



**Qendra për të Drejtat e Njeriut
e Universitetit të Prishtinës**
Human Rights Center
of the University of Prishtina

**Qendra për Hulumtime në të Drejtat e Njeriut
dhe Integritet Evropian**

*Research Centre for Human Rights
and European Integration*



SIGURIMI SHËNDETËSOR NË KOSOVË: NJË E DREJTË E VONUAR

Armend M. Shkoza

Filloreta Lekiqi

Përkrahur nga



Maj, 2012

PRISHTINË

Botues: **Friedrich-Ebert-Stiftung**

Friedrich-Ebert-Stiftung, Zyra në Prishtinë, Kosovë

Rr. Mujo Ulqinaku 4/App 10

Tel: +381 38 601 900, 601 901

Fax: +381 38 601 902

Email: contact@fes-prishtina.org

www.fes-prishtina.org

Përgatitja dhe shtypi: **Studio FORMA**

Dizajni i kopertinës: **Lulzim Bunjaku**

Data e shtypit: **Qershor, 2012**

Vendi: **Prishtinë**

Copyright Friedrich-Ebert-Stiftung

Heqje e përgjegjësisë: Pikëpamjet e paraqitura në këtë publikim nuk janë domosdoshmërisht pikëpamje të Friedrich-Ebert-Stiftung.

Ky hulumtim është përkrahur pjesërisht nga National Democratic Institute



Parathënie

Gama e të drejtave të ekonomike, sociale dhe kulturore është një gamë e gjerë e të drejtave, të cilat në Kosovë fatkeqësisht edhe me dokumentet bazike juridike, nuk zënë vendin e merituar në sistemin tonë politik dhe juridik. Kjo është reflektuar edhe në Kushtetutën e Kosovës, në të cilën në mesin e dokumenteve ndërkombëtare të të drejtave të njeriut të obligueshme të zbatohen në sistemin tonë juridik drejtpërdrejt, nuk janë përfshirë dy ndër dokumentet më të rëndësishme në planin ndërkombëtar dhe regjional, Pakti për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore dhe Karta Sociale Evropiane. Kjo gjendje domosdo se çdo herë e më shumë do të reflektohet edhe në fushën e përpilimit të ligjeve, të cilat mund të kenë mungesa në këtë fushë, mu për shkak se këto dokumente nuk janë pjesë e sistemit tonë politiko-juridik.

Mu për shkak të kësaj situatë, Qendra për të Drejtat e Njeriut të Universitetit të Prishtinës, duke e konsideruar se të drejtat e njeriut, si ato civile dhe politike, poashtu edhe ato ekonomike, sociale dhe kulturore, janë të barabarta, të pandashme, të ndërlidhura dhe të ndërvarura, një pjesë të veprimtarisë së vetë e ka fokusuar në organizimin e tryezave, debateve dhe hulumtimeve në këtë fushë. Hulumtimet dhe të tryezat për të drejtën në punë, politikat sociale, të drejtat e personave me aftësi të kufizuar kanë qenë vazhdimisht në agjendën e punës të QDNJUP-së. QDNJUP gjithashtu ka marrë pjesë aktive edhe në debatet dhe në amendimet që i janë bërë draft Ligjit të Punës para se ai të miratohej në dhjetor të vitit 2010. Në punën tonë kemi bashkëpunuar ngushtë me Friedrich Ebert Stiftung zyra në Prishtinë e cila ka përkrahur në vazhdimësi projektet tona që kemi organizuar nga fusha e të drejtave ekonomike dhe sociale.

Në një rrjedhë logjike, radha i erdhi të trajtojmë një të drejtë sociale, e cila për një kohë të gjatë u ka munguar dhe ende është duke u vonuar të zbatohet në Kosovë: e drejta për sigurime shëndetësore. Duke qenë një e drejtë e rëndësishme nga korpusi i të drejtave të njeriut, QDNJUP në bashkëpunim me partnerët e saj, ka hulumtuar çështjen e mungesës së sigurimeve shëndetësore në Kosovë. Në këtë funksion ne kemi organizuar një tryezë dhe kemi përgatitur këtë hulumtim që po e prezantojmë para opinionit publik në Kosovë. Hulumtuesit Filloreta Lekiqi dhe Armend Shkoza kanë trajtuar problematikën e sigurimeve shëndetësore nga shumë plane, duke u nisur nga plani i të drejtave të njeriut, goditja që u bëhet shtresave të brishta të shoqërisë duke mos pasur një sistem të sigurimeve shëndetësore, krahasimi me vendet e rajonit, analiza e modeleve të ndryshme e deri tek implikimet financiare të vendosjes së sistemit të sigurimeve shëndetësore në Kosovë me draft ligjin aktual që pritet të propozohet nga Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës.

Në realizimin e projektit ka ndihmuar Friedrich Ebert Stiftung si në planin financiar ashtu edhe në atë organizativ. Hulumtimi është ndihmuar edhe nga Shërbimi për Hulumtime Parlamentare i NDI-së në Kuvendin e Kosovës, andaj ky hulumtim parashihet t'u shërbej edhe deputetëve të Komisionit për Shëndetësi, Punë dhe Mirëqenie Sociale të Kuvendit të

Kosovës. Pjesë e projektit ishte edhe Qendra për Hulumtime në të Drejta të Njeriut dhe Integritet Evropian.

Shpresojmë që ky hulumtim të shërbejë në thellimin e debatit për nevojën e vendosjes së sistemit të sigurimeve shëndetësore në Kosovë, si një hap në realizimin e një sërë të drejtash nga fusha e të drejtave të njeriut.

Valon Murati

Drejtor i Qendrës për të Drejtat e Njeriut të Universitetit të Prishtinës

PËRMBAJTJA

HYRJE.....	9
ABSTRAKT	11
Metodologjia	12
I. GJENDJA SOCIO-EKONOMIKE NË KOSOVË.....	14
1.1. Indikatorët kryesor makro-ekonomikë, gjendja sociale dhe varfëria – vështrim i përgjithshëm.....	14
1.2. Përshkrim i gjendjes së shëndetësisë në Kosovë	16
1.2.1. Vështrim retrospektiv	16
1.2.2. Sistemi shëndetësor sipas Ligjit 2004/4	19
II. SIGURIMI SHËNDETËSOR – KUPTIMI DHE INFRASTRUKTURA LIGJORE.....	22
2.1. Çka nënkupton e drejta në sigurim shëndetësor?.....	22
2.2. Cilat norma ligjore vendore dhe ndërkombëtare e rregullojnë të drejtën e tillë?	24
Kushtetuta e Kosovës.....	24
Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut.....	25
Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore.....	25
Konventa për Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas	27
Konventa për të Drejtat e Fëmijës.....	27
Karta Sociale e Evropës.....	28
2.3. Sisteme e sigurimeve shëndetësore sipas mënyrës së pagesës	28
Sistemi i Bismarkut.....	28

Sistemi i Beverdige (Beverixhit).....	29
Sistemi kombëtar i sigurimeve shëndetësore.....	29
2.4. Modelet mbi ofrimin e shërbimeve shëndetësore	30
III. MODELET E SISTEMEVE TË SIGURIMIT SHËNDETËSOR NË RAJON	32
3.1. Shqipëria	32
3.2. Kroacia	35
3.3. Serbia	36
HIPPA – Health Portability and Accountability Act.....	38
IV. NISMAT PËR (RI)ORGANIZIMIN E SISTEMIT SHËNDETËSOR	40
V. DRAFT-LIGJI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË KOSOVË DHE MODELET QË JANË PROMOVUAR DERI MË TANI	42
4.1. Krahësimi i legjislacionit mbi sigurimet shëndetësore	42
4.1.1. Sistemi i sigurimeve shëndetësore gjatë periudhës së RSFJ-së	42
4.1.2. Infrastruktura ligjore mbi sigurimet shëndetësore	43
a) Fushëveprimi dhe llojet e sigurimeve shëndetësore	43
b) Të drejtat nga sigurimi shëndetësorë	45
c) Burimet financiare të Fondit.....	46
d) Fondi.....	49
VI. ANALIZË FINANCIARE E SISTEMIT TË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE	52
VII. EFEKTET NEGATIVE TË MUNGESËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË RAPORT ME KATEGORITË E CAKTUARA TË SHOQËRISË	59
5.1. E drejta në sigurim shëndetësor – e drejtë apo privilegj?	61
5.2. Shtresat më të goditura.....	62

5.2.1.	Përkrahja sociale për kategoritë e varfra.....	62
5.2.2.	Përkrahja e pensionistëve.....	64
5.2.3.	Përkrahja e invalidëve të luftës dhe familjeve të dëshmorëve	65
5.2.4.	Përkrahja e personave me aftësi të kufizuara	66
5.3.	Raporti i Progresit 2011 për Kosovën dhe të drejtat ekonomike dhe sociale	67
5.4.	Cilat të drejta themelore cenohen me mungesën e sigurimeve shëndetësore	68
VIII.	PËRFUNDIME	70

HYRJE

Edhe pse koncepti mbi të drejtat e njeriut ka evoluuar me kohën, megjithatë disa elemente kanë mbetur të njëjta, duke qëndruar kështu rezistente ndaj “ndryshimeve” dhe duke qenë shoqëruese të përhershme të konceptit mbi të drejtat e njeriut. Kështu, në zhargonin juridik, përkufizimi “të drejtat e njeriut” paraqet në radhë të parë tërësinë e atyre të drejtave, të cilat individ mund t'i kërkojë vetëm për shkak të ekzistencës së tij si qenie njerëzore, dhe që duhet të sigurohen me ligj nga bashkësia për arsye etike. Në këtë kontekst bëhet fjalë edhe për të drejtat “natyrore”, “të lindura” apo “të patjetërsueshme”, në respektimin dhe sigurimin e të cilave legjitimohet një bashkësi politike.

Të “rezervuara” fillimisht vetëm për kategoritë e caktuara të shoqërisë, të drejtat e njeriut përbënin një “privilegj” për kategoritë e tilla, në raport me të tjerët. Më vonë shfaqet nevoja e njohjes së këtyre të drejtave edhe për kategoritë e tjera të shoqërisë, për të vazhduar më pastaj edhe me përpjekjet për universalizimin e këtyre të drejtave.

Duke qenë objekt i trajtimit të veprave të shumta të filozofëve të lashtë e deri në kohërat tona, duket se “orientimi” i të drejtave të njeriut ka evoluuar që nga ato kohëra. Tani, objektiv kryesor është siguri i një mirëqenie sa më humane për pjesëtarët e shoqërisë. Pas katastrofave të dy luftërave botërore, çështjet e të drejtave të njeriut u bënë edhe objekti diskutimi dhe rregullimi edhe i mekanizmave të ndryshëm ndërkombëtar. Kështu edhe fillohet të nxirren dokumente të të karakterit universal. E tillë ishte edhe Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut e Asamblesë së Përgjithshme të Kombeve të Bashkuara, e vitit 1948, e cila është dokumenti i parë kryesor dhe me karakter universal i rëndësishëm në fushën e njohjes dhe proklamimit të të drejtave të njeriut, e që pararendëse e kishte Deklaratën për të Drejtat e Njeriut dhe të Drejtave Qytetare e vitit 1789, produkt i Revolucionit Borgjez Francez.

Dokumente dhe mekanizma të shumtë e pasuan Deklaratën Universale, rëndësia dhe karakteri i të cilave ishte universale apo regionale. Për Kosovën një rëndësi të madhe ka sistemi evropian i të drejtave të njeriut, sidomos Konventa Evropiane për të Drejtat e Njeriut, e nxjerrë nga Këshilli i Evropës në vitin 1950 si dhe mekanizimi i saj implementues Gjykata Evropiane për të Drejtat e Njeriut në Strasburg. Në fushën e të drejtave të njeriut, rol të madh luajtën edhe unionet e ndryshme regionale, si Bashkimi Evropian, Unioni i Shteteve Arabe, Unioni i Shteteve Amerikane.

Ky hulumtim shpërfaq problematikat që shkakton mungesa e një sistemi të sigurimeve shëndetësore dhe vështirësitë për qasje të barabartë në shërbimet shëndetësore. Trajton efektet e

mungesës së sigurimeve shëndetësore në raport me të drejtat e njeriut në përgjithësi, e veçanërisht efektet ndaj shtresave të caktuara, si familjet/personat që jetojnë nën asistencë sociale, pensionistët, familjet e dëshmorëve dhe invalidët e luftës.

Ky hulumtim, po ashtu, paraqet edhe modelet e sigurimeve shëndetësore të zbatueshme në shtetet e rajonit, duke tentuar kështu që për lexuesin të jepet një pasqyrë e modeleve të tilla, të shihen anët negative dhe pozitive të secilit nga modelet e ofruara dhe, si rezultat, të përcaktohet më lehtë lloji i sistemit të sigurimeve shëndetësore i përshtatshëm për Kosovën në situatën dhe momentin aktual.

Hulumtimi merret si me gjërat dhe termet bazike sa i përket fushës së sigurimeve shëndetësore (si, për shembull, nocioni i sigurimeve shëndetësore, normat ligjore vendore e ndërkombëtare me të cilat rregullohet dhe njihet e drejta në sigurim shëndetësor etj.), deri të analiza e kostos financiare për të gjitha nismat e ndërmarra deri tani me qëllim të rregullimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore dhe analiza e draft-ligjit aktual për sigurimet shëndetësore.



ABSTRAKT

Solidariteti i krijesës njerëzore është tipari parësor që atë e dallon nga krijesat e tjera. Kujdesi ndaj shtresave të caktuara të shoqërisë, për të cilat nevojitet një përkujdesje kolektive, ka qenë ndër sfidat më të lashta të historisë njerëzore. Këtë e dallojmë edhe nga kalimi i shoqërisë njerëzore nga bashkësitë primitive në shoqëritë e organizuara, ku interesi i përgjithshëm përmbysë egon individuale, duke marrë parasysh kërkesat e shoqërisë në tërësi. Kështu edhe shoqëria kosovare, si një shoqëri e cila synon që të zhvillohet si një shoqëri e organizuar, e cila respekton postulatet e mbrojtura dhe të materializuara me akte të përgjithshme juridike, sfidohet me mbrojtjen e barazisë dhe drejtësisë shoqërore. Sfida më e madhe e shoqërisë kosovare paraqitet tek proceset transitore, nëpër të cilat ka kaluar Kosova, e që janë të theksuara 20 vitet e fundit.

Kjo përgjegjësi kolektive, e cila buron nga humaniteti i cili pasqyron një shoqëri demokratike dhe e përcaktuar për respektimin e të drejtave themeltare të njeriut, sigurisht se kërkon një përkushtim të veçantë në aspektin e respektimit të të drejtave të njeriut. Sidomos, Kosova e cila pas shpalljes së pavarësisë është përcaktuar për një agjendë shtetërore për integritet euro-atlantike, merr përsipër obligime të përgjithshme dhe të veçanta në drejtim të respektimit të postulateve të përcaktuara në dokumentet ndërkombëtare. Veçanërisht, çështja e përkujdesjes shëndetësore është ndër çështjet më të ndjeshme me të cilën ballafaqohet shoqëria. Kosovës, e cila kaloi një fazë dhjetëvjeçare të aparteidit i cili përfundoi me një luftë në të cilën u humbën jetët e dhjetëra mijëra njerëzve, iu kishte shkatërruar tërësisht sistemi i kujdesit shëndetësorë dhe ai i sigurimeve shëndetësore. Pra, ringjallja dhe krijimi i një sistemi shëndetësorë ishte ndër obligimet parësore për të siguruar një jetë më kualitative në Kosovë.

Në këtë hulumtim trajtohet raporti i sigurimeve shëndetësore me të drejtat themelore të njeriut. Rëndësia e sigurimeve shëndetësore dhe mungesa e tyre, që paraqitet si detyrë kryesore e këtij hulumtimi bazohet në të dhënat relevante, të cilat dëshmojnë për vështirësitë me të cilat ballafaqohen qytetarët e Kosovës. Në këtë drejtim duhet theksuar se një sistem i sigurimeve shëndetësore, që do të ofronte një përkujdesje minimale për qytetarët e Kosovës, ka munguar nga viti 1999 e deri më sot.

METODOLOGJIA

Punimi mbi rëndësinë e sigurimeve shëndetësore në raport me të drejtat e njeriut, është një hulumtim që ka për qëllim të jep një pasqyrim real mbi rëndësinë e sistemit të sigurimeve shëndetësore, e që kryesisht lidhet me të drejtat themeltare të njeriut. Ky hulumtim në procesin e përpilimit është bazuar në disa metoda shkencore, me qëllim që të gjithë atyre që do t'iu hyjë në punë ky punim, por edhe spektrit më të gjerë të opinionit në Kosovë, t'i ofrojë të dhëna të bazuara dhe të vërtetuara nga aspekti i vërtetësisë dhe relevancës që duhet të kenë këto të dhëna në relacion me problematikën që trajtohet në të. Në këtë drejtim hulumtuesit kanë përdorur këto metoda në procesin e përpilimit:

- **Metodën e intervistimit** – kjo metodë është praktikuar në drejtim të marrjes së deklaratave dhe mendimeve të zyrtarëve të institucioneve të ndryshme relevante, ku në sajë të deklaratave të tyre është bërë edhe vërtetimi i qëndrimit të institucionit i cili drejtpërdrejt apo tërthorazi ka rol aktiv në sendërtimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore.
- **Metoda e krahasimit** – këtë metodë hulumtuesit e kanë përdorë me qëllim të krahasimit të rregullimeve ligjore që janë fuqi në vendet e rajonit dhe ato të Bashkimit Evropian, meqë është synuar që të paraqitet një pasqyrim real mbi standardet e rregullimit në raport me rregullimin juridik i cili është në përgatitje e sipër.
- **Metoda statistikore** – është metodë e cila zakonisht përdoret në punime të cilat kanë karakter shkencor, ku përmes të dhënave ekzakte kihet për qëllim verifikimi mbi gjendjen faktike. Të gjitha të dhënat që janë përdorë në këtë punim janë marr nga institucionet e profilizuara për çështje statistikore, ato vendore dhe ndërkombëtare.
- **Metoda e ligjit të numrave të mëdhenj** – me këtë metodë është synuar që në këtë punim të përfshihen sa më shumë raste që kanë të bëjnë me krijimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore. Në këtë kontekst, në punim janë marr parasysh implikimet financiar, ndikim ekonomik, gjendja sociale, si dhe respektimi i të drejtave të njeriut lidhur me ofrimin e shërbimeve shëndetësore.
- **Metoda e modelit** – në punim përveç se janë bërë krahasime me rregullimet e ndryshme rajonale dhe ndërkombëtare, gjithashtu janë trajtuar edhe modelet e ndryshme mbi formën e sistemeve të sigurimeve shëndetësore. Kështu që modelet të cilat janë paraqitur në këtë punim,

të paktën kanë arsyetim shkencor mbi kualitetin dhe funksionin e këtyre sistemeve. Këtu janë përfshirë edhe modelet të cilat janë të inkuorpuar në programet e partive politike.

I GJENDJA SOCIO-EKONOMIKE NË KOSOVË

1.1. INDIKATORËT KRYESOR MAKRO-EKONOMIKË, GJENDJA SOCIALE DHE VARFËRIA – VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM

Që nga përfundimi i konfliktit të armatosur më 1999, me gjithë përpjekjet për përmirësim të standardit të jetesës në Kosovë, performanca mbetet pa ndonjë ndryshim të dukshëm. E ndodhur në Ballkanin Perëndimor, me sipërfaqe prej 10.908 km², me një popullsi prej 1, 733, 827 banorë¹, të dominuar nga persona të moshës së re (por joproportionalisht të varfër, aq sa 40% e të rinjve janë nën moshën 20 vjeçare dhe 60% e të varfërve janë më të rinj se 30 vjeç²), Kosova ende mbetet vendi më i varfër në Ballkan, dhe vendi më i pazhvilluar në Evropë.³ Në krahasim me vende të tjera të Evropës, popullata e Kosovës është më e re: afërsisht gjysma e popullsisë janë më të rinj se 24 vjet dhe vetëm 6% e popullatës është më e vjetër se 65 vjeç.

Situata e përgjithshme makro-ekonomike në Kosovë paraqet një gjendje sfiduese, duke pasqyruar të dhënat e fundit të dalë nga rezultatet e raporteve të ndryshme, bërë nga institucione vendore dhe ndërkombëtare. Kjo gjendje ndikon edhe situatën sociale në vend.

Të dhënat aktuale të dalë nga këto studime, nuk e paraqesin Kosovën si një vend që, të paktën, është duke ecur me hapa të sigurt drejt zhvillimit ekonomik. Këto studime ofrojnë një varg propozimesh serioze për të ndihmuar në përcaktimin e politikave qeveritare dhe prioritetëve për zhvillim.

Ndonëse rritja ekonomike e Kosovës në vitet e pasluftës, për shkak të ndihmave nga jashtë dhe një baze të ultë fillestare, ka qenë solide, sot ajo me një bruto prodhim vendor për kokë banori prej 1, 850 euro në vit, mbetet një nga shtetet më të varfra në Evropë.⁴ Varfëria është vazhdimisht e pranishme, pavarësisht që është shënuar një rritje prej 4%⁵. Kjo rritje nuk ka ndikim në uljen e

¹ Enti i Statistikave të Kosovës, *Rezultatet Preliminare të regjistrimit të Popullsisë, Ekonomive Familjare dhe Banesave në Kosovë*, Qershor 2011, <http://esk.rks-gov.net/rekos2011/>.

² World Bank & Statistical Office of Kosovo, *Consumption Poverty in the Republic of Kosovo in 2009*, Maj 2011.

³ Zana Vathi and Richard Black, Working paper *Migration and Poverty Reduction in Kosovo*, shkurt 2007, faqe 4.

⁴ Kosovo Democratic Institute & Transparency International Kosova, *Studimi i Integritetit të Sistemit Institucional, Kosova 2011*, Prishtinë, faqe 45.

