vjeç; dh) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike; e) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta ».

²³⁴ Neni 8/3, Ligji Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar”Këshilli i Ministrave ka të drejtë të specifikojë grupe të tjera shtetasish, për të cilët duhet të kontribuojë shteti”

²³⁵ Shih nenin 13, pika 1, të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

²³⁶ Shih relacionin shpjegues të ligjit

zinte rreth 76 % të shpenzimeve të Fondit, e bënte akoma më të garantuar këtë stabilitet (Ministria e Punës dhe Çështjeve Sociale, 2013:20).

Gjithashtu Fondit ju dha frymëmarrje në futjen e elementeve të ekonomisë së tregut në skemë përveç rimbursimit të farmacive, duke parashikuar mundësinë e përfshirjes në skemë përmes kontraktimit, edhe të spitaleve jopublike²³⁷ për paketa të caktuara shërbimesh shëndetësore.

4.3.1. Roli i Ministrisë së Shëndetësisë në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor

Sistemi shëndetësor i vendit tonë është kryesisht publik, ku shteti është ai që siguron pjesën më të madhe të shërbimeve, për të cilat popullsia ka nevojë për diagnostikim dhe kurim. Për sa i përket sistemit shëndetësor privat mund të themi që është një fushë në zhvillim dhe ky sistem aktualisht mbulon kryesisht shërbimin farmaceutik, stomatologjik, klinika diagnostikuese specialitetesh, si dhe disa spitale private nga ku aksesimi në këto të fundit është i kufizuar për shkak të elementit territorial sepse ato janë kryesisht të përqendruara në Tiranë. Në sektorin publik, sistemi shëndetësor është tërësisht nën kontrollin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe ka si mision realizimin e politikës shëndetësore në shkallë vendi.²³⁸

²³⁷ Shih neni 10/1/b, të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

²³⁸ Shih <http://www.shendetesia.gov.al/al/ministria/misioni>. Ku përcaktohet se Ministria e Shëndetësisë ka si mision realizimin e politikës shëndetësore të programit të qeverisë. Ajo harton politikën shëndetësore në shkallë vendi, përcakton zhvillimin dhe planifikimin e shërbimit shëndetësor në nivel kombëtar dhe sipas zonave. Harton legjislacionin që përcakton marrëdhëniet në fushën e ruajtjes dhe të mbrojtjes së shëndetit dhe zbaton me rigorozitet legjislacionin në fushën e shëndetësisë. Harton strategjinë e zhvillimit shëndetësor si edhe taktikat e vënies në jetë të programit të qeverisë.

Ministri i Shëndetësisë drejton politikën, organizimin dhe mbikëqyrjen e sistemit të kujdesit shëndetësor, përgatit strategjinë e sistemit të kujdesit shëndetësor, e cila përfshin politika dhe programe përkatëse të shëndetësisë dhe protokolle kombëtare të trajtimit si dhe harton politika për edukimin e vazhdueshëm profesional të burimeve njerëzore në kujdesin shëndetësor²³⁹.

Marrëdhëniet institucionale të Fondit me Ministrinë e Shëndetësisë, si rrjedhojë dhe e trashëgimisë së të kaluarës nuk mund të konsideroheshin të pavarura për shkak të ndërhyrjeve të kësaj të fundit në mënyrë konstante në veprimtarinë e tij.

Raporti që Ministria e Shëndetësisë ka me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nuk është ai i varësisë së drejtpërdrejtë sepse Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është i vetmi institucion publik dhe autonom që menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të Fondit, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave. Fondi zbaton politikat e Ministrisë së Shëndetësisë, pasi financon shërbimet shëndetësore nga ofrues publikë dhe privatë, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë²⁴⁰. Një tjetër aspekt i varësisë së Fondit me Ministrinë e Shëndetësisë është i karakterit “*zbatues, ekzekutiv dhe financiar*”. Neni 23/c dhe d i Ligji Nr. 10 383,

Studion dhe harton programin e investimeve në zhvillimin e infrastrukturës së shërbimit shëndetësor. Kryen drejtimin operativ të shërbimit shëndetësor në shkallë kombëtare dhe sipas zonave. Për realizimin e funksioneve të saj, ajo funksionon sipas organikës dhe sipas strukturës organizative të miratuar. Ministria e Shëndetësisë është e angazhuar në drejtori dhe sektorë sipas strukturës organizative të miratuar nga Këshilli i Ministrave

²³⁹ Shih nenin 4, Ligji nr.10107, datë 30.3.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar

²⁴⁰ Neni 13/2, 2 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, përcakton se transfertat bëhen nga Ministria e Shëndetësisë për subvencionimin e një pjese të pagesave të drejtpërdrejta dhe për shërbimet e kërkuara nga ajo, përtej atyre të buxhetuara ose të kontraktuara nga Fondi.

Marrdhënia midis Fondit dhe Ministrisë së Shëndetësisë, përjashtojnë format e varësisë direkte dhe ndërhyrjes institucionale, në mënyrë të veçantë të Ministrisë të Shëndetësisë ndaj Fondit. Kjo formë është parashikuar në aspektin e propozimit apo amendimit të projekt-ligjeve, pasi Neni 20/k i ligjit, i atribuon kompetencat Këshillit Administrativ për të rekomanduar ndryshime ligjore, nëpërmjet Ministrisë të Shëndetësisë, dhe më tej Këshillit të Ministrave, e cila përlligj të vetmen rrugë kushtetuese në lidhje me propozimet apo amendimet ligjore

Gjithashtu Fondi zbaton politikat shëndetësore të vendosura nga Ministri e Shëndetësisë duke i dhënë një dimension varësie në nivel politikash, pasi e gjithë veprimtaria institucionale politikbërëse e Fondit bëhet në kuadrin e politikave kombëtare, të cilat hartohen nga Ministri e Shëndetësisë²⁴¹.

Fondi merr informacion nga Ministria e Shëndetësisë për politikat, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kanë lidhje me funksionimin e Fondit²⁴².

Kujdesi shëndetësor sigurohet nga një sistem i integruar i shërbimeve shëndetësore dhe një rrjet institucionesh publike të cilat ndjekin politikën Ministrisë së Shëndetësisë.²⁴³

²⁴¹ Shih nenin 13/1 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, ku thuhet se “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë”.

²⁴² Neni 32/2, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

Sistemi shëndetësor publik mund të themi, që është një sistem i centralizuar pasi të gjitha institucionet shëndetësore në nivel kombëtar ose rajonal janë pothuajse në varësi të drejtpërdrejtë të Ministrisë së Shëndetësisë. Ndaj për këtë arsye në funksion të zhvillimit të këtij sistemi rekomandohet të fillohet procesi i decentralizimit të sistemit shëndetësor.

4.3.2. Roli i Institutit të Sigurimeve Shoqërore në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor

Instituti i Sigurimeve Shoqërore është institucion publik, shtetëror e i pavarur dhe drejtohet nga një Këshill Administrativ tripalësh, me përfaqësues të qeverisë, të punëmarrësve dhe të punëdhënësve dhe nga drejtori i përgjithshëm i Institutit të Sigurimeve Shoqërore.²⁴⁴ Instituti i Sigurimeve Shoqërore është institucion që realizon të drejtën e shtetasve për sigurime shoqërore në Republikën e Shqipërisë²⁴⁵.

Çdo individ i cili paguan kontributet e detyrueshme të sigurimeve shoqërore ka të drejtë të përfitojë nga ligji për sigurimet shëndetësore²⁴⁶.

²⁴³ Shih nenin 7, Ligji nr.10107, datë 30.3.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, ku përcaktohet se kujdesi shëndetësor sigurohet nga një sistem i integruar i shërbimeve shëndetësore dhe një rrjet institucionesh publike ose private dhe zbaton sistemin e referimit.Ministria e Shëndetësisë përgatit dhe përditëson, të paktën çdo tri vjet, një plan të rrjetit të integruar të institucioneve të kujdesit shëndetësor publik, për të racionalizuar dhe rritur në maksimum përdorimin e kapacitetit dhe të performancës së çdo spitali dhe për të shmangur mbivendosjen e shërbimeve.Plani i rrjetit të integruar të institucioneve të kujdesit shëndetësor publik përmban llojin dhe numrin e shërbimeve që ato ofrojnë, bazuar në nevojat e popullatës.

²⁴⁴ Shih <http://ëëë.isshe.gov.al/al/rreth-isshe-2/>.

²⁴⁵ Ai u krijua në qershor të vitit 1992, me Vendim të Këshillit të Ministrave, për të administruar sistemin e sigurimeve shoqërore. Skema aktuale e sigurimeve të detyrueshme shoqërore në Shqipëri filloi në vitin 1993 me hyrjen në fuqi të Ligjit Nr. 7703, datë 11.05.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë” dhe është një skemë jofitimprurëse, e ndërtuar mbi parimin e vetëpërgjegjësisë të individit për rreziqet e të ardhmes dhe parimin e solidaritetit midis brezave.

²⁴⁶ Kontributi për sigurim shëndetësor derdhet dhe është pjesë e kontributit të sigurimit shoqëror.

Për të fituar të drejtën e pensionit, personat detyrimisht duhet të kontribuojnë në degën përkatëse për një periudhë sigurimi, që përfshin kohën kur janë derdhur kontributet në skemën e sigurimeve shoqërore. Skema e sigurimit të detyrueshëm mbulon të punësuarit, punëdhënësit dhe të vetëpunësuarit në zonat urbane dhe rurale, me kusht që ata të kenë kontribuar për një kohë të përcaktuar në skemë. Libreza e kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe sigurimit të kujdesit shëndetësor është dokumenti me të cilin pajiset çdo kontributpagues, që evidenton kontributet e paguara dhe shërben si dokument bazë individual për realizimin e së drejtës për përfitime e shërbime. Instituti i Sigurimeve Shoqërore realizon prodhimin dhe plotëson kërkesat e punëdhënësve dhe të vetëpunësuarve me librezat e sigurimeve shoqërore e shëndetësore, kundrejt pagesës së çmimit nga ana e tyre²⁴⁷. Periudha e sigurimit të detyrueshëm fillon në momentin kur personi fillon ligjërisht aktivitetin ekonomik dhe mbaron kur e mbyll atë. ISSH-ja gjatë periudhës kontributive, ka të drejtë të pajisë punëdhënësit²⁴⁸, të vetëpunësuarit²⁴⁹, etj me librezat e kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore, sipas kërkesave që bëhen pranë këtij organi.

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, të gjitha kategoritë e personave që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit. Pra në këtë këndvështrim ligjor-financiar të gjitha

²⁴⁷ Shih Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 77, datë 28.1.2015 “Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor, pika 18.

²⁴⁸ Po aty, pika 19, ku përcaktohet se, Personat juridikë punëdhënës pajisin të punësuarit me librezën e kontributeve të sigurimeve shoqërore e shëndetësore dhe i plotësojnë ato çdo muaj, në datën e pagesës së pagës mujore

²⁴⁹ Po aty, ku përcaktohet se Për të vetëpunësuarit dhe pjesëtarët e familjes, për punëmarrësit e punësuar tek i vetëpunësuarit, që ka statusin “i vetëpunësuar me punëmarrës”, për personat e vetëpunësuar në veprimtari tregtare apo shërbimi, ambulantë, për personat e vetëpunësuar në bujqësi, si dhe për personat e siguruar vullnetarisht, librezat e kontributeve plotësohet dhe vërtetohet nga strukturat lokale të Institutit të Sigurimeve Shoqërore.

kategoritë, që përfitojnë nga skema e sigurimit shoqëror janë automatikisht dhe pjese e mbrojtjes dhe mbulimit të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Këtu mund të përmendim, pensionistët invalidët, gratë me leje lindje etj.

Gjithashtu në kuadrin funksional institucional politikbërës dhe vendimarrës të skemës, Instituti i Sigurimeve Shoqërore është anëtar i Këshillit Administrativ të Fondit²⁵⁰, i cili është organi më i lartë vendimmarrës. Gjithashtu Instituti i Sigurimeve Shoqërore, bashkëpunon me Fondin dhe i transferon atij kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor të të vetëpunësuarve në bujqësi (fermerëve).

4.3.3. Roli i Drejtorisë së Tatimeve në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor

Subjektet juridikë e fizikë, edhe për efekt të deklarimit të pagesës së kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe të sigurimit të kujdesit shëndetësor, regjistrohen në organet tatimore, sipas përcaktimit në ligjin nr. 9920, datë 19.5.2008, “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.²⁵¹

Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve i jep informacion periodik Fondit²⁵² për shumën e kontributeve të mbledhura të sigurimeve shëndetësore nga të gjitha subjektet që janë të

²⁵⁰ Shih nenin 116/1/d, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

²⁵¹ Shih e VKM Nr. 77, datë 28.1.2015, “Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor” i ndryshuar, Kapitulli IV, pika 1, “Regjistrimi dhe evidentimi i kontributeve”

²⁵² Po aty, Kapitulli VI, pika 1/b” Shkëmbimi i informacionit për kontributet dhe pagesat”, ku përcaktohet se Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve, bazuar në procedurën e komunikimit on-line midis sistemeve informatike, të ngritura nga institucionet, dërgon Në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor: i) Deklaratën e listëpagesës me të dhënat përmbledhëse të saj, sipas të gjitha rubrikave, për çdo NIPT; ii) Shumat e kontributeve dhe interesave të derdhura sipas NIPT-eve, muajve dhe bankën ku është bërë derdhja; iii) Listëpagesat për çdo NIPT, me të dhënat sipas të gjitha rubrikave, për çdo person të identifikuar edhe me numrin personal, shuma e kontributeve e të cilave është derdhur plotësisht; iv) Të

detyruara të derdhin kontribute pranë kësaj drejtorie, për numrin e kontribuesve dhe listëpagesat përkatëse²⁵³. Pra Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve, bashkëpunon me Fondin me qëllim krijimin e historikut kontributiv për të punësuarit dhe të vetëpunësuarit. Gjithashtu Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve mbledh kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor nga punëdhënësit, për punonjësit dhe të vetëpunësuarit dhe ia transferon ato Fondit, në përputhje me legjislacionin përkatës në fuqi²⁵⁴. Pagesa e kontributeve për efekt të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore llogaritet mbi pagën bazë minimale dhe atë maksimale²⁵⁵.

Mbi ç'pagë duhet të llogariten kontributet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore për çdo punëmarrës?

Paga minimale mujore për efekt të llogaritjes së kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore nga data 01.01.2015 është 22.000 (njëzet e dy mijë) lekë dhe ajo maksimale deri në 97 030 (nëntëdhjetë e shtatë mijë e tridhjetë) lekë, mbështetur në VKM Nr. 77, datë 28.1.2015 “Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor”, shifra të cilat vlejnë dhe për personat e vetëpunësuar.

Për punonjësit e papaguar të familjes paga minimale mujore, e cila do të merret për efekt të llogaritjes së kontributeve të sigurimeve shoqërore, është e barabartë me pagën

dhënat e mësipërme transmetohen edhe për çdo version të fundit të listëpagesës; v) Listën e subjekteve aktivë, me të dhënat identifikuese dhe numrin e punonjësve. Të dhënat e mësipërme dërgohen në komunikim on-line midis sistemeve informatike të ngritura në të dy institucionet. Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve dhe Fondi i Sigurimit Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor hartojnë marrëveshjet dhe protokollet e përbashkëta të shkëmbimeve elektronike.

²⁵³ Shih nenin 32/3, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”i ndryshuar.

²⁵⁴ Shih nenin 9/1, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”i ndryshuar.

²⁵⁵ Shih <https://www.tatime.gov.al/sq-al/Legjislacioni/Legjislacioni-Tatimor/Pages/Kontributet-e-Sigurimeve-Shoq%C3%ABrore-dhe-Sh%C3%ABndet%C3%ABsore.aspx>.

minimale mujore prej 22 000 (njëzet e dy mijë) lekësh.²⁵⁶ Pagesa e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore kryhet nga punëdhënësi sipas afateve të përcaktuara me ligj.

Kush është baza për llogaritjen e kontributeve për efekt të sigurimeve shëndetësore?

Baza për llogaritjen e kontributit është si më poshtë ²⁵⁷.

- Baza për llogaritjen e kontributit është paga bruto e personit të siguruar
- Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi, së bashku me miratimin e buxhetit vjetor.
- Baza për llogaritjen e kontributit për punonjësit e vetëpunësuar është dyfishi i pages minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve. Paga minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve për të vetëpunësuarit në qytet dhe në fshat, përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.
- Për kategori të veçanta personash, të cilët kryejnë veprimtari ekonomike profesionale, përfshirë edhe punonjësit e papaguar të familjes që punojnë e bashkëjetojnë me të vetëpunësuarin, profesionet, paga për efekt të llogaritjes së kontributeve, nga paga minimale deri në pagën maksimale, si dhe kriteret e përcaktimit të saj caktohen nga Këshilli i Ministrave.

²⁵⁶ Shih pika c, VKM Nr. 77, datë 28.1.2015, “Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor” i ndryshuar.

²⁵⁷ Shih nenin 7 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

- Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve

Kontributet e sigurimeve shëndetësore duhet të paguhen në kohë sipas afatave të caktuara dhe nqs nuk paguhen në kohe zbatohen gjoba dhe penalitete.

Neni 37 i Ligjit Nr.10383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar,²⁵⁸ ka parashikuar një sërë gjobash, në lidhje me kundërvajtjet administrative të kontribuesve dhe në varësi të tyre do të vendosen sanksione dhe gjoba, të cilat do të jenë në përputhje me Ligjin Nr. 9920, datë 19.5.2008 “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.²⁵⁹ Gjjobat mbliidhen për llogari të Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve, e cila është përgjegjëse për administrimin e këtyre llogarive, si për të gjitha llogaritë e tjera, për të ardhurat tatimore.²⁶⁰

258 Shih nenin 37, ku përcaktohet se Mosregjistrimi ndëshkohet me gjobë me 25 000 lekë për çdo shkelje; b) vonesat e punëdhënësve në pagesën e kontributeve ndëshkohen me gjobë të barabartë me 5 për qind të shumës së kontributeve të papaguara. Në asnjë rast shuma nuk mund të jetë më e vogël se 10 000 lekë; c) evazioni për pagesën e kontributeve, deklarimi i kontributeve më të ulëta dhe vërtetimi i rremë, kur nuk përbëjnë vepër penale, dënohen me gjobë të barabartë me 100 për qind të diferencës së shumës së përlllogaritur nga ajo që duhet të ishte në fakt; ç) refuzimi për dhënien e informacionit, në përputhje me dispozitat e këtij ligji, dënohet me gjobë 10 000 - 50 000 lekë për çdo shkelje.

259 Shih nenin 37/2 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar.

260 Shih Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 77, datë 28.1.2015 “Për kontributet e detyrueshme dhe përfitimet nga sistemi i sigurimeve shoqërore dhe sigurimi i kujdesit shëndetësor”, Kapitullin v, pika1,”Procedurat e kalimit të kontributeve dhe mbledhja e borxheve, kontributet, gjjobat dhe interesat e lidhura me to, paguhen nga punëdhënësit dhe nga të vetëpunësuarit në llogaritë bankare të përcaktuarapër këtë qëllim, të çelura në bankat e nivelit të dytë, apo edhe nëpërmjet “Postës Shqiptare”, sh.a, për llogari të Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve, e cila është përgjegjëse për administrimin e këtyre llogarive, si për të gjitha llogaritë e tjera, për të ardhurat tatimore. Dokument bazë për pagesën e tyre është urdhërpagesa e printuar nga sistemi informatik, bazuar në deklaratën e listëpagesës, njoftimin e vlerësimit për detyrimet dhe çdo dokument tjetër ligjor, i miratuar për këtë qëllim”.

4.3.4. Roli i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor

Sigurimet shëndetësore në Shqipëri janë institucionalizuar në përputhje me ligjin Nr. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, i cili bëri shndërrimin nga ISKSH, në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit. Institucionalizimi i sigurimeve shëndetësore është një element i rëndësishëm i reformës në sistemin shëndetësor dhe është me rëndësi kyçe për financimin e kujdesit shëndetësor, rritjen e burimeve shëndetësore dhe arritjen e përmirësimeve në cilësinë e shërbimeve shëndetësore. Objektivi i këtij institucioni është menaxhimi dhe financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të Fondit²⁶¹, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave. Nisur nga kompetencat e parashikuara nga ligji Fondi zbaton skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor, duke synuar të sigurojë fleksibilitet e besueshmëri maksimale në financimin e shërbimeve shëndetësore dhe transparencë në administrim.

²⁶¹ Shih nenin 14/2 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, ku përcaktohet se Statuti i Fondit përcakton, ndërmjet të tjerave: a) strukturën e përgjithshme organizative të Fondit, funksionet dhe përgjegjësitë përkatëse; b) procedurat e miratimit e të ndryshimit të rregullave procedurale për veprimtarinë e këshillit administrativ, Drejtorinë e Përgjithshme dhe zyrat vendore; c) marrëdhëniet ndërmjet këshillit administrativ, Drejtorit të Përgjithshëm dhe zyrave vendore; ç) procedurat për hartimin, ndryshimin dhe zbatimin e rregulloreve administrative, rregulloreve të organizimit dhe të personelit, rregulloret ekonomike, të auditimit dhe të kontabilitetit, si dhe procedura e rregullore të tjera, të nevojshme për veprimtarinë e Fondit; d) masën e shpërblimit për pjesëmarrjen e anëtarëve në këshillin administrativ; dh) marrëdhëniet ndërinstitutionale brenda dhe jashtë vendit; e) kriteret ligjore dhe profesionale të përzgjedhjes së Drejtorit të Përgjithshëm.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit. Në nenin 15 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, përcaktohet se ky institucion drejtohet nga²⁶²:

- Këshilli Administrativ²⁶³
- Drejtori i Përgjithshëm²⁶⁴

Nisur nga rëndësia dhe nga larmia e funksioneve të këtyre organeve drejtuese të Fondit, si dhe të funksionit të tyre në zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, më poshtë do të trajtojmë në mënyrë të detajuar organizimin, funksionimin dhe rëndësinë e këtyre institucioneve.

²⁶² Shih <http://ëëë.fsdksh.com.al/fsdksh/organet-drejtuese>.

²⁶³ Shih nenin 3, “Statuti i Fondit”, ku përcaktohet, se Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i Fondit dhe përbëhet nga 7 anëtarë, përkatësisht: a) ministri i Shëndetësisë ose përfaqësuesi i tij; b) ministri i Financave ose përfaqësuesi i tij; c) ministri i Mirëqenies Sociale dhe Rinisë ose përfaqësuesi i tij; d) drejtori i Përgjithshëm i Fondit ose përfaqësuesi i tij; e) drejtori i Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesi i tij; f) një përfaqësues i sindikatës së të punësuarve të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave; g) një përfaqësues i organizatës së profesionistëve të shëndetësisë, të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave. 2. Koha e shërbimit të anëtarëve në Këshillin Administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës

²⁶⁴ Shih nenin 9, “Statuti i Fondit”, ku përcaktohet, se Drejtori i Përgjithshëm zgjidhet nga Këshilli Administrativ mes jo më pak se tre kandidaturave të paraqitura nga anëtarët e Këshillit Administrativ. Çdo anëtar i KA-së, me përjashtim të drejtorit të Përgjithshëm, ka të drejtën të paraqesë kandidatura për drejtor të Përgjithshëm. Anëtarët përzgjedhin kandidaturat ndërmjet personaliteteve të fushës që ata përfaqësojnë në Këshillin Administrativ dhe që plotësojnë kriteret e mëposhtme: a) të mos jetë i dënuar me vendim gjyqësor të formës së prerë për ndonjë vepër penale; b) të ketë mbaruar arsimin e lartë për menaxhim shëndetësor/ mjekësi/ ekonomik/ juridik/ farmaci; c) të ketë një eksperiencë pune në fushën e shëndetësisë/ menaxhimit shëndetësor/ administratë të paktën 10 vjet; d) të ketë punuar në drejtimin e institucioneve shëndetësore; e) të ketë kualifikime pasuniversitare; f) të flasë dhe të shkruajë rrjedhshëm një nga gjuhët e Komunitetit Evropian. 2. Këshilli zgjedh drejtorin e Përgjithshëm, me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të të gjithë anëtarëve të Këshillit Administrativ. 3. Koha e ushtrimit të detyrës së drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet.

Këshilli Administrativ²⁶⁵ është organi më i lartë vendimmarrës i Fondit, i cili zhvillon procedurën dhe vendos për zgjedhjen, emërimin apo shkarkimin e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit.

- Cakton përbërjen e anëtarëve të komisioneve teknike për hartimin e paketave shëndetësore.
- Miraton projektin e paketave të shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik dhe i dërgon në Ministrinë e Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave.
- Cakton rregullat për funksionimin e komisioneve teknike, për kontraktimin dhe shpërblimin e anëtarëve të tyre, si dhe për kriteret e hartimit të paketave të shërbimeve. Miraton përbërjen nominative të komisioneve teknike.
- Miraton rregullat ekonomike e financiare, procedurale, të kontrollit, si dhe rregulla të tjera të brendshme.

²⁶⁵ Shih nenin 5, (për më tepër) “Statuti i Fondit”, ku përcaktohet, se Këshilli Administrativ miraton rregullat e hartimit të Regjistrit të Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore, si dhe të përfshirjes së subjekteve në të. g) Miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor të paraqitur nga drejtori i Përgjithshëm. gj) Miraton projekt-buxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tri vitet e ardhshme. h) Miraton nivelet e pagave të punonjësve të Fondit, brenda kufirit minimal, të caktuar nga Këshilli i Ministrave dhe atij maksimal që është paga e drejtorit të Përgjithshëm. i) Miraton kriteret për kontraktimin dhe shpërblimin e ekspertëve të jashtëm që kontribuojnë për Fondin. j) Miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit. k) Përcakton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit. l) Aprovon projekt-statutin e Fondit, rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon ministrit të Shëndetësisë për t’i miratuar në Këshillin e Ministrave. ll) Miraton rregullat dhe procedurën e funksionimit të komitetit të shqyrtimit administrativ të Fondit, të propozuara nga drejtori i Përgjithshëm. m) Miraton propozimin e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për anëtarësimin në organizma ndërkombëtarë në fushën e sigurimeve shëndetësore. n) Miraton rregullat dhe procedurat e zbatimit të paketave të shërbimit nga dhënësit e kontraktuar. nj) Miraton kriteret e përfitimit të shërbimit të paketave, në mënyrë përjashtimore kur vërtetohet se rrezikohet shëndeti i pacientit, si dhe rastet e këtyre përfitimeve. o) Miraton rastet e rimbursimit të personave të siguruar, si dhe rregullat e procedurat e rimbursimit të personave të siguruar, që marrin shërbime nga dhënësit e shërbimit shëndetësor brenda vendit, që nuk kanë kontratë me Fondin, vetëm në mungesë të dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore. p) Vendos për çështjet e tjera të parashikuara me ligj.

- Miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat e dhënësve të shërbimit, duke synuar në stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve privatë dhe publikë ndaj komunitetit.
- Miraton mënyrën e pagesës së dhënësve të shërbimit shëndetësor dhe të stafit të tyre në institucionet shëndetësore publike të kontraktuara etj.

Drejtori i Përgjithshëm zgjidhet me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të të gjithë anëtarëve të Këshillit Administrativ

Drejtori i Përgjithshëm ka këto kompetenca²⁶⁶:

- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ, projektstatutin, rregulloret ekonomike, financiare, procedurale, të auditimit dhe të kontrollit, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;
- Drejton veprimtarinë e Fondit në përputhje me statutin, rregulloret dhe vendimet e miratuara nga Këshilli Administrativ;

²⁶⁶ Shih nenin 10(për më tepër), Statuti i Fondit, ku përcaktohet se drejtori i përgjithshëm propozon në Këshillin Administrativ për hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e drejtorive rajonale të Fondit; i) Zbaton detyra të tjera që i ngarkon Këshilli Administrativ; j) Mund të ngrejë komisione ose komitete “ad hoc” për ta ndihmuar në kryerjen e funksioneve të tij; k) Përgatit raport vjetor në lidhje me financën, administrimin, kontraktimin, paketën e shërbimeve shëndetësore dhe popullsinë, mbuluar nga sigurimi shëndetësor i detyrueshëm, të cilin e paraqet në Këshillin Administrativ; l) I përgjigjet kërkesave specifike të informacionit për pjesën e buxhetit që financohet nga buxheti i shtetit, që mund të kërkojë Ministria e Financave gjatë vitit; ll) Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloren, si dhe kushtet dhe përmbajtjen e kontratave të sigurimit shëndetësor vullnetar; m) Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloret mbi procedurat e verifikimit dhe të kontrollit të kërkesave për pagesë; n) Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregullat dhe procedurën e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ në zyrën qendrore ose vendore; nj) Këshillohet me specialistë të jashtëm për çështje që kanë të bëjnë me njohuri të veçanta; o) Lidh marrëveshje ndërinstitucionale për shkëmbimin në mënyrë të vazhdueshme të informacionit të nevojshëm për veprimtarinë e Fondit me entet private dhe publike; p) Lidh marrëveshje me institucione të huaja ose organizata joqeveritare në fushën e sigurimeve shëndetësore, sipas dispozitave ligjore në fuqi; q) Miraton marrjen pjesë në aktivitete ndërkombëtare, sipas marrëveshjeve të miratuara; r) Nxjerr urdhra e udhëzime të ndryshme për mbarëvajtjen e punës së Fondit dhe vendos sanksione në përputhje me legjislacionin në fuqi; rr) Emëron Komitetin e Shqyrtimit Administrativ; s) Emëron sekretarin e Këshillit Administrativ nga radhët e zyrtarëve të Fondit dhe ia kalon KA-së për miratim; sh) Kryen detyra të tjera që i ngarkon Këshilli Administrativ.

- Propozon në Këshillin Administrativ numrin e përgjithshëm të punonjësve;
- Miraton, strukturën e brendshme, përshkrimet e punës së Drejtorisë së Përgjithshme dhe të zyrave vendore, si dhe rregulloret e organizimit dhe funksionimit të përgjithshëm të Fondit;
- Emëron e shkarkon nëndrejtorët e Përgjithshëm të Fondit;
- Emëron dhe shkarkon personelin e Drejtorisë së Përgjithshme, drejtuesit e drejtorive rajonale, agjencie;
- I propozon Këshillit Administrativ sistemin e pagave të Fondit;
- Propozon në Këshillin Administrativ politikat e zhvillimit të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Përfaqëson Fondin në marrëdhëniet juridike me të tretët, mediat, si dhe në komunikimin me personat e siguruar dhe dhënësit e shërbimit shëndetësor;
- Zbaton vendimet e Këshillit Administrativ dhe raporton për veprimtarinë e tij;
- U delegon kompetencat drejtorive rajonale të Fondit etj.

Neni 22, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, përcakton raportimin si formë e kontrollit, ku thuhet se “Drejtori i Përgjithshëm përgatit raportin vjetor për financën, administrimin, kontraktimin, paketën e shërbimeve shëndetësore dhe popullsinë e mbuluar nga siguri i detyrueshëm shëndetësor, të cilin e paraqit në këshillin administrativ. Gjithashtu Drejtori i Përgjithshëm i përgjigjet kërkesave specifike të informacionit për pjesën e buxhetit, që financohet nga Buxheti i Shtetit, që mund të kërkojë Ministria e Financave gjatë vitit”.

Fondi e ushtron veprimtarinë e tij nëpërmjet strukturave të tij organizative, që përbëhen nga zyra qendrore e Fondit, zyrat vendore nga ku zyra qendrore e Fondit emërtohet Drejtoria e Përgjithshme e Fondit dhe e ka selinë në Tiranë, ndërsa zyrat vendore përbëhen nga drejtoritë rajonale të Fondit, Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare e Fondit, degët dhe agjencitë ²⁶⁷.

