

**UNIVERSITETI I EJL**  
**ЈНЕ УНИВЕРЗИТЕТ**  
**SEE UNIVERSITY**

***ANALIZA E POLITIKAVE AKTUALE NË MBROJTJEN PRIMARE  
SHËNDETËSORE NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË TË VERIUT***

**-Punim i magistraturës –**

**Kandidat: Bekim Lamallari**

**Mentor:Prof.D-r.Gadaf Rexhepi**

**Nr.i indeksit 122866**

**Shkup, 2020**

## ABSTRAKT

Kontakti i parë ndërmejt pacientit dhe sistemit shëndetësor bazohet në nivelin primar. Niveli primar i mbrojtjes shëndetësore ndërtohet në parimin për qasje, efikasitet, kontinuitet, barazim, gjithpërfshirje dhe sigurim kualitativ të trajtimit mjekësor.

Në vitin 2004, filloi reformimi i sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë, ku parashihej që mbrojtja primare shëndetësore të privatizohet, respektivisht shërbimet ekzistuese të këtij niveli të jipeshin në koncesion për stafin shëndetësor që ushtronte këtë aktivitet në objektin ekzistues. Mënyra e kompenzimit për shërbimet e kryera nga këto institucione të dalura nga privatizimi ishte kapitacioni (pagesa për kokë banori)- anëtar të regjistruar te mjeku amë.

Me aplikimin e politikave për shëndetësi univerzale (sigurimi shëndetësor i garantuar për të gjithë qytetarët) mbeti obligimi për organizimin e mbrojtjes shëndetësore të të gjithë qytetarëve në teritorin e Republikës së Maqedonisë, nga gjithsej 1227 vende të banuara, 167 vendbanime në të cilat jetojnë 31599 banorë ndodhen në vendet që njihen si rurale (sipas Ligjit për sigurime shëndetësore dhe regullorja për veenderijen e marrëdhënieve dhe marrëveshjeve me isntitucionet shëndetësore), ndërsa 1060 vendbanime të tjera në të cilat jetojnë 327684 banorë ndodhen në pjesën e mbetur në të gjithë teritorin e R.M ku nuk mund ta realizojnë të drejtën e mbrojtjes shëndetësore në nivelin primar në vendbanimin ku ata jetojnë. Përkatësisht, 20,6% nga numri i përgjithshëm i qytetarëve/ të siguruarve në Republikën e Maqedonisë nuk mund ta realizojnë të drejtën për mbrojtje shëndetësore në vendin ku jetojnë.

Punimi ynë tregon se edhe pse janë realizuar projekte konkrete përsëri gjendja vazhdon të jetë e njëjtë ku 1/4 e popullsisë nuk kanë mbrojtje primare shëndetësore.

## ABSTRACT

The first contact between the patient and the health system relies on the primary level. The primary level of health care is build on the principle of access, efficiency, continuity, equality, inclusiveness and qualitative insurance of medical treatment.

In 2004, in Republic of Macedonia, began the reform of the medical system, where the primary health care was planned to be privatized, respectively, the present services of this level to be given under concession of the medical staff that applied this activity in already existent objects. The compensation of this kind of services done by this institutions that were made out of privatization was the capitation (payment per capita) – members registered at the general practitioner (doctor).

With the application of the politics for universal health (health insurance for all the citizens), there was the need for organizing health insurance for all the citizens in the territory of Republic of Macedonia. Of totally 1227 places, 162 living areas, where 31599 people live, are known as rural (according to the Law for health insurance and the rule for building relationships and deals with the medical institutions), on the other side 1060 living areas where 327684 people live are located in the remained territory of Republic of Macedonia, can't realize the right for health insurance in primary level in the place where they live. Respectively, 20,6% of the total number of citizens/insured in Republic of Macedonia, can't realize their right for health protection in the place where they live

Our study shows that even though there are several projects that have been implemented, the actual state it's still the same and 1/4 of the population don't have primary care protection.