⁵ Banka Botërore, *Vlerësimi i varfërisë së Kosovës 2007*, në <http://www.worldbank.org/INTKOSOVO/Country%20Home/21541688/Kosovo?PAVol2/pdf>.

papunësisë, e cila vazhdon të jetë e një niveli të lartë. Në vitin 2009, pak më shumë se një e treta e popullsisë apo 34%, jetonin nën vijën e varfërisë absolute me 1.55 euro për person në ditë, dhe 12% e popullsisë jetonin nën vijën e varfërisë së skajshme prej 1.02 euro në ditë.⁶

Sipas një raporti të Bankës Botërore dhe Entit të Statistikave të Kosovës, publikuar në 2011, shkalla e papunësisë në Kosovë është afër 50%, duke qenë kështu më e larta në Evropën Jug-Lindore dhe më e larta kudo në Evropë.⁷ Për më tepër, sipas këtij raporti, numri i të papunëve është gati po aq i madh sa të gjitha kategoritë e punësuar së bashku (punëdhënës, punonjës me pagë, bujqësi për jetesë, të tjerë të vetëpunësuar, të punësuar me ditë dhe punëtor familjar pa pagesë).⁸

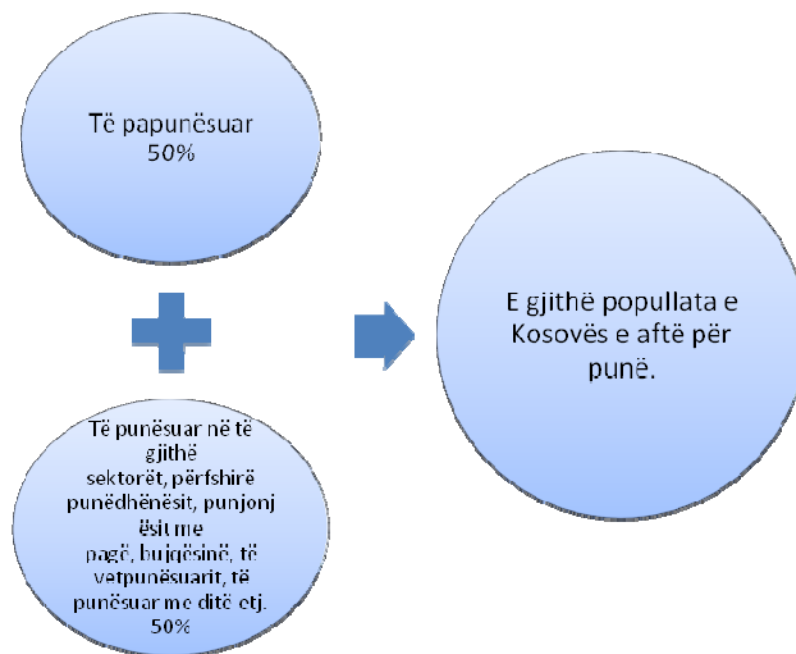


Figura 1. Burimi: Banka Botërore dhe Enti i Statistikës i Kosovës, 2011.

Me popullatën tejet të re dhe shkallë të lartë të rritjes së popullsisë,⁹ papunësia mbetet problemi më i madh me të cilin ballafaqohet Kosova.

Ekonomia e Kosovës kryesisht është e bazuar në shërbime hoteliere, bujqësi, tregti dhe ndërtim. Prodhimi është ende simbolik, me një industri ushqimore që është në fillesat e saj dhe me një

⁶ World Bank & Statistical Office of Kosovo, Consumption Poverty in the Republic of Kosovo in 2009, Maj 2011.

⁷ Po aty, faqe 14.

⁸ Po aty, faqe 14.

⁹ Sipas raporteve të Entit të Statistikave të Kosovës, në bazë të informative të grumbulluara për vitin 2010, në Kosovë janë regjistruar 339 966 lindje, ndërsa sipas të dhënave të regjistruara dhe raportimeve nga familjarët, në librat amëz të të vdekurve, për vitin 2010 janë regjistruar 7234 vdekje, në <http://esk.rks-gov.net>, (shikuar më 17 shtator 2011).

bujqësi dhe blegtori të cilat, po ashtu, janë në fazat e para të zhvillimit të tyre.¹⁰ Deficiti tregtar në vitin 2010 arriti në 1,861.7 milion Euro. Totali i eksporteve në këtë vit ishte 295.9 milion euro, ndërsa importi 2,157.7 milion euro. Eksporti mbulon importin vetëm 13.7%.¹¹

Duke pas parasysh gjithë këta parametra, Kosova vështirë se mund të paraqes një ambient të përshtatshëm për të drejtat e njeriut, sidomos atyre që u takojnë spektrit të të drejtave ekonomike dhe sociale. Mungesa e sigurimeve shëndetësore i godet më se 98% të popullsisë, ndërsa numri i atyre që e gëzojnë këtë të drejtë është vetëm 2%.¹²

1.2. PËRSHKRIM I GJENDJES SË SHËNDETËSISË NË KOSOVË

1.2.1. VËSHTRIM RETROSPEKTIV

Është tejet e rëndësishme që në kuadër të trajtimit të rëndësisë së sigurimeve shëndetësore, të merret parasysh sistemi shëndetësorë. Rëndësia e sistemit shëndetësorë në relacion me sistemin e sigurimeve shëndetësore konsiston në atë se vetë funksionimi i këtyre sigurimeve përqendrohet në ofrimin e shërbimeve, të cilat kryhen nga institucionet shëndetësore. Në këtë drejtim, në pika të shkurta do të paraqesim gjendjen e sistemit shëndetësorë, duke bërë një analizë retrospektive nëpër etapa të ndryshme.

Nisur nga fakti se Kosova ka kaluar disa faza të rëndësishme historike, pa dyshim se të gjitha segmentet shoqërore kanë pësuar ndryshime, duke përfshirë këtu edhe sistemin shëndetësorë. Pra, që nga viti 1945 e deri në vitin 1989 Kosova ka qenë e përfshirë në sistemin shëndetësorë të ndërtuar brenda Federatës Jugosllave, ku brenda kësaj periudhe në aspektin statusor, Kosova brenda rregullimit federativ ka pasur një dinamikë të statusit juridik në aspektin e pozitës së saj brenda RSFJ-së. Në këtë periudhë Kosova kishte të instaluar sistemin shëndetësorë sipas modelit të Shemaskos (komisari i parë për çështje shëndetësore në ish-Bashkimin Sovjetik), ku ky model aplikohet në vendet e bllokut të lindjes, duke përfshirë edhe shtetet e Evropës Juglindore që kishin rregullimin shtetëror të sistemit socialist. Ky sistem karakterizohej nga metoda e centralizuar e

¹⁰ Valon Murati dhe Qerkin Berisha, *Politikat Sociale në Kosovë – Skemat Sociale në kontekstin kosovar*, Qendra për të Drejtat e Njeriut e Universitetit të Prishtinës dhe FES, Prishtinë, 2011, faqe 7.

¹¹ Enti i Statistikës së Kosovës, *Statistikat e Tregtisë së Jashtme 2010*, Prishtinë, 2011, faqe 9.

¹² Deklaratë nga Behxhet Shala, Kryetar i Këshillit për Mbrojtjen e Lirive dhe të Drejtave të Njeriut, e bërë më 08 Korrik 2011 në tryezën e organizuar nga Qendra për të Drejtat e Njeriut dhe Fondacioni Friedrich Ebert Stiftung në Prishtinë, me temë: “Sigurimet shëndetësore – një e drejtë e munguar”.

menaxhimit të shërbimeve shëndetësore. Ky sistem përfshinte modelin sipas të cilit spitalet apo poliklinikat ishin të themeluara në qytetet më të mëdha, ku ofroheshin shërbime të specializuara.¹³

Por mund të themi se ish-RSFJ ka adoptuar një sistem të decentralizuar të modelit të Shemaskos që e ka rregulluar mbi bazën e menaxhmentit brenda institucioneve shëndetësore të cilat zbatonin politikat shëndetësore që përcaktoheshin në nivel të Federatës. Pas vitit 1974, kur edhe u bënë reformimet kushtetuese, Kosova, ndonëse vazhdoi të jetë edhe pjesë e Republikës së Serbisë, u bë me kushtetutën e saj me të cilën fitoi subjektivitetin e njësisë konstituive të RFSJ-së. Me këtë ndryshim, Kosova gjithashtu fitoi të drejtën e udhëheqjes së sistemit shëndetësorë si të gjitha njësitë e të tjera konstituive të Federatës Jugosllave. Por kjo epokë përfundoi kur në vitin 1989, u suprimua autonomia e Kosovës, me që rast Serbia e privoi Kosovën nga subjektiviteti i fituar me Kushtetutën e vitit 1974. Kjo shënoi një kthesë edhe në aspektin e rregullimit të sistemit shëndetësorë. Gjendja e re e krijuar pas suprimimit të autonomisë së Kosovës, dhe përcaktimit të popullit të Kosovës për të drejtën e vetëvendosjes dhe shkëputjes nga Republika e Serbisë, përgjithmonë ndryshoi rrjedhat e jetës shoqërore, politike dhe ekonomike të Kosovës.

Faza tjetër që shënon një status të veçantë të sistemit shëndetësor, lidhet me vitet 90' të shekullit të kaluar kur në Kosovë ishte krijuar një jetë institucionale paralele në raport me atë që ishte instaluar në mënyrë të dhunshme nga Serbia. Në këtë veprimtari paralele, institucionet e qeverisë së Kosovës, e cila ishte në ekzil, kishin instaluar një sistem shëndetësor të pavarur nga ai zyrtar i shtetit të Serbisë.. Ky sistem, edhe pse me probleme të shumta në aspektin organizativ dhe atë aplikativ, arriti që të ofrojë të paktën disa nga shërbimet themelore të kujdesit shëndetësorë. Pra ky sistem funksionoi si sistem primar i kujdesit shëndetësorë, i cili u themelua me ambulancat që ishin të emërtuara me “Nëna Terezë” si shoqata humanitare, të cilat krahas ndihmave humanitare ofronin edhe shërbime të kujdesit primar. Në këtë drejtim, këto ambulanca ishin instaluar pothuaj se në të gjithë territorin e Kosovës, duke numëruar gjithsej 96 të tilla.¹⁴

Sistemi shëndetësorë paralel funksionoi në periudhën kohore nga viti 1990 deri në vitin 1999, kur pas luftës e cila përfundoi me intervenimin e NATO-së, u krijua një situatë të re. Kjo situatë e re e nxitur nga nisja e luftës së armatosur çlirimtare në Kosovë, dhe e përfunduar me intervenimin ushtarak të NATO-s, krijoi një gjendje të re faktike dhe juridike për Kosovën. Tani Kosova

¹³ Case study of health sector reform in Kosovo - Percival and Sondorp Conflict and Health 2010, faqe 3.

¹⁴ Development of Family Medicine in Kosovo, Robert Hedley, adviser family medicine, Kosovo and Bajram Maxhuni, Kosovar family medicine programme manager, 2005.

administrohej në bazë të Rezolutës 1244 të Këshillit të Sigurimit nga administrata e instaluar nga Kombet e Bashkuara përmes misionit të quajtur UNMIK.

Me administrimin e Kosovës nga misioni i Kombeve të Bashkuara, filloi edhe instalimi i sistemit shëndetësor, ku institucionet shëndetësore të organizuara nën ombrellën e shoqatës humanitare “Nëna Terezë” u shuan, dhe i gjithë personeli mjekësorë në vitin 1999 u vendos nëpër institucione publike shëndetësore. Këto institucione filluan të financohen nga Buxheti i Konsoliduar i Kosovës, i cili ishte krijuar nga donacionet ndërkombëtare dhe të ardhurat vendore. Me instalimin e buxhetit të konsoliduar u themeluan edhe institucionet e përkohshme vetëqeverisëse, ku dikasteret e ndryshme u vendosën në formën e departamenteve. Në këtë drejtim edhe për nevojat e menaxhimit të sistemit shëndetësorë, është themeluar Departamenti i Shëndetësisë i cili ishte kompetent për menaxhimin e politikave shëndetësore dhe institucioneve publike shëndetësore. Andaj, periudhën nga vitit '99 e deri më sot mund ta karakterizojmë me disa etapa në të cilat ka evoluar sistemi shëndetësorë në Kosovë. Faza e parë, që shënon periudhën nga viti 1999 e deri më 2001, është faza emergjente në të cilën tendenca ishte që të krijohen burime financiare për funksionimin e institucioneve publike shëndetësore. Në këtë fazë financimi i sistemit shëndetësorë është bërë nga buxheti i konsoliduar i Kosovës dhe donacionet e ndryshme që janë siguruar nga organizatat e ndryshme ndërkombëtare.¹⁵

Sipas studimit të John Knopic nga Chicago-Kent Universiteti mbi korrupsionin dhe zbatimin e ligjit në Kosovë, prej përfundimit të luftës e deri në 5 vitet që e pasuan atë, bashkësia ndërkombëtare ka investuar në sistemin shëndetësorë të Kosovës një shumë deri në 60 milion \$.¹⁶

Faza e dytë i përket periudhës nga viti 2002 e deri më vitin 2004, që konsiderohet si fazë në zhvillim dhe e financimit të sistemit shëndetësorë nga Buxheti i Kosovës dhe bashkëpagesës (të hyrave vetanake të institucioneve shëndetësore). Kjo periudhë karakterizohet edhe me miratimin e kornizës së parë ligjore që nga përfundimi i luftës, e që nënkupton miratimin e Ligjit për Shëndetësinë 2004/4. Pas miratimit të Ligjit për Shëndetësi 2004/4, sistemi shëndetësor u sistemua në tri nivelet e ofrimit të shërbimeve dhe kujdesit shëndetësor. Me këtë ligj, u vunë edhe objektivat që juridikisht paraqitnin fakte juridike për instalimin e sistemit informativ shëndetësorë, dhe atë më të rëndësishmin, sistemin e sigurimeve shëndetësore. Faza e tretë përfshinë periudhën nga miratimi i Ligjit për shëndetësi nga viti 2004 e deri në nismën e draftimit të rishqyrtimit të Ligjit për Shëndetësinë, i cili synon që ta reformojë sistemin shëndetësor në

¹⁵ Hulumtimi i KDI-së – Kosova pa sigurime shëndetësore, deri kur ?!.. – Janar – 2011.

¹⁶ John Knopic, *Report on corruption in Kosovo*, University of Chicago (Prepared for a Seminar on the Law of Nationbuilding) May 2004.

aspektin organizativ dhe financiar. Kjo fazë ka përcjellë sistemin shëndetësor me mangësi e ndryshme, duke përfshirë jo-efikasitetin financiar të sistemit shëndetësor, dështimin e krijimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore, si dhe krijimin e sistemit informativ në sektorin e shëndetësisë.¹⁷

Faza e katërt, që mund ta konsiderojmë periudhën nga nisma për ndryshimin e Ligjit për Shëndetësi, përfshinë tendencat që janë në zhvillim e që kanë për objektiv reformimin e sistemit shëndetësorë, si në aspektin financiar, organizativ dhe sistemor (informativ).

1.2.2. SISTEMI SHËNDETËSOR SIPAS LIGJIT 2004/4

Miratimi i Ligjit për Shëndetësinë, ligji nr. 2004/4, paraqet nismën e parë institucionale në nivel legjislativ, për të rregulluar sistemin shëndetësor dhe, njëkohësisht, edhe tendencën e parë për krijimin e sigurimeve shëndetësore. Me miratimin e këtij ligji, sistemi shëndetësor u organizua ashtu që u sistemua në tri nivele, atë primar, sekondar dhe terciar. Në këtë drejtim sipas dispozitave të Ligjit për Shëndetësinë, sistemi shëndetësor është i organizuar si në vijim:

- 1) Institucionet e nivelit parësor të kujdesit shëndetësor janë:
 - a. Qendra kryesore e mjekësisë familjare;
 - b. Qendra e mjekësisë familjare;
 - c. Ambulanca shëndetësore;
 - d. Qendra e mjekësisë urgjente, në Komunat me më tepër se 150.000 banorë;
 - e. Barnatorja;
 - f. Qendra e Rehabilitimit.
- 2) Institucionet e nivelit dytësor të kujdesit shëndetësor janë:
 - a. Spitali;
 - b. Qendra diagnostiko – terapeutike;
 - c. Qendra e shëndetit oral dhe kujdesit dental;
 - d. Qendra e shëndetit mendor;
 - e. Shtëpia për integrim në bashkësi;
 - f. Qendra speciale rehabilituese.

¹⁷ Intervistë me Kryetarin e Federatës së Sindikatave të Shëndetësisë së Kosovës – dr. Blerim Sylja, Prishtinë 20.09.2011

- 3) Kujdesi tretësor shëndetësor përfshin shërbimet specialistike që ofrohen në institucionet shëndetësore të autorizuar nga Ministria e Shëndetësisë ku zhvillohet procesi mësimor universitar, puna kërkimoro-shkencore dhe edukimi specialistik pasdiplomik.¹⁸

Shihet se me Ligjin mbi Shëndetësinë nr. 2004/4, është përcaktuar qartë rregullimi i sistemit shëndetësor në vijë horizontale (në aspektin e mbulueshmërisë territoriale mbi ofrimin e shërbimeve shëndetësore) dhe vijë vertikale (që përfshinë aspektin kualitativ dhe profesional, në drejtim të ofrimit të shërbimit shëndetësor në kujdes spitalor dhe kërkimet shkencore-hulumtuese). Çka vlen të theksohet, është se me miratimin e Pakos së Ahtisarit, me të cilin u rikonfigurua rregullimi i brendshëm administrativ i Kosovës, menaxhimi i shërbimit shëndetësor parësor apo primar është nën kompetencat e pushtetit lokal.¹⁹ Kjo nënkupton se në cilësinë e menaxhuesit të shërbimit primar paraqiten drejtoritë komunale të Komunave të Kosovës sipas kompetencave vetanake të përcaktuara me Ligjin për Vetëqeverisje Lokale, Ligji nr. 03/L-040.²⁰

Po ashtu, sipas Pakos së Ahtisarit, në aneksin III të këtij dokumenti, sipas dispozitivit të përcaktuar në nenin 4 paragrafin 2, është përcaktuar se në kuadër të kompetencave të zgjeruara të komunave, Komuna veriore e Mitrovicës, komuna e Graçanicës dhe ajo e Shtërpçës, do të kenë të drejtën për ofrimin e kujdesit shëndetësor sekondarë, përfshirë regjistrimin dhe licencimin e institucioneve të kujdesit shëndetësor, punësimin, pagimin e rrogave dhe trajnimin e personelit dhe administratorëve të kujdesit shëndetësor.²¹

Me këtë vërejmë se, proceset politike në të cilat ka kaluar dhe po kalon Kosova kanë ndikuar edhe në rregullimin e sistemit shëndetësorë në Republikën e Kosovës.

Me një ligj sistemor, siç është Ligji mbi Shëndetësinë, është paraparë e drejta në sigurim shëndetësor. Kështu, neni 57 i këtij përcakton burimet financiare për ofrimin e kujdesit shëndetësor, ku është përcaktuar se një nga burimet e financimit të këtij fondi do të jenë të ardhurat nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Për më tepër, sipas nenit 43 të të njëjtit ligj, institucionet janë të obliguara që të përpilojnë planin e rrjetit të institucioneve shëndetësore, i cili do të bazohet në respektimin e të drejtave, duke përfshirë edhe të drejtën në sigurim shëndetësor.²²

¹⁸ Ligji mbi Shëndetësinë 2004/4 (neni 31 dhe 74).

¹⁹ Pako e Ahtisarit – Aneksi III, neni 3.

²⁰ Ligji mbi Vetëqeverisjen Lokale, Ligji nr. 03/L-040 (neni 17, paragrafi 1, pika m).

²¹ Pako e Ahtisarit – Aneksi III neni 4, paragrafi 2.

²² Ligji mbi Shëndetësinë 2004/4, neni 43.

Në gjithë këtë spektër, sipas të cilit është i rregulluar sistemi i shëndetësisë, sipas dokumenteve strategjike të përpiluara nga Ministria e Shëndetësisë shihet një neglizhencë në zbatimin e politikave afatgjate strategjike në drejtim të krijimit të një sistemi të sigurimeve shëndetësore. Mungesa e interesimit për krijimin e një fondi të mirëfilltë dhe krijimin e një infrastrukture juridike për menaxhimin e këtyre fondeve, shfaqet sidomos në dokumentin të emëruar “Strategjia e Sektorit të Shëndetësisë 2010-2014”, i cili dokument është përpiluar në vitin 2010, në të cilën parashihen pesë objektiva strategjike, e që janë²³:

1. Zvogëlimi i përgjithshëm i sëmundjeve dhe vdekshmërisë,
2. Menaxhimi i burimeve, hapësirave dhe cilësisë së shërbimeve,
3. Funksionalizimi i sistemit shëndetësor me infrastrukturë moderne,
4. Zbatimi i sistemit informativ shëndetësor,
5. Krijimi i mekanizmit të qëndrueshëm financiar.

Siç shihet nga ky dokument, përkatësisht këtyre pesë pikave të objektivit të këtij dokumenti, në asnjë pikë nuk është precizuar në mënyrë eksplicite tendenca dhe përkushtimi për krijimin e një sistemi të sigurimeve shëndetësore, i cili sipas legjislacionit në fuqi është obligativ.

²³ Strategjia e Sektorit të Shëndetësisë 2010-2014 e Ministrisë së Punës dhe Mirëqenies Sociale të Republikës së Kosovës.

II. SIGURIMI SHËNDETËSOR – KUPTIMI DHE INFRASTRUKTURA LIGJORE

2.1. ÇKA NËNKUPTON E DREJTA NË SIGURIM SHËNDETËSOR?