²⁶⁷ Shih nenet 14,15,16, “Statuti i Fondit”, ku përcaktohet se Drejtoritë rajonale janë organe në varësi të Fondit. Ato përfaqësohen nga drejtori i drejtorisë rajonale. Ato zbatojnë dhe kontrollojnë veprimtarinë e Fondit në hapësirën e tyre administrative në nivel qarku. Drejtorët e drejtorive rajonale dhe zëvendësdrejtorët emërohen nga drejtori i Përgjithshëm. Personeli i drejtorive rajonale emërohet nga drejtori i drejtorisë rajonale. Drejtoritë rajonale sigurojnë mbledhjen e kontributeve të sigurimit shëndetësor, identifikojnë dhe pajisin me dokumentin që vërteton sigurimin shëndetësor të personave të siguar, lidhin kontrata me dhënësit e shërbimit shëndetësor të qarkut, mbikëqyrin zbatimin e kontratave të lidhura dhe bëjnë pagesën e tyre sipas mënyrave të parashikuara në to. Ato mbledhin, përpunojnë dhe analizojnë informacionin që lidhet me zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm, zbatojnë rregullat për sigurimin vullnetar, si dhe zbatojnë të gjitha detyrat e deleguara nga drejtori i Përgjithshëm në rregulloren e funksionimit të Drejtorisë Rajonale të Fondit. Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare e Fondit është organ i Fondit. Ajo përfaqësohet nga drejtori i kësaj drejtorie dhe ushtron veprimtarinë e Fondit lidhur me shërbimet spitalore universitare të Tiranës. Struktura e kësaj drejtorie miratohet nga drejtori i Përgjithshëm. Drejtori dhe zëvendësdrejtori emërohen nga drejtori i Përgjithshëm i Fondit. Personeli i Drejtorisë së Shërbimeve Spitalore Universitare të Fondit, emërohet nga drejtori i drejtorisë. Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare e Fondit është përgjegjëse për lidhjen dhe zbatimin e kontratës së lidhur me QSUT-në, si dhe me spitalet e tjera universitare të Tiranës për financimin e kujdesit spitalor shëndetësor nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor. Ajo identifikon, zbaton dhe kontrollon sistemin e referimit të pacientit në shërbimin spitalor, si dhe kontrollon rimbursimin e barnave të shtrenjta që tregtohen në farmacinë e QSUT-së. Kjo drejtori kontrollon kërkesat për pagesat lidhur me dhënien e shërbimit shëndetësor të paketave të shërbimeve dhe realizon financimin e tyre, mbledh, përpunon dhe analizon informacionin që lidhet me zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm në spitale dhe zbaton të gjitha detyrat e deleguara nga drejtori i Përgjithshëm në rregulloren e funksionimit të Drejtorisë së Shërbimeve Spitalore Universitare të Fondit. Degët e sigurimeve shëndetësore janë njësi në varësi të drejtorive rajonale, që mbulojnë territorin në të cilin shtrihet dega. Kryetari i degës emërohet nga drejtori i Përgjithshëm, ndërsa personeli i degës emërohet nga drejtori i drejtorisë rajonale përkatëse. Degët janë përgjegjëse për mbledhjen e kontributeve në rrethin që përfaqësojnë. Ato identifikojnë dhe pajisin me dokumentin që vërteton sigurimin shëndetësor të personave të siguar, lidhin kontrata me dhënësit e shërbimit shëndetësor të rrethit që përfaqësojnë, mbikëqyrin zbatimin e kontratave të lidhura dhe bëjnë pagesën e tyre sipas mënyrave të parashikuara në kontrata. Degët mbledhin, përpunojnë dhe analizojnë informacionin që lidhet me zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm dhe i raportojnë në drejtorinë rajonale. Ato zbatojnë rregullat për sigurimin vullnetar dhe zbatojnë të gjitha detyrat e deleguara nga drejtori i Përgjithshëm në rregulloren e funksionimit të degës. Agjencitë janë njësi në varësi të drejtorisë rajonale të Fondit. Ato ushtrojnë veprimtarinë e Fondit në nivelin e rrethit. Kryetari i agjencisë emërohet nga drejtori i Përgjithshëm, ndërsa personeli i agjencisë emërohet nga drejtori i drejtorisë rajonale. Agjencitë përgatisin kontratat me qendrat shëndetësore, me mjekët specialistë, me farmacitë dhe agjencitë farmaceutike në nivel rrethi, të cilat nënshkruhen nga drejtori i drejtorisë rajonale. Ato administrojnë recetën e rimbursueshme dhe librezën e shëndetit, bazën materiale të nevojshme të infrastrukturës të sigurimit të kujdesit shëndetësor për dhënësit e shërbimeve shëndetësore dhe farmaceutike, si: regjistra themeltarë, regjistrë vizitash, kartela individuale, lista të barnave, receta pa rimbursim dhe rekomandime. Agjencitë ushtrojnë kontroll

Në lidhje me raportet që ka Fondi me institucionet në varësi të tij shprehemi, që këto institucione përveç varësisë së drejtpërdrejtë nga Fondi, janë të detyruara të zbatojnë skemën e sigurimeve të Kujdesit Shëndetsor në nivele të ndryshme organizimi.

Në lidhje me treguesit e zhvillimit makroekonomik të të dhënave për prodhimin e përgjithshëm bruto Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon me Ministrinë e Financave. Bashkëpunimi me këtë Ministri vijon dhe për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimit shëndetësor e cila realizohet nëpërmjet Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve. Gjithashtu, Fondi lidh marrëveshje ndërinstitutionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike. Fondi merr dhe analizon informacionin e tyre lidhur me kategoritë e të siguruarve si dhe të dhëna të tjera të domosdoshme për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Bashkëpunim ndërinstitutional ka gjithashtu me Ministrinë e Inovacionit dhe Administratës Publike, Ministrinë e Punëve të Brendshme, Institutin e Sigurimeve Shoqërore etj.

➤ *Burimet, struktura financiare dhe fondi rezervë*

Skema e sigurimeve shëndetësore, si elemnet përbërës i mbrojtjes shoqërore, është ideuar në mënyrë të tillë, që tu ofrojë individëve që janë pjesë përbërëse e saj, mbrojtje shëndetësore. Skemat e sigurimeve shëndetësore janë konceptuar si sisteme të

mbi qendrat shëndetësore dhe farmacitë për zbatimin e përgjegjësiwe kontraktuale, sipas një plani të miratuar nga drejtori i drejtorisë rajonale.

rëndësishme financiare dhe ekonomike, që lidhen ngushtësisht me elementët makroekonomikë të një vendi.

Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor është përgjegjës për administrimin e fondit të kontributeve të sigurimeve shëndetësore dhe fondeve që akordohen nga buxheti i shtetit për zhvillimin e aktivitetit financiar të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Të dhënat statistikore të Fondit, tregojnë se nëse nuk do të kishte subvencion nga buxheti i shtetit, për kategorinë e personave ekonomikisht joaktivë, nuk do të mund të realizohej financimi i skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Shpenzimet e nevojshme për financimin e sistemeve të sigurimeve shëndetësore janë një investim për një perspektivë afatgjatë për njerëzit. Kontributet e shtetit për sigurimet shëndetësore të vlerësuara në raport me kontributet e popullsisë, janë përcaktuese për qëndrueshmërinë financiare të skemës së sigurimit shëndetësor. Shoqëritë që investojnë në sigurimet shëndetësore përballen me një popullsi të shëndetshme dhe produktive, që sjell siguri ekonomike pa barrierat e përjashtimit social.

Burimet financiare të Fondit ose të ardhurat e Fondit²⁶⁸ janë të natyrave të ndryshme duke filluar që nga kontributet e detyrueshme të sigurimeve shëndetësore, transfertat

²⁶⁸ Shih neni 23, kapitulli IV, Burimet e financimit, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Fondi ka burimet e financimit si më poshtë: a) kontributet e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, sipas pikës 1 të nenit 5 të këtij ligji; b) kontributin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor prej Buxhetit të Shtetit nga personat ekonomikisht joaktivë, sipas pikës 2 të nenit 5 të këtij ligji; c) kontributet e sigurimit shëndetësor vullnetar, sipas pikës 3 të nenit 5 të këtij ligji; ç) transfertat nga Ministria e Shëndetësisë për subvencionimin e një pjese të pagesave të drejtpërdrejta, sipas pikës 2 të nenit 11 të këtij ligji; d) transfertat nga Ministria e Shëndetësisë për shërbimet e kërkuara nga ajo, përtej atyre të buxhetuara ose të kontraktuara nga Fondi; dh) transfertat e miratuara në Buxhetin e Shtetit për balancimin e buxhetit të

nga Ministria e Shëndetësisë për subvencionimin e një pjese të pagesave të drejtpërdrejta, e deri te kontributet e natyrave të ndryshme të cilat bëhen në adresë të Fondit.

Struktura financiare e Fondit ²⁶⁹ përbëhet nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor që përfshin të gjitha të ardhurat nga kontributet, burimet e përmendura në dispozitën më lart, të ardhurat nga fondi rezervë, si dhe shpenzimet për pagesën e paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor nën skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor; sigurimi shëndetësor vullnetar, i cili konsiston në të ardhurat dhe shpenzimet nën kontratat e sigurimeve shëndetësore, fondi rezervë i sigurimeve të detyrueshme. Administrimi përfshin shpenzimet korrente dhe kapitale për menaxhimin e Fondit.

➤ *Krijimi dhe përdorimi i fondit rezervë*

Një zë të veçantë në strukturën financiare zë Fondi rezervë ²⁷⁰ i sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor. Ai përbëhet nga tepricat e akumulueshme të të ardhurave ndaj shpenzimeve. Fondi rezervë është një fond emergjence për mbulimin e lëvizjeve të përkohshme dhe deficiteve operative në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor. Fondi rezervë nuk duhet të kalojë dhjetë për qind (10%) të shpenzimeve vjetore të Fondit. Këshilli Administrativ i Fondit i propozon Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Financave përdorimin e fondit rezervë, në raste delikate si, për

Fondit ose për kompensimin e mosrealizimit të kontributeve në procesin e zbatimit të buxhetit. e) burime të tjera, dhurime, grante nga burime kombëtare dhe ndërkombëtare.

²⁶⁹ Neni 24, kapitulli IV, Burimet e financimit, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

²⁷⁰ Neni 23, “Statuti i Fondit”, si dhe Neni 7, kapitulli, Rregullorja financiare

disbalancimin e mundshëm të buxhetit të sigurimeve shëndetësore gjatë vitit, për përballimin e fatkeqësive natyrore etj. Fondi rezervë administrohet veçmas nga buxheti dhe ka një llogari të veçantë në Bankën e Shqipërisë. Fondi investon në instrumente të politikës monetare, siç janë investimi në bono pranë Bankës së Shqipërisë.

Financimi i skemës së sigurimeve shëndetësore karakterizohet nga autonomia financiare pasi Fondi, ka të drejtën për të propozuar dhe të drejtën për t'u vetëfinancuar nga një buxheti të veçantë.

KAPITULLI V: PËRFITIMET E SKEMËS SË SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR, KONTRATAT DHE JURISPRUDENCA E GJYKATAVE SHQIPTARE

5.1. Përfitimet e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit

Politikat shëndetësore në Bashkimin Evropian konsiderohen si politika ku shtetet anëtare kanë autonomi të gjerë në vendim-marrje bazuar në kushtet ekonomike dhe sociale në vendet e tyre. Pra, organizimi dhe menaxhimi i sistemeve shëndetësore sipas BE mbetet përgjegjësi e vetë shteteve²⁷¹. Veprimet e BE-së përbehen nga politikat nacionale të shteteve, dhe ajo inkurajon bashkëpunimin midis shteteve anëtarëve në fushën e shëndetësisë. Por, gjithsesi definimi i politikave nacionale shëndetësore mbetet kompetencë ekskluzive e shteteve anëtare të BE-së (Jorens.Y 2003:90). Për sa i përket rregullimit ligjor të kujdesit shëndetësor, BE-ja ka aprovuar një sërë dokumentesh ligjore që mbulojnë vetëm disa çështje të shëndetit publik.

Një ndër objektivat e Qeverisë Shqiptare në fushën e mbrojtjes shëndetësore është përmirësimi i skemës aktuale të sigurimeve shëndetësore dhe reformimi i saj në kuadër të parimeve dhe linjave të Bashkimit Evropian. Që në fillimet e saj, skema e sigurimit shëndetësor u mbështet në një sërë parimesh siç janë solidariteti, barazia, mbulimi me

²⁷¹ Bashkimi Evropian përpiqet që të arrijë nivel më të lartë të kujdesit shëndetësor përmes të gjitha politikave dhe aktiviteteve evropiane, në pajtueshmëri me nenin 168 të Traktatit për funksionimin e Bashkimit evropian. Për këtë qëllim veprimet e BE nuk duhet te përfshijnë definimin e politikave shëndetësore dhe as organizimin, dhe ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe kujdesin shëndetësor. Politika shëndetësore Evropiane përbehet prej zhvillimit të kompetencave të shpërndara me plotësimin nga politikat nacionale. Shtetet anëtare të BE-së mund të bashkëpunojnë me shtetet e treta dhe organizatat tjera kompetente ndërkombëtare.

sigurim shëndetësor për kategoritë sociale, partneriteti midis dhënësve të shërbimit shëndetësor dhe ISKSH/së, etj.

Skema e sigurimeve shëndetësore shqiptare u krijua në bazë të Ligjit Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, dhe që në hapat e parë të krijimit, ishte e kufizuar në gamën e shërbimeve që ofronte.²⁷² Me kalimin e kohës skema evoluoi gradualisht, në raport me nevojat e shoqërisë duke e zgjeruar gamën e shërbimeve shëndetësore të mbuluara. Këto ndryshime u pasqyruan në Ligjin Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, i cili ofron modelin aktual të skemës së sigurimeve shëndetësore. Skema e krijuar udhëhiqet mbi parimin e gjithëpërfshirjes sociale dhe synon gjithashtu të ofrojë akses të barabartë për të gjithë qytetarët për një shërbim sa më efikas dhe cilësor²⁷³. Mekanizmi kryesor i funksionimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore. Skema e sigurimeve shëndetësore aktualisht mbulon (Beci & Belishova & Kola, 2015:62):

- Shërbimin parësor, përveç qendrave komunitare;
- Shërbimin spitalor, përveç spitaleve psikiatrike;
- Listën e barnave të rimbursueshme.

²⁷² Kjo për faktin sepse kjo skemë mbulonte vetëm një listë të vogël me bazë barnash të rimbursueshme dhe pagesën e mjekut të familjes dhe specialist në sistemin publik.

²⁷³ Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili e menaxhon skemën në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. Fondi përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit, në parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës.

Skema e sigurimeve të detyrueshme shëndetësore synon mbulimin e popullsisë në përfitimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, bazuar në parimin e solidaritetit²⁷⁴.

Politikat e reja, të ndërmarra për funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, përmes Kontrollit Mjekësor Bazë pa pagesë për grupmoshën 40-65 vjeç, synojnë që të gjithë qytetarët rezidentë në Shqipëri të kenë akses të plotë te shërbimet shëndetësore bazë dhe t'i përfitojnë ato pa pagesë²⁷⁵.

Në nenin 10 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, përcaktohet se siguri i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:²⁷⁶

- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike;
- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore të kujdesit parësor në spitale private;

²⁷⁴ Parimi i solidaritetit në Bashimin European është një parim i rëndësishëm që bazohet në shpërndarjen e përfitimeve, p.sh. mirëqenie dhe detyrime në mënyrë të barabartë dhe të drejtë ndërmjet anëtarëve. Parimi i solidaritetit përdoret shpesh në kontekstin e mbrojtjes sociale. Për shembull, ky parim është përdorur nga ana e Gjykatës së Drejtësisë në një rast ku ankimi ishte paraqitur nga persona të vetëpunësuar, sipas të cilëve kontributet e detyrueshme për fondin e përbashkë të krijuar për të siguruar mbrojtje sociale shkelte parimin e konkurrencës së lirë në ekonominë e tregur, siç parashikohej në nenet 81-82 EC. Në rastin *Poucet vs. Assurances générales de France (AGF) et Caisse mutuelle régionale de Languedoc-Rousillon (Camulrac)*, *Pistre vs. Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance viellesse des artisans (Cancava)*, Rasti C-159/91 dhe C-160/91, [1993] ECR 637, qeveria franceze në argumentat e saj të dhëna përpara Gjykatës, citonte nenet L 111-1 të Kodit për Sigurimet Shoqërore, i cili përkufizon parimet e mbrojtjes sociale në Francë (solidaritet etj)

²⁷⁵ Kjo iniciativë synon mbulimin universal të popullatës me shërbime shëndetësore. Realizimi i mbulimit universal të skemës së shërbimit shëndetësor realizohet në sajë të disa parimeve, të cilat qëndrojnë në themel të kësaj skeme dhe pa të cilët nuk do të gëzonim një standard të lartë të shërbimeve shëndetësore Shih VKM Nr. 185, datë 2.4.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40-65 vjeç”.

²⁷⁶ Shih nenin 10/1 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe shih Beci.A & Belishova.A & Kola. E (2015) “Financimi i Shërbimeve shëndetësore në Shqipëri”, FSDKSH, Tiranë f. 62.

Aktualisht skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e paguesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Metoda e financimit për të mbuluar kujdesin shëndetësor për shërbimet e ofruara ndaj personave të siguruar, bëhet kryesisht përmes kontraktimit, me dhënësit e shërbimeve shëndetësore. Pra kemi aplikimin e sistemit në “natyrë”, ku i siguruari nuk paguan direkt mjekun, por është skema e sigurimeve shëndetësore e cila rimbureson dhe paguan dhënesit e shërbimeve shëndetësore.

Institucionalizimi i sigurimeve shëndetësore është një element i rëndësishëm i reformës në sistemin shëndetësor dhe është me rëndësi kyçe për financimin e kujdesit shëndetësor, rritjen e burimeve shëndetësore dhe arritjen e përmirësimeve në cilësinë e shërbimeve shëndetësore

5.1.1. Përfitimet e shërbimeve shëndetësore në kuadrin e kujdesit parësor

Kuptimi që OBSH-ja jep për shëndetin është gjithëpërfshirës, pasi sipas OBSH-së shëndeti është “gjendja e mirëqenies së plotë fizike psikologjike dhe sociale edhe jo vetëm mungesë e sëmundjes apo e të qenit i/e pamundur”.²⁷⁷ Qëllimi final i shërbimit shëndetësor parësor është shërbim shëndetësor më i mirë për të gjithë. Kështu në lidhje me këtë OBSH ka identifikuar pesë elemente kyç për të arritur këtë qëllim:²⁷⁸

²⁷⁷ Shih VKM-në Nr. 101, datë 4.2.2015, “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”.

²⁷⁸ http://ëëë.ëho.int/topics/primary_health_care/en/

- Të ulë ndjeshëm pabarazitë sociale dhe përjashtimin e grupeve të marxhinalizuara (reformat e mbulimit universal në shëndetësi);
- Organizimi i shërbimeve shëndetësore rreth njerëzve në nevojë dhe sipas pritshmërive (reformat në dhënien e shërbimit);
- Integrimi i shëndetit në të gjithë sektorët (reforma për politika publike);
- Ndjekja e modeleve bashkëpunuese për politika dialoguese (reformat drejtuese) ;
- Rritja e pjesëmarrjes së palëve të interesuara.

Aktualisht referimi kyç, i cili bëhet për shëndetin e popullsisë si dhe për zhvillimin e sistemeve shëndetësore është Kujdesi Shëndetësor Parësor²⁷⁹ (KSHP). Projekti i një Pakete të shërbimeve shëndetësore në Shërbimin Parësor u konceptua për herë të parë në vitin 2006. Kjo paketë u hartua nga një grup ekspertësh, me mbështetjen e USAID-it, për t'u miratuar më pas, me VKM-në Nr. 857, datë 20.12.2006, “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”. Për shkak të evoluimeve në disa shërbime të Kontrollit Shëndetësor Parësor, paketa bazë e shërbimeve u rivlerësua përsëri nga një grup ekspertësh të Fondit dhe Ministrisë së Shëndetësisë dhe në shkurt të vitit 2015, Këshilli i Ministrave miratoi paketën e re të shërbimeve shëndetësore të kujdesit shëndetësor

²⁷⁹ Termi “Kujdes Shëndetësor Parësor” (KSHP) u përdor për herë të parë në vitin 1978, pas Konferencës Ndërkombëtare të Kujdesit Parësor Shëndetësor të mbajtur nga OBSH dhe UNICEF në Alma-Ata. Sipas OBSH (1978) dhe siç është shkruar në Deklaratën e Alma – Ata, kujdesi shëndetësor parësor është kujdesi thelbësor shëndetësor në bazë të metodave praktike, shkencërisht të shëndosha dhe shoqërisht të pranueshme dhe teknologjiive universalisht të arritshme për individët dhe familjet në komunitet, përmes pjesëmarrjes së tyre të plotë dhe me një kosto që komuniteti dhe vendi mund të përballojë për të mbajtur në çdo fazë të zhvillimit të tyre në frymën e vetë-mbështetjes dhe vetëvendosjes. KSHP është një pjesë integrale e sistemit shëndetësor të vendit, si pjesë qendrore e tij si dhe pjesë e zhvillimit ekonomik të komunitetit. KSHP është niveli i parë i kontaktit të individëve, familjes dhe komunitetit me sistemin kombëtar shëndetësor duke sjellë kujdes shëndetësor sa më pranë të jetë e mundur e aty ku njerëzit jetojnë dhe punojnë, dhe përbën elementin e parë të një procesi të vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor”.

parësor.²⁸⁰ Ndryshimet e kësaj pakete, prekën shërbimet shëndetësore sic ishin kujdesi për fëmijët, kujdesi për gratë dhe shëndetin riprodhues etj. Një pjesë e madhe e shërbimeve shëndetësore të kujdesit parësor realizohet nga Qendrat Shëndetësore (QSH) të ndërtuara pranë komuniteteve përkatëse duke u karakterizuar nga një akses më i lartë për popullsinë e zonës së mbulimit.

Por cili është kuptimi dhe çfarë përfaqëson qendra shëndetësore si institucion?

Kuptimi i qendrave shëndetësore është i sanksionuar në pjesën hyrëse të kësaj VKM-je e cila përcakton se “Qendra shëndetësore është institucion i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor, publik, jofitimprurës, me llogari bankare të veçantë, që përfshin të gjithë rrjetin e dhënësve të shërbimit në varësi të saj”. Ministria e Shëndetësisë është institucioni që përcakton strukturën e qendrave shëndetësore, si dhe normat e mbulimit të popullsisë nga personeli shëndetësor.²⁸¹ Mjekët specialistë dhe mjekët e familjes të cilët janë të punësuar në QSH-të janë pika e parë e kontaktit për pacientët dhe synojnë të veprojnë si portierë për kujdesin shëndetësor spitalor.

Shërbimet shëndetësore që mbulohen nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor ndaj personave të pasiguruar, përveç shërbimit të urgjencës mjekësore dhe shërbimit të paketës së kontroleve periodike parandaluese në popullatë, është edhe vizita te mjeku i familjes²⁸², e cila synon mbulimin universal të popullsisë me shërbim shëndetësor.

²⁸⁰ VKM Nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”.

²⁸¹ Shih VKM Nr. 101, datë 04.02.2015, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore publike të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor” ku thuhet se “Mesatarisht, çdo QSH i shërben një popullate prej 8,000–10,000 vetash (kjo shifër luhetet ndjeshëm në zonat urbane dhe rurale), duke pasur një raport mjek/pacient rreth 1 me 2500 dhe raport infermiere/pacient rreth 1 me 400 banorë.”

²⁸² Shih nenin 12, Ligji Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar

Deri dhe, vizita shëndetësore tek mjeku i familjes për personat e pasiguruar bëhej kundrejt pagesave dhe tarifave të ndryshme të miratuar nga Ministri e Shëndetësisë, duke sjellë që një pjesë e kategorisë së personave të pasiguruar të privohen në përfitimin dhe marrjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor, për shkak të kushteve ekonomike dhe financiare. Duke filluar nga janari 2016, vizita shëndetësore te mjeku i familjes është falas, për të gjithë personat e pasiguruar, pasi me hyrjen në fuqi, të Ligjit Nr. 145/2015, Për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, neni 4, pika 1/c, shprehet në mënyrë eksplicite se, “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor ndaj personave të pasiguruar, me përjashtim të vizitës te mjeku i familjes”.

Pas kontrollit bazë shëndetësor falas për grupmoshën 40-65 vjeç, ky është një reformim tjetër i skemës së sigurimit shëndetësor drejt mbulimit universal të popullsisë duke bërë të mundur që të gjitha grupet shoqërore të popullsisë të mos përballen me pengesa financiare në marrjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor.

Avantazh i ofrimit të shërbimeve shëndetësore në QSH-të është që këto shërbime përputhen me nevojat kryesore të popullsisë ²⁸³, dhe pacientët gëzojnë mundësinë të ndiqen nga i njëjti ekip i kujdesit shëndetësor duke u ofruar shërbime të integruara dhe një kujdes të specializuar sipas nevojave. QSH-të janë organizma të përbërë nga mjekë specialistë, infermierë, mami, personel mbështetës dhe nga disa

²⁸³ Shih VKM Nr. 101, datë 4.2.2015, “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, ku thuhet se pranë QSH-ve kryhet diagnostikimi, kurimi, menaxhimi dhe parandalimi i sëmundjeve si dhe promocioni shëndetësor.

ambulanca nëpërmjet të cilave realizohet ofrimi i shërbimeve shëndetësore. QSH-të kanë si mision t'i ofrojnë komunitetit një shërbim shëndetësor të vazhdueshëm dhe me cilësi të lartë, që duhet të jetë i plotë dhe i arritshëm nga të gjithë, i përbërë nga një personel që i përgjigjet nevojave shëndetësore të pacientëve nëpërmjet parandalimit të sëmundjeve, por dhe kujdesit kurativ e paliativ. Paketa e shërbimeve që Fondi kontraktonte me Qendrat Shëndetësore, përfshin 7 shërbimet bazë në KSHP të cilat janë²⁸⁴.

1. Kujdesi në rastet e urgjencës
2. Kujdesi Shëndetësor për fëmijët
3. Kujdesi Shëndetësor për të rriturit
4. Kujdesi Shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues
5. Kujdesi Shëndetësor për të moshuarit
6. Kujdesi Shëndetësor mendor
7. Promocioni dhe edukimi shëndetësor

Më poshtë do të trajtojmë në mënyrë të detajuar shërbimet të cilat ofrojnë këto paketa shëndetësore.

➤ *Kujdesi në rastet e urgjencës*

Pjesë kryesore e shërbimeve të KSHP-së është kujdesi në rastet e urgjencës ku është pikërisht QSH-ja, që ofron ndihmën e parë për urgjencën mjekësore²⁸⁵ dhe referimin e

²⁸⁴ Shih VKM Nr. 101, datë 4.2.2015, “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”.

²⁸⁵ “Urgjenca” është ndryshimi i menjëhershëm i gjendjes shëndetësore që, në rast të mungesës së ofrimit të shërbimit të shpejtë shëndetësor, rrezikon jetën ose dëmton seriozisht shëndetin e personit.

pacientëve, duke përfshirë transportin, si dhe duke menaxhuar situatën e pacientit. Shërbimi i urgjencës konsiston në ofrimin, në mënyrë efektive dhe në kohën e duhur, të ndihmës së parë për të gjitha rastet e urgjencës mjekësore, që kërcënojnë humbjen e jetës ose që përkeqësojnë kushtet fizike dhe psikologjike të personit, si dhe të trajtojë dhimbjen apo sëmundshmërinë sipas kushteve fizike të personit²⁸⁶. Pranë QSH-së ofrohet trajtimi i urgjencave të zakonshme, i cili konsiston në ofrimin e ndihmës së parë nga personeli shëndetësor i kualifikuar, për vlerësimin dhe trajtimin e problemeve të urgjencës i cili mund të realizohet nëpërmjet kontakteve telefonike dhe atyre fizike.²⁸⁷ Shërbimi i urgjencës në raste traumash ofrohet në QSH-të dhe konsiston në stabilizimin akut të traumave, stabilizimin akut të frakturave duke përfshirë referimin dhe transportin si dhe ringjallja zemër-mushkëri në rast traumash në foshnja, fëmijë dhe të rritur.²⁸⁸ Është përgjegjësi e QSH-ve kujdesi parandalues dhe edukimi i pacientëve i cili konsiston në dhënien e informacioneve bazike²⁸⁹ për parandalimin e aksidenteve të ndryshme duke synuar sensibilizimin e individëve ndaj komunitetit.

²⁸⁶ Shih nenin 3/2, Ligji Nr. 147/2014” Për shërbimin e urgjencës mjekësore”

²⁸⁷ Shih VKM-në Nr. 101, datë 4.2.2015, “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” ku thuhet se QSH-të ofrojnë kryesisht shërbim me ndërprerje, çka nënkupton 8 orë dhe shërbim të jashtëm si shërbimi ambulator i cili shërben për të transportuar pacientët. Ofrimi i shërbimit pranë qendrave shëndetësore ofrohet dhe pa ndërprerje (24 ore), por qendrat të cilat ofrojnë shërbim 24 orë në dispozicion të pacientëve, përcaktohen me marrëveshje midis MSH-së dhe FDSKSH-së.

²⁸⁸ Po te VKM 101 saktësohet se ofrohet urgjencë në raste aksidentesh të tjera, trajtim i plagëve nga djegie dhe plagë të vogla, dhënia e ndihmës së parë në raste të pickimeve nga insektet dhe kafshimet, ndihma e parë në goditjen nga dielli dhe i ftohti; ndihma e parë në asfiksi nga mbytja, nga trupat e huaj, nga gazrat;

ndihma e parë në helmimet e ndryshme (ushqime ose lëndë kimike etoksike, barna, droga) etj.

²⁸⁹ Po aty, synon në informim dhe edukim mbi parandalimin e aksidenteve të zakonshme në shtëpi (lojërat, trupat e huaj, zjarri, rryma elektrike, mbytja, barnat, detergjentet); informim e edukim mbi parandalimin e aksidenteve të zakonshme jashtë shtëpisë; informim e edukim mbi dhënien e ndihmës së parë në raste aksidentesh ose situatash të tjera akute; prezantimi i kutisë së ndihmës së shpejtë në familje - përbërja dhe përdorimi i saj; informim e edukim mbi parandalimin e aksidenteve automobilistike (njohja e rregullave të sigurisë për shoferët dhe kalimtarët); informim e edukim në lidhje me parandalimin e

Trajtimi i rasteve të urgjencave duke qenë se konsiston në dhënien e ndihmës së parë, gjatë orëve të para kritike në të cilën gjendet pacienti në momentin që mbërrin në QSH kërkon si domosdoshmëri që stafi i këtyre qendrave të jetë profesional dhe i kualifikuar. Pra personeli i këtyre qendrave duhet të jetë në gjendje që t'i shërbejë në mënyrë efikase dhe të shpejtë individëve duke dhënë ndihmën e parë në standardet më të larta dhe duhet të menaxhojë me zotësi situatat kritike që paraqiten pranë këtyre qendrave.²⁹⁰ QSH-të kanë akses dhe ofrojnë dhe shërbimet në komunitet të cilat përfshijnë transportin me autoambulancë dhe informimin dhe edukimin mbi parandalimin e aksidenteve të zakonshme në shtëpi.

Shërbimi i urgjencës mjekësore udhëhiqet nga parimet e respektimi të të drejtave të pacientëve, shërbimit të garantuar falas i urgjencës mjekësore në kohën e duhur për shtetasit që konsiderohen në gjendje rrezikshmërie të lartë për jetën, barazi në përfitimin e shërbimit të urgjencës mjekësore pa asnjë diskriminim²⁹¹.

➤ *Kujdesi Shëndetësor për fëmijët*

Pjesë e shërbimeve bazë të KSHP-së është dhe kujdesi shëndetësor për fëmijët nga mosha 0 deri në 14 vjeç i cili ofrohet në QSH-të, me anë të shërbimeve

sëmundjeve infektive të urgjencës(njohja e masave bazë të kontrollit të sëmundjeve infektive);aftësitë e personelit të QSH-së; mjeku i familjes duhet të jetë i aftë.

²⁹⁰ Po në VKM-në 101 radhiten cilësitë e personelit ku thuhet se “Personeli i QSH-së duhet të jetë i aftë të japin ndihmën e parë, stabilizojnë e trajtojnë rastet e zakonshme të urgjencës, të menaxhojnë rastet urgjente jashtë QSH-së (në shtëpi ose në rrugë);të menaxhojë e trajtojë dhimbjen, djegiet dhe plagët e vogla, laceracionet e thjeshta dhe infeksionet urgjente, jo kërcënuese për jetën; të referojë urgjencat, që rrezikojnë jetën e pacientit si dhe rastet që kërkojnë trajtim të mëtejshëm të specializuar; të kryejë manovrat e ringjalljes zemër mushkëri në rast të traumave apo në kërcënimet e jetës me natyrë jo traumatike tek foshnjat, fëmijët dhe të rriturit etje.

²⁹¹ Shih nenin 4, Ligji Nr. 147/2014” Për shërbimin e urgjencës mjekësore”

parandaluese, promovuese, edukuese, si dhe kurative. Kontrollat që realizohen pranë QSH-ve të fëmijët konsistojnë në ndjekjen e rritjes dhe zhvillimin, imunizimin, ushqyerjen, zhvillimin e shëndetshëm si dhe mbrojtjen e fëmijës nga dhuna dhe abuzimi.

Në VKM Nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” ofrohen paketa dhe shërbime shëndetësore të cilat synojnë që çdo fëmijë të marrë shërbimet e nevojshme për rritjen dhe zhvillimin e shëndetshëm si dhe pakësimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë. Pjesë e rëndësishme e paketave shëndetësore, e cila ofrohet në QSH-të ndaj fëmijëve është dhe mbrojtja që u ofrohet fëmijëve veçanërisht nga mosha 0 -6 vjeç për problemet shëndetësore në familje dhe komunitet.²⁹² Gjatë tri viteve të para të jetës rreziku i dëmtimeve shëndetësore, por dhe i zbulimit të sëmundjeve të fshehura është tejet i lartë ndaj parashikohet që gjatë këtyre viteve fëmija të jetë në kontakt të vazhdueshëm me mjekët e QSH-ve duke i përcaktuar një kalendar të pasur të kontrolleve të cilave duhet

²⁹² Shih VKM-në Nr. 101, datë 4.2.2015, “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”. Paketa e shërbimeve shëndetësore për fëmijë nga 0.6 vjeç përfshin shërbime si: Të kontrollojë dhe të ndjekë fëmijët për rritjen dhe zhvillimin e tyre sipas periudhave moshore :Të kryejë ekzaminime, kontrole periodike për vlerësimin e mirërritjes, të shqyrtojë, të sigurojë ndjekjen e rezultateve jonormale:Vizitë kontrolli dhe këshillim në banesë për foshnjën e porsalindur (brenda 24-48 orëve nga dalja nga materniteti nga mjeku/infermierja/mamia; të regjistrojë historinë e paralindjes-/historinë e lindjes, shtatzënive të mëparshme dhe historinë familjare; të kontrollojë peshën, gjatësinë, perimetrin e kokës në lindje, gjendjen e përgjithshme dhe observimet jonormale kongjenitale; të kontrollojë dhe të regjistrojë vaksinimin e fëmijës sipas kalendarit kombëtar të vaksinimit; të kryejë ekzaminimin e plotë fizik të foshnjës; të kryejë matjet antropometrike; të kontrollojë zhvillimin/refleksat sipas moshës; kryerja e vizitave periodike të kontrollit të mirërritjes për gjithë fëmijët e moshës 0-6 vjeç: testet depistuese të problemeve të zhvillimit, dëgjimit dhe shikimit etj.

t'u nënshtrohen.²⁹³ Pranë QSH-ve kryhen dhe matjet antropometrike të cilat konsistojnë në kontrollin e rritjes së fëmijës në proporcion me moshën e tij dhe kryhen në intervale të rregullta gjatë vizitave të ndjekjes së mirërritjes.²⁹⁴ Për sa i përket programit kombëtar të vaksinimit, ai zbatohet pranë QSH-ve të çdo komuniteti në bazë të kalendarit të përcaktuar duke regjistruar të gjithë fëmijët në varësi të moshës. Realizimi i shërbimeve, që ofrohen pranë urgjencave, kërkon domosdoshmërisht një personel profesional dhe të aftë. Mjeku i familjes realizon shërbimet mjekësorë ndaj fëmijëve duke kryer ekzaminimet, matjet antropometrike, identifikimin e fëmijëve mbi të cilët abuzohet fizikisht dhe emocionalisht.²⁹⁵ QSH-të ofrojnë dhe programe orientuese për nënat shtatzëna dhe informacione të rëndësishme për kujdesin dhe rritjen e fëmijës së tyre. Pranë QSH-ve realizohen dhe trajnime me qëllimi edukativ për të promovuar kujdesin ndaj fëmijës.²⁹⁶

²⁹³ Po aty. Gjate Vitit të parë: Një vizitë në moshat 1, 2, 4, 6, 9, 12 muaj. Viti i dytë: Një vizitë në moshat 13, 15, 18, 24 muaj. Viti tretë: Një vizitë në moshat 2 vjeç, 2 ½ vjeç, 3 vjeç. Viti i katërt deri në vitin e gjashtë: Një vizitë në moshat 4 vjeç, 5 vjeç, 6 vjeç.

²⁹⁴ Po aty përcaktohet se mjeku për çdo matje antropometrike të kryer plotëson kurbat e rritjes sipas moshës dhe gjinisë, të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe bën interpretimin e katër indikatorëve të rritjes së fëmijës, ku nëpërmjet interpretimit të tyre identifikon problemet e rritjes: 1. gjatësia/lartësia-për moshën 2. Peshën për moshën 3. Peshën për gjatësi/lartësi, 4. IMT (indeksi i masës trupore) për – moshën.

²⁹⁵ Po aty. Të krijojë marrëdhënie besimi me prindërit e fëmijën: të kryejë ekzaminime, kontrole periodike për vlerësimin e mirërritjes, të shqyrtojë, të sigurojë ndjekjen e rezultateve jonormale; të kryejë matjet antropometrike dhe të plotësojë saktësisht kurbat e rritjes; dhe të vlerësojë dhe promovojë zhvillimin optimal të fëmijës; të identifikojë fëmijët të cilët kanë nevoja të veçanta në rritje dhe zhvillim dhe t'i referojë te specialistët e duhur, të njohë, të identifikojë dhe të menaxhojë fëmijët me shenja dhune dhe abuzimi, të marrë anamnezën dhe të kryejë ekzaminimin fizik për të përcaktuar saktë diagnozën e problemeve të zakonshme në fëmijët; të menaxhojë dhe të ofrojë ndihmën e parë për aksidentet, helmimet dhe traumat e fëmijës etj.

²⁹⁶ Po aty. Personeli i QSH -së, mjeku dhe infermier/mami të organizojnë takime informuese, edukuese, këshilluese (shpërndarja e materialeve informuese) në çerdhe, kopshte, shkolla, qendra pune e institucione të ndryshme që janë në komunitet mbi mirërritjen dhe zhvillimin e fëmijës; sjelljen dhe disiplinën me fëmijën; mbi lidhjen prind-fëmijë; mbi ushqyerjen e fëmijëve sipas moshave; mbi parandalimin dhe kontrollin e kequshqyerjes (nën peshë dhe obez); mbi mangësitë në vitaminat dhe mineralet; mbi vaksinimin e fëmijës; mbi abuzimin dhe dhunën me fëmijën dhe sistemin e mbrojtjes së fëmijës në zonën ku banon fëmija.

➤ *Kujdesi Shëndetësor për të rriturit*

Kujdesi shëndetësor për të rriturit nga mosha 14 - 65 vjeç realizohet në QSH-të ku përfshihet menaxhimi i problemeve të zakonshme akute²⁹⁷ dhe kronike²⁹⁸, një pjesë e madhe e të cilave lidhet me faktorë mjedisorë dhe të stilit të jetës, duke u siguruar pacientëve një diagnozë të hershme dhe menaxhim të rasteve, si dhe ndërhyrje në çdo etapë të këtyre gjendjeve për parandalimin e sëmundjeve. Paketa shëndetësore përmban shërbime si menaxhimi i problemeve shëndetësore të zakonshme i cili synon të reduktojë numrin e ndërlikimeve të gjendjeve akute duke siguruar një shërbim të integruar në QSH për pacientët me sëmundje kronike, brenda udhëzimeve klinike. Një rëndësi të madhe ka “Kontrolli Mjekësor Bazë për popullatën 40-65 vjeç”²⁹⁹, i cili ofrohet për të gjithë personat e kësaj grupmoshe, pavarësisht nëse janë ose jo të siguruar shërbimet shëndetësore do t’i përfitojnë pa pagesë.³⁰⁰ Kontrolli i përvitshëm në bazë të paketës, synon zbatueshmërinë për herë të parë të parimit të gjithëpranuar të kujdesit shëndetësor, sipas të cilit parandalimi është më mirë sesa kurimi.

²⁹⁷ Po aty përcaktohet se në probleme akute përfshihen diagnostikimi, trajtimi, parandalimi dhe referimi i këtyre gjendjeve bëhet në përputhje me udhëzuesit e praktikës klinike ose protokollet në fuqi, infeksione të rrugëve të sipërme dhe të poshtme të frymëmarrjes; dhimbja e mesit; dhimbja e kokës; dhimbja akute e kyçeve; infeksionet e traktit urinar; problemet e lëkurës; problemet gastrointestinale e të tjera.

²⁹⁸ Po aty përcaktohet se probleme kronike janë diagnostikimi, trajtimi, parandalimi, dhe referimi i këtyre gjendjeve bëhet në përputhje me udhëzuesit e praktikës klinike ose protokollet në fuqi, kolla kronike dhe Tuberkulozi (TB); Hipertensioni (HTA); Diabeti; Sëmundja ishemike e zemrës(SIZ); Insuficienca kardiake; Astma(AB); Sëmundjet pulmonare obstruktive kronike(SPOK); Epilepsia; Anemitë; HIV/AIDS/IST; Bruceloza; Obeziteti; Kequshqyerja e të tjera.

²⁹⁹ VKM-ja Nr. 185, datë 2.4.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40-65 vjeç”

³⁰⁰ Pas hyrjes në fuqi të kësaj VKM-je Ministria e Shëndetësisë nisi procedurat për koncesionin e këtij shërbimi, gjë e cila u realizua nga MSH-ja në fundvitin 2014, duke përcaktuar se përfituesit (pra personat e grupmoshës 40-65 vjeç) njoftohen dhe marrin disa udhëzime me postë ose me telefon nga Mjeku i Familjes, për të kryer kontrollin një herë në vit, në një afat kohor të caktuar (2-3 data) brenda muajit të lindjes, për të pasur në këtë mënyrë lehtësi procedurale dhe për të ulur kohën e pritjes.

➤ *Kujdesi Shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues*

Një paketë tjetër e shërbimeve shëndetësore, që ofrohet në QSH-të, është kujdesi shëndetësor i integruar për gratë dhe shëndeti riprodhues³⁰¹, i cili mbulon aspektet përkatëse promovuese, kurative dhe rehabilituese. Kjo paketë shërbimesh përfshin kujdesin para³⁰², gjatë dhe pas lindjes për nënën dhe fëmijën. QSH-të synojnë të ofrojnë shërbime për një mëmësi të sigurt e sa më cilësore nga personeli mjekësor për gruan gjatë moshës riprodhuese, gjatë shtatzënisë³⁰³ duke realizuar vizitat dhe kontrollet për një shtatzëni normale.³⁰⁴

³⁰¹ “Shëndeti riprodhues” nënkupton mirëqenien e përgjithshme fizike, mendore, në tërësi, me mungesën e sëmundjeve e paaftësive problematike, si dhe çdo kushtëzim tjetër bazë që i nevojitet sistemit të riprodhimit për funksionet, proceset si dhe aftësinë e një jete seksuale të kënaqshme e të sigurt. Ai nënkupton aftësinë e njerëzve për t'u riprodhuar dhe lirinë e tyre për të vendosur për mënyrën dhe kohën e riprodhimit, si dhe të informohen se ku mund ta bëjnë këtë dhe ku mund të gjejnë të tilla shërbime.

³⁰² Po në VKM 101 përcaktohet se kujdesi para lindjes/antenatal përfshin edukimin, këshillimin, depistimin dhe trajtimin për të monitoruar mirëqenien e nënës dhe fetusit.

³⁰³ Po aty thuhet se personeli mjekësor duhet të krijojë besueshmëri duke përkrahur dhe inkurajuar psikologjikisht shtatzëninë, lindjen dhe lehoninë, ushqyerjen me gji, dhe prindërimin; duke promovuar ndërgjegjësimin për komponentët socialë dhe psikologjikë të lindjes së fëmijës dhe ndikimin e tyre në familje, duke monitoruar përparimin e shtatzënisë për të siguruar shëndetin dhe mirëqenien e nënës dhe të fetusit; duke monitoruar të gjitha shtatzënitë me patologji obstetrikale gjatë kujdesit antenatal dhe testeve diagnostikuese; duke identifikuar deviacionet nga norma, dhe trajtuar, apo referuar rastin sipas nevojës; duke njohur gratë që zhvillojnë shenja paralajmëruese të cilat mund të kthehen në normë pas trajtimit dhe nuk ka nevojë të vazhdojnë të trajtohen si me rrezik; duke krijuar besim dhe bashkëpunim ndërmjet gruas dhe personelit shëndetësor që kujdeset për të; duke i ofruar gruas/çiftit informacione mbi të cilat mund të marrin vendime; duke përfshirë në mënyrë aktive anëtarët e familjes në eksperiencën e shtatzënisë; duke parandaluar transmetimin e agjentëve infektivë si HIV, hepatit B, sifiliz dhe rubeolë nga nëna te fëmija nëpërmjet informimit, depistimit, testeve diagnostikuese dhe kujdesit.

³⁰⁴ Çdo gruaje do t'i kryhen 10 vizita për gratë primipare dhe 7 vizita për gratë pluripare, para lindjes (antenatale) të domosdoshme për të parandaluar, zbuluar, menaxhuar komplikacionet e mundshme dhe kur nevojitet t'i referojnë ato në kohën e duhur sipas udhërrëfyesve dhe PKK-së në fuqi. Në ato raste kur gruaja shtatzënë identifikohet me probleme shëndetësore, kontrollohet nga mjeku bëhen me intervale më të shpeshta sipas llojit të problemit të paraqitur, si dhe me plan individual vizitash në shtëpi nga mamia e QSH-së sipas udhërrëfyesve dhe PKK-së në fuqi. Gratë shtatzëna, që ndodhen në rrethana komplekse sociale, ose në gjendje të vështirë socio-ekonomike, nënat adoleshente, shtatzënitë e padëshiruara, gratë që dhunohen, gratë që jetojnë në kushte të vështira ekonomike, grave të minoriteteve etnike si rome dhe egiptiane iu duhet kushtuar vëmendje e veçantë në identifikim, ndjekje dhe këshillim sipas një plani

Qëndrat Shëndetësore ofrojnë shërbime për pacientët me probleme të shëndetit seksual si te femrat dhe meshkujt duke vlerësuar problemet të cilat i shkaktojnë dhe duke i drejtuar pacientët drejt specialistëve të fushave përkatëse.³⁰⁵ Pranë QSH-ve realizohet parandalimi dhe diagnostikimi i hershëm i kancerit të gjirit dhe i kancerit të qafës së mitrës, menaxhimi i dhunës dhe i abuzimit me gruan, dhunës në familje, parandalimi dhe menaxhimi i infeksioneve të tjera të sistemit riprodhues. Gjithashtu edhe gratë, të cilat kanë qenë subjekt i dhunës, ju ofrohet një trajtim i veçantë duke u vënë në dispozicion një punonjës social që t’i ndihmojë në kalimin e traumave.

Planifikimi familjar realizohet pranë qendrave shëndetësore me anë të ekzaminimeve të nevojshme, që duhen për këtë shërbim, siç janë të identifikimi i ndonjë problem të veçantë që kërkon vlerësim, trajtim të mëtijshëm apo ndjekje të rregullt gjatë kohës që gruaja/vajza përdor metodën e caktuar të planifikimit familjar, të informojë të rinjtë mbi ndryshimet fizike, seksin, përdorimin e metodave kontraceptive, marrëdhëniet në çift, për familjen dhe për çdo problem që lidhet me rritjen dhe zhvillimin e tyre. QSH-të duhet t’u ofrojnë gruas/çiftit dhe informacion me qëllim që të marrin vendime për të parandaluar transmetimin e agjentëve infektivë si HIV, hepatit B, sifiliz dhe rubeolë nga nëna te fëmija, gjë që realizohet nëpërmjet informimit, depistimit, testeve diagnostikuese dhe kujdesit³⁰⁶.

individual vizitash kontrolli dhe ndjekje nga personeli i QSH-së së bashku me specialistin obstetër të konsultorit të gruas, apo të maternitetit në mungesë të tij.

³⁰⁵ Pranë QSH-ve realizohet vlerësimi i problemeve më të zakonshme të shëndetit seksual në femrat; vlerësimi i problemeve më të zakonshme të shëndetit seksual në meshkuj; këshillim, informim lidhur me çështje të infertilitetit, metodave të riprodhimit të asistuar, etj, informim dhe edukim mbi shëndetin riprodhues dhe seksual (përfshirë adoleshentët) duke respektuar ndryshimet gjinore.

³⁰⁶ Kjo VKM parashikon dhe mënyrën e trajtimit në rastet kur gratë shtatzëna, që ndodhen në rrethana komplekse sociale, ose në gjendje të vështirë socio-ekonomike, nënat adoleshente, gratë që dhunohen, gratë që jetojnë në kushte të vështira ekonomike, gratë e minoriteteve etnike si rome dhe egjiptiane të

Të gjithë individët kanë të drejtë të informohen, të këshillohen, të marrin edukimin dhe shërbimin e nevojshëm shëndetësor dhe social për të pasur një shëndet të mirë seksual, si dhe të ushtrojnë të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre riprodhuese dhe seksuale.³⁰⁷

➤ *Kujdesi Shëndetësor për të moshuarit*

Akresi i barabartë në shërbimet shëndetësore për të moshuarit është një objektivi që të realizohet përmes përmirësimit dhe qëndrueshmërisë së gjendjes shëndetësore dhe stilit të jetesës të individëve të moshuar, duke parashikuar kujdesin dhe trajtimin mjekësor në mënyrën e duhur, në akses e cilësi. Në VKM-në Nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor” parashikohet se kontrolli shëndetësor parësor realizohet pranë QSH-ve edhe për të moshuarit mbi 65 vjeç. QSH-të duhet të përshtatin aftësitë e personelit si dhe sistemin e brendshëm të saj, sipas nevojave të të moshuarve, duke nxitur ndërgjegjësimin e këtyre pacientëve në lidhje me problemet dhe shërbimet e ofruara në mbështetje të tyre, si dhe të promovojnë një jetë më të shëndetshme dhe më aktive. Dhënia e këtyre shërbimeve si detyrë QSH-ve synon që të reduktojë numrin e ndërlikimeve të gjendjeve akute si dhe të rrisë numrin e pacientëve me sëmundje kronike, të cilëve iu sigurohet shërbim i plotë për të moshuarit. Kjo kategori preket kryesisht nga sëmundje dhe probleme të sistemit

cilave iu duhet kushtuar vëmendje e veçantë në identifikim, ndjekje dhe këshillim sipas një plani individual vizitash kontrolli dhe ndjekje nga personeli i QSH-së së bashku me specialistin obstetër të konsultores së gruas, apo të maternitetit në mungesë të tij.

³⁰⁷ Shih nenin 5, Ligji nr.8876, datë 4.4.2002 “Për shëndetin riprodhues”

kardiovaskular³⁰⁸, sëmundje mendore dhe probleme të shëndetit mendor, sëmundje dhe probleme të sistemit gastrointestinal³⁰⁹ dhe nga disa sëmundje kryesisht akute.³¹⁰ QSH – të kanë detyrimin e informimit të pacientit të moshuar për shërbime sociale mbështetëse në komunitet, por dhe t'i nxisin për përfshirje në grupe të moshuarish që janë të pranishëm në komunitet. Kësaj kategorie duhet t'i ofrohen takime periodike për edukim shëndetësor mbi çështjet shëndetësore të kësaj moshe³¹¹.

Personeli, i cili do të trajtojë këtë kategori individësh, duhet të karakterizohet nga profesionalistë të aftë që të krijojnë dhe të mbajnë marrëdhënie të mirë besimi e respekti me të moshuarit dhe familjet e tyre, të realizojë ekzaminimin me stetoskop etj. Për kategorinë e mësipërme ofrohen dhe shërbime në komunitet.³¹²

³⁰⁸ Shih VKM-101 e cila përcakton si të tilla sëmundjet hipertensive, SIZ (angina, infarkt miokardi), sëmundje kronike të zemrës (insuficienca kardiake kronike, aritmia kardiake);

³⁰⁹ Po aty, sëmundjet e sistemit gastrointestinal, sëmundje të mukozës dhe indeve të buta të gojës, kancer ezofagu, ulcera peptike, kancer stomaku, herniainguinale ose femorale, kolelitiaza, kancer kolorektal.

³¹⁰ Sëmundje cerebro-vaskulare (insult cerebral). Sëmundje mendore dhe probleme të shëndetit mendor (psikoza senile, deliri, Sëmundje dhe probleme të sistemit respirator: sëmundje akute (grip, pneumoni), sëmundje kronike (AB, SPOK), kancer bronkial etj.

³¹¹ Pranë QSH-ve duhet të realizohet këshillimi për masa parandaluese parësore, si vaksinimi ndaj gripit, pneumokokut, këshillimi për masa parandaluese parësore e dytësore për SIZ dhe insult cerebral (aspirinë çdo ditë, lënia e duhanit, mbajtja në kontroll e lipideve, glicemisë, HTA), këshillimi për depistimin e kancerit kolorektal, të prostatës dhe të gjirit, këshillimi për ushtrime të rregullta fizike dhe marrje të kalciumit dhe vitaminës D çdo ditë për të parandaluar pasojat e osteoporozës (frakturat), këshillimi për parandalimin e disa sëmundjeve infektive nëpërmjet vaksinimit (p.sh., vaksinim kundër gripit çdo vit), monitorimi dhe edukimi periodik mbi përdorimin e përshtatshëm dhe të rregullt të barnave dhe evitimin e mbipërdorimit të tyre, monitorimi dhe edukimi periodik i pacientëve të moshuar dhe familjarëve të tyre mbi dhunën apo abuzimin ndaj të moshuarve, informimi i pacientit të moshuar për shërbime sociale mbështetëse në komunitet dhe nxitja për përfshirje në grupe të moshuarish, të pranishëm në komunitet.

³¹² Sipas VKM-së 101 shërbime komunitare janë shërbime infermieristike ose të kujdesit në shtëpi (infermiere ose kujdestare në komunitet), shërbimi i kujdesit paliativ në shtëpi (infermiere, mjek ose ekip mjekësor), shërbime riaftësuese në shtëpi pas insultit cerebral, shërbimi i këshillimit psikologjik për të moshuarit dhe familjarët që kujdesen për ta (vizita me personel të trajnuar mjekësor dhe/ose social në shtëpi ose në QSH), takime periodike me grupe të moshuarish për edukim shëndetësor mbi çështjet shëndetësore të kësaj moshe, si dhe për ndjekjen e sëmundjeve kronike (edukim shëndetësor në grup nga personel mjekësor në QSH ose në qendër komunitare.

➤ *Kujdesi shëndetësor mendor*

Pjesë e shërbimeve, të cilat ofrohen nga Kujdesit Shëndetësor Parësor, është edhe shëndeti mendor³¹³. Ky shërbim asiston individë me probleme të shëndetit mendor dhe ndihmon në përmirësimin e gjendjes shoqërore të pacientëve, por dhe të familjeve të tyre. Mbrojtja dhe promovimi i shëndetit mendor kryhen nëpërmjet masave që kontribuojnë në sigurimin ose rivendosjen e ekuilibrit mendor të individit, duke fuqizuar kapacitetet individuale, duke promovuar integritetin, duke përmirësuar pranimin dhe duke luftuar diskriminimin e stigmën në mjedisin social të tij.³¹⁴

Kujdesi për shëndetin mendor, i ofruar nga QSH-ja, duhet të synojë që individët të kthehen në gjendjen e tyre të plotë funksionale, duke identifikuar dhe menaxhuar problemet e shëndetit mendor. Shërbimet duhet të ofrohen në dy nivele ku përfshihen ndërhyrjet që ofrohen si pjesë e kujdesit të përgjithshëm shëndetësor dhe ato për kujdes të shëndetit mendor³¹⁵

Punonjësit e qendrave shëndetësore kanë si detyrë njohjen dhe ndjekjen e problemeve të zakonshme mendore si depresioni, ankthi, atakët akutë të panikut, problemet me gjumin etj. Personat me çrregullime të shëndetit mendor gëzojnë të drejtat, liritë dhe interesat e ligjshëm kushtetues, të drejtën të marrin shërbim shëndetësor të arritshëm dhe efikas në kushte të barabarta si të gjithë pacientët e tjerë.³¹⁶

³¹³ "Shëndeti mendor" është aftësia për të menduar dhe mësuar, si dhe aftësia e një individi për të kuptuar e jetuar me emocionet e veta dhe reagimet e të tjerëve.

³¹⁴ Shih nenin 4, Ligji nr. 44/2012” Për shëndetin mendor”

³¹⁵ Ku përfshihen depresioni, ankthi, atakët akutë të panikut, identifikimi dhe referimi i psikoze (skizofrenia)- trajtimi dhe ndjekja e gjendjeve më të lehta, çrregullimet nga përdorimi i alkoolit dhe drogave, problemet e gjumit, lodhja kronike, ankesa të pashpjeguar somatike.

³¹⁶ Shih nenin 6, Ligji nr. 44/2012” Për shëndetin mendor”, ku përcaktohet se Të drejtat e personave me çrregullime të shëndetit mendor gëzojnë të drejtën për trajtim dhe mbrojtje, bazuar në respekt të

➤ *Promocioni dhe edukimi shëndetësor*

“Promocioni shëndetësor është procesi që ndihmon njerëzit të ndryshojnë stilin e tyre të jetesës për të arritur gjendjen më të mirë shëndetësore”.³¹⁷ Ky shërbim, që ofrohet nga QSH-të, ka si synim komunikimin efektiv të informacionit shëndetësor tek individët, te grupet, pra dhe te publiku në përgjithësi për të rritur nivelin e ndërgjegjësimit të publikut për shërbimet e PESH-së si edhe ndihmesën e individëve dhe të komunitetit për të zhvilluar aftësitë e nevojshme për përmirësimin ose ruajtjen e gjendjes së tyre shëndetësore³¹⁸.

Gjithashtu Qëndrat Shëndetësore realizojnë aktivitete edukimi dhe promovimi të shëndetit në Kujdesin Shëndetësor Parësor, duke realizur komunikimin me median për rritjen e njohurive dhe ndërgjegjësimin e komunitetit mbi përfitimet dhe pasojat e

individualitetit dhe dinjitetit të tyre; ç) të drejtën për të pranuar ose jo ndërhyrjen e propozuar diagnostike e terapeutike, përveç rasteve të tjera të parashikuara në këtë ligj; d) të drejtën për të marrë informacionin e duhur për të drejtat e tyre, si dhe për të qenë pjesë e hartimit të planit individual të trajtimit; dh) të drejtën për të kërkuar shpërblimin e dëmit të shkaktuar nga gabimi në trajtim ose keqtrajtimet e mundshme; e) të drejtën për të kërkuar rishqyrtimin e shtrimit apo mjekimit të detyruar; ë) të drejtën për konfidencialitet mbi të dhënat, për shkak të gjendjes së tyre shëndetësore; f) të drejtën për të mos u detyruar forcërisht të ekzaminohen nga pikëpamja mjekësore, me qëllim përcaktimin e një çrregullimi të shëndetit mendor të mundshëm, me përjashtim të rasteve dhe sipas procedurës së përshkruar në këtë ligj; g) të drejtën për t'u siguruar kushtet e përshtatshme jetësore, higjienike, të ushqyerjes dhe sigurisë; gj) të drejtën për t'u ankuar për ofrimin e shërbimeve të shëndetit mendor. 2. Ushtrimi i të drejtave të personave me çrregullime të shëndetit mendor mund të kufizohet vetëm në rastet e parashikuara në këtë ligj. Këto kufizime janë në përpjesëtim me gjendjen e diktuar shëndetësore dhe nuk mund të cenojnë thelbin e lirive dhe të drejtave.

³¹⁷ Shih VKM-në Nr. 101, datë 4.2.2015 “Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor

³¹⁸ Këto synime realizohen nëpërmjet aktiviteteve për edukim /promovim të shëndetit në KSHP, nëpërmjet bashkëpunimit me sektorin e edukimit shëndetësor në DSHP për zbatimin e kalendarit të promocionit shëndetësor, nëpërmjet vendosjes dhe lehtësimit të bashkëpunimit ndërsektorial, nëpërmjet krijimit të mjedisit mbështetës për zhvillimin e politikave publike me fokus shëndetin (p.sh., rasti i zbatimit të ligjit mbi duhanin), nëpërmjet zbatimit të aktiviteteve të komunikimit (me median) për rritjen e njohurive dhe për ndërgjegjësimin e komunitetit mbi përfitimet dhe pasojat e zgjedhjeve në stilin e jetesës, si dhe nëpërmjet promovimit të qëndrimeve sociale të shëndetshme etj.

zgjedhjeve për sa i përket stilit të jetesës, si dhe promovimit të qëndrimeve sociale të shëndetshme.

5.1.2. Përfitimet e shërbimeve shëndetësore në kuadrin e kujdesit spitalor

Spitalet publike janë institucione me buxhet të pavarur, jofitimprurëse dhe e ushtrojnë veprimtarinë e tyre në mjediset dhe me pajisjet që janë pronë e Ministrisë së Shëndetësisë. Ministri i Shëndetësisë është ai që përcakton organizimin, strukturën dhe rregulloret e funksionimit të spitaleve publike ³¹⁹. Financimi i shërbimeve shëndetësore spitalore nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, daton në vitin 2009.³²⁰ Aktualisht është në fuqi Vendim i Këshillit të Ministrave Nr. 33, datë 20.01.2016 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2016”, i cili do të rregullojë mënyrën e financimit të kujdesit shëndetësor për vitin 2016. Spitali sipas këtij vendimi konfigurohet me statusin e një personi juridik, publik, me buxhet të pavarur, me cilësinë e autoritetit kontraktor, përgjegjës për realizimin e prokurimeve publike të vetë spitalit. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor financon paketën e shërbimeve spitalore të kontraktuara me dy metoda³²¹:

³¹⁹ Shih nenin 23 Ligji Nr.9106, datë 17.7.2003 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshur.

³²⁰ Në zbatim të ligjit Nr. 10043, datë 22.12.2008 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar si dhe të Vendimit 1661, datë 28.12.2008, të Këshillit të Ministrave “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, të ndryshuar.

³²¹ Shih Vendim Nr. 33, datë 20.01.2016, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2016, ku përcaktohet, se a) Buxhetim me

- buxhetim me zëra shpenzimesh
- buxhetim global për pagesën e paketave të shërbimeve

Një fond, jo më i madh se 20% për qind e buxhetit vjetor, i planifikuar për shërbimet spitalore, mbahet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për t’ua rishpërndarë spitaleve gjatë vitit, me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.³²²

Në kuadër të reformës spitalore, Ministri e Shëndetësisë ka përfshirë në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, pagesat e shërbimeve të kryera për llogari të spitaleve publike, nga operatorë të kontraktuar nga Ministria e Shëndetësisë sipas legjislacionit për partneritetin publik privat³²³.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është institucioni që lidh kontratat me spitalet për paketat e shërbimeve shëndetësore, të ofruara prej tyre.

zëra shpenzimesh, për: i) paga dhe shpenzime të tjera lidhur me pagën e personelit; ii) kontribute për sigurime shëndetësore e shoqërore të personelit; iii) mallra e shërbime të tjera.

b) Buxhetim global për pagesën e paketave të shërbimeve me çmime të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave. Buxheti global detajohet për çdo spital në zëra shpenzimesh me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

³²² Shih Vendim Nr. 33, datë 20.01.2016, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2015”, ku percaktohet se do të bëjë a) financimin e shërbimit spitalor gjatë vitit; b) pagesat e paketave të shërbimeve të veçanta, të ofruara nga shërbimet spitalore, publike e jopublike, brenda e jashtë vendit, të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave; c) pagesat për kujdes shëndetësor në institucione jopublike, brenda e jashtë vendit, sipas miratimit, rast pas rasti, me vendim të Këshillit të Ministrave; ç) pagesat për kujdes shëndetësor, sipas marrëveshjeve ndërkombëtare të nënshkruara; d) pagesa për referime të pacientëve në Spitalin Universitar të Traumës, në zbatim të sistemit të referimit, sipas tarifave të miratuara nga ministri i Shëndetësisë; dh) pagesa të shërbimeve të kryera për llogari të spitaleve publike, nga operatorë të kontraktuar nga Ministria e Shëndetësisë sipas legjislacionit për partneritetin publik privat

³²³ Shih kontraten me dializën dhe kontratën për paisjet kirurgjikale

Spitali do të kryejë aktivitetin e tij bazuar në kontrata, në nivel të parë spital/Fond, dhe në nivel të dytë spital/punonjësit e spitalit.³²⁴

Sot Fondi ka lidhur kontratë me spitalet publike për financimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara prej tyre (Beci & Belishova & Kola, 2015:75). Më konkretisht me katër spitale universitare³²⁵, njëmbëdhjetë spitale rajonale³²⁶ dhe njëzet e katër spitale bashkiake³²⁷.

Ministria e Shëndetësisë është aktori kryesor i politikëbërjes dhe strategjive për shërbimin spitalor, gjithashtu ajo mbulon shpenzimet kapitale për investime në spitale.

Spitalet janë të lira të kryejnë investime nga burime të tjera financimi siç mund të jenë fondet e krijuara nga të ardhurat e realizuara gjatë veprimtarisë së tyre dhe nga dhurimet. Përdorimi i këtyre fondeve bëhet nga vetë spitali, si pjesë e kostos së shërbimit, sipas udhëzimit të miratuar nga Këshilli Administrativ i Fondit. Gjithashtu spitali është i detyruar të zbatojë sistemin e referimit, të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë për të ofruar shërbimet shëndetësore ndaj personave të siguruar. (Bashkëngjitur tabela e shërbimeve spitalore në fund të punimit)

³²⁴ Shih Vendimi Nr. 33, datë 8.1.2016, "Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor", i ndryshuar, Shtojca Nr 1.

³²⁵ Shih http://www.fsdks.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/spitale/Lista%20e%20ospitaleve%202015.pdf Ku përfshihen QSU "Nënë Tereza", spitali Universitar "Shefqet Ndroqi", spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjisë "Mbretresha Geraldine", spitali Universitar i Obstetrik-Gjinekologjisë "Koço Gliozheni", spitali Universitar i Traumës.

³²⁶ Ku përfshihen spitalet e Berat, Dibrës, Durrësit, Elbasanit, Fierit, Gjirokastrës, Korçës, Lezhës, Shkodrës, Vlorës, Kukësit.

³²⁷ Po aty përfshihen, Kuçovë, Skrapar, Bulqizë, Mat, Kavajë, Krujë, Librazhd, Gramsh, Peqin, etj.

5.1.3. Përfitimet e listës së barnave

Rimbursimi i Listës së Barnave të Rimbursueshme, është hartuar dhe konceptuar mbi parimet universale të solidaritetit, të barazisë dhe mbrojtjes shëndetësore. Në këtë listë bëhet i mundur ofrimi i trajtimit mjekësor me barna për lloje të ndryshme të sëmundshmërisë së popullsisë, duke siguruar për çdo individ mundësi të tilla mjekimi që garantojnë cilësinë, efikasitetin dhe sigurinë sipas standardeve dhe rekomandimeve ndërkombëtare të barnave kryesore të rimbursueshme, si element shumë i rëndësishëm i skemës. Në zbatim të Ligjit 7870, “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” të shfuqizuar, kjo listë barnash hartohet nga komisioni teknik që funksiononte pranë Ministrisë së Shëndetësisë³²⁸, dhe ish-Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor kishte përfaqësuesit e tij në këtë komision. Pastaj kjo listë paraqitej për shqyrtim dhe për miratim paraprak në Këshillin Administrativ të ISKSH-së, në lidhje me masën e mbulimit të çmimit të barnave³²⁹ dhe përcillej për t’u miratuar pranë Këshillit të Ministrave.