E drejta në sigurim shëndetësor paraqet një nga të drejtat themelore të njeriut dhe, rrjedhimisht, edhe parakusht që njeriu të mund t'i gëzojë shumë të drejta të tjera. Megjithatë, që nga hartimi i Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut (më tej DUDNJ), përfshirë edhe dokumentet e tjera ndërkombëtare që e kanë pasuar, nga shumë shtete është bërë përpjekje që kjo e drejtë të mos

Neni 22 i Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut:

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.

futet në korpusin e këtyre dokumenteve dhe, për më tepër, t'u lihet vet shteteve që ta rregullojnë me norma të brendshme. Sidoqoftë, pas shumë e shumë përpjekjesh arrihet që në dokumentin final të DUDNJ të inkorporohet edhe neni 22 që proklamon të drejtën në sigurim social.

Sigurimet shëndetësore janë kategori e sigurimeve shoqërore apo sociale, që përfshijnë mbulesën e shpenzimeve lidhur me kujdesin shëndetësorë me rastin e sëmundjes. Ky lloj i sigurimit konsiston në mbulesën e shpenzimeve të cilat krijohen me rastin e ofrimit të kujdesit shëndetësor për shkak të sëmundjes.

Figura 2. Neni 22 i Deklaratës Universale për të Drejtave të Njeriut.

Karakteristikë e sigurimeve shëndetësore është ekzistimi i raportit kontraktual në mes të siguruarit dhe siguruesit. Në aspektin filozofik i gjithë sistemi i sigurimeve shëndetësore, do të mund të paraqitej në një hierarki piramidale, që sipas funksionit renditen faktorët të cilët e jetësojnë këtë sistem. (shih fig. 3)

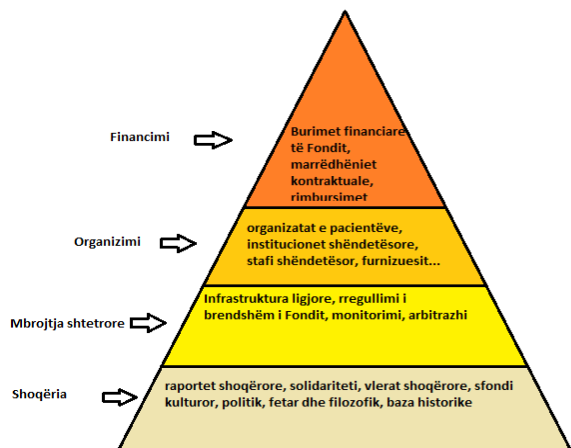


Figura 3. Paraqitje grafike në skemë piramidale e faktorëve jetësues të sigurimit shëndetësor.

Kështu që siguroesi do të ofrojë mbulesën e shpenzimeve në rast të sëmundjes të të siguruarit, ku këtë mbulesë mund ta bëjë sipas një strukture apo skeme financiare, sipas të cilës mbulesat do të bëhen për secilin shërbim mjekësorë të cilin do ta shfrytëzon i siguruari, në vlerë ekuivalente me shërbimin i cili do t'i ofrohet. Në përgjithësi janë të njohur dy modele të sistemeve të sigurimeve shëndetësore, njëri ka të bëjë me kontributin të cilin e paguan i siguruari – Sistemi i Bizmarkut, dhe pagesa përmes taksës së veçantë me të cilën ngarkohet i siguruari – sistemi i Beveridge-ut. Përgjithësisht, këtu duhet të potencohet se në raportin e lartcekur, kemi dy subjekte në këtë raport që ka kryesisht karakter kontraktual: a) Siguruesin (që mund të paraqitet si fond i veçantë i konsoliduar në nivel vendi apo rajoni që administrohet nga shteti, dhe kompani e profilizuar për ofrimin e sigurimeve qofshin shëndetësore apo llojeve të tjera të sigurimeve) dhe b) të siguruarin (personin fizik, i cili varësisht nga skema e sistemit të sigurimit shëndetësorë gëzon të drejtën në masën e siguruar përmes pagesës së premisë). Rregullimi i sistemit shëndetësorë bëhet me ligj të veçantë si dhe me akte nënligjore, që mund ta rregullojnë sigurimin i cili bëhet nga fondi apo kompanitë private. Sigurimet shëndetësore mund të mbulojnë kujdesin shëndetësorë parciaisht (varësisht prej lartësisë së premisë për të cilën është krijuar raporti kontraktual) apo edhe mbulim gjithëpërfshirës (që përfshinë të gjitha shpenzimet në rastin e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore).

2.2. CILAT NORMA LIGJORE VENDORE DHE NDËRKOMBËTARE E RREGULLOJNË TË DREJTËN E TILLË?

Si e drejtë elementare e njeriut, e drejta në sigurim shëndetësor është e rregulluar me norma ligjore, si vendore, ashtu edhe të karakterit ndërkombëtar.

Në nivel ndërkombëtar, për sigurimin e të drejtave ekonomike dhe sociale, përveç DUDNJ, rol të veçantë ka luajtur edhe Organizata Ndërkombëtare Punës,²⁴ që nga themelimi i saj më 1919. Ndërsa në nivel regjional, të rëndësishme kanë qenë tri instrumente që në mënyrë eksplicite merren me të drejtat ekonomike, sociale e kulturore, përfshirë të drejtën në sigurim social: Deklarata Amerikane mbi të Drejtat e Njeriut, Karta Sociale e Evropës dhe Karta Afrikane mbi të Drejtat e Njeriut dhe Popullit.²⁵

Ndërsa, në kuadër të burimeve pozitive të së drejtës me të cilat rregullohet e drejta e njeriut në sigurim shëndetësor në Kosovë dhe në përgjithësi, hyjnë:

- Kushtetuta e Kosovës (15 Qershor 2008);
- Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut (1948);
- Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore (1966);
- Konventa për Eliminimin e të gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas (1979);
- Konventa për të Drejtat e Fëmijës (neni 1989) dhe
- Karta Sociale e Evropës (1961 & 1966).

KUSHTETUTA E KOSOVËS – Më 15 Qershor 2008, Kosova ka miratuar kushtetutën e saj, si dokumentin më të lartë juridik dhe rregullues parimor i të gjitha fushave të jetës së njeriut. Në kapitullin e dytë, përkatësisht në nenin 21 par. 1, Kushtetuta rregullon fushën e të drejtave të njeriut, duke i përcaktuar ato si “të pandashme, të patjetërsueshme e të pacenueshme dhe [që paraqesin] bazë të rendit juridik të Republikës së Kosovës”. Në paragrafin e radhës të të njëjtit nen, Kushtetuta parasheh obligimin e shtetit për t’i mbrojtur dhe garantuar të drejtat dhe liritë themelore të parashikuar në Kushtetutë.

²⁴ <http://www.ilo.org>.

²⁵ Gutmundur Alfredson and Asbjørn Eide, *Deklarata Universale mbi të Drejtat e Njeriut – Standardi i Arritjes së Përbashkët*, 1999, Holandë, faqe 487.

E njohur nga Kushtetuta, megjithëse vetëm duke e paraparë se do të rregullohet me ligj të veçantë, e drejta në kujdes shëndetësor dhe mbrojtje sociale, hyn në korpusin e të drejtave të njeriut, dhe atë në dy mënyra: duke e paraparë shprehimisht²⁶ dhe duke njohur të gjitha të drejtat dhe liritë e njeriut të cilat janë paraparë në disa marrëveshje dhe instrumente ndërkombëtare të të drejtave të njeriut, të cilat instrumente dhe marrëveshje Kushtetuta në nenin 22 të saj i njeh si të zbatueshme në mënyrë të drejtpërdrejt²⁷. Për të tepër, këto instrumente dhe marrëveshje ndërkombëtare gëzojnë prioritet në rast konflikti me ligjet dhe aktet e tjera të brendshme²⁸.

DEKLARATA UNIVERSALE E TË DREJTAVE TË NJERIUT – e miratuar nga Asambleja e Përgjithshme Organizatës së Kombeve të Bashkuara më 10 Dhjetor 1948, sipas nenit 22 të Kushtetutës së Kosovës, ky dokument, më i rëndësishmi në rang botëror sa i përket të drejtave të njeriut, radhitet i pari në listën prej tetë gjithsej, si i zbatueshëm drejtpërdrejt sa i përket efekteve juridike të njohjes dhe garantimit të të drejtave të njeriut të parapara në të. E miratuar si rrjedhojë e drejtpërdrejt e pasojave të Luftës së Dytë Botërore dhe me vetëm 30 nene, DUDNJ paraqet dokumentin më të rëndësishëm ndërkombëtar sa i përket të drejtave edhe lirive të njeriut, ndërsa në Librin e Rekorderve të Guinness-it, Deklarata është “dokumenti më i përkthyer në botë”.²⁹

Duke qenë burimi kryesor i të drejtave ekonomike, sociale e kulturore, Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut njeh një mori të drejtash të tilla, përfshirë të drejtën në sigurim social (neni 22), të drejtën në punë (neni 23), të drejtën në pushim dhe kohë të lirë (neni 24), të drejtën në standard adekuat të jetesës (neni 25), të drejtën në edukim (neni 26) dhe të drejtën në pjesëmarrje në jetën kulturore (neni 27). Për shkak të rëndësisë së saj, 10 dhjetori kremtohet si Dita Ndërkombëtare e të Drejtave të Njeriut.

Edhe pse neni 22 ishte përgatitur si një nen mbulues, duke parashikuar të drejtat ekonomike, sociale e kulturore “të domosdoshme për dinjitetin dhe zhvillim të lirë të personalitetit”, ai gjithashtu i referohet të “drejtës për siguri sociale”, kështu duke e autorizuar çdonjërin në qasje të dispozitave të mirëqenies sociale.³⁰

PAKTI NDËRKOMBËTAR PËR TË DREJTAT EKONOMIKE, SOCIALE E KULTURORE – paraqet traktat multilateral, e adaptuar nga asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara më 16 Dhjetor 1966, ndërsa ka hyrë në fuqi me 3 Janar 1976. Pakti ka për qëllim të njoh, proklamojë

²⁶ Në nenin 51, Kushtetuta parasheh se “[k]ujdesi shëndetësor dhe siguri social rregullohen me ligj”.

²⁷ Neni 22 i Kushtetutës liston këto instrumente dhe marrëveshje ndërkombëtare me efekt të drejtpërdrejt në Republikën e Kosovës.

²⁸ Shih nenin 19, paragrafi 2, i Kushtetutës së Republikës së Kosovës.

²⁹ Zyra e Komisionarit të Lartë për të Drejtat e Njeriut e Kombeve të Bashkuara, <http://www.unhchr.ch/udhr/miscinfo/record.htm> (shikuar më 26 Shtator 2011).

³⁰ Gutmundur Alfredson and Asbjørn Eide, në cilin libër jepini detajet e burimeve, faqe 458.

dhe të rregullojë të drejtat ekonomike, sociale kulturore të njeriut, duke përfshirë edhe të drejtën në shëndet dhe të drejtën në kujdes shëndetësor.

Pakti ka preambulën dhe tridhjetë e një nene, të ndarë në 5 kapituj. Në nenin 9 të saj, Pakti rregullon të drejtën e çdo njeriu në sigurim social, duke përfshirë edhe sigurimin shëndetësor.³¹ Pakti i obligon shtetet anëtare që të ndërmarrin hapa me qëllim të instalimit të një skeme të sigurimeve shëndetësore, e cila do t'i mbronte njerëzit nga rreziqet, sëmundjet, lëndimet në punë, papunësia ose mosha e shtyrë etj.

Zbatimi dhe respektimi i Paktit kontrollohet nga Komiteti mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore i cili, përbëhet nga një grup ekspertësh i të drejtave të njeriut. Ky Komitet në përbërje të veten ka 18 ekspertë të pavarur, të zgjedhur për një mandat prej 4 vitesh. Komiteti nuk ishte themeluar bazuar në Pakt ku përcaktohet obligimi për monitorimin dhe implementimin e saj, por u themelua nga Këshilli Ekonomik e Social, pas dështimit të dy trupave të mëparshëm monitorues.³²

Shtetet anëtare kanë për obligim që të dërgojnë raporte të rregullta pranë këtij komiteti për të përshkruar dhe informuar komitetin për masat legislative, gjyqësore, politike dhe masat e tjera të ndërmarra me qëllim të zbatimit të të drejtave të njohura me këtë Pakt. Komiteti ekzaminon këto raporte dhe i dërgon shtetit përkatës anëtar të paktit vërejtjet dhe rekomandimet në formë të “vërejtjeve përfundimtare” (concluding observations).³³ Deri më tani, Pakti ka 160 shtete të cilat e kanë ratifikuar këtë instrument të rëndësishëm ndërkombëtar në fushën e të drejtave të njeriut.³⁴

Përkundër rëndësisë së saj në proklamimin, njohjen dhe garantimin e të drejtave të njeriut, në listën e nenit 22 të Kushtetutës së Kosovës, Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore nuk figuron si instrument ndërkombëtar i zbatueshëm në Kosovë.

Megjithatë, Kushtetuta e Kosovës në nenet 17 dhe 19 të saj, inkurajon shtetin e Kosovës për të lidhur marrëveshje dhe për të ratifikuar instrumente ndërkombëtare, duke mos u mjaftuar vetëm me një “listim” të bërë në nenin 22 lidhur me dokumentet ndërkombëtare të zbatueshme drejtpërdrejt. Marrëveshjet e tilla, sipas nenit 19, do të duhej të kishin efekt direkt dhe të bëhen pjesë e sistemit juridik të Kosovës.³⁵

³¹ Shih nenin 9 të Konventës Ndërkombëtare për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore.

³² <http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/fs16.htm> (shikuar më 26 Shtator 2011).

³³ <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/sessions.htm> (shikuar më 26 Shtator 2011).

³⁴ http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en (shikuar më 26 Shtator 2011).

³⁵ Intervistë përmes postës elektronike me Prof. Dr. Gjylieta Mushkolaj, kryesuese e Komisionit për të Drejtat e Njeriut dhe Qytetarit në hartimin e Kushtetutës së Kosovës. Intervista u realizua më 29 Shtator 2011.

KONVENTA PËR ELIMINIMIN E TË GJITHA FORMAVE TË DISKRIMINIMIT NDAJ GRUAS

– është konventë ndërkombëtare e adoptuar më 1979 nga Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara, e ngritur mbi parimin e barazisë së burrit dhe gruas, parim ky fundamental i Kombeve të Bashkuara. E cilësuar si “Karta Ndërkombëtare e të Drejtave të Gruas”, Konventa hyri në fuqi më 03 Shtator 1981. Në strukturën e saj përmban preambulën dhe gjithsej 30 nene, të cilat shpjegojnë në çka konsiston diskriminimi ndaj gruas. Aktualisht ka 178 anëtarë të cilët e kanë ratifikuar Konventën.³⁶

Kjo konventë, në nenin 12 të saj njeh të drejtën në sigurim shëndetësor, duke obliguar shtetet anëtare të saj në ndërmarrjen e hapave me qëllim të eliminimit të të gjitha formave të diskriminimit në fushën e sigurimit shëndetësor.

Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas, sipas nenit 22 të Kushtetutës gëzon zbatim të drejtpërdrejt dhe, për më tepër, gëzon edhe superioritet ndaj ligjeve dhe akteve të tjera nënligjore të brendshme në rast të konfliktit në mes tyre.

KONVENTA PËR TË DREJTAT E FËMIJËS – paraqet traktat mbi të drejtat e njeriut, që përcakton të drejtat civile, politike, ekonomike, sociale, të shëndetit dhe të drejtat kulturore që u takojnë fëmijëve. E adaptuar nga Asambleja e Përgjithshme më 20 Nëntor 1989, kjo konventë përmban preambulën dhe 54 nene, nga të cilat përcaktohen të drejtat e lartcekura. Sipas konventës, fëmijë është personi nën moshën 18 vjeçare, përveç nëse me ligje të brendshme është përcaktuar moshë më e ulët. Zbatimi i konventës monitorohet nga Komiteti për të Drejtat e Fëmijës, që përbëhet nga përfaqësues të shteteve nga e gjithë bota. Ndërsa kjo konventë është e vetmja në rang botëror që në mënyrë shprehimore iu jep rol në monitorim të procesit të implementimit edhe organizatave joqeveritare (OJQ), sipas nenit 45a. Që prej se është miratuar nga AP e OKB-së më 1989, pas 60 vitesh avokim, konventa është ratifikuar mjaft shpejt dhe nga shumë qeveri, dhe atë më shumë se çdo instrument tjetër ndërkombëtar i të drejtave të njeriut.³⁷ Konventa ka 193 shtete që e kanë ratifikuar këtë marrëveshje ndërkombëtare.

Konventa në nenin 25, iu njeh fëmijëve të drejtën në sigurim shëndetësor, ndërsa shtetet anëtare të saj i obligon në marrjen e masave për krijimin e mundësive për realizimin e të drejtave të njohura dhe proklamuar me konventë.

Edhe kjo konventë, gëzon zbatim të drejtpërdrejt sipas nenin 22 të Kushtetutës së Kosovës.

³⁶ http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en (shikuar më 26 Shtator 2011).

³⁷ <http://www.crin.org/resources/treaties/CRC.asp?catName=International+Treatie> (shikuar më 26 Shtator 2011).

KARTA SOCIALE E EVROPËS – e miratuar më 1961 dhe e rishikuar më 1966, është traktat i Këshillit të Evropës. Kjo kartë njeh dhe proklamon një gamë të gjerë të të drejtave ekonomike, sociale e kulturore të njeriut. Mbi të gjitha, Karta ka për qëllim të rregullojë të drejtat bazike, e që janë: e drejta në banim, e drejta në shëndet, edukim, punësim, mbrojtje ligjore dhe sociale, lëvizjen e lirë të personave dhe ndalimin e diskriminimit.

Në përgjithësi, nxjerrja e kësaj karte kishte për qëllim mbrojtjen e të drejtave në punë, përmirësimin e kushteve të punës, të drejtat në organizim sindikal, të drejtat në sigurim social, përfitimet nga shërbimet e kujdesit social etj.

Karta Sociale e Evropës është “pjesë” integrale në aspektin përmbajtësor i Konventës Ndërkombëtare 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. Implementimi i saj është i monitoruar nga Komiteti Evropian për të Drejtat Sociale.³⁸

Sikur edhe Konventa Ndërkombëtare për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore, edhe Karta Sociale e Evropës e ndan të njëjtin fat: nuk është përfshirë në nenin 22 të Kushtetutës si instrument i zbatueshëm drejtpërdrejt në Kosovë. Për më tepër, këto dy dokumente, fundamentale sa i përket të drejtave ekonomike e sociale, nuk gëzojnë zbatim as indirekt, duke e lënë kështu fushën e të drejtave sociale e ekonomike të pakompletuar sa i përket burimeve.

2.3. SISTEME E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE SIPAS MËNYRËS SË PAGESËS

SISTEMI I BISMARKUT – i emëruar sipas kancelarit prusian Otto von Bismarck paraqet sistemin e sigurimeve shëndetësore që në parim janë joprofitabile dhe kanë karakter solidar. Ky sistem është tipik për llojin e sigurimeve shoqërore, ku siguruesi sipas kontributit të cilin e paguan në emër të sigurimeve shëndetësore, gëzon të drejtën në mbulimin e shpenzimeve nga kujdesi shëndetësor, për të cilin do të kujdeset fondi apo agjencioni i specializuar për çështje të sigurimit shëndetësor. Sipas principit të këtij sistemi, fondi i grumbulluar në këtë destinacion menaxhohet nga përfaqësuesit e të siguruarve dhe siguruesve si dhe grupeve të tjera të interesit. Modeli i Bismarkut është tipik për shtetet evropiane siç janë: Gjermania, Franca, Luksemburgu, Çekia, Sllovenia etj.³⁹

Në dratin i cili është ri-inicuar në muajin Prill-Maj 2011, mënyra e pagesës së premieumeve nga ana e të punësuarve ishte paraparë sipas sistemit të Bismarkut. Sipas këtij drafti, punëdhënësi dhe

³⁸ <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Summaries/Html/035.htm>

³⁹ UNT in partnership with TEA – EU 2007.

punëmarrësi ishin të detyruar që të paguajnë premiumin në lartësi prej 7% të të ardhurave bruto të punësuarit, ku bashkëpagesa nga ata ishte e ndarë nga 50%, pra 3.5% punëdhënësi dhe 3.5% i punësuarit. Sistemi i Bismarkut cilësohet si sistem i sigurimeve shëndetësore, i cili kryesisht bazohet në parimin e solidaritetit dhe është ndër sistemet më të praktikuara në botë.⁴⁰

SISTEMI I BEVERIDGE (BEVERIXHIT) - emërohet sipas William Beveridge që paraqet ikonën e reformatorit të sistemit shëndetësor të Mbretërisë së Bashkuar. Sistemi i Beveridge është karakteristikë që funksionon sipas modelit të financimit të kujdesit shëndetësorë përmes taksave të veçanta. Këto taksa funksionojnë sikurse taksat që përdoren për funksionimin e sistemit policor, atë ushtarak dhe shërbimeve tjera shoqërore në nivel vendi. Pasi që ky sistem është tipik për sistemin anglez, sipas tij, spitalet, por jo të gjitha, menaxhohen nga qeveria përmes trupave të veçantë, kështu që të punësuarit në institucione shëndetësore konsiderohen si të punësuarit në qeveri, pra si shërbyes publik. Sektori privat, në çdo rast kur ofron shërbimin shëndetësor, ka të drejtë që për shërbimin e kryer të rimbursojë mjetet nga fondi qeveritar. Ky sistem karakterizohet për pagesën e çdo intervenimi mjekësor nga ana e qeverisë, gjë që e bënë që kujdesi shëndetësorë të kontrollohet nga qeveria në mënyrë strikte. Në këtë sistem, shquhet kontrolli i rreptë i qeverisë, që ka për qëllim që të identifikojë transaksionet për shërbimet e shfrytëzuara nga të siguruarit. Ky kontroll shtrihet edhe në sektorin privat, ku analizohet mirë ngarkesa për pagesën e caktuar të shërbimit shëndetësorë.⁴¹

Në krahasim me sistemin e Bismarkut, ky sistem është më i centralizuar, nga se në sistemin e Bismarkut mjetet e grumbulluara për sigurim shëndetësorë, pra masa siguroese, është e menaxhuar nga një trup i pavarur dhe i specializuar, përderisa në sistemin e Beveridge-ut mjetet kontrollohen dhe menaxhohen drejtpërdrejtë nga qeveria.