Aktualisht kjo procedurë rregullohet me Ligjin Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, nga ku procedura e miratimit të kësaj liste ka ndryshuar, pasi hartimi i saj si

³²⁸ Në nenin 15, pika 1, shkronja a: "Lista e barnave që rimbursohen hartohet nga një komision teknik i quajtur "Komisioni i Hartimit dhe Rishikimit të Listës së Barnave të Rimbursueshme" dhe nga "Komisioni i Çmimit të Barnave" (KÇB), të ngritur me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë. Në këtë komision Shoqata e Grosistëve Farmaceutikë ka përfaqësuesin e saj. Kjo listë miratohet nga Këshilli i Ministrave me propozimin e Ministrit të Shëndetësisë”.

³²⁹ Neni 15, Masa e mbulimit të çmimit të barnave, “Masa e mbulimit të çmimeve të barnave të listës kryesore përcaktohet çdo vit nga ISKSH-ja me miratim të Këshillit të Ministrave”.

dhe përcaktimi i masës dhe i kategorive bëhet nga komisioni teknik i miratuar nga Këshilli Administrativ i Fondit³³⁰ dhe miratimi i saj bëhet me Vendim të Këshillit të Ministrave. Bazuar në faktorë të ndryshëm socialë dhe ekonomikë Fondi gjeti të nevojshme rishikimin dhe ristrukturimin e barnave të rimbursueshme duke ndërtuar një listë, që bazohet në nevojat reale të popullsisë. Lista e Barnave³³¹ që rimbursohet nga Fondi, ndryshon dhe miratohet çdo vit me Vendim të Këshillit të Ministrave. Aktualisht është në fuqi Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 202, datë 04.03.2015, “Për miratimin

³³⁰ Neni 8, Komisionet teknike të paketave”, Me propozim të drejtorit të Përgjithshëm, Këshilli Administrativ zgjedh anëtarët e komisioneve teknike për miratimin e paketave të shërbimeve. Anëtarët e komisioneve teknike për miratimin e paketave të shërbimeve janë ekspertë të shquar në fushën e tyre dhe me përvojë në ofrimin dhe/ose në menaxhimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Anëtarët e komisioneve teknike do të jenë punonjës të Fondit, të Ministrisë së Shëndetësisë, të institucioneve të tjera shëndetësore, pedagogë të shkencave ekonomike, mjekësore ose sociale, përfaqësues të grupeve të interesit etj. Në vendimmarrjen për përfshirjen e shërbimit në paketat e shërbimeve, anëtarët e komisionit parimisht do të vlerësojnë në mënyrë të njëjtë kriteret mjekësore, ekonomike dhe sociale. Drejtori i Përgjithshëm do t’u kërkojë institucioneve që mund të përfshihen në procesin e hartimit të paketave, që të paraqesin kandidatura për anëtarë të komisioneve teknike. Drejtori i Përgjithshëm përzgjedh tre emra për çdo pozicion që nuk është mbuluar nga një zyrtar nga Fondi dhe ia paraqet ato Këshillit Administrativ që merr vendimin.

³³¹ Shih relacionin e listës së barnave, ku përcaktohet, se lista e barnave që rimbursohen nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor është përbërës thelbësor i sistemit që shteti dhe shoqëria shqiptare përdorin në përkujdesjen shëndetësore të shtetasve. Lista e barnave të rimbursuara është konceptuar që të realizojë në mënyrën më të mirë të mundshme parimet universale të solidaritetit dhe barazisë kundrejt fatkeqësisë "sëmundje". Hartimi i listës së barnave të rimbursuara kërkon që me fondin disponibël të bëhet i mundur trajtimi sa më i gjerë i sëmundshmërisë së popullatës, duke siguruar për çdo individ mundësi të tilla mjekimi që garantojnë cilësinë, efikasitetin dhe sigurinë sipas standarteve dhe rekomandimeve ndërkombëtare. Struktura dhe përmbajtja e Listës është e tillë që reflekton diferencat e politikës mbrojtëse në trajtimin e sëmundshmërisë akute dhe kronike, grupimeve të caktuara të popullatës me risk të lartë dhe mundësisë për të plotësuar kërkesat për trajtimin e tyre. Lista e barnave të rimbursuara asnjëherë nuk shikohet si mjet shtërngues ndaj mendimit dhe veprimit të lirë të mjekëve gjatë ushtrimit të profesionit të tyre, por si një dokument administrativ të cilin mjekët duhet ta zbatojnë pasi ajo konceptohet mbi baza rigorozisht shkencore. Barnat e listës së rimbursimit duhet të jenë të regjistruara në Republikën e Shqipërisë. Në raste të veçanta kur nuk ka alternativa të tjera si dhe pas një argumentimi për nevojën e tyre, mund të përfshihet në listë një bar i pa regjistruar vetëm me leje importi nga Ministri i Shëndetësisë. Për përfshirjen ose heqjen e një bari kërkohej motivimi. Motivimi duhet të jetë argumentim i plotë i domosdoshmërisë së përfshirjes ose jo të barit duke u bazuar në efektin terapeutik, krahasuar kjo me alternativat e tjera të listës. Propozimet që paraqiten në Komisionin Teknik të Listës së Barnave që rimbursohen duhet të jenë të argumentuara nga Shërbimet përkatëse pranë Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë. Në listë të jepet informacion i plotë lidhur me formën farmaceutike dhe dozën respektive të përzgjedhur të barit si dhe emrat tregëtarë me të cilët qarkullon bari. Propozimet për përfshirjen ose heqjen e një bari të jenë sipas formatit tip të miratuar nga komisioni teknik brenda protokolleve të mjekimit.

e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre” i ndryshuar ³³².

Lista e barnave të rimbursueshme aktualisht, është konceptuar në bazë të listës së barnave themelore, sipas klasifikimit INN (principit aktiv të barit), të përcaktuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, si dhe në mbulimin e alternativës më të lirë ³³³. Struktura dhe përmbajtja e kësaj liste reflekton diferencat e politikës mbrojtëse në trajtimin e sëmundshmërisë akute dhe kronike të grupimeve të caktuara të popullatës me risk të lartë dhe mundësisë për të plotësuar kërkesat për trajtimin e tyre sipas masës së rimbursimit të barnave.

Lista e rimbursimit të barnave ka aplikuar masën e mbulimit të çmimit të barnave që rimbursohen, të cilat variojnë nga 50% deri 100%. Konkretisht kategoritë shoqërore si pensionistë, invalidë të plotë, fëmijët 0 - 12 muaj, të sëmurë me tuberkuloz, kategoria jetim dhe kategoria të verbër përfitojnë falas alternativën e parë të çdo bari të përfshirë në këtë listë, duke mbuluar masën e rimbursimit në masën 100%, pra përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta për shërbimet shëndetësore, që janë pjesë e

³³² Shih <http://www.fsdks.com.al/lista-e-barnave>. Lista e re e barnave të rimbursueshme hyri në fuqi në 1 prill 2015 dhe është pasuruar me 29 barna të reja, 12 prej të cilave janë principe të reja aktive dhe do të jetë i mundur rimbursimi i barnave për pacientët në nevojë. Këto barna përmirësojnë dhe zgjerojnë trajtimin e pacientëve në shërbime si: Onkologjik, Gastro-hepatologji, Pneumologji, Reumatologji, Infektiv, në terapinë kardiake, Parkinson, etj. Në hartimin e listës së re të barnave janë marrë parasysh disa kritere shkencore, duke i dhënë përparësi barnave të cilat janë në funksion të jetëgjatësisë dhe që përdoren për sëmundje të rënda si sëmundje me rrezikshmëri të lartë për jetën, sëmundje që shkaktojnë invaliditet, sëmundje që kanë rrezikshmëri përhapje në shoqëri, sëmundje që shkaktojnë shumë vuajtje si dhe sëmundje kronike që kërkojnë mjekim të zgjatur. Kemi kështu të përfshira në listë barna të reja, të cilat shërbejnë për sëmundje si: diabeti, anemitë, sëmundjet kardiake, disa sëmundje tumorale, në neurologji, në nefrologji, në kujdesin paliativ, në dermatologji, gjinekologji, urologji, shëndetin mendor, alergologji dhe në okulistikë. Lista e vjetër e barnave të rimbursueshme nuk mbulonte disa sëmundje dhe barnat të cilat trajtojnë këto sëmundje u përfshinë në listën e vitit 2015 si një nga risit më të rëndësishme duke konsideruar shkallën e lartë të përhapjes së këtyre sëmundjeve dhe kostot e larta mjekësore.

³³³ Neni 10/b, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.

listës së barnave të rimbursueshme³³⁴, ndërsa kategoritë e tjera, si të punësuarit, punëdhënësi, të vetëpunësuarit përfitojnë recetën me rimbursim të pjesshëm. Përfitimi i barnave në farmaci realizohet me anë të recetës ku dallohen recetat me rimbursim të plotë dhe recetat me rimbursim të pjesshëm³³⁵.

Për të qenë sa më afër mbrojtjes shëndetësore ndaj popullsisë, skema e sigurimit shëndetësor aplikon trajtimin e të sëmurëve me barna përmbi kufizimin e listës, në mënyrë përjashtimore kur vërtetohet se rrezikohet shëndeti i pacientit³³⁶.

Pacientët e siguruar kanë të drejtë të përfitojnë barna të Listës së Barnave të Rimbursuara edhe përtej kufizimeve në përdorimin, sasinë dhe kohëzgjatjen e trajtimit që përmban lista e barnave në fuqi. Këtë të drejtë, ata e përfitojnë në rastet kur mjekimi i bazuar në kufizimin e listës nuk ka dhënë rezultat dhe kur diagnoza nuk është e

³³⁴ Vendim i Këshillit të Ministrave nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”

³³⁵ Personat e siguruar pajisen me recetën me rimbursim, të lëshuar nga mjeku i familjes, dhe e bëjnë “ekzekutimin e saj në farmaci”. Në mbulimin e barnave zbatohet parimi i pagesës së drejtpërdrejta (bashkëpagesa). Lista e barnave përmban krahas emërimit dhe njësimit të matjes, çmimin e plotë (i quajtur reference), çmimin e shitjes pacientëve (pjesa e çmimit që paguhet nga i siguruari). Farmacitë që kanë kontratë me Fondin, janë të detyruara të zbatojnë këto çmime për kategoritë e personave të siguruar. Sipas këtij parimi skema e sigurimeve shëndetësore mbulon një pjesë të çmimit të ilaçeve dhe pjesën tjetër e paguajnë vetë personat e siguruar në farmaci.

Recetat me rimbursim të plotë lëshohen për kategori të caktuara, që merren posaçërisht në mbrojtje si veteranët, fëmijët 0-12 muaj, pensionistët, të sëmurët me disa sëmundje të rënda si kanceri, turbekulozi etj. Në këto receta bashkëpagësa është zero, pra të siguruarit nuk paguajnë asgjë. Për kategoritë e tjera të siguruara lëshohet receta me rimbursim të pjesshëm, dhe aplikohet procedura e pagesave të drejtpërdrejta (bashkëpagesave), ndërsa për personat e pasiguar nuk aplikohet asnjë masë mbulimi; ata paguajnë çmimin e plotë të ilaçit sipas përcaktimit në listën e barnave. Tani jepen receta për periudha deri në 2-mujore për pacientët kronikë të stabilizuar. Me anë të recetave pacientët, sidomos pensionistët, që janë dhe përfituesit kryesorë, kanë një lehtësim të ndjeshëm, pasi nuk do ta kenë të nevojshme paraqitjen pranë mjekut të familjes çdo muaj, për barnat që marrin rregullisht me rimbursim, por një herë në dy muaj, por përjashtohen rastet kur ka ndryshim terapie (gjë e cila përcaktohet nga mjeku). Ky vendim, shkurton ndjeshëm edhe kohën administrative të mjekut, i cili do të ketë më tepër mundësi edhe për kontrollin mjekësor bazë që ka filluar të ofrohet në qendrat shëndetësore me financim nga Fondi, një paketë shumë e rëndësishme kjo drejt objektivit tonë për mbulimin shëndetësor universal.

³³⁶ Neni 5/nj. “Kompetencat e Këshillit Administrativ”, VKM Nr. 124, datë 5.3.2014, “Për miratimin e Statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, “Miraton kriteret e përfitimit të shërbimit të paketave, në mënyrë përjashtimore kur vërtetohet se rrezikohet shëndeti i pacientit, si dhe rastet e këtyre përfitimeve”.

përfshirë për shkak të kufizimit dhe vlerësohet të tejkalohet³³⁷. Pacientët përfitojnë përtej kufizimeve një ose më shumë prej barnave të listës si dhe përshkrimin në recetë të sasisë së barit përmbi kufizimin që përmban lista. Të përfitosh barna përtej kufizimit nënkupton, që mund ta marrësh barin në një dozë më të lartë për një kohëzgjatje më të gjatë se kufizimi i listës. Të drejtën eksplicite të rekomandimit për trajtimin e të sëmurëve me barna përmbi kufizimin e listës e kanë konsultat e specialiteteve përkatëse të QSU-së “ Nënë Tereza “ Tiranë, të përbëra nga jo më pak se (tre) specialistë³³⁸. Pacientët e siguruar, që kërkojnë të përfitojnë barna përtej kufizimeve të listës së barnave të rimbursuara, duhet të paraqesin pranë Fondit kërkesën të shoqëruar me dokumentacionin përkatës³³⁹ dhe pastaj është Këshilli Administrativ i Fondit, që shqyrton dhe vendos mbi këto kërkesa. Pacientët e siguruar i përfitojnë barnat përtej listës së kufizuar, në bazë të recetës me rimbursim të plotë ose të pjesshëm, sipas kategorisë ku bëjnë pjesë.

³³⁷ Vendimi i Këshillit Administrativ, Nr 70, datë 18.04.2014, “Për miratimin e kriterëve për përfitimin nga lista e barnave të rimbursuara në raste të veçanta”.

³³⁸ Rekomandimi i konsultës do të bazohet në informacionin mjekësor që përmban kartela e kabinetit të specialitetit, kartela personale e QSH-së, apo rekomandimi sipas sistemit të referimit. Konsulta e QSUT-së duhet të argumentojë domosdoshmërinë e përdorimit të barit përmbi kufizimin e listës, dozën ditore, mujore dhe kohëzgjatjen e mjekimit, duke vlerësuar shkallën e rrezikimit të shëndetit.

³³⁹ Po aty, Pika 7, Pacientët e siguruar, që kërkojnë të përfitojnë barna përtej kufizimeve të listës së barnave të rimbursuara, duhet të paraqesin pranë Fondit këtë dokumentacion:

- Kërkesën personale të pacientit të siguruar ose të familjarit të tij;
- Fotokopjen e Kartës së Shëndetit;
- Fotokopjen e dokumentit identifikues (certifikatë personale për fëmijët deri 16 vjeç, Kartë Identiteti);
- Ekzaminimet kryesore që mbështesin diagnozën dhe përfitimin e barit;
- Rekomandimin e konsultës së QSUT-së me argumentet përkatëse.

5.2. Blerja e paketave të shërbimeve shëndetësore në spitalet private

Sektori shëndetësor privat është gjithashtu pjesë e rëndësishme e shëndetësisë në Shqipëri. Viteve të fundit, është shënuar rritje në investimet private në shëndetësi të cilat janë manifestuar me një numër të konsiderueshëm të spitaleve private, qendrave dhe klinikave të specializuara. Pagesat për shërbime shëndetësore në sektorin privat mbulohen nga pacientët ose nga sigurimet shëndetësore private. Aktualisht reforma në sektorin shëndetësor dhe krijimi i Fondit për sigurime shëndetësore i dha frymëmarrje rimbursimit të dhënësve privatë të shërbimeve shëndetësore, si dhe kontraktimit me spitalet private për paketa të caktuara të shërbimeve shëndetësore³⁴⁰.

Financimi dhe realizimi i këtyre ndërhyrjeve do të realizohet së pari në sektorin publik, ku kryesisht është evidentuar një përqindje më e lartë e problemeve me veshkat dhe problemeve kardiokirurgjikale, si sëmundje me incidente të larta dhe nevojat e popullsisë për këto ndërhyrje nuk arrijnë të plotësohen nga spitalet publike. Për këtë arsye, rastet që janë përtej kapaciteteve të institucioneve shëndetësore publike, financohen nga Fondi i cili rimbursëson këto paketa edhe në spitalet private, duke mbuluar koston e plotë të ndërhyrjes për pacientët.

Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të

³⁴⁰ Shih Vendim Nr. 308, datë 21.5.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga fondit i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në shërbimin spitalor

Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor³⁴¹, miratoi paketat që do të financoheshin nga Fondi të cilat ishin³⁴²:

- Paketa e shërbimit të dializës³⁴³
- Paketa e shërbimeve të kardiologjisë
- Paketa e shërbimeve të kardiokirurgjisë
- Paketa e shërbimit të transplantit të veshkës
- Paketat e shërbimeve të implantit koklear

Kontraktimi me institucionet private³⁴⁴, për financimin e shërbimeve shëndetësore të paketave të mësipërme, bëhet në përputhje me legjislacionin e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Çmimi i paketave të shërbimeve shëndetësore financohet nga Fondi në masë të njëjtë, si në institucionet shëndetësore publike, ashtu dhe në ato private. Personat e siguruar, që përfitojnë nga këto paketa, janë të përjashtuar nga

³⁴¹ Në lidhje me paketat e shërbimeve shëndetësore në fund të vitit 2013, me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit, datë 10.12.2013, nisi puna për hartimin dhe koston e paketave shëndetësore, me ngritjen e komisioneve teknike të hartimit të 10 paketave të para shëndetësore. Bëhet fjalë për 6 shërbime të kardiologjisë dhe të kardiokirurgjisë invazive si: dializa, transplantit i veshkave, terapia e flakjes akute dhe implantit koklear për fëmijët me probleme dëgjimi.

Projekti do të sillte një risi në financimin e shërbimeve spitalore. Për hartimin e këtyre paketave u ngritën grupet e punës, të përbërë nga ekspertët e shërbimeve të cilët i realizuan këto paketa mbi bazën e përcaktimit të kriterëve mjekësorë, që do të thotë se u vlerësua shkalla e ofrimit të shërbimit në ndihmë të përmirësimit të cilësisë së jetës, shmangies së përkeqësimit të mëtejshëm të shëndetit dhe rritjes së jetëgjatësisë, kriteret ekonomike, që lidhen me kosto-efektivitetin, si dhe kriteret sociale, duke vlerësuar problematikën e personave që kanë nevojë për këto shërbime. Komisionet e ngritura për çdo paketë shërbimi u udhëhoqën nga parimi i mbulimit të të gjitha kategorive të të sëmurëve për këto shërbime, duke bërë të mundur aksesin e barabartë dhe standarde të njëjta mjekësore në sektorin publik dhe privat. Me hartimin e këtyre paketave, u konkretizua financimi i shërbimeve shëndetësore në bazë të vlerës reale, në funksion të mirëmenaxhimit të fondeve dhe përdorimit të tyre me efikasitet për nevojat e pacientëve

³⁴² Shih Vendim Nr. 308, datë 21.5.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në shërbimin spitalor”.

³⁴³ Aktualisht këtë shërbim, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka lidhur kontratë me Shoqërinë Koncesionare me objekt financimin e shërbimeve të koncesionarit mbi ofrimin e paketës së dializës. Pavarësisht se kjo kontratë, do të jetë derivat i kontratës së e Ministrisë së Shëndetësisë me Koncesionarin, shprehemi se ajo duhet t’i nënshtrohet dispozitave të ligjit për sigurimin e detyrueshmë të kujdesit shëndetësor.

³⁴⁴ Po aty, pikat 3,4,8,9

bashkëpagesa. Çmimet e paketave të shërbimeve shëndetësore rishikohen çdo vit nga një komision i rishikimit të çmimeve të paketave, i cili caktohet nga Këshilli Administrativ i Fondit, me pjesëmarrës nga shërbimet shëndetësore publike dhe private, përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë dhe të Fondit dhe ndryshimi i çmimeve bëhet me vendim të Këshillit të Ministrave. Për të gjitha institucionet shëndetësore publike, marzhi i fitimit, do të klasifikohet si e ardhur dytësore për institucionin dhe përdorimi i tij do të bëhet me udhëzim të posaçëm të Këshillit Administrativ të Fondit.

Hartimi i paketave të shërbimeve bëhet nga komisionet teknike të cilët mbështeten në kritere mjekësorë, ekonomike dhe sociale.³⁴⁵

5.2.1 Regjistri Kombëtar i Paketave të financuara nga Fondi

Regjistri Kombëtar i Paketave të financuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, është dokumenti shtetëror i mbajtur në formë

³⁴⁵ Shih nenin 10/6 të Ligjit Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, ku përcaktohet se Miratimi i paketave të shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm bëhet duke u mbështetur në kritere a)kriteri mjekësor: për vendosjen e këtij kriteri u mor në konsideratë shkalla në të cilën shërbimi ndikon në përmirësimin e cilësisë së jetës në shmangien e përkeqësimit të mëtejshëm të shëndetit dhe në rritjen e jetëgjatësisë; b)kriteri ekonomik, duke qenë një shoqëri e karakterizuar nga paqëndrueshmëri e lartë ekonomike, ishte një element tejet i domosdoshëm marrja në konsideratë e kriterit ekonomik në këtë proces duke u vlerësuar në këtë mënyrë raporti i kostos së efektivitetit të shërbimit dhe disponueshmërinë e burimeve financiare të Fondit;c)kriteri social duke u vlerësuar aftësia paguese e pacientit, disponueshmëria e shërbimeve dhe numri i përfituesve në raport me popullsinë.Projekti i paketave të propozuara nga ekspertët miratohet nga ana e Këshillit administrativ të Fondit i cili ia dërgon Ministrinë të Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave. Realizimi i këtyre paketave kërkon dhe një analizë të detajuar financiare për të vlerësuar mundësitë e mbulimit financiar nga Fondi të shërbimeve të paketave të propozuara. Raporti financiar përgatitet nga drejtori i përgjithshëm i Fondit. Miratimi i paketave të shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm miratohet nga Këshilli i Ministrave.

elektronike dhe fizike, i administruar nga Fondi, ku pasqyrohen përfituesit e paketave të shërbimeve shëndetësore që financohen nga Fondi ³⁴⁶.

Regjistri ka formën e një libri të hapur për çdo paketë shërbimesh shëndetësore. Ai mbahet nga zyra e autorizuar e Fondit, e cila është pjesë e strukturave të Drejtorisë së Shërbimeve Spitalore Universitare të Fondit. Kjo zyrë merr informacion të përditësuar mbi kapacitetet e lira për çdo paketë shërbimi nga çdo dhënës shërbimi shëndetësor publik ose privat të kontraktuar me Fondin. Pacientët e përfitojnë shërbimin sipas një listë-pritje me rregulla të qarta e transparente³⁴⁷.

Ndryshimi i regjistrimit të pacientit te një institucion shëndetësor, bëhet nga zyra e autorizuar e Fondit në rastet kur kemi ndryshime të kapaciteteve mjekësore ose për arsye teknike që e bëjnë të pamundur kryerjen e shërbimit, me kërkesë të pacientit për arsye që lidhen me aksesin për shkak të vendbanimit etj, të mbështetura nga dokumentacioni përkatës. Çregjistrimi i pacientëve nga Regjistri Kombëtar i Paketave bëhet në rastet e vdekjeve.

³⁴⁶ Vendim i Këshillit Administrativ Nr 88, datë 09.07.2014, “Për rregullat dhe mënyrën e organizimit të Regjistrit Kombëtar të Paketave të financuara nga Fondi.”

³⁴⁷ Po aty. Nëpunësi i zyrës së autorizuar të Fondit regjistron pacientët për të marrë shërbimin e nevojshëm të paketave shëndetësore, fillimisht në institucionet shëndetësore publike në përputhje me kapacitetet e lira të raportuara pranë Regjistrit Kombëtar të Paketave. Rruga që duhet të ndjekë pacienti nis nga zbatimi i sistemit të referimit, i cili ka në qendër të tij konsultën e shërbimit përkatës (të nefrologjisë, kardiologjisë, kardiokirurgjisë ose ORL-së). Pas realizmit të konsultës merret vendimi nëse pacienti ka nevojë për një paketë shërbimi nga shërbimi përkatës në QSUT. Më pas pacienti drejtohet në zyrat e Fondit ku bën regjistrimin. Regjistrimi i pacientëve (Planifikimi) do të bëhet duke u bazuar në dokumentet bazë si, vendimi i konsultës të lëshuar nga shërbimi përkatës në QSUT dhe formulari i përparësive të trajtimit të urgjencës të cilat dorëzohen nga shërbimet në zyrën e fondit. Në rast se në datën e përcaktuar si më sipër, nuk ka vende të lira në institucionin shëndetësor publik, atëherë nëpunësi i autorizuar i Fondit bën regjistrimin e pacientit në një institucion shëndetësor privat të kontraktuar nga Fondi. Regjistrimi tek institucionet shëndetësore private bëhet në mënyrë të barabartë, sipas një rendi alfabetik, duke marrë në konsideratë kapacitetet që ofrohen, si dhe vendndodhjen e institucionit në lidhje me pacientët, sipas veçorisë së shërbimit. Njoftimi për regjistrimin dërgohet në mënyrë elektronike dhe në formë shkresore në institucionin shëndetësor privat.

5.3. Kontratat e sigurimeve shëndetësore

5.3.1. Natyra juridike e Kontratës

Një bashkëpunim transparent në mes të autoriteteve publike dhe qytetarëve kërkon mjete të reja, më participuese, në krahasim me aktin administrativ, të veprimeve administrative për të mundësuar shërbim administrativ të përqendruar te qytetari. Kjo vlen sidomos për ato çështje administrative, për të cilat bashkëpunimi në mes qytetarëve dhe administratës është me interes si për autoritetin veprues administrativ ashtu edhe për homologun e tij. Pra legjislacioni administrativ, duhet të ofrojë rregullat për zgjidhje konsensuale të problemeve administrative që i mundësojnë administratës publike ta përputhë në mënyrë fleksibile interesin publik lidhur me ndonjë çështje të caktuar administrative me atë të palës. Shpeshherë qasja konsensuale dhe fleksibiliteti i lartë jo vetëm që çojnë te rezultate më të duhura por edhe rrisin pranimin shoqëror të vendimeve administrative. Instrumenti i një qasjeje të tillë është kontrata administrative, e dëshmuar në shumë administratën evropiane.³⁴⁸ Në Shqipëri instituti ligjor i kontratës administrative është përligjur me Ligjin Nr. 44/2015 “Kodi i procedurave administrative i Republikës së Shqipërisë. Kontrata administrative sipas këtij ligji është një marrëveshje, e cila krijon, ndryshon ose shuan një marrëdhënie konkrete, sipas së

³⁴⁸http://www.sigmaeeb.org/publications/Comments_LaëAdminProceduresKosovo_JN_Oct2012_Alb.pdf

Shih botimin “Administrata e Mirë përmes një sistemi më të mirë të procedurave administrative Vlerësimi i SIGMA-s i Ligjit aktual të Procedurës Administrative dhe propozimet për avancimin e praktikës administrative në Kosovë, përmes një kornize më të mirë rregullative për raportet në mes të qytetarëve dhe administratës publike” Tetor 2012, faqe 18

drejtës publike dhe në të cilën të paktën njëra nga palët kontraktuese është një organ publik.

Duke u bazuar në trajtat karakteristike të kontratave administrative, si dhe në doktrinën juridike, është konstatuar se veçoritë dalluese të kontratave administrative mund të përmbliken në dy parime ose ide kryesore.³⁴⁹

- Kufizimi i objektit të kontratës, që shpjegohet me faktin se personat juridikë të së drejtës publike zotërojnë prerogativa të cilat nuk kanë karakterin e të drejtave subjektive të cilat ato do të mund t'i përdornin sipas dëshirës së tyre³⁵⁰. Për pasojë, me të drejtë, disa fusha të veçanta të së drejtës administrative, nuk mund të jenë objekt i kontratave administrative. Kështu, një organ administrativ nuk mund të angazhohet mbi ushtrimin e një kompetence të veçantë që ia jep ligji, si

³⁴⁹Shih <http://www.doktoratura.unitir.edu.al/ep-content/uploads/2015/09/Doktoratura-Erajd-Dobjani-Fakulteti-i-Shkencave-i-Natyrore-Departamenti-i-te-Drejtës-Publike.Erald> Dobjani “Kontratat Administrative në të drejtën shqiptare” 2015, fq xvii-xviii

Shih J. ëaline, “*Droit administratif*”, Précis Dalloz, 25e édition, 2014, fq. 459.

³⁵⁰ Ndërsa në kontratat e të drejtës private, Neni 660 i Kodit Civil, përcakton se “Palët në kontratë përcaktojnë lirisht përmbajtjen e saj, brenda kufijve të vendosura nga legjislacioni në fuqi”. Shih: S. Sadushi, “E Drejta Administrative 2”, sipas të cilit “Të drejtat që gëzojnë palët në një kontratë, sipas të drejtës private, ku përcaktojnë lirisht përmbajtjen e saj brenda kufijve të ligjit, nuk parashikohen njëlloj për palët edhe në kontratat administrative. Ky kufizim i të drejtave të palëve në kontratën administrative është i kushtëzuar nga fakti se liria e pakufizuar mbart rrezikun e komercializimit të shërbimeve publike. Në rast se palëve në një kontratë administrative do t'u jepej e njëjta liri që kanë palët në një kontratë private, kjo do të ngushtonte diferencën që ekziston ndërmjet tyre dhe nuk do të diktonte nevojën e ekzistencës të një kontrate të tillë”, S. Sadushi, “E Drejta Administrative 2”, Grand Prind, Tiranë, Shtator 2008, fq. 353; G. Ibrahim, S. Sadushi, A. Lako, B. Caka, Th. Kondi, “Komentari i Kodit të Procedurave Administrative”, sipas të cilëve “Liria që gëzojnë palët në një kontratë private, për sa i takon përmbajtjes së një kontrate, nuk është e vlefshme për palët në kontratat administrative. Ky kufizim është i kushtëzuar nga fakti se ekziston rreziku i komercializimit të shërbimeve administrative, në rast se palëve në një kontratë administrative, do t'u jepej e njëjta liri që kanë palët në një kontratë private”, G. Ibrahim, S. Sadushi, A. Lako, B. Caka, Th. Kondi, “Komentari i Kodit të Procedurave Administrative”, ribotim i plotësuar i Institutit për Studime Publike & Ligjore, Toena, Tiranë, 2004, fq. 356; E. Puto, në shkrimin “Kontratat e administratës publike”, i cili shprehet se “Palët kontraktuese në një kontratë private standarte gëzojnë një lloj lirie të veçantë negociuese e cila nuk është e aplikueshme në një kontratë administrative. Ky lloj kufizimi është i kushtëzuar nga fakti që kontrata mund t'i nënshtrohet rrezikut të komercializimit të shërbimeve administrative nëse palët do të kishin të njëjtën liri negociuese sikurse në një kontratë private”, publikuar në doracakun e edituar nga M. Ballbé, Xh. Zaganjori, C. Pablos dhe E. Methasani-Çani, “Çështje të së Drejtës Administrative në Vështrim Krahësues”, Albdesign, 2010, fq. 422.

për shembull, të angazhohet nëpërmjet një kontrate administrative që të heqë dorë nga ushtrimi i një competence ligjore³⁵¹.

- Situata e pabarabartë midis palëve kontraktuese, e cila shpjegohet me faktin se administrata publike zotëron një epërsi të padiskutueshme në ekzekutimin e kontratës administrative nëpërmjet prerogativave të fuqisë publike, për shkak se ajo është përgjegjëse për respektimin dhe përmbushjen e interesit public apo përmbushjen e misionit të shërbimit publik. Këto prerogativa të fuqisë publike, që shfaqen kryesisht në stadin e ekzekutimit të kontratës, përfshijnë pushtetin e drejtimit dhe të kontrollit nga ana e administratës publike, pushtetin e ndëshkimit të kontraktuesit person privat, pushtetin e modifikimit të njëanshëm të kontratës për shkaqe interesi publik³⁵². Në këtë mënyrë, administrata publike

³⁵¹ Kështu, Neni 21 i K.Pr.Administrative, përcakton se “1. Kompetencat e organeve të administratës publike janë të përcaktuara me ligj ose me akt nënligjor dhe ushtrimi i tyre është i detyrueshëm... 2. Të gjitha ato akte ose kontrata, që kanë si objekt heqjen dorë nga e drejta për të ushtruar kompetencat që u janë ngarkuar organeve administrative, janë të pavlefshme...”.