SISTEMI KOMBËTAR I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE - Sistemi kombëtar i sigurimeve shëndetësore paraqet miksturën e sistemit të Bismarkut dhe sistemit të Beveridge-it mbi organizimin dhe funksionimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore. Ky sistem konsiston në eliminimin e mangësive që janë të përkufizuara me sistemin e Beveridge-it mbi mbikëqyrjen dhe menaxhimin e tërë sistemit nga organet qeveritare, si dhe mangësisë së menaxhimit të fondit të centralizuar që është i përkufizuar me sistemin e Bismarkut. Sipas këtij sistemi, i siguruari paguan kontributin në formë të policës së veçantë të sigurimit shëndetësorë, ndërsa qeveria paguan në

⁴⁰ Po aty.

⁴¹ Po aty.

çdo rast kur i siguruari shfrytëzon shërbimin përkatës. Ky model është i aplikueshëm në Kanada, Korenë e Jugut dhe Tajvan.⁴²

Ky sistem karakterizohet për miksturën e të dy sistemeve, atë të Bismarkut dhe të Beveridge-ut, nga se në aspektin e pagesës së premie ka elemente të sistemit të Beveridge-ut si dhe në aspektin e menaxhimit të fondeve ka karakteristika të sistemit të Bismarkut nga se mjetet e grumbulluara menaxhohen nga autoriteti i veçantë dhe i pavarur.

2.4. MODELET MBI OFRIMIN E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Në praktikën e sistemeve shëndetësore janë të njohura tri sisteme, sipas të cilave kontribuuesi do të shfrytëzojë shërbimet shëndetësore në rast të sëmundjes. Në këtë drejtim, pos se me këto modele përkufizohet mënyra e pagesës së premive nga ana e të siguruarve, me këto modele përcaktohet edhe përfshirja horizontale (sigurimi personal apo i më shumë personave në varësi).⁴³

Sipas obligueshmërisë është i njohur *sigurimi shëndetësorë i obligueshëm* apo *bazik*, sipas të cilit sigurimi shëndetësorë është i garantuar për të gjithë shtetasit e vendit të caktuar. Ky sistem rregullohet me ligj të veçantë, ndërsa konkretizimi i tij bëhet me akte nënligjore. Me këtë ligj mund të sigurohet ofrimi i sigurimeve shëndetësore për të gjitha kategoritë shoqërore, ku sipas modaliteteve përfshihen edhe shtresat me gjendje të rëndë ekonomike. Ky model është tipik për sistemin e sigurimeve shëndetësore të cilat menaxhohen dhe sigurohen nga një fond që është nën pronësi shoqërore, dhe me veprimtari jo-profitabile.

Si kategori tjetër kemi *sigurimin vullnetar*, i cili konsiston në ofrimin e sigurimit shëndetësorë mbi shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore sipas pagesës vullnetare të të siguruarit. Në këtë mënyrë, varësisht prej masës së premisë të cilën e paguan i siguruari, bëhet mbulimi i shërbimeve shëndetësore nga i siguruari. Ky model është tipik për subjektet apo kompanitë të cilat merren në mënyrë të profilizuar për ofrimin e sigurimeve shëndetësore.⁴⁴

Në praktikë, shohim se sigurimet shëndetësore të obligueshme plotësohen nga sigurimet vullnetare, duke shtuar gamën e llojeve të kujdesit shëndetësorë të cilat do t'i shfrytëzojë i siguruari. Zakonisht këto sigurime rregullohen me ligj të veçantë, me të cilin detalizohet mënyra e funksionimit të këtij tipi të sigurimeve shëndetësore. Këto sigurime mund të përqendrohen në individin e vetëm, duke mos i përfshirë domosdoshmërisht personat të cilët janë në varësi të tij,

⁴² Po aty.

⁴³ Recnik socijalnog rada, Ivan Vidanovic , 2006.

⁴⁴ Po aty.

duke e përqendruar ofrimin e kujdesit shëndetësorë varësisht nga premiumi i paguar nga ana e të siguruarit.

Kategoria e tretë e modelit të sigurimeve shëndetësore janë *sigurimet suplementare*. Ky sigurim shëndetësor bazohet në sistemin në të cilin të siguruarit i cili është në marrëdhënie të punës, sipas shumës të cilën e paguan në emër të premisë, do t'i kompensohet shërbimi shëndetësorë të cilin e shfrytëzon. Ky lloj i sigurimeve shëndetësore konsiston në ofrimin e të gjitha shërbimeve të cilat nuk ofrohen me sigurimin e detyrueshëm shëndetësorë. Ky sistem është tipik për ofertat që ofrohen nga subjektet të sektorit privat, dhe mbulojnë zakonisht shërbimet nga shërbimi stomatologjik, protetikës, ndërhyrjeve të kirurgjisë plastike-estetike, etj.

Sigurimet suplementare mund të shfrytëzohen nga i siguruari, krahas sigurimeve të obligueshme dhe vullnetare, duke marr parasysh se ato zakonisht përqendrohen për shërbime të veçanta shëndetësore. Sigurime të tilla praktikohen sidomos në rastet e udhëtimeve në shtetet e jashtme.

Që të tri këto sisteme rregullohen me ligj të veçantë, dhe i nënshtrohen të gjithë legjislacionit përcjellës i cili ndërlidhet me shfrytëzimin e sigurimit shëndetësorë.⁴⁵

⁴⁵ Po aty.

II MODELET E SISTEMEVE TË SIGURIMIT SHËNDETËSOR NË RAJON

Në drejtim të ofrimit të njohjes nga praktikat e shteteve të rajonit, në këtë kapitull do të trajtohen modelet e instaluar të sigurimeve shëndetësore në shtetet e rajonit. Praktika rajonale, për rastin e Kosovës, ka një rëndësi për shkak të së kaluarës e cila ndoqi shumicën e vendeve të rajonit dhe fazën transitore nëpër të cilën kanë kaluar shumica e këtyre vendeve. Për këtë arsye, evidentimi i këtyre praktikave në këtë hulumtim do të jetë në shërbim të njohjes së efektivitetit të zgjidhjeve të ndryshme për të cilat janë përcaktuar vendet e rajonit.

3.1. **Shqipëri** –në epokën e komunizmit, Republika e Shqipërisë kishte rregulluar sistemin shëndetësor sipas sistemit të Shumashenkos. Kjo bënte që i gjithë sistemi shëndetësor të udhëhiqej nga struktura qendrore e shtetit shqiptar. Sistemi i sigurimeve shëndetësore ishte i instaluar brenda këtij sistemi, ku qytetarët shfrytëzonin shërbimet shëndetësore të cilat kontrolloheshin dhe menaxhoheshin nga strukturat shtetërore. Institucionet shëndetësore ishin të organizuara dhe të financuara në mënyrë të drejtpërdrejt nga aparati shtetëror, dhe në këtë drejtim nuk kishte një sigurim klasik shëndetësor, ku mjetet e sigurimit do të udhëhiqeshin nga një institucion i pavarur publik.

Por, në erën post-komuniste, filluan edhe nismat e para të themelimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore sipas modeleve të shteteve perëndimore, duke vërtetuar se sistemi paraprak e kishte kollapsuar të gjithë sistemin shëndetësorë.⁴⁶ Siç është edhe e arsyeshme dhe e logjikshme, instalimi i infrastrukturës juridike për sistemin e sigurimeve shëndetësore është veprimi i parë që duhet ndërmarr në themelimin e këtij sistemi. Kështu që, sigurimi shëndetësor në Shqipëri u ngrit me Ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994. Sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë udhëhiqen nga Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), që u themelua me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 22, dt. 20.12.1994 “Për Institutin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor” dhe VKM nr. 613, dt. 20.12.1994 “Për miratimin e Statutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor” në zbatim të Ligjit nr. 7870, dt.13.10.1994.

ISKSH drejtohet nga Këshilli Administrativ (KA) dhe Drejtori i Përgjithshëm. KA është organi më i lartë ekzekutiv dhe përbëhet nga 11 anëtarë, prej të cilëve:

- Tre anëtarë të caktuar nga Këshilli i Ministrave, që përfaqësojnë: Ministrinë e Shëndetësisë; Ministrinë e Punës, Emigracionit dhe Përkrahjes Sociale dhe Ministrinë e Financave;

⁴⁶ Agron Belishova, Elvana Hana, Albana Adhami, Sigurimi shëndetësor në Shqipëri – ISKSH, faqe 5.

- Një anëtar nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- Një anëtar nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor;
- Dy përfaqësues: një nga sindikata që ka numrin më të madh të anëtarëve dhe një nga organizata më e madhe e bujqve;
- Katër përfaqësues të palëve të interesuara: një nga Urdhri i Mjekëve, një nga një organizatë punëdhënësish, një nga prodhuesi më i madh farmaceutik në Shqipëri dhe një nga Urdhri i Farmacistëve.⁴⁷

ISKSH-ja sipas skemës organizative ka trupat e saj që janë të themeluara në nivel të qarqeve, rretheve dhe bashkive. Sipas legjislacionit në fuqi, qytetarët e siguruar duhet të jenë të evidentuar në ISSHK, ku të gjithë të sigurvearit posedojnë librezat shëndetësore. Në këto librezat është e evidentuar pagesa e premiumeve për sigurim shëndetësor. Sistemi i sigurimeve shëndetësore në Shqipëri bazohet në sistemin e Bismarkut, që për parim bazë ka solidaritetin. Së këndejmi sistemi i sigurimeve shëndetësore financohet nga:

- Kontributet e paguara nga personat ekonomikisht aktiv.
- Kontributet e paguara nga shteti, për personat ekonomikisht joaktiv.
- Kontributeve nga buxheti i shtetit i janë shtuar kalimi në 2007 nga buxheti i shtetit në ISKSH i masës së financimit për shërbimin parësor dhe në 2009 i masës së financimit të shërbimit spitalor.⁴⁸

Të ardhura të tjera janë:

- Interesat bankare.
- Bonot e thesarit.
- Shitja e librezave dhe dokumenteve të tjerë.
- Zhdëmtimet e farmacistëve dhe të mjekëve.
- Kontributi i sigurimit vullnetar.⁴⁹

⁴⁷ Ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994, Sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë.

⁴⁸ Po aty.

⁴⁹ Po aty.

Sipas modelit të instaluar në Shqipëri, tek pagesat e premiumeve për të punësuarit, apo për popullsinë aktive, parashihet premium në lartësi prej 3.4% të ardhurave bruto, ku punëmarrësi paguan 1.7%, ndërsa punëdhënësi 1.7 % të pagës bruto mujore. Kontributet e paguara për popullsinë jo-aktive që realizohet prej shtetit, përfshijnë fëmijët, nxënësit dhe studentët me shkëputje nga puna, të papunët, të paafët mendorë dhe fizikë, personat që trajtohen me ndihmë ekonomike dhe asistencë sociale, shtetasit që kryejnë shërbimin ushtarak të detyrueshëm, gratë lehona, pensionistët.

Në mënyrë tabelore⁵⁰, do të paraqesim vlerën e kontributeve për sigurime shëndetësore, për periudhën nga viti 1995 deri në vitin 2009 si dhe të ardhurat e ISKSH-së për të njëjtën periudhë.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Buxheti i Shtetit	376	507	790	1,071	1,300	1,300	1,678	1,619	2,100	2,350	3,250	2,805	5,545	5,937	18,332
Kontributi i Popullsisë Aktive	496	953	947	1,177	1,311	1,458	1,695	1,902	2,349	2,680	3,234	3,365	4,155	4,966	5,377
Te Ardhura te tjera	0	22	17	50	44	68	74	90	198	152	72	201	272	80	90
Total	872	1,482	1,754	2,298	2,655	2,826	3,447	3,611	4,647	5,182	6,556	6,371	9,972	10,983	23,799

Figura 4. Vlera e kontributeve për sigurime shëndetësore për vitin 1995 deri 2009.

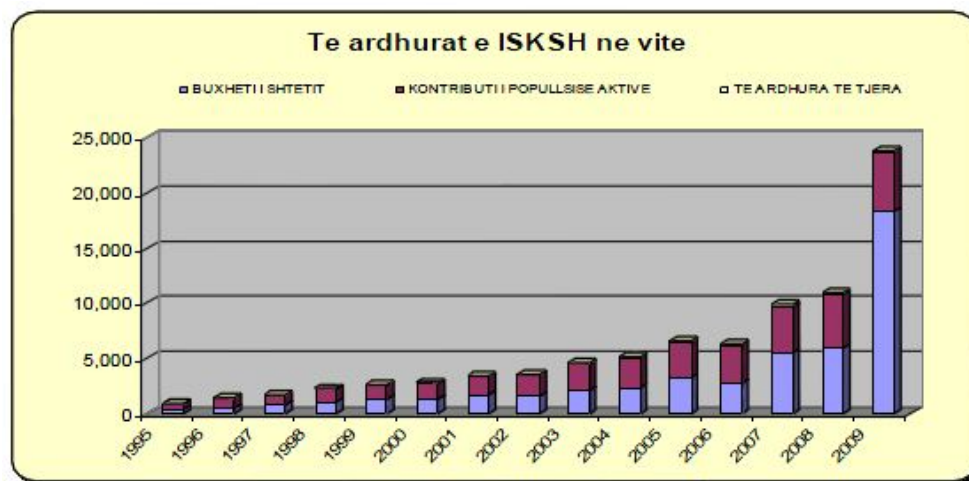


Figura 5⁵¹.

⁵⁰ Agron Belishova, Elvana Hana, Albana Adhami, Sigurimi shëndetësor në Shqipëri – ISKSH, faqe 67.

⁵¹ Po aty.

Sipas kësaj tabele shihet se nga viti 1995 kemi një rritje të buxhetit të IKSSH-së, gjë që paraqet një tregues pozitiv në funksionimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore. Por, vlen të theksohet se në bazë të të dhënave, kontributi i Buxhetit të shtetit është dukshëm më i madh se sa ai i popullsisë aktive. Dallimi i sistemit të sigurimeve shëndetësore në krahasim me sistemin i cili pritet të instalohet në Kosovë konsiston në kontributin e buxhetit qeveritar, ku sipas modelit të Kosovës pjesëmarrja e kontributit të buxhetit të Kosovës për shtresat e caktuara shoqërore planifikohet të jetë shumë më i ulët sesa tek rasti i Republikës së Shqipërisë.

3.2. **Kroaci** - Si shtet i cili ishte njësi federale e ish-RFSJ-së, pas shpalljes së pavarësisë dhe konsolidimit të institucioneve shtetërore, Kroacia si shtet i pavarur filloj të instalojë edhe infrastrukturën e re juridike sipas të cilës do të rregullonte edhe sistemin e shëndetësisë në përgjithësi dhe atë të sigurimeve shëndetësore në veçanti. Sipas legjislacionit në fuqi, në Kroaci njihet e drejta në sigurimin shëndetësorë të obligueshëm dhe atë vullnetar.



Figura 6.

Sigurimi shëndetësor i obligueshëm është i rregulluar me Ligjin mbi sigurime shëndetësore të obligueshme, "Narodne novine", nr. 150/08, 94/09 dhe ligjin mbi ndryshim dhe plotësim

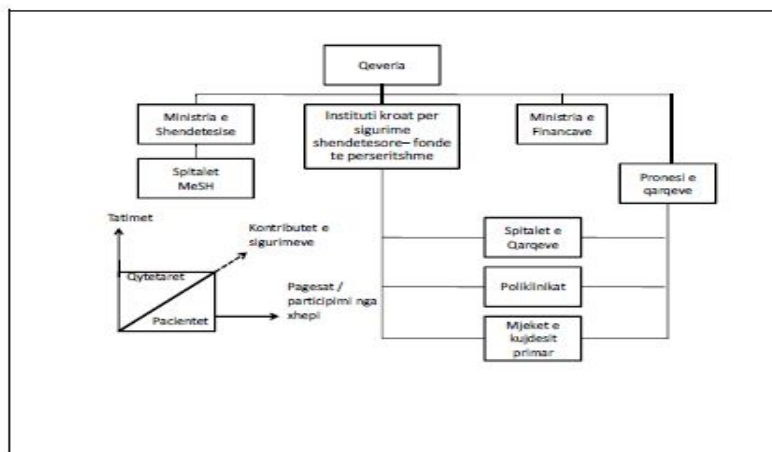


Figura 7. Skema e financimit të sigurimeve shëndetësore në Kroaci⁵²

⁵² Po aty.

153/09.⁵³ Ndërsa, sigurimet shëndetësore vullnetare rregullohen me Ligjin mbi sigurimet shëndetësore vullnetare "Narodne novine" nr. 85/06., 150/08. Dhe ligjin mbi plotësimin dhe ndryshimin nr. 71/10. Sipas legjislacionit të Kroacisë, sigurimet shëndetësore vullnetare mund të jenë: plotësuese, suplementare dhe private. Të gjitha këto rregullohen me ligj të veçantë dhe me rregulloren mbi shfrytëzimin e sigurimit shëndetësor vullnetar.

Sigurimet shëndetësore në Kroaci menaxhohen nga Enti i Sigurimeve Shëndetësore të Kroacisë (Hrvatski Zavod za Zdravstvena Osiguranja). Edhe Kroacia e aplikon sistemin e Bismarkut, nga se punëdhënësi dhe punëmarrësi e paguajnë premiumin në bazë të të ardhurave bruto të të punësuarit, që është përcaktuar në lartësi prej 15%, Pra, pjesëmarrja në pagesën e premiumit është, 7.5% i punësuarit dhe 7.5% punëdhënësi. Mënyra dhe shkalla e pagesës së premiumeve janë të rregulluara me ligj të veçantë, me të cilin rregullohen të gjitha kontributet shoqërore. Edhe në sistemin e sigurimeve shëndetësore të Kroacisë janë të parapara 26 kategori që janë të identifikuar si të siguruarit e obligueshëm, ku për disa nga këto kategori, që konsiderohen si shtresa me përkujdesje sociale, qeveria kroate mbulon kontributin për premiumin e sigurimit shëndetësor.

Vlen të theksohet se, Kroacia është ndër shpenzueset më të mëdha të Bruto Produktit Vendor për sa i përket shpenzimeve në shëndetësi, krahasuar me vendet e rajonit. Shpenzimet në shëndetësi, për vitin 2004 arrinin shumën e 8.9% të BPV-së, e që konsiderohet si shumë e madhe nëse e krahasojmë me vendet e rajonit që kanë një mesatare prej 5.3% të BPV-së.⁵⁴

3.3. **Serbi** - Me legjislacionin pozitiv në Republikën e Serbisë, është i paraparë sigurimi shëndetësor i obligueshëm dhe ai vullnetar. Sigurimi shëndetësor i obligueshëm është i rregulluar me Ligjin mbi Sigurimet Shëndetësore të Obligueshme. Edhe në Serbi, sikur në shumë shtete të Evropës Jug-lindore, kanë të instaluar sistemin e sigurimit shëndetësor që funksionon përmes menaxhimit publik të këtyre fondeve. Kështu që, si subjekt kompetent për menaxhimin e fondit për sigurime shëndetësore është Enti Republikan i Sigurimeve Shëndetësore. Ky ent është i shtrirë në tërë territorin e Serbisë, përmes filialeve që janë të pranishme nëpër komuna. Gjithashtu, ky rregullim përfshinë edhe funksionimin e entit krahinor për sigurime shëndetësore. Sipas Ligjit mbi Sigurimet Shëndetësore, e drejta në këtë sigurim ka të bëjë me rastin e sëmundjes së të siguruarit, lëndimit në vendin e punës dhe sëmundjeve profesionale⁵⁵.

⁵³ http://www.hzzo-net.hr/03_01_01.php - Hrvatski Zavod za Zdravstvena Osiguranja - HZZS.

⁵⁴ Analizë krahasimore e skemave të sigurimit shëndetësor në Evropën Juglindore - Ilir Hoxha,, Kushtrim Shaipe - qershor 2009.

⁵⁵ <http://www.lat.rzzo.rs/> - Republički Zavod o Zdravstvenom Osiguranju - RZZO.

Ligji mbi Sigurimet Shëndetësore të Serbisë përcakton 25 kategori sociale që janë të përfshira në skemën e sigurimeve shëndetësore. Kategoritë që janë të përfshira në skemën e sigurimeve shëndetësore të obligueshme gëzojnë të drejtën e shfrytëzimit të shërbimeve të kujdesit themelor shëndetësor, që janë të parapara me ligj dhe aktet e tjera normative në fuqi. Këto shërbime përfshijnë të tri nivelet e sistemit shëndetësorë, atë parësor, dytësor dhe tretsor. Enti Republikan i Sigurimeve shëndetësore, hynë në marrëdhënie kontraktuale në nivel republikan, krahinor dhe atë të filialeve. Këto marrëdhënie kontraktuale konsistojnë në marrëveshjen formale të lidhur në mes të institucionit për akreditim pranë Ministrisë së Shëndetësisë, qoftë nga sektori publik apo privat.

Statistika⁵⁶

Numri i përgjithshëm i popullsisë	9,850,000
Të ardhurat vjetore në kokë të banorit (per capita)	10,380
Mesatarja e jetëgjatësisë	71/76
Probabiliteti i vdekshmërisë nën moshën 5 vjeçare	7
Probabiliteti i vdekshmërisë në mes moshës 15 dhe 60 vjeçare	184/90
Totali i shpenzimeve vjetore për shëndetësi në kokë të banorit (shprehur në dollar, 2009)	836
Shpenzimet e përgjithshme për shëndetësi nga BPV-ja/GDP	9.9

Figura 8. Pasqyra e vitit 2009 mbi shëndetësinë në nivelin kombëtar. Burimi: Global Health Observatory

Së këndejmi, Serbia është vendi i cili për sistemin shëndetësor ndan 9,9% të BPV-së, që paraqet vlerën e shpenzimeve ndër më të lartat në rajon.⁵⁷ Së këndejmi, sa i përket financimit të fondit për sigurime shëndetësore, kjo çështje është e rregulluar me Ligjin mbi Kontributet Sociale, në të cilat përfshihen pagesat e premiumeve për kontributin pensional, atë sigurimeve shëndetësore dhe

⁵⁶ World Health Organization – Country statistics.

⁵⁷ Po aty.

kontributit për sigurim në rast të papunësisë. Me këtë ligj është e paraparë që i siguruari që vjen nga kategoria e të punësuarve, të paguaj premiumin në lartësi prej 12.3% bruto të ardhurave personale.⁵⁸ Edhe në Serbi është e paraparë bashkëpagesa e punëdhënësit dhe të punësuarit, me pjesëmarrje prej 50% nga të dy subjektet.⁵⁹ Burimi kryesor i fondit janë pagesat e premiumeve dhe ato të ndara nga Buxheti i shtetit për kategoritë e caktuara shoqërore.⁶⁰

AKTI I PORTABILITETIT DHE PËRGJEGJSHMËRISË SHËNDETËSORE (HIPAA – HEALTH PORATBILITY AND ACCOUNTABILITY ACT)

Në kuadër të trajtimit të modeleve të sistemeve të sigurimeve shëndetësore që bëhet në këtë pjesë të këtij punimi, kishte me qenë mirë që të përfshimë ca njohuri bazike mbi sistemin e informimit shëndetësor në SHBA. Edhe pse SHBA-at nuk kanë një sistem të sigurimit të obligueshëm shëndetësor dhe si bazë e sistemit shëndetësor janë ato private, vlen të merret parasysh një model që është i inkoorporuar në sistemin e shëndetësisë, e cili mund të shërbejë edhe për funksionimin e sistemit shëndetësor dhe atij të sigurimeve shëndetësore. Parimisht, sistemi informativ shëndetësor ka një rol të rëndësishëm në funksionimin e sigurimit shëndetësor, sidomos kur fondi i sigurimeve shëndetësore menaxhohet në nivel kombëtar. HIPAA - Health Poratbility and Accountability Act (shqip – Akti i portabilitetit dhe përgjegjshmërisë shëndetësore) është një dokument i cili u përpilua nga Senatorët. Edward Kennedy dhe Nancy Kassebaum e që u miratua nga Kongresi amerikan dhe u nënshkrua nga presidenti Bill Clinton më 1996, paraqet një platformë me të cilën rregullohet siguri shëndetësor për të punësuarit me rastin ndërrimit të vendit të punës apo humbjes së vendit të punës. HIPAA e njohur edhe si Administrative Simplification AS apo lehtësim administrativ, paraqet metodologjinë për standardin në nivel kombëtar mbi transankcionet elektronike mbi kujdesin shëndetësor, atë të sigurimeve shëndetësore si dhe informative që vjen nga aspekti shëndetësor në marrëdhënien e punës.⁶¹

Sistemi HIPAA nga viti 1996 ka pësuar disa metoda integruese me të cilat është sofistikuar. Kështu që në vitin 2010 këtij sistemi iu është shtuar edhe një dokument me të cilin janë zgjeruar shërbimet me karakter informativ, e që janë në shërbim të sistemit shëndetësor të SHBA-së. Affordable Care Act ka përfshirë edhe disa shërbime të cilat do të zgjerojnë funksionin e këtij

⁵⁸ Neni 44, Zakon o doprinosu za obaveznim socialnim osiguranjima Republike Srbije.

⁵⁹ Po aty.

⁶⁰ <http://www.lat.rzzo.rs/>.

⁶¹ <http://www.cms.gov/HIPAAGenInfo/>

sistemi. Me këtë rimodelim, tani ky lloj i sistemit do të përfshijë rregullat dhe standardet për transakcionet elektronike, këshillat lidhur me transferet e remitancave dhe Planin Unik të Shëndetësisë (që ka për qëllim standardizimin e planit në nivel federal). Tërësia e këtij sistemi gjithashtu ka për qëllim mbrojtjen e të dhënave personale të pacientëve dhe të siguruarve.⁶² Ky lloj i variantit, mund të shërbejë si model i mirë, që për të forcuar sistemin e sigurimeve shëndetësore, të themelohet një metodë me të cilën njëkohësisht do të sigurohet edhe një sistem informativ shëndetësorë, i cili duke mbledhur të dhëna nga sektori i shëndetësisë, gjithashtu mbron të dhënat personale të të siguruarve. Kjo mbrojtje e të dhënave personale, pa dyshim se paraqet një standard të avancuar në fushën e të drejtave të njeriut, duke pasur parasysh se këto të dhëna janë të karakterit individual dhe se duhet të mbrohen nga mekanizmi shtetëror.

⁶² Terry, Ken "[Patient Privacy - The New Threats](#)" Physicians Practice journal, volume I 19-të, faqe 3, 2009

III NISMAT PËR (RI)ORGANIZIMIN E SISTEMIT SHËNDETËSOR

Është teje e rëndësishme, që për të kuptuar lidhjen e ngushtë në mes të sistemit të sigurimeve shëndetësore dhe sistemit shëndetësorë, si tërësi e një sistemi i cili duhet të ofrojë përkujdesje publike shoqërore, është tejet e nevojshme që në këtë punim të shqyrtohet edhe rregullimi i cili parashihet me legjislacionin i cili përgatitet për të ardhmen (*de lege ferenda*).

Legjislacioni me të cilin rregullohet shëndetësia në Republikën e Kosovës

- Ligji për Shëndetësi nr.2004/4
- Ligji mbi Inspektoratin Sanitar nr.2003/22,
- Ligji për Produkte Medicinale nr.2003/26
- Ligji mbi të Drejtat dhe Përgjegjësitë në Kujdesin Shëndetësorë nr. 2004/38,
- Ligji për Veprimtarinë Private në Shëndetësi nr.2004/50,
- Ligji për Inspektoratin Shëndetësorë nr.2006/02-L38,
- Ligji për Kujdesin Shëndetësorë emergjent nr.2006/02-L50,
- Ligji mbi Duhanin nr. 02/L-36

Figura 9. Legjislacioni që rregullon fushën në shëndetësisë në Kosovë.

Kështu që nga nxjerrja e Ligjit për Shëndetësinë, është vërtetuar nevoja për riformulimin e kornizës ligjore, me të cilën do të ridefinohet sistemi shëndetësorë. Në këtë drejtim, Ministria e Shëndetësisë ka përpiluar draft-ligjin e ri për shëndetësinë, i cili sipas procedurës së rregullt, tani ka formën përfundimtare si version i grupit qeveritar. Kështu që, miratimi i këtij ligji por edhe të atij për sigurimet shëndetësore, paraqet simbiozën e dy ligjeve bazike, nga të cilët varet i gjithë sistemi shëndetësor.⁶³

⁶³ Intervistë me Ministrin e Shëndetësisë – dr. Ferid Agani- Prishtinë, 23.09.2010.

Me këtë draft-ligj metodologjia e menaxhimit të institucioneve shëndetësore ndryshon nga rregullimi që është i përcaktuar me Ligjin për Shëndetësinë nr. 2004/4. Ky ndryshim konsiston në aspektin e financimit dhe menaxhimit të institucioneve publike shëndetësore. Prandaj, sipas dispozitave të draft-ligjit për shëndetësinë, është paraparë që të themelohet Shërbimi Kombëtar i Shëndetësisë (në tekstin në vijim “SHKSH”), i cili do të ketë kompetencë që të mbulojë të gjithë sistemin e shëndetësie në tri nivele, atë parësor, dytësor dhe tretësor. SHKSH-ja do të ketë Bordin Drejtues i cili do të themelohet me vendim të Qeverisë së Republikës së Kosovës. Bordin Drejtues do ta ketë aktin e brendshëm me të cilin do të rregullohet puna e tij, e i cili do të miratohet nga Qeveria e Republikës së Kosovës.⁶⁴

Me themelimin e SHKSH-së, metodologjia e financimit të institucioneve shëndetësore, do të jetë ndryshe nga forma dhe metoda e cila është zbatuar deri më tani. Kështu që me themelimin e Bordit Drejtues, i cili do të drejtojë të gjitha institucionet shëndetësore, këto institucione do të transformohen në formën e ndërmarrjeve publike jo-fitimprurëse.⁶⁵ Sipas këtij drafti, SHKSH-ja do të financohet nga: fondi, buxheti i Komunave; institucionet private dhe publike të sigurimeve shëndetësore, vendore dhe të jashtme, pagesat e drejtpërdrejta të shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore, bashkë-pagesat e shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore, grandet për punë shkencore hulumtuese dhe nga donacionet dhe trashëgimitë.

Draft-ligji i cili pritet të miratohet së shpejti, nga aspekti përmbajtjesor dhe ai sistemor ka ndryshuar dukshëm. Kështu që përpos që jep hapësirë të transformimit të sistemit shëndetësorë në një praktikë më të veçantë nga aspekti i organizimit, ky ligj prek edhe metodën e themelimit të institucioneve shëndetësore, si në sektorin publik ashtu edhe në atë privat. Ky ligj, i jep aftësinë kontraktuale institucioneve shëndetësore, që si burim kryesor të financimit do të kenë mjetet të cilat do të inkasohen nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore për shërbimet e kryera nga secili institucion. Ky draft-ligj për nga organizimi i sistemit shëndetësorë ka përfshirë të tri nivelet, duke ruajtur bazën strukturore që është e paraparë edhe me ligjin në fuqi. Ministria sponsorizuese e të dy ligjeve, pra Ministria e Shëndetësisë, konsideron se me këtë transformim do të vjen deri tek shkarkimi i Ministrisë së Shëndetësisë nga detyra e dyfishtë, ajo e menaxhimit dhe konsolidimit të politikave shëndetësore në nivel vendi. Me hyrjen në fuqi të ligjeve të reja për shëndetësi dhe atë për sigurime shëndetësore, MSH-ja do të merret vetëm me hartimin e politikave shëndetësore. Ndërsa, zbatimin e kornizës ligjore dhe politikave shëndetësore, do ta mbikëqyrë përmes trupave ekzekutive të inspektorateve të shëndetësisë dhe produkteve medicinale.⁶⁶

⁶⁴ Neni 61, Draft-ligji për Shëndetësinë, Kreu XI Shërbimi Kombëtar i Shëndetësisë.

⁶⁵ Intervistë me Ilir Hoxha – ekspert i çështjeve shëndetësore – përmes postës elektronike . Intervista e realizuar më 27 Shtator 2011.

⁶⁶ Intervistë me Ministrin e Shëndetësisë – dr. Ferid Agani - Prishtinë, 23.09.2010.

IV DRAFT-LIGJI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË KOSOVË DHE MODELET QË JANË PROMOVUAR DERI MË TANI

4.1. KRAHASIMI I LEGJISLACIONIT MBI SIGURIMET SHËNDETËSORE

4.1.1. SISTEMI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE GJATË PERIUDHË SË RSFJ-SË

Nëse e bëjmë një analizë historike, mund të shohim se sistemi i sigurimeve shoqërore, duke përfshirë këtu edhe ato shëndetësore, filloi të zbatohet me nxjerrjen e akteve të para ligjore që rregullonin këtë sferë shoqërore. Dhe kështu që ndër aktet e para me të cilat rregulloheshin sigurimet shoqërore ishte zbatimi i Ligjit mbi Rregullimin e Gjykatave për Sigurime Shoqërore i majit 1945. Pas kësaj janë nxjerrë edhe një sërë aktesh me të cilat është tentuar që të zgjerohet gama e këtyre sigurimeve për kategoritë e ndryshme shoqërore. Koncepti i sigurimeve shëndetësore u ndryshua sidomos me ndryshimet kushtetuese në Federatën e ish-Jugosllavisë, ku në vitin 1965 u miratua Ligji mbi Sigurimin Pensional si dhe ndryshimi dhe plotësimi i Ligjit mbi Sigurimet Shëndetësore. Sipas legjislacionit të atëhershëm, shteti duhej të krijonte një fond të veçantë me të cilin në rend të parë do të siguroheshin të gjitha shtetasit për kujdesin bazik shëndetësorë, e ku ky fond do të plotësohej edhe nga kontributet në të ardhurat personale të popullsisë aktive (të punësuar).

Në aspektin organizativ dhe sistemor, brenda Federatës Jugosllave ishin të themeluara entet për sigurime shëndetësore, që ishin konsoliduar në nivel republikanë. Kështu që deri në ndryshimet kushtetuese të vitit 1974, sigurimet shëndetësore për banorët e Kosovës administroheshin nga Enti për Sigurime Shëndetësore i Republikës së Serbisë. Me ndryshimet kushtetuese të vitit 1974, Kosova si krahinë autonome në kuadër të Serbisë fitoi statusin e njësisë federale konstituive, ku kishte Kushtetutën e saj krahas me 6 republika dhe një krahinë tjetër (Vojvodinën). Pra, përmes këtij statusi u themelua Enti Krahinor për Sigurime Shëndetësore që kishte kompetencë menaxhimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore për territorin e Kosovës.

Pas suprimimit të autonomisë së Kosovës më 1989, sistemi i sigurimeve shoqërore në përgjithësi është demoluar mbi baza etnike. Kështu që popullata shqiptare e Kosovës, krahas represioneve të ndryshme u diskriminua dhe u ngulfat përmes privimit të së drejtës në sigurime shëndetësore dhe kategorive të tjera. Që nga vitet e '90, popullit të Kosovës iu mohua çdo e drejtë themeltare pa marr parasysh kategorinë shoqërore të cilës i përkiste individ. Në këtë periudhë dhjetë vjeçare,

shqiptarët e Kosovës jetuan në një geto, në të cilin u mohojë e drejta në jetë, për të mos përmendur privimin nga përkujdesja shoqërore.

4.1.2. INFRASTRUKTURA LIGJORE MBI SIGURIMET SHËNDETËSORE

Në aspektin e rregullimit pozitiv, pra rregullimi i cili është në fuqi në Republikën e Kosovës, brenda rendit juridik të Kosovës nuk është në fuqi korniza ligjore e cila në mënyrë të veçantë rregullon çështjen e sigurimeve shëndetësore. Që nga përfundimi i luftës e deri në ditët e sotme, janë paraqitur disa nisma ligjore, nga Ministria e Shëndetësisë e cila ka kompetencë ekskluzive për sponsorimin e infrastrukturës ligjore mbi sigurimet shëndetësore, por deri më tani nuk është miratuar një ligj i cili rregullon sistemin e sigurimeve shëndetësore. Iniciativa e parë për miratimin e ligjit mbi sigurimet shëndetësore është iniciuar në vitin 2007 pranë Kuvendit të Kosovës, ku pas procedimit nga Qeveria e Kosovës, Kuvendi nuk e ka miratuar këtë ligj për shkak të konstatimit se është e pamundur që sistemi i sigurimeve shëndetësore të funksionojë sipas rregullimit të propozuar. Kjo nismë e cila u bë në vitin 2007, duket se ngeli pa asnjë progres të vetëm për afro katër vite me radhë. Tani, kur ligji mbi sigurimet shëndetësore paraqitet edhe si standard ekskluziv për funksionimin e sistemit shëndetësorë dhe kërkesave nga procesi i integriteteve evropiane, për të cilin qeveria e Kosovës pretendon se e ka prioritet, Ministria e Shëndetësisë ka rifilluar nismën për miratimin e dy ligjeve bazike për sistemin shëndetësorë, atë të sigurimeve shëndetësore dhe për shëndetësinë.

Në vijim do t'i trajtojmë tri draftet, që deri më tani janë përpiluar nga grupet punuese. Drafti i parë është i versionit të vitit 2007, i cili nuk u miratua nga Kuvendi i Kosovës, ndërsa i dyti është drafti i cili u përpunua brenda vitit 2011. Drafti i tretë është versioni i cili pësoi ndryshime me sugjerimet dhe rekomandimet e Bankës Botërore.

a) FUSHËVEPRIMI DHE LLOJET E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

Në të tri draftet të cilat janë përpiluar 5 vitet e fundit, është përkufizuar se sigurimet shëndetësore të obligueshme janë të detyrueshme për të gjithë qytetarët e Republikës së Kosovës. Kështu që të gjitha draftet e përpiluara deri më tani e rregullojnë në tërësi çështjen e sigurimeve shëndetësore të obligueshme. Gjithashtu, draftet e përgatitura deri më tani kanë paraparë të drejtën e sigurimit vullnetar plotësues, mirëpo rregullimin e këtij lloji të sigurimit shëndetësor e kanë referuar se do të rregullohet me ligj të veçantë, me të cilin do të rregullohen këto sigurime në mënyrë të detajzuar, pasi që ligji për sigurime shëndetësore përkufizon dhe rregullon sigurimet

shëndetësore vullnetare, vetëm në masë për të konkretizuar fushën e sigurimeve të obligueshme nga ato të vullnetshme plotësuese.

Në aspektin formalo-juridik, drafti i vitit 2007 ishte i përbërë prej 55 neneve, dhe ishte i sistemuar në VII kapituj. Drafti i dytë ishte i përbërë prej 42 neneve, ndërsa drafti i fundit prej gjithsej 40 neneve dhe i sistemuar në VII kapituj. Që të tri draftet në mënyrë ekskluzive rregullojnë sistemin e funksionimit të sigurimeve shëndetësore, të drejtat dhe detyrimet që dalin nga raporti i krijuar nga sigurimet shëndetësore, mënyrën e menaxhimit, themelimin dhe drejtimin e Fondit, burimet e financimit si dhe çështjet të tjera përkthazi me sigurimet shëndetësore. Drafti i fundit ka përkufizuar nocionin e sigurimit shëndetësor të obligueshëm dhe vullnetar. Sipas këtij përkufizimi i sigurimi shëndetësor shprehet në raportin kontraktual në mes të siguruesit dhe fondit (tek rasti i sigurimit të obligueshëm) apo kompanisë private (tek sigurimi shëndetësor vullnetar plotësues) që ofron shërbimin mbi sigurimin shëndetësor për shërbimet të cilat përfshihen me sigurimin e obligueshëm shëndetësor, apo tek rasti i sigurimit vullnetar plotësues kur nuk përfshihen në listën e kujdesit themelor.⁶⁷

Drafti i vitit 2007, sigurimin vullnetar plotësues e emëron si *sigurimet shëndetësore private*, si dhe bënë përkufizimin në të cilin ceket se këto sigurime përfshijnë shërbimet e kujdesit shëndetësor që nuk përfshihen në listën e shërbimeve shëndetësore të kujdesit themelor, e që janë të siguruara nga pakoja bazike e sigurimeve shëndetësore.⁶⁸ Pra, me përfshirjen e së drejtës në sigurim shëndetësor vullnetar, qytetarëve iu është mundësuar që përmes kësaj forme të sigurimit, të zgjerojnë masën siguruese apo shërbimet e kujdesit shëndetësor që janë të garantuara me ligjin për sigurime shëndetësore.

Drafti i fundit e koncepton raportin e sigurimeve shëndetësore vullnetare plotësuese, si raport kontraktual që lidhet me kontratë formale individuale, e lidhur në mes të siguruarit dhe kompanisë private, si dhe shprehet nevoja për hartimin e aktit të veçantë ligjor i cili do të rregullojë çështjen e sigurimit shëndetësor vullnetar.⁶⁹

Për deri sa në dy draftet e mëparshme, ai i vitit 2007 dhe drafti i vitit 2011, kanë paraparë mundësinë që Fondi i Sigurimeve Shëndetësore të menaxhojë të ardhurat nga pagesat e premiumeve të cilat paguhen në emër të sigurimeve vullnetare shëndetësore, drafti final nuk i jep

⁶⁷ Neni 7 paragrafi 1 dhe 2 drafti i fundit .

⁶⁸ Neni 10 i draftit të vitit 2007.

⁶⁹ Neni 7 i Draftit të fundit.

të drejtën Fondit që të menaxhojë mjetet e sigurimeve vullnetare.⁷⁰ Së këndejmi, sipas dy drafteve të fundit, parashihet e drejta për sigurim shëndetësorë vullnetar për shtetasit të huaj, të cilët qëndrojnë përkohësisht në Kosovë.

b) TË DREJTAT NGA SIGURIMI SHËNDETËSORË

Në tri versionet e drafteve të ligjit për sigurime shëndetësore, është paraparë e drejta e shfrytëzimit të kujdesit shëndetësorë në tri nivelet sistemit shëndetësor, pra atë parësor, dytësor dhe tretësor. Dallimi në mes të tri drafteve qëndron në përpilimin e listës së shërbimeve të cilat do të rimbursohen nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Drafti i vitit 2007 parasheh se lista e shërbimeve do të përcaktohet sipas vendimit që e nxjerrë Qeveria e Kosovës, sipas dispozitës së nenit 59.1 të Ligjit për Shëndetësi. Drafti paraprak e parasheh që lista në të cilën përfshihet volumi i këtyre shërbimeve do të nxirret nga Ministria e Shëndetësisë, ndërsa drafti i fundit e parasheh zgjidhjen sipas të cilës lista e këtyre shërbimeve do të përpilohet nga Komiteti Teknik i emëruar nga Bordi Mbikëqyrës i Fondit. Ky komitet do të përpilojë listën, si dhe do të bëjë një deklaratë financiare mbi koston e shërbimeve që mbulohen nga sigurimi shëndetësor i obligueshëm. Listën e shërbimeve, të cilës i bashkëngjitet deklarata financiare, komiteti teknik do t'ia dorëzojë Bordit Mbikëqyrës të Fondit për miratim.