³⁵² Në lidhje me këto pushtete të administratës publike palë kontraktuese, autorët duket se janë të dyzuar midis idesë se në të drejtën shqiptare ato nuk ekzistojnë shprehimisht nga asnjë dispozitë ligjore dhe idesë se nuk ekziston asnjë dispozitë ligjore që t’i ndalojë, dhe për rrjedhojë, këto fuqi të administratës publike palë kontraktuese ekzistojnë. Shih: S. Sadushi, “E Drejta Administrative 2”, sipas të cilit “Si rregull i përgjithshëm, një kontratë duhet të imponohet vetëm përmes një padie në gjykatë, në rast se njëra nga palët nuk arrin të plotësojë detyrimet e parashikuara në të. Ligji nuk njeh ndonjë fuqi të përgjithshme që administrata të imponojë në mënyrë të drejtpërdrejtë kryerjen e kontratës....Megjithatë, legjislacioni ynë nuk vë ndonjë kufizim në këtë drejtim përse i përket këtyre kontratave. Kjo nënkupton se në të gjithë kontratat administrative... organeve administrative iu përket një pozicion më favorizues dhe ato nuk detyrohen ose nuk mund të detyrohen nga asnjë kontratë që bie ndesh me interesin publik. Prandaj, në këto raste, ato kanë privilegjin që të kapërcejnë, ose të lenë mënjanë kontratën, por pa mohuar të drejtën e palës tjetër që të shpërblehet për dëmin e shkaktuar”, S. Sadushi, “E Drejta Administrative 2”, Grand Prind, Tiranë, Shtator 2008, fq. 361-363; G. Ibrahim, S.Sadushi, A. Lako, B. Caka, Th. Kondi, “Komentari i Kodit të Procedurave Administrative”, sipas të cilëve “Si rregull i përgjithshëm, një kontratë duhet të imponohet vetëm përmes një padie në gjykatë, në rast se njëra nga palët nuk arrin të plotësojë detyrimet e veta të kontratës. Ligji nuk njeh ndonjë fuqi të përgjithshme që administrata të imponojë në mënyrë direkte zbatimin e kontratës... njihet botërisht se shteti nuk mund të trajtohet njësoj me personat privatë në të gjitha çështjet, kështu që të gjitha kontratat ndërmjet shtetit dhe një individi nuk mund të trajtohen njësoj si kontratat ndërmjet individëve. Shteti mund dhe bën disa kontrata si shtet dhe, si i tillë, ai nuk detyrohet, ose nuk mund të detyrohet, nga një kontratë që bie ndesh me interesin publik. Në këtë rast, ai [shteti] duhet të ketë privilegjin ta kapërcejë ose ta prishë kontratën. Ky privilegj i shtetit është i

mund të ndëshkojë kontraktuesin e saj për shkak të keqekzekutimit të kontratës, ose mund të modifikojë në mënyrë të njëanshme klauzolat e kontratës për shkaqe interesi publik (duke riparuar dëmin e shkaktuar tek kontraktuesi privat). Kontraktuesi privat ka të drejtën e respektimit të ekuilibrit financiar të kontratës nga administrata publike, që do të thotë se kontraktuesi privat do të përfitojë pagesë shtesë për detyrimet shtesë që do të kërkohen nga ai, kompensim për rritjen e shpenzimeve që mund të vijnë nga një vendim i njëanshëm (akt administrativ) i administratës publike jashtë marrëdhënies kontraktore, apo shpërblim për riparim dëmi për shkak të modifikimit të klauzolave të kontratës në mënyrë të njëanshme për shkaqe interesi publik.³⁵³

Veprimtaria kontraktore e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është zhvilluar në Shqipëri pas vitit 1995 dhe përkon me kohën, në të cilën ka lindur skema e sigurimeve shëndetësore.

njohur në teorinë e së drejtës, dhe në përgjithësi në legjislacionin perëndimor...”, G. Ibrahim, S. Sadushi, A. Lako, B. Caka, Th. Kondi, “Komentar i Kodit të Procedurave Administrative”, ribotim i plotësuar i Institutit për Studime Publike & Ligjore, Toena, Tiranë, 2004, fq. 358; E. Puto, në shkrimin “Kontratat e administratës publike”, i cili shprehet se “Legjislacioni Shqiptar nuk u ofron asnjë fuqi të veçantë organeve administrative për të imponuar ekzekutimin direkt të kontratës. Natyrisht edhe pala private e kontratës publike nuk ka asnjë mundësi tjetër për t’i imponuar autoriteteve të shtetit ekzekutimin e menjëhershëm të kontratës. Në situata të ndryshme, autoriteti publik ka një pushtet të njëanshme për të prishur kontratën për një mospërmbyllje të dispozitave ligjore apo nëse është e nevojshme për të parandaluar apo shmangur dëme serioze ndaj interesit publik”, publikuar në doracakun e edituar nga M. Ballbé, Xh. Zaganjori, C. Pablos dhe E. Methasani-Çani, “Çështje të së Drejtës Administrative në Vështrim Krahësues”, Albdesign, 2010, fq. 425

³⁵³ Neni 10 i K.Pr.Administrative, që përcakton se “Administrata publike, në ushtrimin e funksioneve të saj, mbron në çdo rast interesin publik, si dhe të drejtat dhe interesat kushtetuese e ligjore të personave privatë”, tregon mjaft qartë balancën që duhet të ekzistojë midis nevojës për të mbrojtur interesin publik, nëse është e nevojshme me anë të prerogativave të fuqisë publike dhe nevojës për të mbrojtur interesat e bashkëkontraktuesve privatë, me anë të së drejtës së respektimit të ekuilibrit financiar, duke shpërblyer dëmin e pësuar për bashkëkontraktuesin privat. Theksojmë se, nga formulimi i kësaj dispozite, rezulton mjaft qartë se mbrojtja e kësaj balance është detyrim, por edhe e drejtë dhe për rrjedhojë prerogativë e administratës publike palë kontraktuese.

Procesi i kontraktimit në skemën e sigurimeve shëndetësore është i mbështetur në ligjin bazë të sigurimit shëndetësor, në statutin e Fondit, si dhe në akte të posaçme nënligjore që rregullojnë fushën specifike mbi të cilën synohet realizimi i shërbimit shëndetësor përkundrejt interesave të përgjithshme të publikut. Fondi, si organ publik lidh kontrata të autorizuar nga ligji³⁵⁴ për realizimin e një interesi publik dhe në funksion të përmbushje të detyrës së tij, si administrator i vetëm i skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor. Kjo kontratë administrative lidhet në formë të shkruar dhe nënshkruhet nga palët, ku palët nënshkruese janë përfaqësuesi i autorizuar i dhënësit të shërbimit (publik ose privat) nga njëra anë, dhe përfaqësuesi i strukturave të Fondit nga ana tjetër, në përputhje me modalitetet e përcaktuara në legjislacionin në fuqi. Nisur nga përkufizimi, veçoritë, karakteristikat e kontratës administrative, si dhe në analizë të kontratave që Fondi lidh me institucionet shëndetësore publike (p.sh qëndrat shëndetësore, spitale) ose private, shprehemi se këto kontrata konfirmojnë parimet dhe kërkesat e ligjshmërisë së kontratës administrative.

Kohët e fundit Ministri e Shëndetësisë ka filluar të aplikojë kontratat e partneritetit publik privat për shërbime të caktuara shëndetësore, sic janë kontratat për shërbimin e dializës³⁵⁵ dhe shërbimin e kontrollit mjekësor bazë të popullsisë (check-up)³⁵⁶.

³⁵⁴Shih nenin 29/4, Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar “Fondi mund të lidhë kontratë me dhënësit privatë të shërbimit shëndetësor, të licencuar nga autoriteti kompetent. Kontrata përcakton shërbimet shëndetësore, që do të mbulohen nga Fondi. Kontratat lidhen për një kohëzgjatje të caktuar dhe mund të rinovohen.”

³⁵⁵ Shih Vendimin nr. 33, datë 20.1.2016 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2016”. Pika 9/dh ku përcaktohet, se Fondi kryen pagesa të shërbimeve të kryera për llogari të spitaleve publike, nga operatorë të kontraktuar nga Ministria e Shëndetësisë sipas legjislacionit për partneritetin publik privat.

³⁵⁶ Vendimi i Këshillit të Ministrave Nr. 185, datë 2.4.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40 - 65 vjeç”, i cili ka përcaktuar mënyrën e realizimit të kontrollit mjekësor bazë si dhe ka shprehur në mënyrë eksplicite se “Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor lidh kontratën për financimin e shërbimit të kontrollit mjekësor bazë (“check-

Kontratat e partneritetit publik privat cilësohen si kontrata publike³⁵⁷ dhe ka kuptimin e një kontrate pune publike apo kontrate të shërbimit publik. Aktualisht Fondi në lidhje me kontratat e partneritetit publik privat të nënshkruara nga Ministri e Shëndetësisë dhe operatorët ekonomikë ka lidhur kontrata shtesë për rimbursimin dhe financimin e këtyre shërbimeve³⁵⁸ duke u fokusuar në nocionin e interesit publik dhe të prerogativave të fuqisë publike.

Nisur nga rëndësia që luajnë kontratat në funksionimin e Fondit si dhe në zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor më poshtë do të paraqesim dhe trajtojmë disa kontratat që nënshkruan Fondi me dhënësit e shërbimeve shëndetësore .

5.3.2. Kontrata me farmacitë

Fondi, si institucioni i cili menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, është përgjegjës për lidhjen e kontratave me farmacitë³⁵⁹. Kontrata si instrument juridik përmban një sërë rregullash procedurale dhe dokumentare që duhet të plotësojnë palët për nënshkrimin dhe zbatimin e saj. Objekti i kontrates ka si qëllim që Farmacia t'u realizojë shërbimin me barna të rimbursueshme shtetasve të siguruar nëpërmjet recetave të rimbursueshme që ata paraqesin në farmaci dhe të marrë nga Fondi masën e

up”) me operatorë të përzgjedhur sipas dispozitave të ligjit nr. 125/2013, “Për koncesionet dhe partneritetin publik privat”

³⁵⁷ Shih nenin 3/23, Ligji Nr. 125/2013, datë 25.04.2013 “Për Koncesionet dhe Partneritetin Publik Privat”.

³⁵⁸ Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka lidhur kontratën me Shoqërinë Tregtare 3P LIFE LOGISTIC sh.p.k, me objekt financimin e shërbimeve të koncesionarit mbi ofrimin e paketës së kontrollit mjekësor bazë ndaj popullatës me datë 08.01.2015. Gjithashtu Fondi ka lidhur kontrate me koncesionarin për financimin e shërbimit të dializës.

³⁵⁹ Kontrata ka në përbërjen e saj bazën ligjore, palët e kontraktuara, objektin e kontratës, të drejtat dhe detyrimet e secilës palë, pagesat, sanksionet për shkelje të përgjegjësisë, kushtet e zgjidhjes së kontratës dhe afatet kohore

rimbursimit të tyre sipas Listës së barnave të rimbursueshme³⁶⁰. Praktika e lidhjes së kontratave³⁶¹ me farmacitë është e konsoliduar pasi daton që nga viti 1995, koha në të cilën është krijuar skema e sigurimeve shëndetësore.

Neni 29/2, i Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar, përcakton se Këshilli Administrativ i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm Shëndetësor miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat e dhënësve të shërbimit, duke synuar në stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve privatë dhe publikë ndaj komunitetit”. Fondi në shërbimin farmaceutik, përveç kontraktimit me farmacitë, ka lidhur kontratë me agjencitë e rrjetit të hapur farmaceutik, me depot farmaceutike dhe me grosistët importues. Farmacitë bëjnë aplikim për rimbursim pranë Drejtorive Rajonale të Fondit duke paraqitur recetat me rimbursim së bashku me dokumentacionin shoqërues.

Farmacitë janë të lira të bashkohen me skemën e sigurimeve shëndetësore, duke lidhur kontratë në varësi të kriterëve të vendosura nga Këshilli Administrativ. Kriteret e lidhjes së kontratës evoluojnë në varësi të kërkesave të tregut. Kështu Këshilli Administrativ i Fondit ka përcaktuar si kriterë të përgjithshme ato që rrjedhin nga ligji, siç janë licencimi i aktivitetit farmaceutik nga ana e autoriteteve përkatëse, regjistrimi nga

³⁶⁰ Shih objektin e kontratës F/2016

³⁶¹ Marredhenia mes Farmacisë dhe Fondit sigurimeve shëndetësore, rregullohen me kontrata sipas parashikimit të legjislacionit të sigurimit të detyrueshëm. Kontratat hartohen nga stafi teknik i sigurimeve shëndetësore. Drafti negociohet me përfaqësuesit e Farmacisë dhe pas marreveshjes së arritur, modeli i kontratës miratohet nga Këshilli Administrativ i Fondit. Kontratat lidhen me një afat të caktuar, zakonisht një vjeçar. Nderkohe që cmimet e shërbimeve dhe të barnave të cilët do të rimbursojë Fondi, janë të përcaktuara me Vendime të Këshillit të Ministrave.

organet tatimore dhe deri te pajisja me urdhrin e farmacistit për personin që do të kryejë aktivitetin farmaceutik³⁶². Në kontratë jepen dhe përshkruhen në mënyrë të detajuar, detyrimet e përgjithshme dhe detyrimet specifike³⁶³ që ka farmacia në përmbushje të kontratës me Fondin. Një rëndësi të veçantë në kontratë zënë detyrimet rajonale të Fondit, që kanë të bëjnë me mënyrën e rimbursimit të farmacisë si dhe me aspekte administrative të bashkëpunimit me të . Në kontratë ka një nen të veçantë në lidhje me sanksionet, procedurat e ankimimit dhe elementët që Fondi mund të ndëshkojë kontraktuesin (farmacinë) për shkak të keqekzekutimit të kontratës.

Në dispozitat kontraktuale një seksion të vecantë zë, pezullimi i aktivitetit të farmacisë, i cili aplikohet në rastet, kur ndaj farmacisë fillon ndonjë procedim penal, hetim, nga organi akuzës për çështje që lidhen me pikat e kësaj kontrate. Farmacisë i pezullohet aktiviteti kontraktual, deri në përfundimin e plotë të hetimeve. Për këtë periudhë farmacia nuk ekzekuton receta me rimbursim pasi nuk i rimbursohet vlera e këtyre

³⁶² Shih Kontrata farmaci /2016 1. Farmacia të jetë e licencuar nga Qendra Kombëtare e Licencimit; 2. Drejtuesi teknik të jetë certifikuar nga Urdhri i Farmacistëve; 3. Farmacia të jetë e regjistruar pranë organeve tatimore dhe QKR-së; 4. Farmacia të ketë llogari bankare; 5. Farmacia që lidh kontratë për herë të parë ose pas një periudhe ndërprerjeje të ketë gjendje jo me pak se 60% të barnave alternativa të para të listës së barnave, që rimbursohen në sasi të tillë jo më pak sesa mjekimi mujor sipas protokollit të përdorimit; 6. Drejtuesi teknik i farmacisë të drejtojë vetëm farmacinë për të cilën është licencuar; 7. Farmacia të plotësojë standardet frigoriferike për ruajtjen dhe tregtimin e barnave termolabile; 8. Farmacia të jetë e pajisur me kasafortë të fiksuar në mur betoni për ruajtjen e barnave narkotike dhe helmet e tabelës II. (Kur ajo është e licencuar t'i tregtojë ato); 9. Farmacia të jetë e pajisur me kompjuter për të realizuar kompjuterizimin e të dhënave, sipas programeve të përgatitura nga Fond; 10. Drejtuesi teknik i farmacisë dhe farmacistët e punësuar, të jenë anëtarë të Urdhrit të Farmacistëve të Shqipërisë; 11. Drejtuesi teknik i farmacisë, farmacistët dhe nd/farmacistët e punësuar, të kenë kontratë punësimi me pronarin/ përfaqësuesin ligjor të farmacisë; 12. Nuk lidhet kontratë me agjencitë farmaceutike në qytetet dhe fshatrat ku ka farmaci me kontratë; 13. Nuk lidhet kontratë me farmacistët të cilat janë në proces gjyqësor me Fondin/Drejtorinë Rajonale. 14. Farmacia të ketë të vendosur në pjesën e jashtme të saj në mënyrë të dukshme, emrin tregtar me të cilin është regjistruar pranë QKR-së.
http://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/farmaci/8.2.%20KONTRATA%20%20A%20-%20202015_perfundim.pdf fq.2-3.

³⁶³ Shih, kontrata farmaci /2016 , “Detyrimet e përgjithshme” dhe “Detyrimet specifike”

recetave nga Fondi.³⁶⁴ Zgjidhja e kontratës mund të bëhet nga Fondi në rastet e mospërbushjes së detyrimeve nga ana e farmacisë.³⁶⁵ Kontrata negociohet mes dy palëve kontraktore dhe nënshkrimi i kontratës bëhet nga drejtuesi teknik i farmacisë si dhe drejtori i rajonal i fondit.

Çdo farmaci, që lidh kontratë me Drejtorinë Rajonale të Kujdesit Shëndetësor, ka detyrimin të plotësojë Formularin e Përditësimit të Vetëdeklarimit në rast se ka ndryshime në të dhënat e vetëdeklarimit.

5.3.3. Kontrata me spitalet publike

Kontratat me spitalet publike u hartuan në mbështetje dhe zbatim të parimeve të përmirësimit cilësor të ofrimit të shërbimeve shëndetësore spitalore, planifikimit dhe administrimit me efikasitet të barnave dhe mjeteve diagnostikuese, rritjen e transparencës si dhe forcimin e rolit të kontrollit spitalor nga ana e Fondit . Subjekte të këtyre kontratave janë spitalet publike si ofrues të shërbimeve shëndetësore dhe Fondi si blerësi i vetëm i shërbimeve shëndetësore. Objekti i kësaj kontrate është përcaktimi i të drejtave dhe detyrimeve të palëve lidhur me ofrimin e shërbimeve shëndetësore spitalore dhe financimi i këtij shërbimi nga skema e detyrueshme e sigurimeve të

³⁶⁴ Po aty, “Pezullimi i aktivitetit”

³⁶⁵ Po aty, “Zgjidhja e kontratës”, ku përcaktohet se kjo kontratë zgjidhet në rastet kur: 1. Ka përfunduar afati i certifikatës së anëtarësimit të drejtuesit teknik, lëshuar nga Urdhëri i Farmacistëve; 2. Në Farmaci gjendet faturë fiktive, recetë fiktive të cilat vërtetohen, asaj i zgjidhet kontrata për një periudhë 2 vjeçare nga dita e njoftimit zyrtar për këtë zgjidhje, për këtë rast bëhet kallzim penal 3. Mbyllet aktiviteti me një akt të organeve kompetente; 4. Farmacia nuk pranon për kontroll, pa arsye të paraqitura me shkrim specialistë të Drejtorisë Rajonale ose të FONDI-t, të cilët janë të pajisur me fletë Projekt F / 2016 - 14 - identifikimi dhe urdhër kontrolli, asaj i zgjidhet kontrata për një periudhë 1 vjeçare nga dita e njoftimit zyrtar për këtë zgjidhje. 5. Nga kontrolli në Farmaci (rast i përsëritur) nuk gjendet drejtuesi teknik apo farmacisti i lartë i punësuar por farmacist i pakontraktuar, zgjidhet kontrata nga dita e njoftimit zyrtar për këtë zgjidhje deri në fund të periudhës së kontraktuar, por jo më pak se për një periudhë 6 mujore që nga koha e zgjidhjes etj etj.

kujdesit shëndetësor³⁶⁶. Kontratat që Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nënshkruan me spitalet, përcakton në mënyrë të detajuar gamën e shërbimeve që ofrohen nga spitalet, treguesit e performancës dhe mënyrën e kontrollit të ushtruar nga ana e Fondit.³⁶⁷ Në kontratë jepen dhe përshkruhen në mënyrë të detajuar, të drejtat dhe detyrime të përgjithshme për spitalin, siç janë detyrimet e spitalit në shërbimin e urgjencës, detyrimet e spitalit në shërbimet me shtretër, detyrimet e spitalit në shërbimin e konsultave të specializuara³⁶⁸.

Një rëndësi të veçantë në kontratë zënë detyrimet rajonale të Fondit, që kanë të bëjnë me mënyrën e financimit të spitalit si dhe me aspekte administrative dhe teknike të funksionimit të tij. Në kontratë ka një nen të veçantë në lidhje me sanksionet, procedurat e ankimimit dhe elementët që Fondi mund të ndëshkojë kontraktuesin (spitalin) për shkak të keqekzekutimit të kontratës. Kontrata negociohen mes dy palëve kontraktore dhe nënshkrimi i kontratës bëhet nga drejtorët përkatës.

Gjatë vitit 2016 në kontratat spitalore janë bërë ndryshime, të cilat përkojnë më sjelljen e disa risive dhe ndryshimeve që përmbajnë këto kontrata, siç janë plotësimi i deklaratës së konfliktit të interesit për personelin mjekësor të spitaleve, për investimet e realizuara nga të ardhurat dytësore, spitali merr miratimin nga Ministri e Shëndetësisë, shtimi i indikatorëve të rinj për matjen e performancën së spitaleve, si risi është shtuar

³⁶⁶ Shih “Objekti i kontratës”, Kontrata S/2016

³⁶⁷ Shih VKM-në Nr. 33, datë 20.01.2016, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2016” ku përcaktohet se në kontratë përcaktohen qartë shërbimet e parashikuara për çdo spital; mënyrat e mbajtjes së të dhënave dhe të raportimit; mënyrat e pagesës së spitalit; treguesit e cilësisë dhe të performancës; mënyrat e ushtrimit të kontrollit nga Fondi; sistemi i referimit dhe mënyra e identifikimit të të siguarve; mënyrat e zgjidhjes së mosmarrëveshjeve etj.

³⁶⁸ Shih kontratën më spitalin për 2016

dhe detyrimet dhe sankionet që i linden spitaleve në zbatimin e kufizimeve të listës së barnave të rimbursueshme³⁶⁹. Për vitin 2016, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nënshkroi kontrata me disa spitale publike³⁷⁰ për sa i përket shërbimeve që individët mund të marrin në këto spitale.

³⁶⁹ Shih <http://www.fsdksh.com.al/spitalet/110-spitali>, ku përcaktohet Kontrata me mjekun specialist për spitalet Universitare, Rajonale dhe Bashkiake, për përshkrimin e barnave me kosto të lartë nga lista e barnave të rimbursueshme, të cilat tregtohen në farmacitë e spitaleve është unifikuar. Në këtë kontratë përfshihet edhe përshkrimi i barnave citostatike të rimbursueshëm nga lista e barnave, kjo për spitalet Rajonale që ofrojnë shërbimin e kimioterapisë. Krahas tyre është hartuar edhe kontrata për shërbimin e kujdesit paliativ me mjekët Onkologë të Spitalit Rajonal Durrës. Nëpërmjet kësaj kontrate u njihet e drejta e përshkrimit të barnave me rimbursim për trajtimin e dhimbjes tek të sëmurët me Ca në stadet terminale dhe ekzekutimit të recetave në farmacitë e rrjetit të hapur me kontratë me Drejtorinë Rajonale Durrës. Në kontratën tip me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe spitalet rajonale Gjirokastrë, Elbasan e Shkodër, të cilët ofrojnë disa nga paketat e shëndetësore të miratuara me Vendim të Këshillit të Ministrave është përgatitur një aneks i veçantë në kontratë me detyrimet përkatëse. Në kontratat spitalore për vitin 2016 është patur parasysh parandalimi i konfliktit të interesit në ofrimin e shërbimeve shëndetësore spitalore, nga spitalet publike në raport me ato private. Spitali universitar duhet t’u kërkojë shefave të shërbimeve të plotësojnë deklaratën e konfliktit të interesit, që ata nuk janë drejtues teknik në institucionet shëndetësore private. Të gjithë mjekët të cilët punojnë në spitalin publik, që janë objekt i kësaj kontrate, nuk lejohen të ushtrojnë aktivitet të pjesshëm ose të plotë në institucionet shëndetësore jo publike me shtretër të kontraktuara me Fondin. Spitali do të zbatojë bazën ligjore në fuqi për përdorimin e të ardhurave dytësore dhe do të kërkojë miratim nga MSH për investimet e realizuara nga të ardhurat dytësore “Spitali është i detyruar të respektojë strukturën e personelit të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë, si dhe të zbatojë bazën ligjore për pagat e sigurimet shoqërore e shëndetësore të personelit”. Zbatimin e kufizimeve të listës së barnave të rimbursueshme. Kryerjes së konsultës mjekësore dhe rekomandimin e përdorimit me racionalitet të barnave të rimbursueshme. Hapjen e kartelave personale për trajtimin dhe rekomandimin e barnave me kosto të lartë. Argumentimet e ndryshmeve të mjekimit nëpërmjet rekomandimeve dhe flete-daljeve nga spitali.

³⁷⁰ Shih <http://www.fsdksh.com.al/spitalet/110-spitali>, ku përcaktohen për vitin 2016, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nënshkroi kontrata me spitale publike si më poshtë: Kontrata spitalore me Spitalet Rajonale, Bashkiake. Kontrata spitalore me QSUT “Nënë Tereza”. Kontrata spitalore me Spitalin Rajonal, Durrës. Kontrata spitalore me Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi”. Kontrata spitalore me Spitalet Universitare Obstetrik-Gjinekologjik. Kontrata spitalore me Institucionet Shëndetësore jo Publike. Kontrata spitalore me Mjekun Specialist të QSUT, Spital Rajonal, Bashkiake. Kontrata spitalore me Mjekun Specialist Onkolog Spitali Rajonal Durrës.

5.3.4. Kontrata me spitalet private

Fondi lidh kontrata me spitalet private për shërbime të caktuara shëndetësore, në rast se ato janë të interesuara t'i japin këto shërbime sipas çmimeve dhe kriterëve të përcaktuara nga Fondi. Në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 308, datë 21.5.2014 “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në shërbimin spitalor” dhe legjislacionit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, Fondi përcaktoi me vendim të Këshillit Administrativ kriteret për kontraktimin të spitaleve jopublike, të cilat do të mund të lidhnin kontratë me Fondin për paketat e shërbimeve shëndetësore.

Spitalet private duhet të plotësojnë disa kriterë të përgjithshme dhe të veçanta për të qenë subjekte të kontratave me Fondin. Kriteret e përgjithshme³⁷¹ që duhet të plotësojnë institucionet shëndetësore private për lidhjen e kontratës me Fondin lidhen kryesisht me procesin e licencimit të tyre nga ana e institucioneve përkatëse, me plotësimin e standardeve dhe të kushteve fizike të mjediseve spitalore. Ndërsa kriteret e veçanta, të cilat institucionet shëndetësore private duhet të plotësojnë për të lidhur kontratë me Fondin, janë specifike sipas shërbimit që kontraktohet.

Në kontratë jepen dhe përshkruhen në mënyrë të detajuar, detyrimet e spitalit privat në përmbushje të kontratës me Fondin. Një rëndësi të veçantë në kontratë zënë detyrimet

³⁷¹Shihhttp://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/spitale/Kriteret_/Kriteret_per_li_dhjen_e_kontratave_me_institucionet_shendetesore_1.pdf

Kriteret që institucionet private duhet të plotësojnë janë : të jenë të licencuar nga Ministria e Shëndetësisë për dhënien e shërbimit shëndetësor që do të kontraktohet; të jenë të regjistruar pranë QKR-së dhe organeve tatimore në rrethin ku kryen aktivitetin; të kenë llogari bankare në një bankë të nivelit të dytë në Republikën e Shqipërisë; të jenë të pajisur me pajisjet e nevojshme kompjuterike për të realizuar përpunimin elektronik të të dhënave, sipas programeve të përgatitura nga Fondi; nuk duhet të jetë në procedurë falimentimi dhe likuidimi.

rajonale të Fondit, që kanë të bëjnë me mënyrën e rimbursimit të spitalit si dhe me aspekte administrative të bashkëpunimit me të . Në kontratë ka një nen të veçantë në lidhje me sanksionet, procedurat e ankimimit dhe elementët që Fondi mund të ndëshkojë kontraktuesin (spitalin privat) për shkak të keqekzekutimit të kontratës.

Në ndryshim nga kontratat ekzistuese ndërmjet Fondit dhe institucioneve shëndetësore private, të cilat ishin të veçanta për secilën paketë shëndetësore, për vitin 2016 është hartuar një kontratë e vetme me institucionet shëndetësore private për të gjithë paketat shëndetësore, në të cilën çdo paketë është vendosur si aneks më vete në këtë kontratë³⁷².

Ndryshimet e bëra në kontratat spitalore për vitin 2016, synojnë përmirësimin e marrëdhënieve të Fondit me ofruesit e shërbimeve shëndetësore, përmirësimin cilësor të ofrimit të shërbimeve për popullatën, planifikimin dhe administrimin me efikasitet të barnave dhe mjeteve diagnostikuese, përmirësimin e shkëmbimit të informacionit, rritjen e transparencës.

Sipas të dhënave zyrtare të Fondit, për vitin 2016 janë kontraktuar këto spitale private, si Spitali Amerikan, Spitali Hygeia, Spitali Gjerman, Spitali European, etj .³⁷³

³⁷²Shih <http://www.fsdksh.com.al/spitalet/110-spitali> Në kontratën me institucionet shëndetësore private është vendosur detyrimi, “Për shërbimet shëndetësore që financohen nga Fondi, spitali duhet të sigurojë, që këto shërbime të jepen nga personeli shëndetësor me kohë të plotë i kontraktuar nga spitali sipas kriterëve të kontraktimit”.Për sa i përket dokumentacionit, që do të plotësojë spitali, janë shtuar disa regjistra dhe dokumentacion tjetër i pasqyruar në kontratë. Qëllimi i shtimit të këtij dokumentacioni, është të kryhet verifikimi i dhënies së shërbimit të paketave të kontraktuar sipas protokolleve të miratuara dhe përbën element kontrolli nga blerësi i shërbimit. Në kontratë përshkruhet dhe mënyra e ushtrimit të kontrollit nga strukturat kontrolluese. Janë shtuar gjithashtu dhe masat që jepen në rastit e shkeljeve të detyrimeve nga dhënësi i shërbimit të paketave, më qëllim parandalimin e fenomeneve abuzive me skemën e sigurimeve shëndetësore.

³⁷³Shih lista e spitaleve të kontraktuara nga Fondi.:

http://ëëë.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/spitale/Kriteret_/Lista_e_Spitaleve.pdf

5.3.5. Kontrata me qendrat shëndetësore

Fondi i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor ka si objektiv kryesor të tij, menaxhimin me efektivitet të lartë të financimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe është i vetmi organ publik, i cili lidh kontrata me qendrat shëndetësore. Kontrata përcakton qartë llojet e shërbimeve që duhet të ofrojë QSH-ja për trajtimin e gjithë grupmoshave dhe për të gjitha kategoritë e popullatës, duke siguruar funksionimin e parimit që mjeku i përgjithshmi /i familjes, të jetë kontakti i parë për nevojat shëndetësore të popullsisë në zonën e mbulimit të saj.

Qendra Shëndetësore duhet të ofrojë shërbimet shëndetësore në sasi dhe cilësi, në përputhje me Ligjin për Kujdesin Shëndetësor, Ligjin për Barnat, protokollat profesionale të miratuara, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, standardet dhe normat e vendosura nga Ministria e Shëndetësisë, Urdhëri i Mjekut dhe Urdhëri i Infermierit, Ligjin “Për mbrojtjen e të dhënave Personale” si dhe Legjislacionin për Sigurimet Shëndetësore. Shërbimet do të jepen pa asnjë llojë dallimi e diskriminimi, duke respektuar dhe ruajtur plotësisht fshehtësinë e të gjitha të dhënave dhe informacioneve të çdo personi, dinjitetin dhe intimitetin e tij³⁷⁴. Në kontratë jepen dhe përshkruhen në mënyrë të detajuar, detyrimet e drejtorit të qendrës shëndetësore detyrimet e përgjithshme të qendrës shëndetësore nëpërmjet mjekëve të kontraktuar, si dhe personelit tjetër mjekësor³⁷⁵. Një rëndësi të veçantë në kontratë zënë detyrimet rajonale të Fondit, që kanë të bëjnë me mënyrën e financimit të QSh/së si dhe me

³⁷⁴ Shih nenin 3/3, Kontrata Qsh/2016

³⁷⁵ Shih nenin 4,5, Kontrata Qsh/2016

aspekte administrative dhe teknike të funksionimit të saj³⁷⁶. Ashtu si theksuam më sipër Fondi realizon procesin e kontraktimit me qendrat shëndetësore të kujdesit parësor, për financimin e paketave të shërbimeve shëndetësore të ofruara prej tyre duke financuar vetëm shërbimet që ka paketa. Në kontratë ka një nen të veçantë në lidhje me sanksionet, procedurat e ankimimit³⁷⁷ dhe elementët që Fondi mund të ndëshkojë kontraktuesin (QSH) për shkak të keqekzekutimit të kontratës. Kontrata negociohen mes dy palëve kontraktore dhe nënshkrimi i kontratës bëhet nga drejtorët përkatës.

Në përmbushje të kompetencave të reja të Njësive Vendore, është shtuar në kontratë elementi i ndërveprimit dhe bashkëpunimit me drejtuesin/përfaqësuesin e njësisë administrative vendore, për të përmirësuar aksesin dhe nevojat e popullatës për shërbim shëndetësor sa më pranë territorit. Një vëmendje e posaçme i është kushtuar në kontratat e reja, përmirësimit dhe aksesit të lehtësuar të shërbimit shëndetësor për kategori, të cilët e kanë të pamundur të paraqiten pranë QSH për marrjen e shërbimit. Bëhet fjalë për të sëmurët tetraplegjikë, paraplegjikë, të verbër, invalidë të përhershëm dhe të tjerë, të cilëve gjendja shëndetësore nuk e mundëson paraqitjen në institucionin shëndetësor. Në kontratën e re është parashikuar rritja e penaliteteve për mjekët që nuk zbatojnë detyrimin për t'iu ofruar shërbimin në shtëpi këtyre personave³⁷⁸.

³⁷⁶ Po aty neni 6,7

³⁷⁷ Po aty neni 12

³⁷⁸ <http://www.fsdksh.com.al/qendrat-shendetesore>, Kontratat e reja mes Fondit dhe Qendrave Shëndetësore kanë forcuar detyrimin e palëve për një shërbim sa më cilësor për pacientët, duke mos e parë të shkëputur Qendrën Shëndetësore nga pjesa tjetër e sistemit tonë shëndetësor. Më konkretisht, në kontratat e vitit 2016, parashkruhet qartë se Qendra Shëndetësore duhet të ofrojë mjekë të saj për të mbështetur shërbimin e urgjencës pranë spitaleve Bashkiake/Rajonale, të njësisë administrative ku ushtron aktivitetin QSH. Një tjetër pikë e rëndësishme që i takon mbulimit të shërbimit te porta e parë e sistemit, pra te mjeku i familjes, është përcaktimi për herë të parë në kontratë, i ndalimit të dypunësimit të

Ndryshimet, që janë bërë në kontratat e vitit 2016, konsistojnë në përmirësimin e bazës ligjore, për të siguruar mbështetje sa më të plotë për zbatimin e të drejtave dhe detyrimeve të palëve, në përmirësimin e detyrimeve të përgjithshme të qendrave shëndetësore.

5.5. Jurisprudenca e gjykatave për të drejtën e sigurimeve shëndetësore

Mirëfunksionimi i drejtësisë administrative³⁷⁹ është një kriter thelbësor për një shoqëri të bazuar në shtetin e së drejtës. Ajo nënkupton një angazhim ndaj një parimi që qeveria dhe administrata e saj duhet të veprojë brenda kufijve të autoritetit ligjor. Gjithashtu, ajo nënkupton të drejtën e personave privatë për të kërkuar një zgjidhje ligjore sa herë që të drejtat, liritë dhe interesat e tyre janë ndikuar negativisht nga administrata publike, kur kjo ka ushtruar detyrat e saj në mënyrë të jashtëligjshme dhe aspak në mënyrën e duhur³⁸⁰. Në këto raste, rrugëzgjidhje të arsyshme duhet të gjenden përmes nisjes së një procesi administrativ në gjykatë. Një gjykatë duhet të ketë kompetencën të ushtrojë

mjekëve. Kështu, nëse një mjek që punon në një qendër shëndetësore, ushtron aktivitet të plotë ose të pjesshëm në një spital privat, ai do duhet të zgjedhë mes shtetit dhe privatit. Aktiviteti në QSH do të mund të ushtrohet vetëm me kohë të plotë dhe nuk do të lejohet dypunësimi i mjekëve. Një tjetër përmirësim lidhet me recetat me rimbursim që lëshon mjeku i familjes. Çdo recetë tashmë do të jetë e shoqëruar për të gjitha etapat, me dokumentacion të rregullt (fletë-dalje) ku të pasqyrohen në mënyrë rigoroze numrat serialë për çdo recetë. Gjithashtu janë përcaktuar qartë në kontratë të gjitha rregullat e plotësimit të recetës dhe janë shtuar penalitetet në rast të korrigjimeve të recetës së rimbursueshme.

Sa i takon Kontrollit Mjekësor Bazë, mjekët dhe infermierët do të kenë detyrime të përcaktuara qartë në kontratë për ndjekjen e këtij procesi. Kontratat e reja reflektojnë edhe ndryshimet në legjislacionin tatimor dhe financiar. Qendrat shëndetësore do të pajisen me kasë fiskale për arkëtimin e të ardhurave dytësore.

³⁷⁹ Drejtësia administrative i referohet sistemit të gjykatave që ushtrojnë juridiksionin në çështje që përfshijnë administratën publike

³⁸⁰ Shih "Recommendation CM/Rec(2007)7 of the Committee of Ministers to member states on good administration" [Rekomandimi CM/Rec(2007)7 i Komitetit të Ministrave drejtuar shteteve anëtare për administrimin e mirë], Këshilli i Evropës, 20 qershor 2007, <<https://ecd.coe.int/VieëDoc.jsp?id=1155877&Site=CM>>.

pushtetin gjyqësor për të përcaktuar ligjshmërinë dhe përshtatshmërinë e një akti administrativ, ose të dyja këto, si dhe të ndërmarrë masa të duhura të cilat mund të ekzekutohen brenda një afati të arsyeshëm.³⁸¹

Akti administrativ dallohet nga veprimet e paligjshme, sepse qëllimi i tij është ardhja e pasojave juridike që parashikon vetë akti dhe prandaj akti prezumohet si një veprim i ligjshëm. Kjo nuk duhet kuptuar sikur akti është i imunizuar nga elementet e paligjshmërisë. Nëse përmbajtja e aktit vjen në kundërshtim me Kushtetutën ose ligjin, si dhe me qëllimin dhe frymën e tyre, atëhere edhe pasojat që ai do të krijojë do të konsiderohen të kundërligjshme. Për rrjedhojë akti do t'i nënshtrohet kontrollit administrativ, fillimisht të vet organit që e ka nxjerr, të organit administrativ më të lartë, nëse parashikohet kjo e drejtë dhe, së fundi, kontrollit gjyqësor.³⁸²

Kontrolli juridik i veprimeve administrative është një prej kushteve themelore të demokracisë dhe sundimit të ligjit. Disbalanci i pushtetit që ekziston në mes të autoriteteve të administratës publike dhe individëve duhet të kontrollohet në mënyrë efektive për të rikthyer të drejtat e qytetarëve të cilat kanë mundur të shkelen nga një autoritet administrativ. Është pikërisht kontrolli juridik i veprimeve administrative që garanton që Shteti plotësisht i nënshtrohet ligjit³⁸³.

³⁸¹ Shih "Recommendation Rec(2004)20 of the Committee of Ministers to member states on judicial Review of administrative acts" [Rekomandimi (2004)20 i Komitetit të Ministrave drejtuar shteteve anëtare për rishikimin gjyqësor të akteve administrative], Këshilli i Evropës, 15 dhjetor 2004, <<https://ecd.coe.int/VieëDoc.jsp?id=802925&Site=COE>>; "Recommendation Rec(2003)16 of the Committee of Ministers to member states on the execution of administrative and judicial decisions in the field of administrative law" [Rekomandimi (2003)16 i Komitetit të Ministrave drejtuar shteteve anëtare për ekzekutimin e vendimeve gjyqësore administrative dhe gjyqësore], Këshilli i Evropës, 9 shtator 2003, <<https://ecd.coe.int/VieëDoc.jsp?id=65519&Site=CM>>.

³⁸² Shih Sokol Sadushi, Leksioni "Koncepti mbi për aktin administrativ"

³⁸³ Shih http://www.sigmaeeb.org/publications/Comments_LaëAdminProceduresKosovo_JN_Oct2012_Alb.pdf dhe botimin "Administrata e Mirë përmes një sistemi më të mirë të procedurave administrative Vlerësimi i SIGMA-s i Ligjit aktual të Procedurës Administrative dhe propozimet për avancimin e praktikës

Zgjidhja e mosmarrëveshjeve administrative, si rrjedhojë e kundërshtimit, që u bëhet akteve juridike të nxjerra nga Fondi realizohet kryesisht në rrugën e rishikimit administrativ dhe atij gjyqësor. Personat e siguruar, kontribuesit dhe dhënësit e kujdesit shëndetësor kanë të drejtë të ushtrojnë mjetet ligjore administrative të ankimit administrativ, ndaj çdo akti administrativ të Fondit, nëse pretendojnë se të drejtat apo interesat e tyre të ligjshëm çënohen nga ky akt administrativ.

Pra subjektet e siguruar, kontribuesit dhe dhënësit e kujdesit shëndetësor kanë të drejtën e apelimit³⁸⁴ të vendimit të gjobës ose të pezullimit të përfitimit, në Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dhe më pas në gjykatën e shkallës së parë³⁸⁵.

Ankimi administrativ ndaj aktit administrativ kërkon respektimin e disa kushteve formale, të parashikuara nga Kodi i Procedurave Administrative³⁸⁶, por edhe në ligjin

administrative në Kosovë, përmes një kornize më të mirë rregullative për raportet në mes të qytetarëve dhe administratës publike”Tetor 2012,f q11

³⁸⁴ Apeli administrativ, është një mjet juridik, për të kërkuar shfuqizimin a ndryshimin e aktit administrativ, i cili është i detyrueshëm për t’u ezauruar, para se t’i drejtohesh gjykatës.

³⁸⁵ Shih nenin 38, Ligji Nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar

³⁸⁶ Shih nenet 130,131 132 të Kodit të Procedures Administrative, ku përcaktohet, se Ankimi administrativ ndaj aktit administrativ dhe qëllimi tij 1. Përveçse kur parashikohet ndryshe nga ligji, ankimi administrativ mund të paraqitet ndaj një akti administrativ ose ndaj mosveprimit të organit publik për nxjerrjen e aktit të brenda afatit të parashikuar. 2. Një veprim procedural i organit publik gjatë procedurës administrative, mund të ankimohet veçmas, vetëm kur ankimi parashikohet shprehimisht nga ligji. 3. Veprimi procedural, sipas pikës 2, të këtij neni, është çdo akt, veprim apo mosveprim i organit publik gjatë procedurës administrative, që nuk është një akt administrativ përfundimtar apo akti administrativ i përfundimit të procedurës administrative, parashikuar në nenin 90 të këtij Kodi. Neni 131 Përmbajtja e ankimit administrativ ndaj aktit administrativ 1. Ankimi administrativ ndaj aktit përcakton: a) subjektin që ushtron ankimin administrativ; b) organin që shqyrton ankimin administrativ; c) aktin administrativ, i cili kundërshtohet ose aktin administrativ të kërkuar, i cili nuk është nxjerrë; ç) objektin dhe shkaqet për të cilat bëhet ankimi. 37 2. Pavarësisht parashikimeve të pikës 1, të këtij neni, çdo kërkesë drejtuar organit publik vlerësohet si ankim administrativ ndaj aktit edhe nëse nuk është emërtuar shprehimisht si i tillë. Në këtë rast, qëllimi për t’u ankuar ndaj një akti administrativ, apo për të kërkuar nxjerrjen e një akti, duhet të jetë mjaftueshëm i qartë. Neni 132 Afatet e ankimit administrativ ndaj aktit administrativ 1. Ankimi administrativ ndaj aktit administrativ duhet të paraqitet brenda 30 ditëve nga data kur ankuesi ka marrë njoftim për nxjerrjen ose refuzimin e nxjerrjes së aktit administrativ. 2. Në rastin e mosveprimit administrativ, me përjashtim kur miratimi në heshtje është i zbatueshëm, ankimi duhet të

organik dhe të posaçëm të funksionimit të Fondit . Shterimi i mjeteve ligjore të ankimit administrativ, ndaj akteve administrative të Fondit është kusht paraprak për ngritjen e padisë në gjykatën kompetente për çështjet administrative. Ushtrimi i ankimit administrativ nëpërmjet kërkesës formale, përbën një rrugë administrative të detyrueshme të subjektit që gjykata të investohet direkt për ta marrë atë në shqyrtim. Aktualisht kjo procedurë e ankimit administrativ rregullohet me Rregulloren nr 2, datë 18.04.2014 “Për funksionimin e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ”³⁸⁷. Në mbështetje të kësaj Rregullorje, Këshilli Administrativ i Fondit ka përcaktuar formën, përmbajtjen e ankimit, strukturën e përbërjes, si dhe procedurën e funksionimit të Komitetit të Shqyrtimit, pranë Drejtorisë së Përgjithshme të Fondit³⁸⁸.

paraqitet jo më parë se 7 ditë dhe jo më vonë se 45 ditë nga data e përfundimit të afatit të caktuar ose të shtyrë, për përfundimin e procedurës administrative.

³⁸⁷ Miratuar me Vendimin e Këshillit Administrativ nr.68, datë 18.04.2014

³⁸⁸ Po aty, shih Rregulloren. Të drejtën e ankimit e kanë të gjithë personat e siguruar që përfitojnë nga skema dhe dhënësit e kujdesit shëndetësor të kontraktuar nga Fondi për ofrimin e shërbimeve të përeaktuara, të cilët nuk janë dakort ndaj vendimit të gjobës, të pezullimit të përfitimit, të dëmit ekonomik, të kushtit penal dhe zgjidhjes së kontratës. Ankimi i paraqitet Komitetit brenda 10 (dhjetë) ditëve nga nxjerrja e vendimit. Forma dhe përmbajtja e ankimit; Ankimi bëhet me shkrim dhe duhet të përmbajë domosdoshmërisht elementët e mëposhtëm: të dhënat identifikuese të ankimuesit; adresën e ankimuesit; referimin për procedurën konkrete mbi të cilën paraqitet ankimi; një përshkrim të shkurtër të shkeljes së pretenduar, dhe kur është e mundur, edhe bazën ligjore për këtë ankim; pretendimin e ankimuesit për vendimin përfundimtar; provat dhe dokumentacionin përkatës, të cilat ankimuesi kërkon të shqyrtohen nga Komiteti. Regjistrimi i ankimit; Ankesat për Komitetin e Shqyrtimit Administrativ pasi protokollohen nga Fondi, regjistrohen në një regjistër të veçantë, dhe i kalojnë për kompetencë kryetarit të Komitetit. Kryetari ose 1 (një) anëtar i caktuar nga Komiteti, në mënyrë zyrtare kërkon dokumentat përkatëse. Kur praktika është e plotë kalohet për shqyrtim në Komitet. Përbërja e Komitetit; Komiteti i Shqyrtimit Administrativ është një organ kolegjal, i cili përbëhet nga 2 (dy) jurist, 1 (një) specialist mjek. 1 (një) specialist farmacist, dhe 1 (një) specialist ekonomist, me strukturën që vijon: Kryetar 1 (një) Anëtarë 4 (katër). Anëtarët dhe kryetari i Komitetit të Shqyrtimit Administrativ, emërohen e shkarkohen nga drejtori i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor karakterizohet nga dy subjekte kryesore, të cilave mund t'u cënohen të drejtat në lidhje me implementimin dhe zbatimin e kësaj skeme.

- subjekti i parë janë dhënësit e shërbimit shëndetësor ku futen farmacitë, depot farmaceutike, spitalet, qendrat shëndetësore
- subjekti i dytë është ajo e personave të siguruar, kontribuesve.

Interesat juridikë që përfaqësojnë këto subjekte janë të ndryshme, prandaj dhe mbrojtja juridike që ndërmarrin palët për të mbrojtur të drejtën e tyre të cënuar ose të rrezikuar, paraqiten në kontekste të ndryshme përpara gjykatës.

Në fushën e sigurimeve shëndetësore, ekziston një jurisprudenca e bollshme, në lidhje me konfliktet që dhënësit e shërbimit shëndetësor (si farmacitë, agjencitë, depot farmaceutike) kanë pasur me Fondin (ish - ISKSH). Këto konflikte kanë lindur në si rezultat i mosrespektimit të kontratave me Fondin nga subjektet e sipërcituara dhe janë trajtuar nga gjykata civile deri në vitin 2012. Me hyrjen në fuqi të ligjit për organizimin dhe funksionimin e gjykatave administrative dhe gjykimin e mosmarrëveshjeve administrative këto konflikte kanë hyrë në juridiksionin dhe trajtohen nga gjykata administrative.

Ndryshe nga jurisprudenca e subjekteve të sipërcituara, konsatojme se në vendin tonë, nuk ekziston jurisprudenca në lidhje me mbrojtjen e drejtës së sigurimeve shëndetësore për personat e siguruar. Kjo e drejtë mund të jetë kushtëzuar edhe nga hapësira legislative që ofron skema, pasi një person i siguruar në momentin që ka problem me sigurimin shëndetësor, nuk mund t'i drejtohet gjykatës pasi nuk ka një kontratë të lidhur mes Fondit dhe personit të siguruar. Ashtu siç e kemi trajtuar në kapitujt e

mësipërm personat, të cilët janë pjesë e sistemit të sigurimeve të detyrueshëm shëndetësor që menaxhohet nga Fondi, nuk lidhin kontratë drejtpërdrejt me Fondin për derdhjen e sigurimeve shëndetësore, përveç personave të siguruar vullnetarisht. Edhe në këtë rast, personi i siguruar në mënyrë vullnetare dhe në bazë të kontratës, që lidh me drejtoritë rajonale të Fondit, ka të drejtën e ankimit dhe të apelit vetëm për vendime, që kanë të bëjnë me pezullimin e përfitimeve të shërbimeve shëndetësore.

Personat e siguruar bëhen pjesë e skemës së sigurimeve të detyrueshme shëndetësore në sajë të pagesave të kontributeve shëndetësore dhe për kategoritë e personave ekonomikisht aktivë dhe për personat joaktivë kontributi mbulohet nga buxheti i shtetit. Mospasja e një kontrate të drejtpërdrejtë me Fondin, si institucioni i cili menaxhon të gjithë skemën e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme, evidenton dhe një boshllëk ligjor që karakterizon skemën e sigurimeve shëndetësore duke kufizuar në këtë mënyrë të drejtën e subjekteve të siguruar që t'i drejtohen gjykatës, në rastet e shkeljes së të drejtave lirive dhe interesave kushtetues dhe ligjor që rrjedhin nga sigurimi shëndetësor. Por, këtë vakum ligjor aktualisht e ka rregulluar në mënyrë përfekte ligji për gjykatën administrative, e cila tashmë është organi kompetent për gjykimin e mosmarrëveshjeve në fushën e sigurimeve shëndetësore. Neni 11/4, i Ligjit nr. 49/2012 “Për organizimin dhe funksionimin e gjykatave administrative dhe gjykimin e mosmarrëveshjeve administrative” i ndryshuar, citon në mënyrë eksplicite se, *“Paditë për mosmarrëveshjet që lidhen me mbrojtjen e të drejtave, lirive dhe interesave kushtetues dhe ligjorë, që rrjedhin nga sigurimet shoqërore dhe shëndetësore, ndihma ekonomike dhe pagesa e aftësisë së kufizuar, përveç sa është parashikuar në këtë ligj, shqyrtohen*

në gjykatën administrative të shkallës së parë, që përfshin territorin ku paditësi ka banimin ose vendqëndrimin”.

Që nga momenti i miratimit të këtij ligji dhe deri më sot konstatojmë vetëm një rast të jurisprudencës, që Fondi si palë e paditur ka patur me një person të siguruar, kontribues të skemës së sigurimit shëndetësor.

Në vijim do të paraqesim këtë rast të gjykatës administrative, e cila konsiston në një kërkesëpadi, që deri tani është unike në skemën e sigurimit shëndetësor, ku një person i siguruar ka marrë shërbim në spital privat dhe ka kërkuar nga Fondi t’i rimbursojë shpenzimet për shërbimin e ofruar nga spitali privat.

Paditësi, z. Gj.P., ka paraqitur pranë Gjykata Administrative të Shkallës së Parë, Tiranë një kërkesëpadi³⁸⁹ kundër Fondi të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

³⁸⁹ Në mes vitin 2013 paditësi është prekur në shëndetin e tij nga një sëmundje shumë e rëndë. Kjo sëmundje i ka shkaktuar paditësit arrest kardiak dhe respirator duke shkaktuar tek paditësi gjendjen Koma. Kjo sëmundje edhe sot për paditësin ka ngelur pa diagnozë. Në mënyrë që shëndeti i paditësit të mbahej në kontroll paditësit i është dashur të kryhej një ndërhyrje veprim ky në kuadër të marrjes së masave Profilaktike. Përkatësisht paditësi ka vendosur në trup me operacion apartin pacemaker të përhershëm që quhet “ICD Home Monitoring”. Fillimisht paditësi është shtruar në Qendrën Spitalore Nënë Tereza Tiranë. Përkatësisht rezulton se është shtruar në datën 27/07/2013 në gjendje Koma. Për këtë moment dhe për këtë periudhë mes palëve ndërgjyqëse ska as mosmarrveshje dhe as debat gjyqësor pasi palët nuk kanë ngritur asnjë pretendim ndaj njëra tjetrës. Më datë 26/08/2013 paditësi rezulton se për nevojat e një ndërhyrje ka blerë nga Spitali Gjerman, një apart “Home Monitoring ICD” në vlerën totale 2 600 000 Lek. Pikërisht është kjo vlerë objekt konflikti në këtë gjykim. Paditësi është i punësuar Jurist pranë Ministrisë së Mbrojtjes dhe është kontribues i rregullt në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Paditësi duke patur parasysh shpenzimin e kryer për blerjen e apartit “Home Monitoring ICD” në vlerën totale 2 600 000 Lek dhe faktin se është kontribues në skemën e sigurimit të detyrueshëm i është drejtuar me shkresën në datën 18/03/2014 palës së paditur ku i kërkon pikërisht rimbursimin e vlerës së shpenzuar prej tij në masën 2 600 000 Lek. Kjo kërkesë nga shërbimi postar rezulton i dorëzuar në datën 21.03.2014. Pala e paditur rezulton se nuk ka kthyer përgjigje për këtë kërkesë. Me kalimin e afatit 1 muor nga data që pala e paditur ka marrë në dorëzim kërkesën e paditësit ky i fundit në datën 21/04/2014 ka bërë ankim pranë Këshillit Administrativ pranë palës së paditur. Ky fakt provohet nga ankimi i administrativ i marrë si provë në gjykim i depozituar pranë palës së paditur me shërbim postar. Ky apelim është në respekt të 39 të ligjit shkak ligjor të padisë. Mbasi nuk ka marrë përgjigje pala paditëse ka paraqitur kërkesë padi në Gjykatë në datën 09/05/2014. Më vonë në kohë me shkresën me nr 2525 datë 04/06/2014 pala e paditur i ka kthyer përgjigje palës paditëse se nuk e rimbursion lidhur me shumën e kërkuar. Pala e paditur e ka vlerësuar këtë përgjigje si përgjigje të Këshillit Administrativ.

me objekt padie kundërshtimin e mosveprimit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, të shprehur me shkresën Nr. 1507/1 Prot., datë 09.04.2014, të Drejtorit të Përgjithshëm, detyrimin e të paditurit për të rimbursuar shpenzimet spitalore të mjekimit për shpëtimin e jetës në masën prej 2.600.000 lekë.

Gjykata Administrative e Shkallës së Parë Tiranë me vendimin Nr. 5759 Vendimi, datë 17/10/2014 (Nr. 5186 Akti, data e regjistrimit 09/05/2014) ka vendosur të pranojë kërkesë-padinë e palës paditëse z. Gjergji Pihoni duke arsyetuar si më poshtë vijon; Sipas nenit 1, të ligjit nr 10383 datë 24/02/2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë parashikohet se qëllimi i këtij ligji është vendosja dhe zbatimi i skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

Në nenin 2 të këtij ligji përcaktohet se Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (më poshtë i quajtur Fondi), është subjekti i cili menaxhon financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor. Përkatësisht në nenin 13 të këtij ligji parashikohet se Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është i vetmi person juridik, publik, autonom, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Si rrjedhojë duke qënë se pretendimi I paditësit rrjedhë nga ky ligj dhe lidhet me përfitimet e tij sipas këtij ligji të cilat pretendohen se mbulohen nga ky ligj gjykata sa më lartë

konkludon se pala e paditur ka legjitimitet pasiv në këtë gjykim. Pasi kjo padi dhe ky kërkitn i parashtruar nga paditësi mund ti kundërdrejtohet sipas kuadrit ligjor në fuqi vetëm palës së paditur.

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor bazohet në kontributet e të punësuarve e të punëdhënësve të shtetit dhe në burime të tjera për persona të tjerë, siç parashikohet në këtë ligj, bazuar në parimin e solidaritetit. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri, të punësuar (neni 4 dhe 5 i këtij ligji). "Persona të punësuar" sipas këtij ligji janë të gjithë personat e punësuar nga një punëdhënës. Në rastin konkret paditësi është i punësuar dhe paguan për llogari të këtij ligji sigurimin e detyrueshëm shëndetësor. Sipas nenit 3/8 të këtij ligji "Përfitues sipas këtij ligji" është personi, i cili ka të drejtë të përdorë shërbimet e kujdesit shëndetësor nën skemën e sigurimit të detyrueshëm ose të përfitojë rimbursimin e kostove të shërbimeve shëndetësore, sipas një kontrate sigurimesh shëndetësore të detyrueshme. Të drejtën për të përfituar nga fondi i sigurimit të detyrueshëm e ka edhe personi ekonomikisht aktive. "Persona ekonomikisht aktivë" në kuptim të këtij ligji janë të gjithë personat e punësuar, të vetëpunësuar, punëdhënësit dhe persona me të ardhura të rregullta nga pasuritë e luajtshme e të paluajtshme dhe burime të tjera të krahasueshme.

Në këtë gjykim pala e paditur ka kërkuar të justifikojë qëndrimin e saj për mosrimbursim e paditësit duke u mbështetur krahës ligjit respektiv të sipërcituar edhe në VKM me nr 1 datë 08/01/2014. Por në një kohë që kjo palë mbështet prapsimet e saj në këtë VKM nuk pranon se në gjykim gjen zbatim VKM me nr

308 datë 21/05/2014 i cili përcakton pakatën respective të shërbimeve të rimburdeshme. Pala e paditur e mban këtë qëndrim parë në raport me kohën se kur paditësi ka kryer ndërhyrjen dhe kohën në të cilën kjo VKM ka hyrë në fuqi. Por gjykata cmon se për të konkluduar drejtë me çështjen gjykata konkludon dhe përcakton se në rastin e paditësit nuk gjejnë zbatim as VKM me nr 1 datë 08/01/2014 dhe as VKM nr 308 datë 21/05/2014. Të dyja këto akte nuk kanë qënë në fuqi në kohën që paditësi ka bërë ndërhyrjen për të vendosur aparatën “ICD Home Monitoring” dhe për rrjedhojë ato nuk gjejnë zbatim në rastin objekt gjykimi.

Në thelb të mosmarrvëshjes qëndron në mënyrë respektive kuadri ligjor në fuqi i miratuar dhe i vlefshëm juridikisht për zgjidhjen e çështjes që në rastin objekt gjykimi rezulton të jenë vetëm parashikimet e ligjit të sipërcituar.

Sëmundja ndodh, shëndetit dëmtohet dhe kjo nuk varet nga paditësi dhe nuk mund të komandohet dhe të shtyhet si ngjarje derisa shteti të nxjerrë aktet nënligjore dhe të zbatojë detyrimet e tij. Gjykata thekson, se në mënyrë më eksplicite shteti jo vetëm që nuk duhet të justifikohet në këtë mënyrë por ai është i detyruar të marrë të gjitha masat për të garantuar jetën e shtetësave të tij. Agravimi i sëmundjes së paditësit parë në raport me detyrimin pozitiv të shtetit për të garantuar jetën e tij nuk lejon dhe nuk e pranon mosveprimin qoftë me mosmiratim në kohë të akteve nënligjore qoftë dhe mosrimbursim kur shtetasi gjen zgjidhje vet në situatën e krijuar ligjore dhe de facto në realitetin në të cilën ngjarja ndodh.

Gjykata³⁹⁰ duke patur parasysh ligjin Nr. 10383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” konkludon se padia e paditësit është e bazuar në ligj dhe në prova dhe si e tillë ajo pranohet nga gjykata. Ky vendim është lënë në fuqi nga Gjykata e Apelit³⁹¹ dhe aktualisht ndaj kësaj çështje Fondi ka bërë rekurs pranë Gjykatës së Lartë.

³⁹⁰ Në kohën që paditësit i ka lind nevoja për të kryer në trupin e tij ndërhyrjen në fuqi ka qënë ligji Nr. 10383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”; Në nenin 42 të këtij ligji parashikohet se me hyrjen në fuqi të këtij ligji shfuqizohet kuadri ligjor i mëparshëm; VKM me nr 1 datë 08/01/2014 dhe VKM nr 308 datë 21/05/2014 nuk kanë qënë në fuqi në kohën e ndodhjes së ngjarjes; Paditësi provon se gjëndja e tij shëndetësore ka qënë maksimalisht e rënduar; Paditësi provon se ka bërë ndërhyrjen në trupin e tij duke vendosur aparatin pacemaker “ICD Home Monitoring”; Paditësi provon se këtë pajisje dhe aparat e ka blerë në vlerën 2 600 000 Lek në subject privat; Pala e paditur nuk provoi se ligjrisht veprimtaria e saj ishte e normuar edhe për këtë situatë në kohën e ndodhjes së saj; Pala e paditur nuk provoi se në kohën që paditësit për shkak të gjendjes së tij shëndetësore duhej të bënte këtë ndërhyrje ai kishte kontratë të lidhur me subject konkret (neni 33); Shteti ka detyrimin pozitiv të garantojë dhe të mbrojë jetën e shtetësave të tij.

³⁹¹ Ky vendim është ankimuar nga Fondi pranë Gjykatës Administrative të Apelit, e cila me Vendimin nr. 284, datë 17.02.2016 (Nr. Regj. Them. 10139/5486/3135), ka konkluduar se vendimi nr. 5759 datë 17.10.2014 i Gjykatës Administrative të Shkallës së Parë Tiranë, është rrjedhojë e cilësimit të drejtë të objektit të padisë.

KAPTULLI VI: KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

6.1. Konkluzione

Ky punim trajtoi evolucionin që ka përshkuar e drejta për sigurim dhe kujdes shëndetësor në raport me instrumentat juridikë ndërkombëtarë, europian, si dhe zhvillimet ligjore dhe institucionale në nivel të brëndshëm kombëtar. Në këtë punim u analizua koncepti dhe konfigurimi i sigurimit shëndetësor duke ju referuar këndvështrimit të skemave të sigurisë sociale si dhe të mbrojtjes shëndetësore. Rëndësia e këtij të fundit në relacion me të drejtën për sigurim shëndetësor konsiston në atë, se vetë funksionimi i skemave të sigurimeve shëndetësore përqendrohet në ofrimin e shërbimeve shëndetësore.

Problematikat që lidhen me organizimin e sistemit të sigurimeve dhe kujdesit shëndetësor janë të shumta, pasi lidhen me diversitetin ekonomik, politik, social dhe historik.

Historia për drejtësi sociale ka reflektuar përpjekjet njerëzore për të marrë përfitime dhe shërbime në bazë të nevojave sociale duke u bazuar në pagesën e kontributeve të sigurimeve, si dhe përfshirjen në skemat e mbrojtjes sociale, të cilat shprehin solidaritetin social për grupet e popullsisë me të ardhura të ulëta.

Sistemi i sigurimeve shëndetësore është pjesë e mbrojtjes sociale, që synon mbrojtjen e popullatës ndaj rrezikut të përballimit të përkeqësimit të shëndetit, duke përcaktuar rregullat e ndërveprimit social për krijimin e mjeteve financiare të mbrojtjes shëndetësore.

Koncepti i sigurimit shëndetësor u propozua për herë të parë në vitin 1694 në USA, nga Kompania Fraklin e Sigurimit Shëndetësor, e cila ofroi sigurimin nga aksidentet që konsistonte në mbulimin e individëve me sigurim për dëmtimet nga aksidentet në punë. Sistemi i mirëfilltë i “sigurimit shëndetësor” u krijua për herë të parë në Gjermani dhe konsiderohej, si një skemë e rëndësishme sociale, që siguron mbulimin e shpenzimeve për kujdes shëndetësor.

Gjatë shekullit XX u zhvilluan skemat e sigurimeve shëndetësore tradicionale nëpërmjet programeve publike dhe private të sigurimit, që mbulonin kostot rutinë, kostot parandaluese si dhe procedurat e kujdesit shëndetësor në rastet e urgjencës. Në botë njihen sisteme të ndryshme shëndetësore dhe sisteme të ndryshme të financimit të tyre si produkt i rrethanave të caktuara historike. Sistemet shëndetësore, që ka njohur shoqëria, të cilat kanë shërbyer si platforma dhe baza të suksesit të sistemeve të sotme janë;

- Sistemi i Bismarkut i cili kryesisht bazohet në parimin e solidaritetit dhe në këtë sistem qytetari gëzon të drejtën për mbulimin e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor sipas vlerës së kontributit që ka derdhur në emër të sigurimeve shëndetësore.
- Sistemi Beveridge funksionon sipas modelit të financimit të kujdesit shëndetësorë përmes taksave të shtetit sepse të ardhurat e përgjithshme qeveritare ose të ardhurat nga taksimi i përgjithshëm përfaqësojnë burimin kryesor të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor.

- Sistemi Semashko njihet si sistemi i shërbimeve të centralizuara, funksionimi i të cilit realizohet nëpërmjet shtetit, pra është një sistem me buxhet tërësisht qeveritar.
- Sistemi i tregut të lirë, që vjen si kombinim i sistemit Bismark, sistemit të Beveridge, si dhe organizimit dhe funksionimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore private ku qeveria mund të ofrojë kujdes shëndetësor për njerëzit në nevojë.

Proceset dhe evolucionet demografike, që ka njohur shoqëria, jo vetëm që kanë ndikuar në standardizimin dhe zhvillimin e politikave shëndetësore por, dhe aktualisht, janë vendimtare në proceset e hartimeve të këtyre politikave duke qenë se sigurimet shëndetësore karakterizohen nga karakteri territorial.