Drafti i vitit 2007 ka paraparë 18 kategori shoqërore të cilat, varësisht nga statusit social do të mbulonin premiumin për sigurime shëndetësore. Në këtë drejtim, që të dy draftet e fundit nuk përfshijnë në mënyrë eksplicite të gjithë këto kategori, por përkufizimi e këtyre kategorive shoqërore do të përcaktohet me akt të veçantë të Fondit. Ndryshimi tjetër, konsiston në të drejtën e kompensimit të pagave gjatë pushimit mjekësor.⁷¹ Ky kompensim nuk parashihet në të dy draftet e fundit. Mospërfshirja e këtij kompensimi arsyetohet me rregullimin ligjor, sipas të cilit Ligji i Punës për këtë kompensim e obligon punëdhënësin.⁷² Në këtë rregullim është përfshirë edhe përjashtimi i kompensimit të pagës gjatë pushimit të lehonisë, cili në mënyrë të sistemuar do të kompensohet nga punëdhënësi dhe Qeveria e Kosovës në pajtim me dispozitat e Ligjit të Punës.

Përderisa në draftin e vitit 2007 rimbursimi i shpenzimeve të shkaktuara nga shërbimi shëndetësor është paraparë që të inkasohet vetëm nga institucione publike shëndetësore, në dy draftet e fundit parashihet e drejta që për shërbimet e shfrytëzuara nga i siguruari, e që janë të parapara në listën e shërbimeve themelore të kujdesit shëndetësor, rimbursimi të bëhet edhe nga institucionet

⁷⁰ Neni 6 paragrafi 3 i draftit të fundit.

⁷¹ Neni 12 i draftit të vitit 2007.

⁷² Intervistë me Ministrin e Shëndetësisë, Ferid Agani –Prishtinë. Intervista e realizuar më 23 Shtator 2010.

private shëndetësore të licencuara. Mirëpo, këto draftet kanë edhe instrumente përmes të cilave synohet parandalimi i konfliktit të interesit.

Kështu që sipas draftit paraprak, është paraparë që rimbursimi mos t'i bëhet institucionit i cili ka të punësuar profesionistët shëndetësorë, të cilët njëkohësisht janë të punësuar edhe në sektorin publik të shëndetësisë. Mirëpo, në draftin e fundit kjo është ndryshuar. Sipas draftit të fundit, rimbursimi nuk do të bëhet, në rast se kujdesi shëndetësorë i shfrytëzuar në institucionin privat do të kryhet nga ana e punonjësit shëndetësor i cili është i punësuar në sektorin publik. Pra, rimbursimi nuk do të kryhet për shkaqe subjektive, ku konflikti i interesit është i izoluar lidhur me statusin e punësit të profesionistit që është i punësuar në institucionin publik. Kjo nuk e përjashton institucionin privat që të privohet nga rimbursimi për shërbimet e kryera për të siguruarin. Kjo është harmonizuar me draftin e ligjit për shëndetësi, ku është e paraparë e drejta që punonjësi shëndetësor i cili është i punësuar në sektorin publik, mund të themelojë marrëdhënie pune me institucionin privat shëndetësorë, me kusht që norma e punës të jetë me gjysmë orari. Dhe për këtë nuk mund të pësojë institucioni në rast se ligji lejon që nën kushte të caktuara mund të themelohet marrëdhënia e punës. Ky rregullim në draft ligj është arsyetuar me faktin se në disa vende të rajonit për shkak të ndalesës për ushtrim të profesionit në sektorin privat, Gjykatat Kushtetuese e kanë konsideruar si shkelje e të drejtave të njeriut, dhe si të tilla, këto norma ligjore i kanë konsideruar si antikushtetuese.⁷³

Si e drejtë tjetër që parashihet me këtë ligj, është e drejta e rimbursimit në shpenzimet lidhur me materialin shpenzues dhe të barnave. Në kuadër të sigurimit të këtyre barnave është precizuar se listën esenciale të barnave do ta përpilojë Ministria e Shëndetësisë, sipas të cilës do të bëhet edhe rimbursimi i tyre. Se a do të parandalohet keqpërdorimi i deritashëm i listës esenciale të barnave, do të shihet në praktikë?! Në aspektin e përmbushjes së spektrit i cili ka munguar për vite me radhë, siguri shëndetësor, mund të mundësojë edhe një kontroll më të shtrënguar në fushën e kontrollimit dhe të përdorimit të këtyre materialeve shpenzuese.⁷⁴

c) BURIMET FINANCIARE TË FONDIT

Në të tri draftet, që janë krahasuar në këtë hulumtim, janë paraparë disa burime përmes të cilave do të sigurohen mjetet për funksionimin e sistemit të sigurimeve shëndetësore. Rrjedhimisht, që të tri draftet dallojnë sa i përket burimit të parë të fondit. Drafti i parë ka paraparë që kryesisht të bazohet në tatimin e të ardhurave personale, sipas të cilit kjo lartësi do të përcaktohet në mënyrë

⁷³ Po aty.

⁷⁴ Po aty.

lineare. Kjo ka qenë edhe ndër arsyt kryesore pse është refuzuar parimisht drafti i vitit 2007. Kjo do të shkaktonte implikime të mëdha buxhetore, duke mos e munduruar një inkasim të mjeteve, pa e cenuar burimin e tatimeve nga të ardhurat personale.

Drafti paraprak e rregullonte këtë çështje, sipas modelit të Bismarkut, që përfshinte pagesën e premiumit në shumë prej 7% të pagës bruto të punësuarit. Ky Premium do të paguhej në formën e bashkëpagesës, në të cilën punëdhënësi dhe i punësuar do të participonin në pjesë të barabartë me nga 3.5% të pagës bruto. Por, me sugjerimet e BB-së, drafti final i cili do të procedohet para Qeverisë së Kosovës do të përfshijë klauzolën sipas të cilës premiumi do të paguhet vetëm nga ana e të punësuarit për çdo anëtar të familjes. Lartësia e këtij premiumi do të caktohet me vendim që do të nxirret nga Qeveria e Kosovës. Me rastin e nxjerrjes të këtij vendimi do të përcaktohen tri kategori, e të cilat nuk janë specifikuar në mënyrë eksplicite në draftin final. Lidhur me këtë, është cekur se do të merret në konsideratë numri i anëtarëve të familjes, që nënkupton se familjeve me numër më të vogël të anëtarëve do t'u caktohet vlerë më e lartë e premiumit.

Për klauzolën e paraparë, ka qëndrime të ndryshme. Një pjesë kanë qëndrim pozitiv për këtë rregullim, ndërsa të tjerat e kritikojnë këtë mënyrë të vjeljes së premiumit për sigurime shëndetësore. Qëndrimet të cilat vlerësojnë këtë metodë të vjeljes së premiumit, theksojnë se nuk e ngarkon ekonominë edhe ashtu të brishtë kosovare. Përmes kësaj metode futet mekanizmi që qytetari të kontribuojë për fondin dhe të sigurojë veten me shërbime shëndetësore, e në anën tjetër qeveria mbulon një pjesë të financimit (që kompenson qytetarët që nuk kanë - e krejt kjo mbliidhet nga taksat që vet bizneset paguajnë). Krejt kjo do të organizojë financimin e shëndetësisë dhe do të rrisë gati dyfish buxhetin e saj.⁷⁵

Në anën tjetër kritikuesit e këtij modeli, theksojnë se modeli në fjalë, mund të reflektohet nga ekonomia informale në tregun e punës, gjë që kjo mënyrë e pagesës së premiumit mund të çojë edhe deri te informaliteti i tregut të sigurimeve shëndetësore. Kjo nënkupton që, krahas infomalitetit që është prezent në tregun e punës, për shkak të ardhurave të ulta dhe tregut jostabil të punës, i punësuar mund të hezitojë nga pagesa e premiumit për shkak të mirëqenies së brishtë. Në këtë drejtim, çdo shmangie e pagesës së premiumit për sigurime shëndetësore, do të krijonte informalitetin e sigurimit shëndetësor, e që do të rëndonte funksionimin e Fondit. Mundësia e shmangies nga pagesa e premiumit mund të paraqitet për shkak të pasivitetit të Administratës Tatimore të Kosovës, ngase, sipas këtij modeli pagesa e kontributeve nuk bie në përgjegjësi të

⁷⁵ Intervistë me Ilir Hoxha – ekspert për çështjet shëndetësore – intervistim përmes postës elektronike me datë 27.09.2011.

punëdhënësit. Ndërsa, në draftin e fundit nuk është paraparë ndonjë mekanizëm që do të kontrollonte pagesën e premiumit nga të siguruarit. Pra, tek pagesa e kontributeve për sigurime shëndetësore nuk e kemi obligimin sikur të kontributet pensionale, ku punëdhënësi dhe i punësuar janë të obliguar që të kujdesen për pagesën e kontributeve. Pra, shihet qartë se nevojiten mekanizma shtesë për të siguruar inkasimin sa më të drejtë të mjeteve për fondin e sigurimeve shëndetësore. Nuk bënë të anashkalohet as shkalla e papunësisë (afro 50%) dhe ajo varfërisë (afro 34%, 12% në varfëri të skajshme).⁷⁶

Drafti i fundit, përfshinë modelin e sistemit të Sigurimit Shëndetësor Kombëtar, në të cilin qytetari do të paguajë premiumin në formë lineare për secilin anëtar të familjes, sipas kategorive që do të caktohen nga Qeveria e Kosovës. Gjithashtu, kemi një mikstur të funksionimit të sistemit të sigurimeve shëndetësore, pasi sipas këtij modeli, punëdhënësi nuk është i detyruar që të paguajë në emër të të punësuarit premiumin, përderisa mjetet nuk menaxhohen nga qeveria, por nga një institucion publik (që në shumtën e rasteve emërohet si Fond, Enti apo Agjencion) e që është karakteristikë e sistemit të Bismarkut.

Drafti ka përfshirë edhe disa burime të tjera financiare, siç janë: premiumet e paguara nga qeveria për kategoritë sociale (shtresat nën asistencë sociale, pensionistët që marrin pensionin bazë dhe sipas stazhit të punës, personat me aftësi të kufizuara, të papunësuarit, familjarët e dëshmorëve), përqindja e akcizës në produkte strategjike, përqindja nga taksat për ndotësit e mëdhenj, pagesat sipas marrëdhënieve ndërshtetërore, donacione dhe burimeve të tjera. Sipas dispozitave të draftit final, të gjitha pagesat do të bëhen në xhirollogarinë e Fondit, e ku të gjitha këto transaksione do të kontrollohen nga Administrata Tatimore e Kosovës⁷⁷

Gjithashtu drafti ka paraparë një rezervë financiare, që do të jetë në lartësi prej 5% të mjeteve të përgjithshme të fondit që do të grumbullohen brenda vitit fiskal. Fondi do të fillojë inkasimin që nga 01.07.2012, ndërsa fillimi i kompensimeve për shërbimet e shfrytëzuara shëndetësore do të fillojë nga 01.01.2013. Fondi sipas draftit final, nuk do ta ketë të drejtën në huamarrje.

⁷⁶ World Bank & Statistical Office of Kosovo, Consumption Poverty in the Republic of Kosovo in 2009, Maj 2011.

⁷⁷ Neni 22 i draftit final.

D) FONDI

Sipas të tri drafteve është paraparë që Fondi do të ketë statusin e institucion publik që ka cilësinë e personit juridik dhe se do ketë aktin e tij themeltar, Statutin. Statutin do ta miratojë Bordi Mbikëqyrës i Fondit.⁷⁸ Fondi, sipas draftit final, do të ketë për detyrë të:

- Zbatojë politikat për përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës, të përcaktuara nga Ministria;
- Sigurojë zbatimin e të drejtave të të siguruarve në pajtim me ligjin;
- Organizojë shërbimin profesional që siguron zbatimin efikas dhe efektiv të të drejtave dhe obligimeve për sigurim shëndetësor të obligueshëm;
- Planifikojë mjetet për sigurimin shëndetësor të obligueshëm;
- Grumbullojë mjetet për sigurimin shëndetësor të obligueshëm në mënyrë efikase dhe transparente, në pajtim me këtë ligj;
- Përcaktojë vëllimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor si dhe standardet e cilësisë së tyre;
- Negociojë çmimet dhe kontraktojë shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor, përfshirë kushtet për ofrimin dhe kompensimin e shërbimeve cilësore shëndetësore që çojnë në produktivitet të shtuar dhe performansë më të lartë;
- Mbështes institucionet shëndetësore në ngritjen e kapaciteteve administrative të nevojshme për zbatimin e kontratave;
- Zbatojë kompensimin efektiv dhe me kohë të shërbimeve të kujdesit themelor shëndetësor të ofruara nga institucionet e kujdesit shëndetësor, bazuar në kontrata;
- Rishikojë dhe propozojë për Bordin Mbikëqyrës, çmimoren e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor në konsultim me odat e profesionistëve shëndetësorë;

⁷⁸ Neni 25 i draftit final.

- Mbikëqyr zbatimin e të gjitha kontratave të lidhura nga Fondi dhe raportoje përkitazi me to;
- Organizojë, zbatojë, dhe mbikëqyr sistemin e informimit në kuadër të sistemit unik të informimit shëndetësor;
- Kërkojë dhe shfrytëzojë vlerësimin profesional të punës së institucionit shëndetësor nga institucionet e autorizuar;
- Rregullojë çështjet e tjera përkitazi me sigurimin shëndetësor në pajtim me aktet ligjore në fuqi.
- Kërkojë auditim të jashtëm financiar të institucioneve shëndetësore që janë në marrëdhënie kontraktuale me Fondin.⁷⁹

Fondi drejtohet nga Bordi Mbikëqyrës, i cili përbëhet prej 9 anëtarëve, dhe në këtë përbërje: Ministri i Shëndetësisë ose përfaqësuesi i tij, Ministri i Financave ose përfaqësuesi i tij, Ministri i Punës dhe Mirëqenies Sociale ose përfaqësuesi i tij, Drejtori i Fondit ose përfaqësuesi i tij, Kryetari i Shoqatës së Pensionistëve ose përfaqësuesi i tij, përfaqësuesi i sindikatës së punëtorëve, përfaqësuesi i ofruesve të shërbimeve shëndetësore i caktuar nga Urdhri i Mjekëve, përfaqësuesi i individëve të punësuar dhe të vetëpunësuar, dhe përfaqësuesi i shoqatës së shfrytëzuesve të shërbimeve që përfaqëson përfituesit e Fondit.

Mbikëqyrjen e fondit e bënë Bordi Mbikëqyrës. Bordi mund të emërojë edhe ekspertë të jashtëm në cilësinë e vëzhguesit.

Bordi mbikëqyrës do ta ketë kryesuesin e vet, i cili do të ketë mandat njëvjeçar dhe do të zgjidhet sipas parimit të rotacionit. Pra, në mënyrë rotative për çdo vit kalendarik, secili anëtar do ta drejtojë Bordin për periudhë njëvjeçare. Anëtarët e Bordit kanë mandat trevjeçar. Bordi do ta zgjedh edhe drejtorin e Fondit sipas konkursit publik. Në këtë përbërje, Fondi do të ketë të drejtë ekskluzive që të negociojë dhe të hyjë në marrëdhënie kontraktuale me institucionet shëndetësore të licencuara. Për nevojat e shpenzimeve administrative, Fondi do të ndajë mjete financiare në lartësi prej 5% të mjeteve të përgjithshme që i ka në dispozicion.

Me draftin e fundit është paraparë që në periudhën kohore deri në tre muaj nga miratimi i këtij ligji, të themelohet nga ana e Ministrisë, këshilli përgatitor i cili do të kryejë të gjitha detyra e

⁷⁹ Neni 27 i draftit final.

Bordit sipas dispozitave ligjore. Ky këshill do të ndërmerr të gjitha veprimet për konsolidimin e Bordit Mbikëqyrës të Fondit. Së këndejmi, Agjencioni i Sigurimeve Shëndetësore, do të drejtojë shërbimet e sigurimeve shëndetësore, deri në themelimin e Fondit.⁸⁰

⁸⁰ Neni 37 i draftit final.

V ANALIZË FINANCIARE E SISTEMIT TË SIGURIMEVE SHËNETËSORE

Rëndësia e impaktit financiar të ligjit mbi sigurime shëndetësore, që tani është në fazën përfundimtare, para se të procedohet në Kuvendin e Republikës së Kosovës, paraqet thelbin e prognozës mbi funksionalitetin dhe efikasitetin e sistemit të sigurimeve shëndetësore. Është tejet e rëndësishme që sfida financiare të shqyrtohet në mënyrë të veçantë, pasi që efekti financiar është qenësor për ekzistimin e sigurimeve shëndetësore. Për këtë, ne do të paraqesim një analizë financiare sipas makro-kornizave, të cilat do të bazohen në disa tregues të cilët mund të na shpijnë deri te një rezultat parashikues. Ky rezultat mund të shërbej për vlerësimin e kapaciteteve të sistemit të sigurimeve shëndetësore dhe për mundësinë e rritjes së mjeteve financiare të cilat do të shfrytëzohen në mbarë sistemin shëndetësorë.

Duke përdorë metodën e ligjit të numrave të mëdhenj do të mundohemi që në mënyrë sa më të përafërt dhe reale të paraqesim të dhënat nga studimi për çështjen financiare të këtij drafti. Burimi kryesor i Fondit janë pagesat e premiumeve të qytetarëve që do të përfshijnë personat që janë në marrëdhënie pune dhe ata të vetëpunësuar. Në këtë mënyrë, jemi shërbyer me të dhënat e Entit Statistikor të Kosovës (më tutje ESK) nga të cilat të gjitha të dhënat nuk ju përkasin të dhënave nga procesi i regjistrimit të popullsisë të vitit 2011, por duke i shërbyer disa makro-tregues të natyrës socio-demografike, do të mundohemi të pasqyrojmë disa rezultate që do të duheshin të kenë karakter prognozues mbi optimumin dhe kapacitetin e mundshëm të mjeteve financiare të cilat duhet t'i posedojë Fondi.

Tabela a.

	Numri	Premiumi mujor	Premiumi vjetor	Të hyrat vjetor	Të hyrat mujore
Numri i përgjithshëm i popullsisë	1,733,827.00	€ 5.00	€ 60.00	€ 104,032,320.00	€ 8,669,360.00

Tabela b.

Kategoritë e popullsisë	Numri	Premiumi mujor	Premiumi vjetor	Numri mesatar i anëtarëve të familjes	Mjetet nga kategoritë	Të hyrat mujore
Të punësuarit	224,000.00	€ 5.00	€ 60.00	5.8	€ 77,952,000.00	€ 6,496,000.00

Në tabelën a, kemi paraqitur numrin e përgjithshëm të popullsisë së Kosovës, që do të duhej të paraqiste optimumin e kapacitetit të pagesave për sigurime shëndetësore. Kështu që, duke u bazuar sipas indikatorëve të parashtruar në kalkulime për lartësinë e premiumit që thuhet se do të jetë afërsisht 5 euro për muaj për çdo anëtarë të familjes⁸¹, në rast se do të shumëzojmë numrin e përgjithshëm të popullsisë me këtë shumë, del se optimumi i kapacitetit financiar i Fondit mund të jetë 104,032,320 euro, që në të ardhura mujore paraqet shumën prej 8,669,360 euro. Gjithashtu, nga rezultati i statistikave nga procesi i fundit i regjistrimit të popullsisë, del se në bazë të ekonomive të regjistruara familjare, numri mesatar i anëtarëve të këtyre ekonomive është 5.8 anëtarë për familje. Në tabelën b, kemi paraqitur numrin e të punësuarve sipas statistikave të përpunuara nga ESK-ja.⁸² Nga kjo del se optimumi i grumbullimit të premiumit për sigurime shëndetësore nga të punësuarit dhe familjet e tyre është 77,952,000 euro, me të hyrat mujore prej 6,496,000 euro. Kjo shumë paraqet 78% të pagesës maksimale që mund ta grumbullojë Fondi nga kontributet e të punësuarve, në rast se kalkulojmë se për një person premiumi vjetor do të jetë 60 euro, dhe se në rast të kësaj të punësuarit janë kryefamiljar që kanë në mbajtje 5.8 anëtarë të familjes. Nga ky kalkulim del se me këtë kapacitet do të mund të mbuloheshin 1,299,200 banorë. Në tabelën pasuese, do të paraqesim në mënyrë të veçantë kontributin e të punësuarve në sektorin privat dhe atë publik, sipas të dhënave të disponueshme.

⁸¹ Intervistë me Ministrin e Shëndetësisë z.Ferid Agani.

⁸² <http://esk.rks-gov.net/rekos2011/>.

Tabela c.

Kategorit e popullsisë	Numri	Premiumi mujor	Premiumi vjetor	Mesatarja e an. Të familjes	Të hyrat vjetore	Të hyrat mujore
Të punësuarit në sektorin privat	156,624	€ 5.00	€ 60.00	5.8	€ 54,505,152.00	€ 4,542,096.00
Të punësuarit në sektorin publik	77,376	€ 5.00	€ 60.00	5.8	€ 26,926,848.00	€ 2,243,904.00

Figura 10. Pjesëmarrja e sektorit publik dhe privat në të ardhurat e përgjithshme nga kontributet e të punësuarve



Tabela d.