Në kapitullin e dytë kemi trajtuar domosdoshmërinë e njohjes ndërkombëtare të së drejtës shëndetësore duke e ilustruar edhe me aktet të cilat sigurojnë mbrojtjen e saj. Në përputhje me Deklaratën Universale për të Drejtat e Njeriut, ideali i njerëzve të lirë mund të realizohet vetëm në qoftë se janë krijuar kushtet, që i lejojnë secilit të gëzojë të drejtat e tij ekonomike, shoqërore e kulturore, si dhe të drejtat e tij civile dhe politike. Neni 25, i Deklaratës deklaron se “Gjithkush ka të drejtë për një nivel jetese të mjaftueshëm, i cili t’i përgjigjet shëndetit dhe jetës së përshtatshme si të atij personalisht, ashtu edhe të familjes së tij, duke përfshirë ushqimin, veshmbathjen, banesën, kujdesin mjekësor dhe shërbimet e nevojshme sociale, si edhe të drejtën për të qenë i siguruar në rast sëmundjeje, papunësie, vejanie, pleqërie dhe raste të tjera të humbjeve të mjeteve për jetesë për shkak të rrethanave të pavarura nga vullneti i tij”. Kjo deklaratë e ndërkombëtarizon rëndësinë e së drejtës shëndetësore si pjesë e të

drejtave sociale dhe ka përcaktuar se thelbi i kësaj të drejte qëndron në faktin që çdo shtet duhet të garantojë për secilin qytetar, një minimum standardi për shëndetin duke e cilësuar këtë të drejtë si parim të drejtësisë sociale. Jeta njerëzore është e lidhur ngushtë me shëndetin, pasi shëndeti përbën parametrin esencial në një komunitet social, prandaj dhe shoqëritë njerëzore për të mbrojtur shëndetin e tyre kanë filluar të aplikojnë të drejtën për siguri dhe mbrojtje shëndetësore.

Akti me dimension ndërkombëtar, që i obligon shtetet anëtare të ndërmarrin hapa me qëllim instalimin e një skeme mbrojtje, e cila do t'i mbronte njerëzit nga rreziqet, sëmundjet, lëndimet në punë, papunësia etj, është Pakti Ndërkombëtar i të Drejtave Ekonomike Sociale dhe Kulturore, i njohur gjerësisht si instrumenti kryesor për mbrojtjen e së drejtës të shëndetit, njohu të drejtën e çdokujt të gëzojë standardin më të lartë të mundshëm të shëndetit fizik dhe mendor. Një akt tjetër i rëndësishëm është Konventa për eliminimin e të gjitha formave të diskriminimit ndaj grave, që njihet ndryshe si Kushtetuta e Grave, për shkak të rëndësisë së madhe që ka ajo për mbrojtjen dhe promovimin e të drejtave të grave në të gjitha fushat e jetës. Kjo konventë i mbron gratë nga diferencimi gjinor në sistemin shëndetësor dhe ndalon diskriminimin e tyre. Konventa parashikon se shtetet palë duhet t'u sigurojnë grave gjatë barrës, lindjes dhe paslindjes, shërbime të përshtatshme, po qe nevoja dhe falas.

Po ashtu në Konventën për të Drejtat e Fëmijës përcaktohet, se familja si njësi bazë e shoqërisë dhe mjedisi natyror për rritjen dhe mirëqenien e të gjithë anëtarëve të saj, duhet të ketë mbrojtjen dhe përkrahjen e nevojshme për zhvillimin e plotë dhe të harmonishëm të personalitetit të fëmijës. Sipas kësaj Konvente fëmijë është personi nën 18 vjeç përveç rasteve kur nga legjislacioni i brendshëm përcaktohet ndryshe. Në nenin

24, Konventa parashikon se shtetet palë njohin të drejtën e fëmijës për të gëzuar një gjendje shëndetësore sa më të mirë dhe për të siguruar ndihmën e nevojshme mjekësore dhe kujdesin për shëndetin për të gjithë fëmijët.

Kemi trajtuar një akt tjetër, tejet të rëndësishëm si Konventa Ndërkombëtare mbi Mbrojtjen e të Drejtave të të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe të Familjeve të tyre, e cila gjen zbatueshmëri vetëm gjatë procesit të migrimit të punëtorëve migrantë dhe anëtarëve të familjeve të tyre. Parimi themelor i kësaj Konvente është parimi i mosdiskriminimit, mbi bazën e të cilit shtetet palë, marrin përsipër të garantojnë për të gjithë punëtorët migrantë dhe anëtarët e familjeve të tyre, brenda juridiksionit të tyre, çdo kujdes mjekësor që kërkohet për ruajtjen e jetës së tyre ose shëndetit të tyre. Ky kujdes mjekësor urgjent nuk duhet që t'u refuzohet atyre mbi bazën e parregullsive që lidhen me qëndrimin në mënyrë të ligjshme.

Në lidhje me sigurimin e së drejtës shëndetësore kemi trajtuar dhe Konventën mbi të Drejtat e Personave me Aftësi të Kufizuar, e cila është hartuar me synimin që të nxisë, të mbrojë dhe të sigurohet që të gjithë personat me aftësi të kufizuar të gëzojnë plotësisht shërbimet shëndetësore që u nevojiten, për shkak të aftësisë së tyre të kufizuar. Gjithashtu ajo ndalon diskriminimin ndaj personave me aftësi të kufizuar në ofrimin e sigurimeve shëndetësore dhe sigurimit të jetës, i detyron Shtetet Palë që të marrin masat e duhura për të siguruar aksesin e personave me aftësi të kufizuar ndaj shërbimeve shëndetësore me standarde të larta dhe që të sigurojnë shërbimet shëndetësore pa pagesë ose të përballueshme ashtu siç u sigurohet personave të tjerë, duke përfshirë programe dhe shërbime në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues dhe programe në fushën e shëndetit publik.

Aderimi në instrumentet standarde të Këshillit të Europës në fushën sociale, është shprehje e përsosjes së vazhdueshme të të drejtave për mbrojtje shoqërore të qytetarëve. KEDNJ –ja përfaqëson aktin e parë të Këshillit të Europës dhe njëkohësisht është një nga aktet më të arrira dhe me të rëndësishme në afirmimin, mbrojtjen dhe garantimin e të drejtave dhe lirive themelore të njeriut, duke e shndërruar atë në një traktat unik në llojin e tij. Karta Sociale Europiane është instrumenti i miratuar nga Këshilli i Europës dhe mbron të drejtat shoqërore, ekonomike, themelore, po dhe plotëson Konventën Europiane për të Drejtat e Njeriut.

Të drejtat e garantuara nga Karta janë të drejta për kushtet e punësimit dhe për kohezionin social, si e drejta për mbrojtjen e shëndetit, e drejta për sigurimin shoqëror, e drejta për asistencë sociale e mjekësore.

Megjithëse KEDNJ-ja nuk përmban asnjë të drejtë për kujdesin shëndetësor, GJEDNJ-ja ka vendosur se çështjet që lidhen me kujdesin shëndetësor, si p.sh. aksesit tek të dhënat mjekësore³⁹², do të përfshihet në Nenin 8 ose Nenin 3 në rastet kur mungesa e aksesit në kujdesin shëndetësor është serioze dhe përbën trajtim çnjerëzor dhe poshtërues³⁹³. Për rrjedhojë mund të argumentohet se ankimet që lidhen me diskriminimin në lidhje me aksesin në kujdesin shëndetësor do të përfshihen në sferën e Nenit 14.³⁹⁴

³⁹² GJEDNJ, K.H. dhe të tjerët kundër Republikës së Sllovakisë (Nr. 32881/04), 28 Prill 2009 (ECtHR, K.H. and others v. Slovakia (No. 32881/04), 28 April 2009).

³⁹³ GJEDNJ, Sławomir Musiał kundër Republikës së Polonisë (Nr. 28300/06), 20 Janar 2009 (ECtHR, Sławomir Musiał v. Poland (No. 28300/06), 20 January 2009).

³⁹⁴ Shih “Manual për Ligjin Evropian të Mbrojtjes nga Diskriminimi Korrik 2010”, © Agjencia e Bashkimit Evropian për të Drejtat Themelore të Njeriut, 2010. Këshilli i Evropës, 2010, fq 56-57.

➤ Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe Organizata Ndërkombëtare e Punës janë dy organet më të rëndësishme ndërkombëtare të cilat hartojnë dhe kontrollojnë politikat sociale dhe shëndetësore dhe si rrjedhojë monitorojnë të drejtën për sigurim dhe mbrojtje shëndetësor në nivele globale.

Në kuadër të lëvizjes së lirë të personave në BE, ekzistojnë rregulla për koordinimin e sistemeve kombëtare të mbrojtjes shoqërore, të cilat kontribuojnë në drejtim të përmirësimit të standardit të jetesës dhe kushteve të punësimit për këta persona. Por, rregullat mbi koordinimin e këtyre skemave nuk zëvendësojnë sistemet kombëtare të mbrojtjes me një sistem unik europian. Instrumentat harmonizues dhe koordinues të legjislacioneve të sigurimeve sociale janë krijuar, me qëllimin e mirë të mbrojtjes të drejtave shoqërore dhe arritjen e kohezionit social, të cilat janë të nevojshme për realizimin e lirisë së lëvizjes, si dhe të shprehjes së përsosjes së vazhdueshme të të drejtave për mbrojtje shoqërore të qytetarëve. Një nga instrumentet juridike më të rëndësishme koordinuese të Bashkimit Europian është Rregullorja Nr. 883/2004 “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale” e cila koordinon sistemet kombëtare të mbrojtjes sociale që ekzistojnë brenda kuadrit të lëvizjes së lirë të personave ekonomikisht aktivë duke garantuar parimin e barazisë së trajtimit të legjislacionit të skemave të mbrojtjes shoqërore kombëtare brenda Komunitetit Europian për shkak të diferencave të mëdha që ekzistojnë midis Shteteve Anetare. Një vlerë të vecante në kuadër të kësaj tematike paraqet pa dyshim edhe trajtimi i vendimeve gjyqësore të Gjykatës Evropiane të Drejtësisë (GJED). Vlera e tyre ka rëndësi për të gjitha Shtetet

Anëtare si edhe ato kandidate për përmirësimin e mëtejshëm të legjislacionit dhe politikave për sigurimet sociale.

Gjatë analizës sonë jemi ndalur po ashtu në sistemin aktual shëndetësor në Shqipëri duke evidentuar risitë dhe problematikën, me të cilat ky sistem haset çdo ditë. Historia e kujdesit shëndetësor në Shqipëri, ashtu si dhe në çdo shtet tjetër ka njohur sisteme të ndryshme të sigurimeve shëndetësore, forma të ndryshme të financimit, në kohë dhe hapësirë, mbështetur në kushte, tradita dhe zhvillime shoqërore, juridike dhe financiare. Përpyekjet për të ngritur dhe për të reformuar sistemin shëndetësor shqiptar janë të hershme. Më saktësisht koncepti dhe e drejta për kujdesin shëndetësor në bazë të dokumentave arkivore daton në fillimet e shtetit shqiptar, ndërsa skema aktuale e sistemit të sigurimit shëndetësor (bazuar në derdhjen e kontributit për sigurim shëndetësor) lindi 20 vite më parë dhe evoluoi me kalimin e viteve nën ndikimin e faktorëve socialë, ekonomikë dhe politikë, duke na ofruar sot një koncept më të gjerë dhe gjithëpërfshirës.

Kushtetuta parashikon të drejtën për kujdes shëndetësor si një të drejtë themelore me karakter ekonomiko-social. Neni 55 i Kushtetutës, afirmon këtë të drejtë dhe sanksionon në mënyrë eksplicite parimin e barazisë dhe të mosdiskriminimit të shtetasve, të cilët e gëzojnë në mënyrë të barabartë këtë të drejtë. Kjo duket qartë në citimin kushtetues të këtij dispozitivi, ku proklamohet se *“Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për sigurim shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”*.

Aktualisht sistemi i sigurimeve shëndetësore rregullohet nga Ligji Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” të ndryshuar. Sistemet e sigurimeve shëndetësore janë pjesë e sigurisë sociale dhe kanë për qëllim mbrojtjen e individëve nga një ngjarje sociale, siç është

sëmundja. Me sigurim shëndetësor do të kuptohet ndihma që i jepet individit, kur ai goditet nga sëmundja (Peto, 2011: 366).

Skema e Sigurimit Shëndetësor në Shqipëri është një sistem i cili financohet nga buxheti i shtetit dhe i siguruari nëpërmjet kontributeve që derdh për sigurimin shëndetësor. Ajo realizon mbledhjen e kontributeve për sigurimin shëndetësor të personave ekonomikisht aktivë, personave ekonomikisht joaktive si dhe sigurimit vullnetar për personat e siguruar vullnetarisht në skemën e sigurimit shëndetësor.

Kontributi është një përqindje e përcaktuar me ligj, i cili mbahet nga paga ose nga të ardhurat e deklaruar, me qëllim përfitimin e shërbimeve të ofruara nga skema e sigurimeve shëndetësore. Kontributi për sigurimin shëndetësor derdhet bashkë me kontributin e sigurimit shoqëror. Organi përgjegjës për mbledhjen e kontributeve është Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve, e cila i depoziton ato më pas në numrin e llogarisë së Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ndërsa Instituti i Sigurimeve Shoqërore mbledh dhe i transferon Fondit kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor të të vetëpunësuarve në bujqësi (fermerëve). Këto kontribute janë individuale dhe me ato mbulohet vetëm personi që paguan kontribute ose kategoria për të cilën paguan shteti, pra në interpretim të këtij ligji kontributet janë personale, individuale dhe nuk janë familjare. Një veçori domethënëse e skemës, e cila shpreh karakterin e saj solidar është, se përfitimet jepen në mënyrë të barabartë për të gjithë personat e siguruar, pavarësisht nga masa e kontributit që ka derdhur secili prej tyre. Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve.

Masat për mbrojtje sociale janë instrument kyç për pakësimin e rreziqeve sociale, luftimin e varfërisë dhe promovimin e kohezionit social të një niveli më të lartë. Shteti si një aktor esencial i mbrojtjes sociale, është një subjekt i rëndësishëm i sistemit të sigurimeve shëndetësore për shkak të pozicionit të tij si kontribues në fondin e sigurimit të kujdesit shëndetësor. Shteti, si subjekt i skemës derdh kontribute, duke mbuluar me sigurime shëndetësore personat ekonomikisht joaktivë, pra ai mbron shtesat e pambrojtura të shoqërisë. Roli i shtetit nuk kufizohet vetëm me derdhjen e kontributeve, por ai vazhdon me funksionimin ekonomik të kësaj skeme, pasi ai është garant i fondit të sigurimeve shëndetësore në rast falimentimi, duke krijuar lehtësira nga grandit i buxhetit të shtetit

Gjithashtu ligji për sigurimin shëndetësor përcakton, se subjektet të cilat nuk përfshihen në asnjë nga kategoritë e personave aktivë ose jo aktivë të skemës, kanë të drejtë t'i bashkohen me vullnetin e tyre të lirë skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, por në lidhje me këtë kategori ligji vendos periudha pritëse për gëzimin e të drejtave. Në këtë rast individit lidh kontratë sigurimi shëndetësor vullnetar me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor duke përcaktuar të drejtat, detyrimet dhe përfitimet në kuptim të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.

Por natyrshëm lind pyetja, a ekziston sigurimi privat shëndetësor në Shqipëri, cilat janë përfitimet e tij dhe a gjen rregullim ligjor kjo formë sigurimi në ligjin organik të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor?

Në interpretim dhe zbatim të ligjit organit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor konstatojmë, se nuk parashikohet mundësia e sigurimit të individëve në kompanitë private të sigurimit shëndetësor.

Gjithsesi duke ju referuar legjislacionit të gjërë shqiptar dhe legjislacionit të fushës së sigurimeve, konsatojmë se sigurimi privat, parashikohet në Ligjin Nr. 52/2014 “Për veprimtarinë e sigurimit dhe risigurimit”, ku parashikohet e drejta e individit, që të sigurojë shëndetin ndërmjet paketave shëndetësore kundrejt pagesës, të cilat përcaktohen nga kompanitë e sigurimeve, por duhet theksuar se këto paketa nuk mbulojnë paketat shëndetësore të përcaktuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Pra, individët nuk janë subjekte të përfitimeve të shërbimeve të ofruara nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor. Por ku qendror dallimi midis sigurimit vullnetar dhe sigurimit të shëndetit në kompanitë e sigurimeve private?

Duken si dy shërbime të njëjta, por janë të ndryshme si në përmbajtje dhe në rregullim ligjor. Kështu sigurimi vullnetar realizohet ndërmjet lidhjes së një kontrate ndërmjet individit dhe Fondit dhe ka një periudhë kohore të përcaktuar ose të papërcaktuar, por gjithmonë kjo periudhë sigurimi nuk duhet të jetë më pak se 1 (një) vit. Objekti i shërbimeve shëndetësore të përfitimit të sigurimeve vullnetare nuk ndryshojnë nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, çka nënkupton që personave që janë subjekte të sigurimit vullnetar iu ofrohen të njëjtat shërbime që marrin dhe subjektet e tjera të skemës së sigurimit të detyrueshëm shëndetësor.

Në rastin e sigurimeve në kompanitë e sigurimit ndryshimi i parë është që kontrata për sigurimin nuk lidhet me Fondin, por me kompaninë private e cila ofron

sigurimin shëndetësor dhe për rrjedhojë individët nuk janë subjekte të cilat mund të përfitojnë nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Individët të cilët e sigurojnë shëndetin në skemën e sigurimit privat përfitojnë vetëm shërbimet që ofrohen nga paketa dhe polica shëndetësore, e cila ofrohet nga kompania e sigurimit ku individi sigurohet. Paketat shëndetësore të ofruara nga sigurimi privat mbulojnë shërbimet, që ofrohen në spitalet publike e private dhe ato janë të ndryshme në gamën e shërbimeve shëndetësore, që ofrojnë dhe mbulojnë dhe kjo veçori varet nga kostoja e paketës që zgjedh dhe paguan individi. Policat e sigurimit gjithashtu mbulojnë shpenzimet mjekësore emergjente në rast se individi preket nga një sëmundje të papritur edhe në rast të një aksidenti të pësuar nga i siguruari gjatë periudhës së sigurimit, ndërsa ndodhet në udhëtim jashtë territorit të Shqipërisë.

Pra sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor vlen dhe është i detyrueshëm për të gjithë popullsinë dhe në këtë mënyrë, sigurohen shërbimet shëndetësore mbi bazën e parimeve të gjithëpërfshirjes, solidaritetit, barazisë dhe drejtësisë sociale. Impelementimi i këtij lloji sigurimi realizohet vetëm nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, ndërsa sigurimi privat shëndetësor nuk është i detyrueshëm dhe zbatohet për sigurimin e shërbimeve shëndetësore të cilat janë të përfshira në polica dhe paketa sigurimi. Pra këtë formë sigurimi mund ta kryejnë shoqëritë dhe kompanitë e ndryshme të sigurimit, që operojnë në mbështetje dhe zbatim të Ligjit Nr. 52/2014 “Për veprimtarinë e sigurimit dhe risigurimit”.

Identifikimi i personave të siguar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor bëhet me anë të kartës së shëndetit, i cili është dokumenti që vërteton se mbajtësi i saj është person i siguar. Karta është personale dhe e patjetërsueshme dhe

përmban numrin e identitetit të personit, i cili është edhe numri i sigurimit shëndetësor të detyruar.

Karta shqiptare e të drejtave të pacientit në Shqipëri është miratuar me Urdhër Nr. 657, datë. 15.02.2010 të Ministrit të Shëndetësisë, me qëllim zbatimin e të drejtave si dhe fuqizimin e rolit të pacientëve, në funksionimin sa më mirë të shërbimit shëndetësor shqiptar. Ndërsa karta e shëndetit është dokumenti i miratuar nga Fondi, dhe vërteton se mbajtësi i saj është person i siguruar dhe përfiton të gjitha shërbimet në kuadrin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Pra, konstatojmë se karta e shëndetit është tagër vetëm i personave të siguruar në legjislacionin e sigurimeve, kurse karta e pacientit është tagër i çdo qytetari.

Aktualisht skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e paguesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Metoda e financimit për të mbuluar kujdesin shëndetësor për shërbimet e ofruara ndaj personave të siguruar, bëhet kryesisht përmes kontraktimit, me dhënësit e shërbimeve shëndetësore. Pra kemi aplikimin e sistemit në “natyrë”, ku i siguruari nuk paguan direkt mjekun, por është skema e sigurimeve shëndetësore e cila rimbureson dhe paguan dhënesit e shërbimeve shëndetësore.

Skema e sigurimeve shëndetësore aktualisht mbulon:

- Shërbimin parësor, përveç qendrave komunitare;
- Shërbimin spitalor, përveç spitaleve psikiatrike;
- Listën e barnave të rimbursueshme.

Politikat e reja, të ndërmarra për funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, përmes Kontrollit Mjekësor Bazë pa pagesë për grupmoshën 40-65 vjeç, synojnë që të gjithë qytetarët rezidentë në Shqipëri të kenë akses të plotë te shërbimet shëndetësore bazë dhe t'i përfitojnë ato pa pagesë.

Shërbimet shëndetësore ofrohen falas nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor ndaj personave të pasiguruar edhe në rastin e vizitave të mjekut të familjes dhe ky reformim ligjor, synon mbulimin universal të popullsisë me shërbim shëndetësor bazë, që të gjitha grupet shoqërore të popullsisë të mos përballen me pengesa financiare në marrjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor.

Deri dje, vizita shëndetësore tek mjeku i familjes për personat e pasiguruar bëhej kundrejt pagesave dhe tarifave të ndryshme të miratuar nga Ministri e Shëndetësisë, duke sjellë që një pjesë e kategorisë së personave të pasiguruar të privohen në përfitimin dhe marrjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor, për shkak të kushteve ekonomike dhe financiare. Duke filluar nga janari 2016, vizita shëndetësore te mjeku i familjes është falas, për të gjithë personat e pasiguruar, pasi me hyrjen në fuqi, të Ligjit Nr. 145/2015, Për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, neni 4, pika 1/c, shprehet në mënyrë eksplicite se, "Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor ndaj personave të pasiguruar, me përjashtim të vizitës te mjeku i familjes".

Rimbursimi i Listës së Barnave të Rimbursueshme, është hartuar dhe konceptuar mbi parimet universale të solidaritetit, të barazisë dhe mbrojtjes shëndetësore. Në këtë listë bëhet i mundur ofrimi i trajtimit mjekësor me barna për lloje të ndryshme të

sëmundshmërisë së popullsisë, duke siguruar për çdo individ mundësi të tilla mjekimi që garantojnë cilësinë, efikasitetin dhe sigurinë sipas standardeve dhe rekomandimeve ndërkombëtare të barnave kryesore të rimbursueshme, si element shumë i rëndësishëm i Lista e Barnave që rimbursohet nga Fondi, ndryshon dhe miratohet çdo vit me Vendim të Këshillit të Ministrave. Lista e barnave të rimbursueshme aktualisht, është konceptuar në bazë të listës së barnave themelore, sipas klasifikimit INN (principit aktiv të barit), të përcaktuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, si dhe në mbulimin e alternativës më të lirë. Struktura dhe përmbajtja e kësaj liste reflekton diferencat e politikës mbrojtëse në trajtimin e sëmundshmërisë akute dhe kronike të grupimeve të caktuara të popullatës me risk të lartë dhe mundësisë për të plotësuar kërkesat për trajtimin e tyre sipas masës së rimbursimit të barnave.

Sektori shëndetësor privat është gjithashtu pjesë e rëndësishme e shëndetësisë në Shqipëri. Viteve të fundit, është shënuar rritje në investimet private në shëndetësi të cilat janë manifestuar me një numër të konsiderueshëm të spitaleve private, qendrave dhe klinikave të specializuara. Pagesat për shërbime shëndetësore në sektorin privat mbulohen nga pacientët ose nga sigurimet shëndetësore private. Aktualisht reforma në sektorin shëndetësor dhe krijimi i Fondit për sigurime shëndetësore i dha frymëmarrje rimbursimit të dhënësve privatë të shërbimeve shëndetësore, si dhe kontraktimit me spitalet private për paketa të caktuara të shërbimive shëndetësore.

Financimi dhe realizimi i këtyre ndërhyrjeve do të realizohet së pari në sektorin publik, ku kryesisht është evidentuar një përqindje më e lartë e problemeve me veshkat dhe problemeve kardiokirurgjikale, si sëmundje me incidente të larta dhe nevojat e popullsisë për këto ndërhyrje nuk arrijnë të plotësohen nga spitalet publike. Për këtë

arsye, rastet që janë përtej kapaciteteve të institucioneve shëndetësore publike, financohen nga Fondi i cili rimbursëson këto paketa edhe në spitalet private, duke mbuluar koston e plotë të ndërhyrjes për pacientët.

Regjistri Kombëtar i Paketave të financuara nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, është dokumenti shtetëror i mbajtur në formë elektronike dhe fizike, i administruar nga Fondi, ku pasqyrohen përfituesit e paketave të shërbimeve shëndetësore që financohen nga Fondi në institucionet shëndetësore publike dhe private.

Veprimtaria kontraktore e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është zhvilluar në Shqipëri pas vitit 1995 dhe përkon me kohën, në të cilën ka lindur skema e sigurimeve shëndetësore.

Procesi i kontraktimit në skemën e sigurimeve shëndetësore është i mbështetur në ligjin bazë të sigurimit shëndetësor, në statutin e Fondit, si dhe në akte të posaçme nënligjore që rregullojnë fushën specifike mbi të cilën synohet realizimi i shërbimit shëndetësor përkundrejt interesave të përgjithshme të publikut. Fondi, si organ publik lidh kontrata të autorizuar nga ligji për realizimin e një interesi publik dhe në funksion të përmbushje të detyrës së tij, si administrator i vetëm i skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

Kohët e fundit Ministri e Shëndetësisë ka filluar të aplikojë kontratat e partneritetit publik privat për shërbime të caktuara shëndetësore, sic janë kontratat për shërbimin e dializës dhe shërbimin e kontrollit mjekësor bazë të popullsisë (check-up). Në këtë kontekst Fondi, në lidhje me kontratat e partneritetit publik privat të nënshkruara nga Ministri e Shëndetësisë dhe operatorët ekonomikë, ka lidhur kontrata shtesë për

rimburësimin dhe financimin e këtyre shërbimeve duke u fokusuar në nocionin e interesit publik dhe të prerogativave të fuqisë publike.

Zgjidhja e mosmarrëveshjeve administrative , si rrjedhojë e kundërshtimit, që u bëhet akteve juridike të nxjerra nga Fondi realizohet kryesisht në rrugën e rishikimit administrativ dhe atij gjyqësor. Personat e siguruar, kontribuesit dhe dhënësit e kujdesit shëndetësor kanë të drejtë të ushtrojnë mjetet ligjore administrative të ankimit administrativ, ndaj çdo akti administrativ të Fondit, nëse pretendojnë se të drejtat apo interesat e tyre të ligjshëm çënohen nga ky akt administrativ.

Pra subjektet e siguruar, kontribuesit dhe dhënësit e kujdesit shëndetësor kanë të drejtën e apelit të vendimit të gjobës ose të pezullimit të përfitimit, në Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dhe më pas në gjykatën e shkallës së parë.

Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor karakterizohet nga dy subjekte kryesore, të cilave mund t'u çënohen të drejtat në lidhje me implementimin dhe zbatimin e kësaj skeme.

- subjekti i parë janë dhënësit e shërbimit shëndetësor ku futen farmacitë, depot farmaceutike, spitalet, qendrat shëndetësore
- subjekti i dytë është ajo e personave të siguruar, kontribuesve.

Interesat juridikë që përfaqësojnë këto subjekte janë të ndryshme, prandaj dhe mbrojtja juridike që ndërmarrin palët për të mbrojtur të drejtën e tyre të çënuar ose të rrezikuar, paraqiten në kontekste të ndryshme përpara gjykatës.

Në fushën e sigurimeve shëndetësore, ekziston një jurisprudenca e konsoliduar, në lidhje me konfliktet që dhënësit e shërbimit shëndetësor (si farmacitë, agjencitë, depot

farmaceutike) kanë pasur me Fondin (ish - ISKSH). Këto konflikte kanë lindur në si rezultat i mosrespektimit të kontratave me Fondin nga subjektet e sipërcituara dhe janë trajtuar nga gjykata civile deri në vitin 2012. Me hyrjen në fuqi të ligjit për organizimin dhe funksionimin e gjykatave administrative dhe gjykimin e mosmarrëveshjeve administrative këto konflikte kanë hyrë në juridiksionin dhe trajtohen nga gjykata administrative.

Ndryshe nga jurisprudenca e subjekteve të sipërcituara, konsatojme se në vendin tonë, nuk ekziston jurisprudenca në lidhje me mbrojtjen e drejtës së sigurimeve shëndetësore për personat e siguruar. Kjo e drejtë mund të jetë kushtëzuar edhe nga hapësira legislative që ofron skema, pasi një person i siguruar në momentin që ka problem me sigurimin shëndetësor, nuk mund t'i drejtohet gjykatës, pasi nuk ka një kontratë të lidhur mes Fondit dhe personit të siguruar. Ashtu siç e kemi trajtuar edhe në punim personat, të cilët janë pjesë e sistemit të sigurimeve të detyrueshëm shëndetësor që menaxhohet nga Fondi, nuk lidhin kontratë drejtpërdrejt me Fondin për derdhjen e kontributit të sigurimeve shëndetësore, përveç personave të siguruar vullnetarisht.

Mospasja e një kontrate të drejtpërdrejtë me Fondin, si institucioni i cili menaxhon të gjithë skemën e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme, evidenton dhe një boshllëk ligjor, që ka karakterizuar skemën e sigurimeve shëndetësore duke kufizuar në këtë mënyrë të drejtën e subjekteve të siguruar që t'i drejtohen gjykatës, në rastet e shkeljes së të drejtave lirive dhe interesave kushtetues dhe ligjor që rrjedhin nga sigurimi shëndetësor. Por, këtë vakum ligjor aktualisht e ka rregulluar në mënyrë përfekte ligji për gjykatën administrative, e cila tashmë është organi kompetent për gjykimin e mosmarrëveshjeve që lidhen me mbrojtjen e të drejtave, lirive dhe interesave kushtetues

dhe ligjorë, që rrjedhin nga sigurimet shoqërore dhe shëndetësore . Që nga momenti i miratimit të këtij ligji dhe deri më sot konstatojmë vetëm një rast të jurisprudencës, që Fondi si palë e paditur ka patur me një person të siguruar, kontribues të skemës së sigurimit shëndetësor.

6.2 Rekomandime

Një sistem shëndetësor ideal do të ishte ai sistem, që është i aftë të ofrojë shërbimin shëndetësor bazë, lehtësisht të arritshëm e cilësisht të pranueshëm për shoqërinë. E drejta për sigurim shëndetësor në kuadër të mbrojtjes shëndetësore, funksionon mbështetur në parimin e barazisë, solidaritetit, mosdiskriminimit dhe drejtësisë sociale duke garantuar sigurinë e individit si një e drejtë themelore kushtetuese. Megjithatë, megjithë progresin e bërë deri tani nga shteti shqiptar në këtë fushë, ka ende nevojë për përmirësime. Prandaj për këtë arsye rekomandimet tona janë:

- Përmirësimi i skemës së sigurimeve shëndetësore, rritja e efikasitetit dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor, në mënyrë që të përballohen pritshmëritë dhe nevojat e shoqërisë, duke ju referuar ndryshimeve demografike dhe evolucionit të teknologjisë mjekësore, do të vazhdojnë të mbeten një sfidë për realitetin shqiptar.
- Fondi përmes ndryshimeve në menaxhimin dhe financimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, duhet të synojë konsolidimin e skemës, duke u fokusuar në cilësinë dhe larminë e ofrimit të shërbimeve shëndetësore ndaj shoqërisë.
- Ndryshimi i mekanizmit ligjor në fushën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor duke propozuar ndryshimin e ligjit në përputhje me standardet dhe parimet europiane . Të shtohet në ligj përfshirja e skemës së përfitimeve familjare, pasi në legjislacionin tonë për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor parashikohen dhe ofrohen vetëm përfitimet personale.

- Fondi duhet të rishikojë mundësinë e rritjes së masës së kontributit për sigurimet e detyrueshme shëndetësore, duke marrë parasysh të gjithë faktorët ekonomik – socialë të vendit, pasi masa e kontributit 3,4% e sigurimit shëndetësor daton që në vitin 1994, kur u krijuan për herë të parë skema e sigurimeve shëndetësore.
- Legjislacioni i të drejtës për sigurim shëndetësor sot përballlet me nevojën e pashmangshme për reforma ligjore, me qëllimin krijimin e hapësirave të nevojshme ligjore për krijimin e Fondeve private që ky sigurim të mos jetë monopol i shtetit. Pra, decentralizimi i skemës së sigurimit dhe shërbimit shëndetësor do të krijonte hapësira për sigurime shëndetësore private, të nevojshme për një shoqëri bashkëkohore, njësoj si vendet e tjera europiane.
- Fondi si blerës i vetëm strategjik i shërbimeve shëndetësore, duhet të forcojë kompetencat e tij, të nxisë konkurrencën mes dhënësve të shërbimeve shëndetësore private, me qëllim rritjen e cilësisë së shërbimit. Pra Fondi duhet të kthehet në avokatin e shtetasve të tij, në kuadrin e adresimit të përftimeve shëndetësore si në institucionet shëndetësore private ashtu edhe ato publike.
- Fondi duhet të përmirësojë, konsolidojë, reformojë dhe modernizojë sistemet elektronike (*database*) të të dhënave shëndetësore të institucioneve shëndetësore si dhe të pacientëve me qëllim menaxhimin dhe administrimin me efikasitet të burimeve financiare dhe politikave të brendshme të institucionit.