Kategoritë e popullsisë	Numri	Premiumi mujor	Premiumi vjetor	Të hyrat vjetore	Të hyrat mujore
Personat në asistencë sociale	151,551	€ 5.00	€ 60.00	€ 9,093,240.00	€ 757,755.00
Pensionistët me pension bazë	104,098	€ 5.00	€ 60.00	€ 6,245,880.00	€ 520,490.00
Pensionistë me pension të kontributeve	30,805	€ 5.00	€ 60.00	€ 1,848,300.00	€ 154,025.00
Të papunësuarit ⁸³	125,500	€ 5.00	€ 60.00	€ 7,530,000.00	€ 627,500.00
Personat me aftësi të kufizuar (18-65 vjeç)	18,121	€ 5.00	€ 60.00	€ 1,087,260.00	€ 90,605.00
Familjet me fëmijë me aftësi të kufizuara	2,753	€ 5.00	€ 60.00	€ 165,180.00	€ 13,765.00
Përfituesit e programit DFDIL	12,285	€ 5.00	€ 60.00	€ 737,100.00	€ 61,425.00
				Totali i pagesave vjetore nga qeveria € 26,706,960.00 Mujore € 2,225,335.50	

⁸³ World Bank & Statistical Office of Kosovo, Consumption Poverty in the Republic of Kosovo in 2009, Maj 2011.

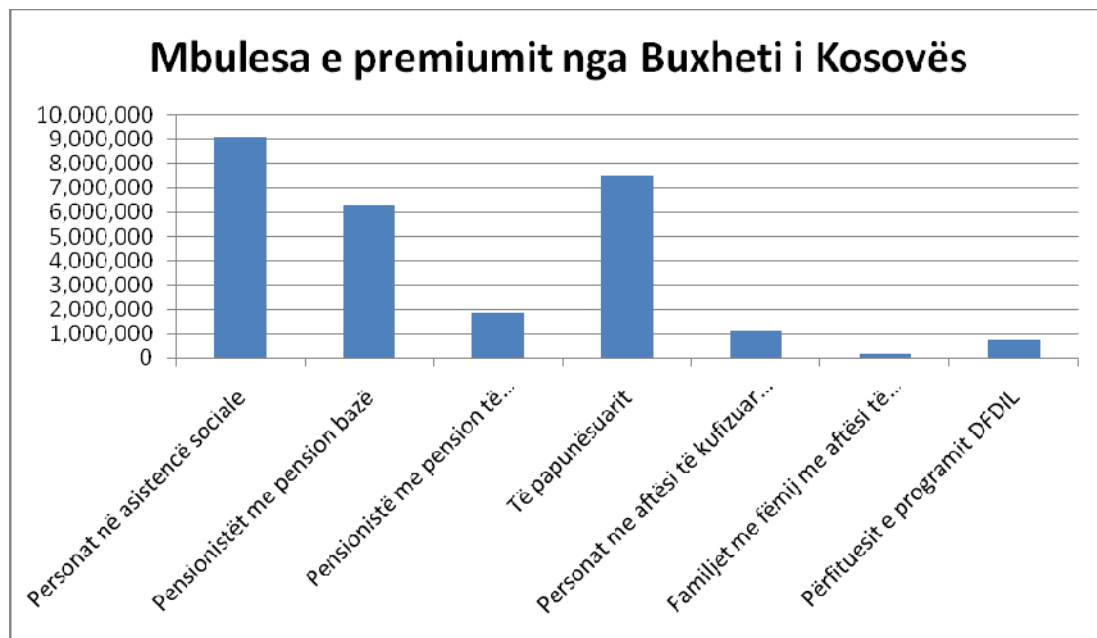


Figura 11.

Shihet se kapaciteti i pagesës nga personat e punësuar, në aspektin kuantitativ në sektorin privat është afërsisht 100% më i lartë se sa në sektorin publik, ngase edhe numri i të punësuarve në sektorin privat është 100% më i lartë sesa në atë publik. Nga kjo shihet se, në sferën ku tregu i punës me shumë vështirësi të madhe rregullohet me legjislacionin në fuqi, nga se prania e informalitetit është në masë të madhe, në aspektin e grumbullimit të mjeteve për sigurime shëndetësore do të paraqes problemin më të madh të grumbullimit të këtyre mjeteve.

Ndërsa, në rast se analizojmë impaktin e sigurimeve shëndetësore në buxhetin e Kosovës, përfshirë këtu kategoritë sociale që përfitojnë nga skemat e ndryshme të cilat sigurohen nga Buxheti i Kosovës, sipas rregullimit në draftin final del se kjo pagesë është në vlerë prej 26,706,960.00 euro në vit, apo 2,225,335.50 euro në muaj. Ndryshimi i mënyrës së pagesës së premiumit nga të punësuarit që është paraparë me draftin final, ka kursyer Buxhetin e Kosovës, për 21,201,024 euro. Kjo për shkak se drafti i fundit ka përjashtuar obligimin e punëdhënësit që të paguajë në formë të bashkpagesës premiumin e sigurimeve shëndetësore me të punësuarin. Nëse marrim parasysh se, Qeveria e Kosovës është punëdhënësi kryesor në sektorin publik, forma e bashkëpagesës nga punëdhënësi dhe i punësuarit mund të ngarkojë buxhetin e Kosovës. Në këtë drejtim, në rast se marrim parasysh se rroga mesatare është 327.00 euro dhe se nga 7% e kësaj shume nxjerrim premiumin prej 274.00 euro për vit, këtë shumë e shumëzohet me numrin e të

punësuarve në sektorin publik do të nxjerrim shumën të cilën do të duhej ta paguante Qeveria e Kosovës në cilësinë e punëdhënësit (77,376 x 274 euro = 21,201,024 euro). Kështu që Banka Botërore ka rekomanduar që qeveria të mos marrë këtë përgjegjësi, por që pagesa e premiumit të bëhet për çdo familjar në shumën të cilën do ta caktojë qeveria me vendim të veçantë. Kështu që pjesëmarrja e Qeverisë në pagesat për premiumet për sigurime shëndetësore do të ishte 21,201,024.00 + 26,706,960.00 = 47,907,984.00 euro.

Në rast se do të kalkulonim, se minimumi i pagesave të premiumit nga të punësuarit, do të paguhej prej 100.000 të punësuarve, atëherë shuma që do të grumbullohej nga këta kontribuues do të ishte 34,800,000 euro. Në mënyrë tabelore kjo do të dukej kështu:

Tabela e.

Kontributet	Numri i kontribuesve	Premiumi mujor per capita	Premiumi vjetor per capita	Mesatarja e anëtarëve të familjes	Shuma totale
Nga pagesat e të punësuarve max.	224.000	€ 60.00	€ 5.00	5.8	€ 77,952,000.00
nga pagesat e të punësuarve min.	100.000	€ 60.00	€ 5.00	5.8	€ 34,800,000.00
Pagesat e Qeverisë për kategoritë sociale	445.116	€ 60.00	€ 5.00	0	€ 26,706,960,00

Totali i pagesave të Qeverisë me

maksimumin e pagesave

€ 104,658,960.00

me minimumin e pagesave

€ 61,506,960.00

Pra, shohim se Qeveria e Kosovës do të paraqitet si kontrbuuese për gjithsej 445.116 persona që konsiderohen si kategori sociale, e që në këtë mënyrë, në rast se këtë numër e shumëzojmë me premiumin vjetor për krye të banorit, del se nga buxheti i Kosovës do të derdhen në 26,706,960,00 euro. Këtu shihet se në rast se arrihet optimumi i pagesave nga të punësuarit e të dy sektorëve, shuma totale në vit do të jetë 104,658,960.00, ndërsa në minimumin e këtyre pagesave do të kemi

një shumë të mjeteve prej 61,506,960.00 euro. Shihet qartë se i gjithë kapaciteti i Fondit varret nga pagesat e të punësuarve, ku edhe ligjdhënësi duhet të koncentrohet në gjetjen e masave sigurose, përmes të cilave Fondit të paktën nuk do t'i ishin cenuar mjetet minimale për funksionimin e tij.

Në anën tjetër, sipas kornizës afatmesme të Buxhetit të Kosovës, në vitin 2013, për sektorin e shëndetësisë buxheti do të ndajë mjete financiare në shumë prej 80,164,270.00 euro. Nga kjo del se, në vitin 2013 shëndetësia do të disponojë me gjithsej 80,164,270.00 euro + 104,658,960.00 + 6.400.000 euro (akciza e duhanit për shëndetësi) = 241,015,527 euro, apo me minimumin e mjeteve të grumbulluara 197,863,527 euro. Në rast se do të arrihet që të sigurohen mjetet financiare nga pagesa e premieeve për sigurime shëndetësore, sektori i shëndetësisë mund të arrijë një progres të konsiderueshëm, sidomos duke marr parasysh gjendjen e rëndë që zotëron në terren. Është i pamundshëm progresi i sektorit të shëndetësisë, me një buxhet prej 79,079,229 euro⁸⁴, gjë që e bënë Ministrinë e Shëndetësisë jofunksionale për të menaxhuar sektorin e shëndetësisë.

⁸⁴ Ligji Nr. 04/ L-001 për Buxhetin e Republikës së Kosovës për Vitin 2011.

VI EFEKTET NEGATIVE TË MUNGESËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË RAPORT ME KATEGORITË E CAKTUARA TË SHOQËRISË

Me zhvillimin e shoqërisë njerëzore, është bërë kategorizimi i të drejtave të njeriut në të drejta personale - të drejta politike dhe civile, dhe ato që mund të konsiderohen edhe si kolektive - të drejta ekonomike e sociale. Qëllim parësor i të drejtave ekonomike e sociale është sigurimi i çdo personi me gjërat elementare, të nevojshme, të paktën për sigurimin e ekzistencës së tij. Këtu hyn edhe e drejta për sigurim shëndetësor. Duke u nisur nga fakti se për një jetë dinjitoze, përveç sigurimit të ushqimit, është e nevojshme edhe përmbushja e kërkesave të tjera, atëherë bëhet i domosdoshëm edhe krijimi i kushteve elementare për zhvillim.⁸⁵

Se a kushtëzohet niveli i demokracisë së një vendi nga niveli i njohjes dhe mbrojtjes së të drejtave të njeriut, kjo është një çështje që nuk do diskutim. Megjithatë, Kosova mbetet ndër vendet e vetme në Evropë që nuk është pjesë e Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore. Për më tepër ky pakt nuk është paraparë në Kushtetutën e Kosovës si burim i drejtpërdrejtë i së drejtës.⁸⁶ Kjo është ndër të metat themelore të sistemit tonë kushtetues në fushën e të drejtave të njeriut, ndonëse kushtetuta njeh një sërë të drejtash ekonomike, sociale dhe kulturore.

Në anën tjetër, Pakti Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore është dokumenti më i rëndësishëm sa i përket mbrojtjes së shumë të drejtave themelore të njeriut, përfshirë edhe të drejtën në sigurim shëndetësor. Sa i përket dokumenteve ndërkombëtare dhe regionale të të drejtave ekonomiko-sociale të njeriut, Kosova, po ashtu, nuk e ka përfshirë në Kushtetutën e saj as Kartën Sociale të Evropës, pavarësisht faktit që ky dokument paraqet një nga dokumentet më të rëndësishme sa i përket të drejtave ekonomike e social dhe po ashtu është dokument që i rregullon në mënyrë të hollësishme dhe gjithëpërfshirëse të drejtat e tilla.

Kështu mungesa e Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore dhe Kartës Sociale të Evropës, paraqet një hendikep të madh në tentativat për njohje dhe mbrojtje të të drejtave ekonomike e sociale.

⁸⁵ www.dadalo.org/alb/menschrechte/Grundkurs_MR2/Materialien/dokument1.html (shikuar më 20 shtator 2011).

⁸⁶ Neni 22 i Kushtetutës së Kosovës.

Neni 51 Mbrojtja Shëndetësore dhe Sociale

1. Kujdesi shëndetësor dhe sigurimi social rregullohen me ligj.
2. Sigurimi social themelor, që ka të bëjë me papunësinë, sëmundjen, aftësitë e kufizuara dhe moshën e shtyrë, rregullohet me ligj.

Figura 12. Neni 51 i Kushtetutës së Kosovës.

Janë bërë shumë diskutime dhe debate duke u munduar të gjendet “arsyeja” se përse këto dy dokumente janë lënë jashtë, dhe janë arritur shpjegimet që kanë të bëjnë kryesisht me ngarkesat buxhetore që përfshirja e këtyre dokumenteve do t’i shkaktonte Kosovës. Sidoqoftë duhet pasur parasysh faktin se këto të drejta janë të natyrës graduale të zbatimit, në varësi të fuqisë financiare të shtetit, pra janë progresive dhe jo të menjëhershme, gjë që e neutralizon faktorin financiar. Në këtë dritë përgjigjet e zyrtarëve qeveritarë kanë qenë ose të zbehta ose nuk janë përgjigjur fare.

Por, mungesa e këtyre dokumenteve cilësohet të jetë dështimi më i madh i komunitetit ndërkombëtar dhe atij vendor sa i përket të drejtave në fjalë. Ndërsa mospërfshirja e tyre e bën Kushtetutën e Kosovës të paaftë për të arritur objektivin e vendosur në nenin 7 të saj për “arritjen e drejtësisë sociale”.⁸⁷

⁸⁷ *Shih* neni 7 I Kushtetutës së Kosovës.

5.1. E DREJTA NË SIGURIM SHËNDETËSOR – E DREJTË APO PRIVILEGJ?

"Të gjithë njerëzit janë të lirë dhe të lindur me të drejta dhe dinjitet të barabartë" - kështu fillon neni 1 i Deklaratës së Përgjithshme të Kombeve të Bashkuara për të Drejtat e Njeriut. Këto të drejta i takojnë çdonjërit dhe janë të patjetërsueshme, d.m.th. ato nuk mund t'i mohohen askujt.⁸⁸ Marrë parasysh këta parametra, e drejta në sigurim shëndetësor për shumicën dërmuese të popullatës mbetet vetëm "një ide bukur".

Me të drejtë thuhet se asnjë kushtetutë moderne nuk mund të quhet e kompletuar po që se nuk posedon një listë gjithëpërfshirëse të të drejtave të njeriut që i ofrohen qytetarit. Përfshirja e të drejtave të tilla në tekstin integral të kushtetutës paraqet garancë sa i përket njohjes. Megjithatë, vetëm një listim i tillë nuk mjafton; do të duhej të sendërtoheshin edhe mekanizma për realizimin e atyre të drejtave.

Kushtetuta e Kosovës garanton të drejtën në mbrojtje shëndetësore dhe sociale, që realizohet përmes pensioneve dhe asistencës sociale, ndërsa sigurimi shëndetësor ende nuk është bërë pjesë e kësaj mbrojtjeje. Si rrjedhojë, 98% e popullatës së Kosovës nuk gëzon sigurim shëndetësor, duke përjashtuar këtu 2% që këtë e bëjnë nëpër kompanitë private që ofrojnë shërbime të tilla.⁸⁹

Këto statistika të japin përshtypjen se e drejta në sigurim shëndetësor paraqet një privilegj për persona të caktuar, në gjendje të mirë ekonomike e financiare, që arrijnë t'i "dhurojnë" vetes sigurim shëndetësor, detyrim ky i shtetit që të gjithë qytetarëve t'i sigurojë gëzimin e të drejtës së tillë. Për më tepër, në Kushtetutë në mënyrë specifike duhet të identifikohen ato institucione, siç janë gjykatat dhe Avokati i Popullit, që janë përgjegjës për zbatimin e të drejtave të njeriut.⁹⁰

Është më se e evidente se mungesa e ligjit që rregullon sistemin e sigurimeve shëndetësore po e godet të tërë popullatën e Kosovës, megjithatë disa kategori të shoqërisë mbeten të prekura më shumë nga mungesa e një ligji të tillë.

⁸⁸ www.dados.org/alb/menschrechte/Grundkurs_MR2/Materialien/dokument1.html (shikuar më 29 Shtator 2011).

⁸⁹ Deklaratë nga Behxhet Shala, Kryetar i Këshillit për Mbrojtjen e Lirive dhe të Drejtave të Njeriut, e bërë më 08 Korrik 2011 në tryezën e organizuar nga Qendra për të Drejtat e Njeriut dhe Fondacioni Friedrich Ebert Stiftung në Prishtinë.

⁹⁰ <http://www.kushtetutakosoves.info/?cid=1,229> shikuar më 26 Shtator 2011).

5.2. SHTRESAT MË TË GODITURA

Kosova vazhdon të përballlet me gjendje të rëndë ekonomike e sociale dhe nivel të lartë të varfërisë së skajshme. Si një mjedis me 34% të popullsisë që jetojnë nën linjën e varfërisë, kurse 12% të popullsisë nën linjën e varfërisë së skajshme, Kosova nuk duket të jetë vend që gëzohen të drejtat e njeriut sidomos ato të spektrit ekonomiko-social, e aq më pak e drejta në sigurim shëndetësor.

Me gjithë iniciativat e kohëpaskohshme, nuk është arritur ende të miratohet një ligj për sigurimet shëndetësore dhe, si rrjedhim, të krijohet sistemi i sigurimeve shëndetësore. Mungesa e sistemit të sigurimeve shëndetësore drejtpërdrejt krijon vështirësi në shërbimet që mund t'u ofrohen kategorive sociale në Kosovë.⁹¹ Për më tepër, sipas një studimi të Bankës Botërore të vitit 2008, mungesa e një sistemi të sigurimeve e rëndon buxhetin e shtetit dhe ka efektet e veta në ofrimin e shërbimeve sociale për kategoritë e varfra.⁹² Një gjë e tillë është cilësuar të jetë e metë e politikave sociale edhe në Raportin e Progresit të Komisionit Evropian për vitin 2010.

Përkrahja sociale në Kosovë është e orientuar kryesisht në ofrimin e ndihmës monetare mujore për familjet e varfra, personat me aftësi të kufizuara, pensionistët dhe për kategoritë e invalidëve të luftës dhe familjeve të dëshmorëve të UÇK-së.

5.2.1. PËRKRAHJA SOCIALE PËR KATEGORITË E VARFRA

Skema sociale në Kosovë është e organizuar sipas Ligjit për Skemën e Ndihmës Sociale, i vitit 2003, ndërsa Ligji për Shërbimet Sociale dhe Familjare, Ligji Nr. 02/L-17, është ai që rregullon juridikisht mënyrën e ndihmës për familjet në nevojë.⁹³ Shërbimi social dhe familjar sipas këtij ligji, përfshin ofrimin e drejtpërdrejt të përkujdesjes sociale, këshillimit ose në raste të veçanta ndihmë materiale për njerëzit në nevojë.⁹⁴

Ligji, po ashtu, përcakton edhe kriteret se si caktohet një person në nevojë. Sipas nenit 1, par. 3 të këtij ligji, person në nevojë është cilido person që ka nevojë për shërbimet sociale për shkak se: është fëmijë pa përkujdesje prindërore, është fëmijë me sjellje asociale, është delikuent i mitur, ka marrëdhënie të çrregulluara familjare, është person i moshës së shtyrë, është person me sëmundje trupore ose aftësi të kufizuara fizike, aftësi të kufizuara mendore, të sëmundjes mendore, rrezikut nga shfrytëzimi ose abuzimi, dhunës në familje, trafikut të qenieve njerëzore, varësisë nga alkooli

⁹¹ Shih Valon Murati dhe Qerkin Berisha, *Skemat Sociale në Kosovë*, f. 29.

⁹² Po aty.

⁹³ Shih Ligji për Shërbimet Sociale dhe Familjare, Ligji Nr. 02/L-17, Prill 2005.

⁹⁴ Shih nenin 3 të këtij ligji.

ose drogat, të emergjencave ose fatkeqësive të shkaktuara nga natyra ose nga njeriu ose për ndonjë arsye tjetër ai person hyn në grupin e personave nevojtarë.

Nga të dhënat e ndryshme statistikore, del se numri i familjeve dhe personave përfitues të ndihmës sociale është goxha i madh. Në vitin 2009, më shumë se një e treta e popullsisë apo afro 34%, jetonin nën vijën e varfërisë absolute prej 1.55 euro për një person në ekuivalentë ditore, dhe 12% e popullsisë jetonin nën vijën e varfërisë së skajshme me 1.02 euro në ditë.⁹⁵

Në përgjithësi, Kosova ka një popullatë jashtëzakonisht të re për standardet evropiane, dhe llogaritet që një e treta janë nën moshën 15 vjet, dhe gjysma nën moshën 24 vjet.⁹⁶ Ka dal të jetë që shkalla e varfërisë është më lartë tek të rinjtë nën moshën 20 vjeçare dhe pastaj bie lehtë për t'u rritur prapë te të moshuarit.⁹⁷

Sipas të dhënave nga Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale⁹⁸, aktualisht⁹⁹ numri i familjeve kosovare nën asistencë sociale është 34.901 familje me gjithsej 151.551 anëtarë. Shuma mujore e ndihmës sociale për një familje sillet prej 40 euro deri në 80 euro, varësisht nga numri i anëtarëve të familjes. Mesatarja e ndihmës sociale është 62 euro në muaj, shumë kjo e cila duhet të sigurojë 2,100 kalori ushqim për një person të rritur.

Ndërsa buxheti vjetor i ndarë për kategorinë e personave përfitues të ndihmave sociale është 28,000,000.00 euro.

Miratimi i Ligjit për Sigurimet Shëndetësore do të ndikonte në të gjithë popullatën, e sidomos tek kategoritë e personave që jetojnë nën asistencë sociale, kur kemi parasysh faktin që të hollat që këta persona i marrin në emër të ndihmës sociale, do të mund t'i shpenzonin për gjëra të tjera elementare, e jo për barna e vizita mjekësore.¹⁰⁰

Në draft-ligjin aktual për sigurimet shëndetësore, nga pagesa e premiumeve janë përjashtuar personat që sipas Ligjit për Shëndetësi lirohen nga pagesa. E, sipas Ligjit për Shëndetësi,

⁹⁵ Consumption Poverty in the Republic of Kosovo in 2009, Banka Botërore dhe Enti i Statistikave të Kosovës, Prishtinë, Maj 2011.