BIBLOGRAFI

Burime parësore

1. Konventa Europiane për të Drejtat e Njeriut
2. Konventa për Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas
3. Konventa për të Drejtat e Fëmijës
4. Konventa Ndërkombëtare për Mbrojtjen e të Drejtave të Gjithë Punëtorëve Migrantë dhe Anëtarëve të Familjeve të Tyre
5. Konventa e personave me aftësi të kufizuar.
6. Kushtetutës së Organizatës Botërore të Shëndetësisë
7. Karta Sociale Europiane
8. Konventa Europiane mbi Ndihmën Sociale dhe Mjekësore.
9. Konventa Ndërkombëtare mbi të drejtat Ekonomike, Shoqërore
10. Konventa për “Mbrojtjen e grave shtatzëna” Nr. 103, në vitin 1952.
11. Konventa për “Mbrojtjen e të drejtave të Sigurimit Shoqëror” Nr.157, në vitin 1982. 10. Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë.
12. Traktati i Bashkimit European

Burime dytësore

1. “Fjalor i mbrojtjes sociale”, botim i Këshillit të Europës, në kuadrin e programit të përbashkët me Bashkimin Evropian “Mbështetje për Institucionet e Mbrojtjes Sociale”.
2. Adblung,X. (2013) “Revisiting policies to achive progress toëards universal health oerage in loë-income countries: Realising the pay-ofs of nacional social

- protection floor”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
3. Aguila.E & Zissimopoulos.J. (2013) “ Retirement and health benefits for the Mexican migrants workers returning from the United States”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
 4. Alfred Pllafer (2010) “Social Inclusion in South-East Europe”, National and Regional Policy Priorities for a social Europe.
 5. Altipramakov,N.(2011) “A macro-financial analysis of pension system reforms in emerging Europe:The performance of IRA-s and policy lessons for Serbia”, International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
 6. Anita .A & Bosten.A & Frattini. C (2010) “A social determinant of migrants health”, Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
 7. Arza,C. (2012) “Extending coverage under the Argentinian pension system :Distribution of Access and prospects for universal coverage”, International Social Security Review, Vol. 65, Nr. 2, April-June, ISSA Geneva.
 8. Atilola,O. (2012) “The challenges of assessing and providing compensation for mental stress under Nigeria’s 2010 Employee’s compensation Act”, International Social Security Review, Vol. 65, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva,
 9. Bachelet,M. (2011) “Social protection floor for a fair and inclusive globalisation”, International Labour Organization, Geneva.
 10. Beci.A & Belishova.A & Kola.E (2015) “Financimi i Shërbimeve shëndetësore në Shqipëri”, FSDKSH, Tiranë.
 11. Belishova, A. (2010) “Sigurimi Shëndetësore në Shqipëri”, ISKSH, Tiranë.
 12. Berghman, Jos.(1997) “The resurgence of poverty and the struggle against exclusion”, Tilburg Institute for Social Security Research, Tilburg University, Netherlands, botuar në “International Social Security Review”, Vol. 50.
 13. Berghman, Jos.(1996) “The social security in European Perspective, present e future perspectives”, botim i “Social Protection and the European and Monetary Union”, Aldershot, Avebury.

14. Berghman, Jos.(1997) “The resurgence of poverty and the struggle against exclusion: A neë challenge for social security”, Tilburg Institute for Social Security Research, Tilburg University, Netherlands, botim i “International Social Security Revieë”, Vol. 50, Nr.1.
15. Billig,A & Menard.J-C. (2013) “Actuarial balance sheets as a tool to assesi the sustainability of social security pension systems”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 2. April-June, ISSA, Geneva.
16. Bouchet,B. (2006) “Monitorimi i Cilësisë në Kujdesin Shëndetësore Parësor”, USAID, Tiranë.
17. Buchmueller,C.Th. (2004) “Private Health Insurance in France”,OECD, University of California.
18. Cabiri,Y. (2014) “Nxitja e zhvillimit rajonal nëpërmjet objektivave të mijëvjeçarit”, UNDP, Tiranë.
19. Castillo-Rgulez.M & Vidal-Mlid.C. (2012) “Individual information for pension contributors :Recommendations for Spain based on internacional experience”, International Social Security Revieë, Vol. 65, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
20. Chuma,J. Research (2013) “Universal Health Coverage”, University of the Ëester Cape.
21. Cicon,M. (2013) “The Social Protection Floors Recomendation, 2012”, International Social Security Revieë, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
22. Cifre,S.C. (2013) “Old-age protection for ëomen in the Spanish pension sistem”, International Social Security Revieë, Vol. 66, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
23. Colombo. F dhe Mercier.J (2011) “Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care” Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
24. Comas-Herrera.A & Malley.J (2011) “Disability, dementia and the future costs of long-term care”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
25. Companje.P.K & Hendriks.R.H.M (2009) “Tëo centuries of solidarity, German and Belgian social health care insurance 1770-2008”, AKSANT,Amsterdam.

26. Coucheir .M &Sakslin.M (2008) “The relationship and interaction between the Coordination Regulations and Directive 2004/38/EC. Training and Reporting on European Social Security Project”.
27. Couffinhal.A & Buchmueller.Th.C (2004) “Private Health Insurance in France”, OECD Health Working Papers, Nr.2.
28. Daniels,N. “Justice, Health, and Health care”, Working Paper, Tufts University.
29. De Deken .J & Clasen.J. (2013) “Benefit dependency :The pros and cons of using *caseload* data for national and international comparisons”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
30. De Eispelaere.J & Stiron.L. (2012) “A disarmingly simple idea? Practical bottlenecks in the implementation of a universal basic income”, International Social Security Review, Vol. 65, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
31. Deacon,B. (2013) “The social protection floor and global social governance: Towards policy synergy and cooperation between international organization”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
32. Enoff.D.L & McKinnon.R. (2011) “Social security contribution collection and compliance:Improving governance to extend social protection”, International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
33. European Parliament (1998) “Health Care Systems in The EU”, EP, Luxembourg.
34. Euzeby,C . (2012) “Social protection to achieve sustainable inclusion :A European imperative in the current economic crisis”, International Social Security Review, Vol. 65, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
35. Fultz.E & Francis.M.J. (2011) “Employer-sponsored programmes for the prevention and treatment of HIV/AIDS”, International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 3, July-September, ISSA, Geneva.
36. Galizzi.M.M & Miraldo. M (2011) “What is really known about reference pricing for pharmaceutical?”, Eurohealth, Vol.17, Nr. 1, LSE, Health, London.

37. Geneva,Ron.A. (2010) “Health care as a social security benefit:Institutional approaches to extending coverage”, International Social Security Review , Vol. 63, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
38. Ghellab .Y & Verale.N & Ekdall.J. (2011) “Social dialogue and social security governance, A topical ILO perspective”, International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
39. Gijon-Sanchez.T.M & Pinzon-Pulido.S & Kolhemainen-Aitken.R.I (2010) “Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce”, Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
40. Goudsaard.K & Caminada.K . (2010) “The redistributive effect of public and private social programmes:A cross-country empirical analysis”, International Social Security Review, Vol. 63, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
41. Green.D & Irvine.B (2012-2013) “Healthcare Systems”, CIVITAS.
42. Gutmundur Alfredson and Asbjørn Eide (1999) “Deklarata Universale mbi të Drejtat e Njeriut – Standardi i Arritjes së Përbashkët”, Holandë.
43. Hagemejer.K& McKinnon.R. (2013) “The role of national social protection floors in extending social security to all”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
44. Hanson .R & Magnusson (2011) “The role of ICT support services to promote ageing in place:The action service”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
45. Harris,E. (2013) “Financing social protection floors:Considerations of fiscal space”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
46. Hendy.J & Barloë . J (2011) “Implementing remotecare in the UK:an update of progress”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
47. Holzmann,R. (2013) “Global pension and their reform: Eorldeide drivers, trends and challenges”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 2. April-June, ISSA, Geneva.
48. Innus.J & Behmane.D (2011) “Pharmaceutical policy and the effects of the economic crisis”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 1, LSE, Health,London.

49. Jackobs.R&Goddard.M (2000) "Social Health Insurance Systems in European Countries", Centre of Health Economics, London.
50. Jagger.C & Lindesay.J (2011) "The impact of changing patterns of diseases on disability and the need for long-term care", Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
51. Jenson.J & Fernandez.B (2007) "Roles for the Market and Government in Providing, Financing, and Regulating Private Insurance Coverage", Cornell University, ILR School.
52. Karl-Trumer . U 7 Novak-Zezula.S & Metzler.B (2010) "Access to health care for underdocumented migrants in the EU", Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
53. Keshilli i Europës (2006) "Fjalor i Sigurimeve Shoqerore", Social institutions Support Programme, CARDS, Shkup.
54. Kim,W. (2010) "The ratification of ILO Conventions and the provision of unemployment benefits: An empirical analysis", International Social Security Review, Vol. 63, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
55. Konferencë e ISKSH-GTZ. (2009) për "Mbrojtja Sociale- Shëndetësore në Shqipëri, Sfidat dhe Mundësitë", Tiranë.
56. Kronenfeld,J.J. (2013) "Social Determinants, Health Disparities and linkages to the Health and Health care", Department of Sociology, Arizona State University, USA.
57. Kulke.U & Guilbault.E. (2013) "The Social Protection Floors Recommendation, 2012: Completing the standards to close the coverage gap", International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
58. Kutzin.J & Cashin,Ch (2010) "Implementing Health Financing Reform", Ëalrd Health Organization, London.
59. Liu.D & Darimont.B. (2013) "The health care system of the People's Republic of China: Between privatization and public health care", International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.

60. Lund,F. (2012) “Ëork-related social protection for informal ëorkers”,
International Social Security Revieë, Vol. 65, Nr. 4, October-December, ISSA,
Geneva.
61. Lloyd, B.M. (2010) “Bismarck, Beveridge and The Bluse”, The Johnis
University, Bologna.
62. Lloyd-Shrelock.P &Minicuci.N & Beard.J & Chatterji.S. (2012) “Social
protection and preventing illness in developing countris:Estabilishing the health
effects of pensions and health insurance”, International Social Security Revieë,
Vol. 65, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
63. M.Shëndetësisë (2009) “Situata Shëndetësore dhe Kujdesi i Shëndetësorë,
arritjet dhe drejtimet për të ardhmen”, Tiranë.
64. Machado.M & Pereira.F & Machaqueiro.S. (2010) “Approaches to migrant
health in Portugal Eurohealth, Vol.16 Nr. 1, LSE, Health, London.
65. Marrëveshja e përkohshme Europiane mbi Sigurimin Social.
66. Marrëveshja e stabilizim Asoccimit.
67. McDaid.D (2011) “Toëords fairer care fundin in England”, Eurohealth, Vol. 17,
Nr. 2-3, LSE, Health, London.
68. Merino.B & Fernandez se la Hoz.K & Campos.P. (2010) “Toëards equity in
health: Migrant health policies in Spain”, Eurohealth, Vol.16 Nr. 1, LSE,
Health, London.
69. Ministria e Shëndetësisë (2004) “Strategjia Afatgjatë e Zhvillimit të sistemit
shëndetësor Shqipëtar”, Department for International Development, Tiranë.
70. Mitchell.E.D &Ream.K.R (2015) “The fundamental Issue in Education and
Health Care Reform”,Springer, Sëitserland.
71. Molcho.M & Cristini.F. (2010) “Health and ëell-being among child
immigrations in Europe”, Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
72. Murphy.M & Martikainen. P (2011) “Use of care services in relacion to
proximity to death among older pople”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE,
Health, London.

73. Musalem.R.A & Ortiz.D.M. (2011) "Governance and social security:Moving forëard on the ISSA good govrnance guidlines", International Social Security Revieë, Vol. 64, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
74. Musonye.R & Turner.A.J. (2013) "Etending pension and savings sheme coverage to the informal sektor",International Social Security Revieë, Vol. 66, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
75. Neni 4. Ligji 10383, datë 24.02.2011 "Për Sistemin e Detyrueshëm Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë".
76. Nickson, J. (2004) "Koordinimi i sigurimeve shoqërore në Këshillin e Evropës", Këshilli i Evropës, Strasburg.
77. Niki.R & Jeong.H-S. (2012) "Divergence in the development of public health insurance in Japan and Republic of Korea: A multiple-payer versura single-payer system", International Social Security Revieë, Vol. 65, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
78. Nyland.C &Zhu.J.C & Thomson.B.S. (2011) "Employer attitudes toëards social insurance compliance in Shabghai", International Social Security Revieë, Vol. 64, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
79. Ogynanova.D & Zentnen.A (2011) "Pharmaceutical Reform 2010 in Germany: striking a balance betëeen innovation and affordability", Eurohealth, Vol.17, Nr. 1, LSE, Health, London.
80. Orenstein,A.M. (2011) "Pension privatization in crisis:Death or rebirth of a global policy trend?", International Social Security Revieë, Vol. 64, Nr. 3, July-September, ISSA, Geneva.
81. Pace.P (2010) "Ëhat can be done in EU Member States to better protect the halth of migrants", Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
82. Paolicci,F. (2007) "The design of basic and supplementary health care financing schemes", Erasmun University, Rotterdam.
83. Pfaller.A & Meinardus.M. (2010) "Social inclusion in South-East Europe; National and Regional Policy Priorities for a Social Europe", Friedrich Ebert Stiftung, Sofia.

84. Piero.M.J & Benedict .R (2010) “Migrant health policy”, Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
85. Ponds.E & Severinson.C & Yermo.J. (2012) “Implicit debt in publik-sector pension plans:An internacional comparision”, International Social Security Revieë, Vol. 65, Nr. 2, April-June, ISSA, Geneva.
86. Public Health in Austria (2010), Federal Ministry of Labour, Viena.
87. Pudersell. K& Ruutel .D (2011) “Pharmaceutincal policy and the effects of the economic crisis”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 1, LSE, Health, London.
88. Quevedo.H.C & Rubio.J.D. (2010) “Neë citizens, neë challenges for the Spanish: National Health System”, Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
89. Raport Nr. 365 (1997) “Innovations in Health Care”, Ëorld Bank Conference.
90. Raport (2004) “Coordinaning of Social Security in the Council of Europe”, Council of Europe.Strasburg.
91. Raport (2004) “The Right to Health in the United States of America”, Center for Economics and Social Rights.
92. Raport 2 (2013) “Costs and benefits of investments in occupational safety and halth”,International Social Security Association, ISSA, Geneva.
93. Raport by the Main Association of Austrian Social Security Institutions (2013) “Health system and patient prespectives”, LSE, Health, London.
94. Raport Nr.32612 (2006) “Studim për sektorin e shëndetësisë të Shqipërisë”, Banka Botërore, Tiranë.
95. Raport vjetor (2010) “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, Tiranë.
96. Raport vjetor (2011) “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, Tiranë.
97. Raport vjetor (2012) “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, Tiranë.
98. Raport vjetor (2013) “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, Tiranë.

100. Raport vjetor (2014) “Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, Tiranë.
101. Raport. (2004) “The right to health in the United States of America”, Center for Economic and Social Rights.
102. Raporti Nr. 32612-AL (2006) “Studime për sektorin e shëndetësisë të Shqipërisë”, Banka Botërore.
103. Rregullore (EC) Nr. 883/2004 të Parlamentit Europian dhe Këshillit (2004) “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale”, Gazeta Zyrtare e Bashkimit Europian, L. 166.
104. Sahin.S & Elveren.Y.A. (2011) “Assessing a minimum pension guarantee for the voluntary IPS in Turkey”, International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 3, July-September, ISSA, Geneva
105. Samuliova.M & Piero.M.J & Benedict.R. (2010) “Mapping EC-funded initiatives on health and migration in Europe”, Eurohealth, Vol.16, Nr. 1, LSE, Health, London.
106. Sauerborn.R & Barnighausen (2002) “One hundred and eighteen years of the German health insurance system”, University of Heidelberg, Gjermani.
107. Savedoff,D.Ë. (2008) “Governing Mandatory Health Insurance”, The World Bank, Washington Dc.
108. Scheil-Abung.X& Bonnet.F. (2011) “Beyond legal coverage :Assessing the performance of social health protection”, International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 3, July-September, ISSA, Geneva.
109. Scheil-Aldung .X & Bonan.J. (2013) “Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with financial ruins?”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
110. Seddon.J & O'Donovan.B. (2013) “The achilles' heel of social security design in social security administration: The case of the United Kingdom's Universal Credit”, International Social Security Review, Vol. 66, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.

111. Simonovits, A. (2011) "The mandatory private pension pillar in Hungary: An obituary", International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 3, July-September, ISSA, Geneva.
112. Sinfeld, A. (2012) "Strengthening the prevention of social insecurity", International Social Security Review, Vol. 65, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
113. Sinfeld, A. (2012) "Social security and prevention", International Social Security Review, Vol. 65, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
114. Social Security Administration (2010) "Social Security Programs Throughout the World, Asia and the Pacific", Washington, D.C.
115. Social Security Administration (2011) "Social Security Programs Throughout the World, The Americas", Washington, D.C.
116. Social Security Administration (2011) "Social Security Programs Throughout the World, Africa", Washington, D.C.
117. Sorensen, B.O & Pfeifer, S. (2011) "Climate change issue in fund investment practices", International Social Security Review, Vol. 64, Nr. 4, October-December, ISSA, Geneva.
118. Stabile, M & Thomson, S (2014) "The changing role of government in financing health care: an international perspective", The London School of Economics and Political Science, London.
119. Strategjia e punësimit dhe e formimit profesional. Ministria e punës dhe çështjeve sociale
120. Shao, A.J. (2010) "The public pension system in Taiwan; Equity issues within and between systems", International Social Security Review, Vol. 63, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
121. Sharma, T & Doyle, N & Garner, S (2011) "Nice supporting England and Wales through times of change", Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
122. Shalë, D.Ch. (2006) "Bazat për Politikën Kombëtare të Përmirësimit të Cilësisë në Sistemet Shëndetësore", Earth Health, Tiranë.

123. Shibuya.T & Taylor .V. (2013) “Alternativ care options and policy coices to support shans: The case of Mozambique in the context of the SADC”, International Social Security Revieë, Vol. 66, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
124. Shih Peto,Zh. (2011) “E drejta e mbrojtjes shoqerore”, Aldeprint, Tiranë.
125. T.Barnighausen, R. Sauerborn (2010) “Social Science & Medicine”, University of Heidelberg, Gjermani.
126. Tiemann .O & Scheryogg .J& Busse. R (2011) “Ëhich type of hospital oënership has the best performance?:Germany”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
127. Tjadens.F & Colombo.F (2011) “Long-term care: vauing care providers”, Eurohealth, Vol. 17, Nr .2-3, LSE, Health, London.
128. Tomesh,I. (1997) “E drejta e Sigurimit Social”, Tiranë.
129. Trigg,L. (2011) “The demant for long-time care for older pople”, Eurohealth, Vol.17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.
130. Universal Declaration of Human Rights, adopted 10 December 1948 under General Assembly Resoultion 217 A (III), UN Doc. A/810.
131. USAID (2005) “Reforma e Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri”, Tiranë.
132. Van Ginneken,Ë. (2010) “Social security coverage extension;A revieë of recent evidence”, International Social Security Revieë, Vol. 63, Nr. 1, January-March, ISSA, Geneva.
133. Van Ginneken,Ë. (2013) “Civil society and the socialprotection floor”, International Social Security Revieë, Vol. 66, Nr. 3-4, July-December, ISSA, Geneva.
134. Ëorld Health Reports. (2014) “Global Health Riscks Mortality and burden of disease attributable to selected major risks”, Gjenev.
135. Zanon,.E. (2011) “Health care across borders;Implications of the EU direktive on cross-border health care fot the English NHS”, Eurohealth, Vol. 17, Nr. 2-3, LSE, Health, London.

136. Manual për Ligjin Evropian të Mbrojtjes nga Diskriminimi Korrik 2010”, © Agjencia e Bashkimit Evropian për të Drejtat Themelore të Njeriut, 2010. Këshilli i Evropës, 2010, fq 56-57
137. Mirela Selita “E drejta kushtetuese e sigurimeve shoqërore nga këndvështrimi i standardeve ndërkombëtare” faqe 94.
138. Strategjia e Organizatës Ndërkombëtare të Punës Sigurime shoqërore për të gjithë. Të ndërtojmë nivele minimale të mbrojtjes shoqërore dhe sisteme të plotë të sigurimeve shoqërore fq 13-14

Ligje dhe Vendime të Këshillit të Ministrave

1. Ligji 10383, datë 24.02.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar
2. Ligji Nr. 10107, datë 30.03.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”.
3. Ligji Nr. 10487, datë 05.12.2011 “Për buxhetin e vitit 2012” si dhe Udhëzimin e Ministrisë të Financave “Për zbatimin e buxhetit të vitit 2012”.
4. Ligji Nr. 7521, datë 30.11.1991 “Për përkrahjen sociale për personat të cilët dalin të papunë nga zbatimi i reformës ekonomike”.
5. Ligji Nr. 7703, datë 11.05.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.
6. Ligji Nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për Sistemin e Sigurimeve Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”.
7. Ligji Nr. 8961, datë 24.10.2002 “Për disa shtesa e ndryshime në ligjin Nr .8770. datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” me ndryshimet përkatëse.
8. Ligji Nr. 9106, datë 17.07.2003 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”.
9. Ligji Nr. 9136, datë 11.09.2003 “Për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme”.

10. Vendimi nr. 124, datë 5.3.2014 “Për miratimin e statutit të fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”
11. Vendimi nr. 185, datë 2.4.2014” Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40 - 65 vjeç”
12. Vendim Nr. 307, datë 21.5.2014 "Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor".
13. Vendim Nr. 308, datë 21.5.2014 "Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor".
14. Vendim Nr. 367, datë 6.5.2015, Për disa ndryshime në vendimin Nr. 202, datë 4.3.2015, të Këshillit të Ministrave, "Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”.
15. Vendimi nr. 955, datë 29.12.2014 “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”.
16. Vendim Nr. 932, datë 29.12.2014 "Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor parësor".
17. Vendim Nr. 955, datë 29.12.2014 "Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore".
18. VKM 88, datë 13.02.2003 “Për identifikimin dhe detyrimet e personave që marrin shërbim shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”.
19. VKM Nr 857, datë 20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, i ndryshuar.
20. VKM Nr. 101, datë 4.2.2015 "Për miratimin e paketës së shërbimeve shëndetësore, në kujdesin shëndetësor parësor publik, që financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor".

21. VKM Nr. 202, datë 4.3.2015, të Këshillit të Ministrave, "Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre".
22. VKM Nr. 737, datë 5.11.2014 "Për financimin e shërbimeve shëndetësore publike të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor".
23. VKM Nr. 86, datë 13.02.2003 "Për librezën e shëndetit .
24. VKM Nr. 87, datë 13.02.2003 "Për identifikimin dhe detyrimet e personave, qe marrin shërbim shëndetësor ne R.SH".
25. Urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë Nr. 237, datë 07.06.2011 "Për miratimin e udhëzuesve të praktikave mjekësore e protokolleve të mjekimit".
26. Urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë Nr. 417, datë 14.07.2010 "Për miratimin e kartelës klinike të shtrimit në spital".
27. Urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 657, datë 15/12/2010, "Për miratimin e "Kartës shqiptare të të drejtave të pacientit".
28. Rregullore nr. 1, e Këshillit Administrativ të Fondit datë 11.02.2014 "Për sigurimin vullnetar në fondin e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor".

Vendime gjyqësore të Gjykatave :

1. GJEDNJ, K.H. dhe të tjerët kundër Slovakisë (Nr. 32881/04), 28 Prill 2009 (ECtHR, K.H. and others v. Slovakia (No. 32881/04), 28 April 2009).
2. GJEDNJ, Sławomir Musiał kundër Polonisë (Nr. 28300/06), 20 Janar 2009 (ECtHR, Sławomir Musiał v. Poland (No. 28300/06), 20 January 2009).
3. ECJ, case C-120/95 of 28.04.1998, Decker, ECR 1998, I-1831
4. C-158/96 of 28.04.1998, Kohll, ECR 1998, I-1931
5. Molenaar C-160/96 ;
6. Vanbraekel & others C-368/98;
7. Geraets-Smits & Peerbooms C-157/99 ;
8. Ioannidis C-326/00;
9. Müller-Faure & van Riet C-385/99;

10. Inizan C-56/01 23.10.2003;

11. Leichtle C-8/02

12. Ęatts C-372/04 ;

13. Herrera C-466/04

Ėebsite:

1. http://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/protokollet/
2. <http://www.fsdksh.com.al/spitalet>
3. <http://www.fsdksh.com.al/spitalet/110-spitali>
4. <http://www.fsdksh.com.al/spitalet>
5. http://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/farmaci/8.1.%20KONTRATA%20%20F%20-%202015%20
6. <http://www.fsdksh.com.al/farmacite/111-farmacite>
7. <http://www.fsdksh.com.al/lista-e-barnave>
8. http://ėėė.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/shėrbimet/spitale/Kontrata_Veshkėś_2015
9. http://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/spitale/Lista%20e%20ospitaleve%202015
10. www.feut.edu.al/images/tema_e_hana.pdf
11. <http://www.fesprishtina.org/ėb/media/Publications/2012/Sigurimet%20shendetesore%20nje%20e%20drejte%20e%20vonuar%20-%20final.pdf>
12. <http://www.fsdksh.com.al/images/stories/publikimet/revista/revista20.pdf>
13. <http://www.germanyhis.com/compulsory-health-insurance-germany/>
14. <http://www.gjiganti.com/emigranti/gjermani/sociale/shendetesia.html>

15. <http://www.fsdksh.com.al/aktivitete/612-njoftim-25-shkurt-karta-e-sh%C3%ABndetit-online,-vet%C3%ABm-me-dokumentin-e-identifikimit>
16. http://www.sigmaëeb.org/publications/Comments_LaëAdminProceduresKosovo_JN_Oct2012_Alb.pdf
17. <http://www.doktoratura.unitir.edu.al/ëp-content/uploads/2015/09/Doktoratura-Erajd-Dobjani-Fakulteti-i-Shkencave-i-Natyrore-Departamenti-i-te-Drejtës-Publike.Erald>

LISTA E TABELAVE

Tabela Nr.1. Dokumentacioni që duhet për t'u pajisur me Kartë Shëndeti

Kategoria përfituese	Teksti në kartë/kategoria	Dokumenti vërtetues	Afati i përfitimit
I punësuar	I punësuar	Libreza e kontributeve të Sigurimit Shoqëror dhe Shëndetësor. Do të konsiderohen edhe shënimet e bëra nga punëdhënësi, për raportet mjekësore që paguhën nga ISSH.	12-muaj nga data e lëshimit
I vetëpunësuar	I vetëpunësuar	Libreza e kontributeve të Sigurimit Shoqëror dhe Shëndetësor	3-muaj nga data e lëshimit

Sigurim vullnetar	Sigurim vullnetar	Kontrata me FDSKSH Dokumenti që vërteton derdhjen e kontributit vullnetar pranë drejtorisë rajonale/degës	Sipas kontratës me Fondin
Fëmijë 0-12 muaj	0-12 muaj	Certifikatë lindje	Nga data e lëshimit deri në moshën 12 muaj
Fëmijë 1-18 vjeç	1-18 vjeç	Certifikate lindje	Nga data e lëshimit deri në moshën 18 vjeç
Student 18-25 vjeç	Student	Karta e identitetit Vërtetim nga universiteti përkatës, brenda ose jashtë vendit (i përkthyer dhe noterizuar për universitetet jashtë vendit)	1-vjeçar nga data e lëshimit deri në moshën 25 vjeç
Kujdestar për invalidët para/tetra-plegjikë	Kujdestar	Libreza e kontributeve të Sigurimit Shoqëror dhe Shëndetësor	Pa afat
Invalid i plotë	Invalid i plotë	Vërtetim invaliditeti nga sigurimet shoqërore/ Libreza e invaliditetit	Pa afat
Invalid i pjesshëm	Invalid i	Vërtetim invaliditeti nga sigurimet	Nga data e lëshimit

	pjesshëm	shoqërore/ Libreza e invaliditetit	të kartës deri në afatin e vërtetimit
Invalid lufte	Invalid lufte	Vërtetim invaliditeti nga sigurimet shoqërore/ Libreza e invaliditetit	Pa afat
Veteran	Veteran	Statusi i veteranit/Libreza veteranit	Pa afat
Pensionist	Pensionist	Libreza e pensionit sipas kategorive të sigurimeve shoqërore	Pa afat
Pension i parakohshëm, i pjesshëm, i reduktuar	Pensionist i pjesshëm	Libreza e pensionit sipas kategorive të sigurimeve shoqërore	Pa afat
Person pa pension pleqërie	Pa pension	Karta e identitetit ose certifikata e gjendjes civile që vërteton moshën mbi 65 vjet për burrat dhe mbi 60 vjet për femrat	Pa afat
I verbër	I verbër	Libreza përkatëse e lëshuar nga drejtoria rajonale e shërbimit social shtetëror	Pa afat
Jetim	Jetim	Libreza përkatëse e lëshuar nga drejtoria rajonale e shërbimit social shtetëror	Sipas afatit të librezës
Përfituese e lejes	Leje lindje	Sipas shënimit të punëdhënësit në	Me afat sipas

së lindjes		librezën e kontributeve	vërtetimit
Grua shtatzënë	Shtatzënë	Vërtetim i konsultorit mjeku/fëmija.	Me afat sipas periudhës së shtazërisë
Person me aftësi të kufizuar	PAK	Vërtetim nga Drejtoria Rajonale e Shërbimit Social	Me afat sipas vërtetimit
Person që trajtohet me ndihmë ekonomike	Ndihma ekonomike	Vërtetim nga njësia e pushtetit vendor që jep ndihmën ekonomike	3-mujor nga data e lëshimit të kartës së shëndetit
I papunë punëkërkues	I papunë	Kartela personale e punëkërkuesit të papunë, lëshuar nga zyra rajonale e shërbimit kombëtar të punësimit	3-mujor nga data e lëshimit të kartës së shëndetit
I sëmurë me Ca	STU	Përgjigjja e konsultës së specializuar që vërteton diagnozën	Njëvjeçar nga data e lëshimit të kartës së shëndetit
I sëmurë me TBC	STB	Përgjigjja e konsultës së specializuar që vërteton diagnozën	Njëvjeçar nga data e lëshimit të kartës së shëndetit
Azilkërkues	Azilkërkues	Leje-qëndrimi për të huajt nga autoriteti vendor për kufirin dhe migracionin	Nga data e lëshimit deri në afatin e qëndrimit sipas

			përcaktimit në lejen e qëndrimit
Person në IEVP	IEVP	Sipas dokumentit të lëshuar nga Drejtoria e IEVP-së	Sipas periudhës së përcaktuar në dokument
Viktima të trafikimit	RVT	Vërtetim nga strukturat e MB-së	Njëvjeçar nga data e lëshimit të vërtetimit
Raste të veçanta (skleroza multiple, thalasemia major, deficit i hormonit të rritjes, gjendjet post transplantit renal, St.post aplazia medulare)	Rast i veçantë	Përgjigjja e konsultës së specializuar që vërteton diagnozën	Njëvjeçar nga data e lëshimit të kartës së shëndetit

Tabela Nr.3. Paketa e shërbimit të dializës, sipas shtojcës Nr. 1, bashkëlidhur VKM-së Nr. 308

Paketa e Shërbimit të dializës		kosto		marzhi i	Çmimi
1.	Dializa	10,6	lekë për seancë	5	11,204
	Në këtë paketë përfshihen:				
	- Ekzaminimet e nevojshme klinike, imunologjike				
	- Vendosja e fistulës ose graftit				
	- Kryerja e procedurës				

a)

Tabela Nr.4. Paketa e shërbimeve të kardiologjisë sipas shtojcës Nr. 2, bashkëlidhur këtij vendimi

Paketa e shërbimeve të kardiologjisë	kosto		marzhi	Çmimi
1. Angioplastikë koronare	152,1	lekë për	8	164,3
2. Angiografi koronare		lekë për	8	
3. Pacemaker definitiv	194,0	lekë për	8	209,5

Tabela Nr.5. Paketa e shërbimeve të kardiokirurgjisë, sipas shtojcës Nr. 3, bashkëlidhur këtij vendimi

Paketa e shërbimeve të kardiokirurgjisë	kosto		marzhi	Çmimi
1. By pass aorto koronar	333,5	lekë për rast	8	360,2
2. Interventet valvulare	513,0	lekë për rast	8	554,1
3. Interventet kongjenitale	242,9	lekë për rast	8	262,3
Në këtë paketë përfshihen:				
- interventi;				
- dy ditë qëndrimi në terapinë intensive				

Tabela Nr.6. Paketa e shërbimit të transplantit të veshkës, sipas shtojcës Nr. 4, bashkëlidhur këtij vendimi

Paketa e shërbimit të transplantit të	kosto		marzhi	Çmimi
Transplanti renal	1,098,1	lekë për rast	8	1,186,0
Në këtë paketë përfshihen:				
Ekzaminimet para transplantit për marrësin e dhuruesin:				
- klinikë biokimike;				
- imunologjike;				
- markuesit tumoralë;				
- imazheri virologjike;				
Konsultat;				
ekzaminimet pas transplantit për marrësin e dhuruesin;				
terapia e induksionit;				
- imunosupresoret (dozimi në gjak).				
	kosto		marzhi	Çmi
Terapia e flakjes akute	442,6		8	478,0

Tabela Nr. 7. Paketa e shërbimit të implantit koklear, sipas shtojcës Nr. 5, bashkëlidhur këtij vendimi

Paketa e shërbimit të implantit koklear					
1.	Implanti koklear *	224,7	lekë për rast	8	242,7
	Vetëm vendosia e implantit koklear				
*	Aparatura e implantit koklear sipas standardeve të BE-së, sigurohet në çdo rast nga MSH-				