⁹⁶ Po aty, faqe 9

⁹⁷ Po aty, faqe 9.

⁹⁸ Komunikim përmes postës elektronike me Mentor Morina, Departamenti I Ndhimave Sociale pranë Ministrisë së Punës dhe Mirëqenies Sociale të Republikës së Kosovës, datë 19 shtator 2011.

⁹⁹ Të dhënat e llogaritura në muajin shtator 2011.

¹⁰⁰ Intervistë përmes postës elektronike me z. Fehmi Ibrahim, drejtor i Departamentit për Ndhim Socialë në MPMP, realizuar më 23 Shtator 2011.

konsiderohen të siguruar dhe i gëzojnë të gjitha të drejtat nga sigurimi shëndetësor, por lirohen nga pagesa e premieeve kategoritë vijuese¹⁰¹:

- a) Fëmijët dhe të rinjtë deri në moshën 15 vjeçare;
- b) Nxënësit dhe studentët deri në fund të shkollimit të rregullt;
- c) Qytetarët mbi moshën 65 vjeçare;
- d) Qytetarët, anëtarët e ngushtë të familjeve të dëshmorëve, invalidët e luftës dhe invalidët e tjerë, anëtarët e ngushtë të familjeve të tyre, si dhe shfrytëzuesit e skemave të ndihmës sociale dhe anëtarët e ngushtë të familjeve të tyre dhe
- e) Personat me aftësi të kufizuara.

Realisht, kategoritë e përmendura më sipër kanë të drejtë të shfrytëzojnë shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor.¹⁰²

5.2.2. PËRKRAHJA E PENSIONISTËVE

Personat me aftësi të kufizuara dhe ata të moshuar që të gjithë kanë të drejtë në shëndet, sipas nenit 12(1) të Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore dhe kanë të drejtë që të kenë të njëjtin nivel të kujdesit mjekësor sikurse edhe pjesëtarët e tjerë të shoqërisë në të cilën jetojnë. Aq më tepër, e drejta në shëndet fizik dhe mendor nënkupton, për shembull, “të drejtën për qasje dhe përfitim nga këto shërbime mjekësore dhe sociale – përfshirë pajisjet ortopedike – të cilat u mundësojnë personave me paaftësi që të bëhen të pavarur, të parandalojnë paaftësimin e mëtejshëm dhe e mbështesin integritimin e tyre në shoqëri”. Në rastin e të moshuarve, parandalimi përmes kontrolleve të rregullta të përshtatura nevojave të tyre “luan rol vendimtar”.¹⁰³

Pensioni nënkupton një pagesë të rregullt mujore për një shfrytëzues gjatë tërë jetës, të cilën e fiton në bazë të moshës së arritur, apo paaftësisë fizike. Së këndejmi, ekzistojnë dy lloje të pensioneve: pensioni i pleqërisë për më të moshuar se 65 vjeç dhe pensioni invalidor për individët e moshës 18-65 të cilët mund të vërtetojnë se duhet të kategorizohen si persona me paaftësi fizike ose mentale.

¹⁰¹ *Shih* nenin 22 të Ligjit për Shëndetësi, Ligji nr. 2004/4.

¹⁰² *Shih* nenin 12 paragrafi 2 dhe neni 14 i Draft-ligjit për Sigurimet Shëndetësore.

¹⁰³ Të drejtat e njeriut në administrimin e drejtësisë: një doracak mbi të drejtat e njeriut për Gjykatësit, Prokurorët dhe Avokatët, Zyra e Komisionerit të Lartë për të Drejtat e Njeriut e KB, faqe716.

Përkrahja e personave pensionistë është e rregulluar sipas skemës së pensioneve bazë. Kjo skemë ka fillua të aplikohet që nga mesi i vitit 2001, ndërsa si pikënisje kishte përkrahjen e personave mbi 65 vjet me 28 euro, ndërsa aktualisht është 45 euro si pension bazë. Kjo është një përkrahje që u ofrohet të gjithë personave mbi 65 vjeç pa marrë parasysh nëse ndonjëherë kanë qenë në marrëdhënie pune.

Numri i përgjithshëm i personave shfrytëzues të saj është 104 098 persona, me një buxhet për vitin 2011 prej 68,952,818.00 euro (me fjalë: gjashtëdhjetë e tetë milion e pesëqind e nëntëdhjetë e dy mijë e tetëqind e tetëmbëdhjetë euro).

Ndërsa skema e pensioneve me kontribute u dedikohet personave që kanë mbushur 65 vjeç dhe të cilët dëshmojnë se kanë qenë në marrëdhënie pune mbi 15 vite. Sipas të dhënave që disponon Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale, këtë pension janë duke e shfrytëzuar rreth 30 805 pensionistë, të cila për çdo muaj marrin 80 euro.

Ndërsa sa i përket buxhetit të ndarë për këtë kategori për vitin 2011, kjo rrok shumën prej 37,000,000.00 euro.

5.2.3. PËRKRAHJA E INVALIDËVE TË LUFTËS DHE FAMILJEVE TË DËSHMORËVE

Kjo kategori, në krahasim me kategoritë paraprake ka gëzuar përkrahje më të madhe, duke pas parasysh ndjeshmërinë si rezultat i pasojave të luftës si dhe duke pas parasysh nevojën për ri-integrim të tyre në shoqëri.

Deri më tani nuk janë bërë analiza dhe hulumtime për të përcaktuar se sa prej këtyre familjeve janë edhe përfitues nga skemat sociale, çka do të thotë se familje dhe persona të caktuar nuk janë edhe kategori sociale, sidomos invalidët, veteranët e papunësuar si dhe familjet e dëshmorëve me situatë ekonomike të palakmueshme.¹⁰⁴

Ligji për Statusin dhe të Drejtat e Familjeve të Dëshmorëve, Invalidëve të Luftës, Veteranëve dhe Pjesëtarëve të UÇK-së dhe Familjeve të Viktimave Civile të Luftës (Ligji nr. 02/L-2) është ai që vë bazën ligjor për përfitimet e kësaj kategorie.

Përgjithësisht kjo kategori nuk trajtohet si kategori sociale të cilëve duhet ndihmua, veçse përkrahja për ta ka për qëllim që, në një mënyrë, kjo kategori të shpërblehet për sakrificën e bërë

¹⁰⁴ Valon Murati dhe Qerkin Berisham, *Skemat Sociale në Kosovë*, faqe 15.

për çlirimin e atdheut.¹⁰⁵ Sidoqoftë, është bërë pak për këtë kategori nga institucionet shtetërore, duke u lënë pas dore për kohë të gjatë.

5.2.4. PÛRKRAHJA E PERSONAVE ME AFTËSI TË KUFIZUARA

E organizuar në kuadër të MPMS, Skema e Personave me Aftësi të Kufizuara u ofron mbështetje personave të rritur mbi moshën 18 vjeç dhe më pak se 65 vjeç, të cilët janë plotësisht apo përherë me aftësi të kufizuara dhe të paaftës për çfarëdo pune e cila mund të shpërblehet.

Sipas statistikave të MPMS, në vitin 2011 këtë lloj pensioni janë duke e shfrytëzuar mbi 18 121 persona, duke marrë një përkrahje monetar nga kjo ministri në vlerë prej 45 euro.

Ndërsa i gjithë buxheti i ndarë për këtë kategori prek shumën prej 13 213 000.00 euro (me fjalë: trembëdhjetë milion e dyqind e trembëdhjetë mijë euro).

Po ashtu, sipas zyrtarëve të MPMS, kjo ministri ndihmon edhe familjet me fëmijë me aftësi të kufizuara të përhershme, të moshës 1 deri në 8 vjet. Nga kjo skemë përfitojnë 2 753 fëmijë të këtyre moshave, duke realizuar një përkrahje prej 100 euro në muaj. Kurse benefite të tjera përfitojnë edhe 642 fëmijë pa përkujdesje prindërore në strehim familjar në vlerë prej 75 euro në muaj, përkatësisht 150 euro në muaj për fëmijët në strehim familjarë jashtë familjes së tyre, numri i të cilëve është 92.

Duke qenë një ndër vendet më të varfra në Evropë, Kosova i ka mundësitë e kufizuara për të përkrahur në mënyrën e duhur kategoritë sociale në nevojë.¹⁰⁶ Shumat e përcaktuara më lartë nuk janë të mjaftueshme, madje në disa raste as ligjet nuk janë zbatuar me përpikëri, siç është rasti me moszbatimin e ndryshimit të shumave të ndihmave sociale me rritjen e inflacionit.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Po aty, faqe 15.

¹⁰⁶ Po aty, f. 17.

¹⁰⁷ Po aty.

5.3. RAPORTI I PROGRESIT 2011 PËR KOSOVËN DHE TË DREJTAT EKONOMIKE DHE SOCIALE

Dhe, këtyre ditëve morëm dhe Raportin e Progresit 2011 për Kosovën. S'është për t'u habitur aspak që edhe ky raport nuk e paraqet gjendjen ekonomike e sociale si të qëndrueshme, e as gjendjen e lidhur me zbatimin e të drejtave të njeriut si të kënaqshme, megjithëse përmend disa përmirësime që janë bërë.

Në përgjithësi sa i përket të drejtave të njeriut, ky raport e paraqet gjendjen si sfiduese në aspektin e promovimit dhe të zbatimit të të drejtave, dhe gjendja paraqitet e tillë edhe sa i përket mjeteve juridike të sendërtuara për mbrojtjen e të drejtave të njeriut, e edhe atyre administrative.¹⁰⁸ Në këtë pikë, Raporti kërkon përmirësim në të gjitha nivelet, marrë parasysh edhe faktin që respektimi i të drejtave të njeriut është edhe prioritet kyç i Partneritetit Evropian.¹⁰⁹

Kosova nuk është pjesë e Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore. Kosova nuk është as anëtare e OKB-së, dhe rrjedhimisht, nuk është në pozitë për të ratifikuar instrumente ndërkombëtare për të drejtat e njeriut.¹¹⁰ Me gjithë njohjen dhe zbatimin direkt që Kushtetuta e Kosovës i "ofron" disa prej instrumenteve ndërkombëtare të të drejtave të njeriut, realizimi i të drejtave të njohura me këto instrumente si dhe, fatkeqësisht, të drejtave të njohura me vet Kushtetutën, mbetet "për t'u bërë" në të ardhmen, ndërsa vet kjo çështje paraqet një sfidë madhore marrë parasysh edhe synimet e Kosovës për integrim në BE. Sa i përket Ministrisë së Shëndetësisë, si aktorë kyç në implementimin e Ligjit për Sigurimet Shëndetësore, raporti thekson se e njëjta ballafaqohet me mungesë fondesh dhe kapacitete të adekuate.¹¹¹

Edhe pse, sipas raportit, është shënuar një përparim në fushën e punësimit, gjendja edhe me tutje mbetet alarmante, ndërsa vet mungesa e mundësive të punësimit është një sfidë e përgjithshme për arritjen e nivelit më të lartë të përfshirjes sociale.¹¹² Aktualisht, popullsia e aftë për të punuar, por e papunë, paraqet 48.1% të tërë popullsisë,¹¹³ ndërsa gjendja e përgjithshme e varfërisë së popullatës paraqet një situatë alarmuese dhe kërkon zotim të Qeverisë për të adresuar këtë

¹⁰⁸ Kosovo 2011 Progress Report, Communication from the Commission to the European Parliament and the Council, faqe 14.

¹⁰⁹ Po aty, faqe 14.

¹¹⁰ Po aty, faqe 14.

¹¹¹ Po aty, faqe 41.

¹¹² Po aty, faqe 39.

¹¹³ Po aty, faqe 62.

problem. Ndërsa mosmiratimi i Ligjit për Skemën e Asistencës Sociale dhe Ligjit për Shërbime Sociale Familjare kanë pasur efektin e tyre në gjendjen sociale në përgjithësi.¹¹⁴

Mosmiratimi i Ligjit për Sigurimet Shëndetësore ishte parë si dështim i politikës kosovare edhe në Raportin e vitit të kaluar dhe mbetet në të njëjtin nivel edhe në Raportin 2011. Ndërsa as në fushën e të drejtave të njeriut nuk ka pasur përparim të dukshëm krahasuar me Raportin 2010.¹¹⁵ Sidoqoftë, miratimi i Ligjit për Sigurimet Shëndetësore si dhe Ligjit për Shëndetësinë mbetet imperativ i institucioneve, ligje këto që domosdoshmërisht do të reflektojnë në gjendjen sociale dhe, pashmangshmërisht, edhe në të drejtat e njeriut.

5.4. CILAT TË DREJTA THEMELORE CENOHEN ME MUNGESËN E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

Të drejtat ekonomike e sociale janë ato lloj të drejtash me të cilat individit si pjesëtar i shoqërisë i sigurohet ekzistenca. Të drejtat ekonomike, sociale e kulturore janë të drejta të njeriut, dhe janë pjesë integrale e “listës ndërkombëtare” mbi të drejtat e njeriut. Duke qenë kështu, njohja, garantimi dhe respektimi i këtyre të drejtave paraqet kusht *sine qua non* për gëzimin dhe realizimin edhe të të drejtave të tjera. Qëllimi parësor i njohjes dhe respektimit të këtyre të drejtave është siguri i mirëqenies dhe, si rrjedhojë, kjo kushtëzon edhe të drejtën në jetë.

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. Të drejtat sociale e kulturore, po ashtu, ndikojnë edhe në përmirësimin e kualitetit të jetës së njeriut. Së këndejmi na del që të drejtat ekonomike, sociale e kulturore, veçanërisht e drejta në sigurim shëndetësor, lidhet me shumë të drejta të tjera.

Ekziston një lidhje e qëndrueshme sa i përket të drejtës në sigurim shëndetësor dhe të drejtave të tjera të njeriut. Megjithatë, kjo lidhje shprehet më shumë sa i përket raportit me të drejtat civile e politike, përkatësisht raportit të Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Ekonomike, Sociale e Kulturore dhe Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Civile e Politike.¹¹⁶ Lidhja e qëndrueshme ndërmjet të drejtave ekonomike, sociale e kulturore, në njërin anë, dhe atyre civile dhe politike,

¹¹⁴ Po aty, faqe 39.

¹¹⁵ Raporti i Progresit 2010 për Kosovën, faqe 13.

¹¹⁶ Sipas nenit 22 të Kushtetutës së Kosovës, Konventa Ndërkombëtare për të Drejtat Civile e Politike gëzon zbatim të drejtpërdrejt në Kosovë dhe, rrjedhimisht, njihen dhe garantohen të drejtat e proklamuar me këtë instrument ndërkombëtar.

në anën tjetër, është evidente në raport me të drejtën në jetë, e cila është e garantuar me nenin 6(1) të Paktit Ndërkombëtar për të Drejtat Civile e Politike.¹¹⁷

E drejta në sigurim shëndetësor ka efekt edhe në të drejtën në shëndet. Shëndeti “është e drejtë themelore njerëzore e domosdoshme për ushtrim të të drejtave të tjera” dhe çdo qenie njerëzore ka të drejtë të gëzojë “standard më të lartë të arritshëm të shëndetit për një jetë në dinjitet”.¹¹⁸

Shteti, përmes akteve ligjore të nivelit kushtetues dhe atij të ligjeve, njeh dhe proklamon të drejtat e njeriut dhe, në të njëjtën kohë, edhe paraqitet si “dhunues” i këtyre të drejtave, duke mos ndërmarrë masa për realizimin e të drejtave të tilla fillimisht të njohura dhe proklamuar. Detyrimi i shtetit karshi të drejtave të njeriut nuk është vetëm detyrim pasiv, porse shteti është edhe përgjegjësi kryesor për respektimin, promovimin dhe mbrojtjen e të drejtave të njeriut. Një njohje dhe proklamim pasiv i tyre nuk mjafton për të “shlyer” borxhet e shtetit karshi qytetarëve të vet.

Duke mos llogaritur nismat legislative që janë ndërmarrë për të instaluar një sistem të sigurimeve shëndetësor dhe duke mos llogaritur dispozitat ligjore të Ligjit për Shëndetësinë, Ligji nr. 2004/4, e drejta në sigurim shëndetësor qytetarëve të Kosovës u njihet me Kushtetutën e Kosovës, me Deklaratën Universale të të Drejtave të Njeriut, me Konventën për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Gruas si dhe me Konventën për të Drejtat e Fëmijës, që të tria këto dokumente të zbatueshme drejtpërdrejt në Kosovë, sipas nenit 22 të Kushtetutës së Kosovës.

Mungesa e sigurimeve shëndetësore prek të gjithë qytetarët e Kosovës, por veçanërisht të prekur nga kjo mungesë janë kategoritë e personave që jetojnë nën asistencë sociale si dhe personat që rrezikojnë përjashtimin social.¹¹⁹ Pra të parët që preken nga mungesa e sigurimeve shëndetësore janë kategoritë që i trajtuam më lartë në këtë kapitull si familjet që janë në asistencë familjare, personat me aftësi të kufizuar, pensionistët si dhe fëmijëve që janë pjesë e familjeve të varfra dhe të shkatërruara. Andaj krijimi i sistemit të sigurimeve shëndetësore do të vendoste bazat që këtyre kategorive të cenuara shoqërore t’u krijoheshin kushtet për një jetë më të dinjitetshme dhe për realizimin e të drejtave themelore ekonomike, sociale e kulturore, e të cilat drejtpërdrejt ndikojnë edhe në realizimin e të drejtave civile dhe politike.

¹¹⁷ *Shih* Të drejtat e njeriut në administrimin e drejtësisë: një doracak mbi të drejtat e njeriut për Gjykatësit, Prokurorët dhe Avokatët, Zyra e Komisionerit të Lartë për të Drejtat e Njeriut e KB, faqe 676.

¹¹⁸ Po aty, faqe 713.

¹¹⁹ Intervistë përmes postës elektronike e z. Fehmi Ibrahimit, drejtor i Departamentit për Ndihma Sociale në Ministrinë e Punës dhe Mirëqenies Sociale. Intervista e realizuar më 23 Shtator 2011.

VII PËRFUNDIME

*Një e drejtë e vonuar është një e drejtë e mohuar*¹²⁰

Të sigurosh shëndetin nuk është luks. Përkundrazi, është një domosdoshmëri e kohës, për faktin se çdo ditë jemi të ekspozuar ndaj rreziqeve të paparashikueshme.

U përmend që nga viti 2004 kanë filluar përpjekjet e organeve shtetërore për të themeluar një sistem të sigurimeve shëndetësore. Megjithatë, çdo tentativë ka mbetur vetëm në nivel të tentativës, pa arritur të konkretizohet diç në këtë drejtim.

Në anën tjetër, është tejet imanente nevoja që qytetarët e Kosovës kanë për të pasur një sistem të tillë. Fatkeqësisht, Kosova paraqet të vetmin vend në Evropë që ende nuk ka sigurime shëndetësore, dhe në nivel global radhitet në të njëjtin rang me Somalinë sa i përket sigurimeve shëndetësore.¹²¹ Ndërsa miratimi i këtij ligji kërkon koncensus të përbashkët të institucioneve vendimmarrëse politike, sindikatave, shoqërisë civile dhe qytetarëve.

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.¹²²

Efektet e (mos)miratimit të Ligjit për Sigurimet Shëndetësore do t'i ndiejnë të gjithë qytetarët e Kosovës, por veçanërisht përfituesit e ndihmave sociale. Si rezultat i mungesës së sigurimeve shëndetësore, kategoria e pensionistëve, familjeve/personave që jetojnë nën asistencë sociale si dhe familjet e dëshmorëve dhe invalidët e luftës janë ata që goditen më së shumti, ngase me trendet aktuale të çmimeve, ata nuk arrijnë të mbulojnë shpenzimet e shërbimeve shëndetësore. Ndërsa, deri në aprovimin e Ligjit për Sigurimet Shëndetësore, qytetarëve të Kosovës u mbetet që sigurimet shëndetësore t'i blejnë tek kompanitë private që ofrojnë shërbime të tilla.

¹²⁰ Marthin Luther King Jr.

¹²¹ Deklaratë nga Blerim Sylja, gjinekolog në QKUK dhe përfaqësues i Sindikatës së Shëndetësisë, e bërë më 08 Korrik 2011 në tryezën e organizuar nga Qendra për të Drejtat e Njeriut dhe Fondacioni Friedrich Ebert Stiftung në Prishtinë.

¹²² Gutmundur Alfredson and Asbjørn Eide, faqe 482.

Anakronizëm i pafalshëm është mosmiratimi i ligjit për sigurimet shëndetësore, duke shkelur kështu marrëveshjet dhe instrumentet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut, vetë Kushtetutën e Kosovës si dhe ligjet bazike që rregullojnë sistemin shëndetësor në Kosovë.

Në vendet ku ka pengesa në të gëzuarit e të drejtave civile dhe politike, të drejtat ekonomike, sociale e kulturore kanë më pak mundësi të lulëzojnë dhe, e kundërta, aty ku të drejtat ekonomike, sociale e kulturore dështojnë në zhvillim, ekziston fushëveprim i vogël për zhvillim të plotë të të drejtave civile dhe politike.¹²³

Se sistemi i sigurimeve shëndetësore është denigruar tërësisht dhe pasojat janë fatale për qytetarët e Kosovës, kjo nuk do shumë mend për ta kuptuar. Kështu është thënë në shumë raporte e hulumtime vendore dhe ndërkombëtare. Megjithatë, mbetet të shpresojmë që draft-ligji aktual i sigurimeve shëndetësore do të merret me një seriozitet më të madh dhe, përfundimisht, e drejta e njeriut për të pasur sistem të sigurimeve shëndetësore, të bëhet realitet.

¹²³ Të drejtat e njeriut në administrimin e drejtësisë: një doracak mbi të drejtat e njeriut për Gjykatësit, Prokurorët dhe Avokatët, Zyra e Komisionerit të Lartë për të Drejtat e Njeriut e KB, faqe 674.