## PËRMBAJTJA

Hyrje_____	6
Qëllimi I studimit_____	8
Hipotezat e studimit_____	9
Metodologjija e hulumtimit_____	10
Rishikimi I literatures_____	11
Sistemet shëndetësore në ekonomi të ndryshme_____	16
➤ Sistemi primar shëndetësor në Slloveni-----	16
➤ Sistemi primar shëndetësor në Belgjik-----	18
➤ Sistemi primar shëndetësor në Hungari-----	19
Sistemi shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut_____	21
Sistemi primar shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut_____	26
Shkaqet për përshirjen jo te plotë në teritorin e RMV për mbrojtjen shëndetësore____	31
Implementimi I projektit „Mjeku rural” në RMV_____	33
Fillimi I implementimit të projektit „Mjeku rural”_____	37
Mbrojtja primare shëndetësore për të gjithë popullatën_____	40
Hulumtimi_____	40-60
➤ Qyteti I Tetovës	
➤ Qyteti I Gostivarit	
➤ Qyteti I Dibrës	
➤ Qyteti I Kërçovës	
➤ Qyteti I Strugës	

Analiza e rezultateve	60
Përfundime dhe rekomandime	63
➤ Përfundime teorike	63
➤ Përfundime praktike	64
➤ Rekomandime	65
Literaturë e përdorur	67

## HYRJJE

Në Republikën e Maqedonisë së Veriut, 359.283 persona, të cilët jetojnë në 1227 vende të banuara të vendosura në 72 komuna, nuk mund ta realizojnë të drejtën e mbrojtjes shëndetësore në nivel primar në vendin ku ata jetojnë, që do të thotë se nuk ekzistojnë kushte që të gjithë qytetarët e Republikës së Maqedonisë së Veriut ta realizojnë të drejtën e mbrojtjes shëndetësore në nivel primar, në përputhshmëri me parimin për qasje si parim parësor i regulluar me Ligjin për mbrojtje shëndetësore. Në fakt, mbrojtja shëndetësore, në pajtueshmëri me nenin 5 nga Ligji për mbrojtje shëndetësore, bazohet në parimet për qasje, efikasitet, kontinuitet, barazim, gjithpërfshirje dhe sigurim kualitativ të trajtimit mjeksor. Sipas parimit për qasje, i definuar me nenin 6 të Ligjit për mbrojtje shëndetësore, mbrojtja shëndetësore realizohet nëpërmjet sigurimit të përshtatshëm mjeksor për popullsinë e Republikës së Maqedonisë së Veriut, e cila është në dispozicion në nivel gjeografik, fizik dhe ekonomik, posaçërisht mbrojtja shëndetësore në nivel primar.

Nga gjithsej 1227 vende të banuara, 167 vendbanime në të cilat jetojnë 31.599 banorë, ndodhen në vende që njihen si rurale sipas Ligjit për sigurim shëndetësor dhe Regullorja për vendosjen e marëdhënieve dhe marrëveshjeve me institutet shëndetësore, ndërsa 1060 vendbanime në të cilat jetojnë 327.684 banorë, ndodhen në pjesën e mbetur në të gjithë teritorin e Republikës së Maqedonisë. Nga kjo, në 74% nga numri i përgjithshëm i vendbanimeve rurale në Republikën e Maqedonisë, qytetarët nuk mund ta realizojnë të drejtën për mbrojtje shëndetësore në nivel primar në vendin ku jetojnë. Kjo vjen si rrjedhojë që në Republikën e Maqedonisë së Veriut ka gjithsej 1657 vendbanime në gjithsej 80 komuna, nga të cilat 10 e përbëjnë qytetin e Shkupit, i cili është njësi e posaçme e vetqeverisjes lokale. Përkatësisht, 20,6% nga numri i përgjithshëm i qytetarëve/ të siguruarve në Republikën e Maqedonisë së Veriut nuk mund ta realizojnë të drejtën për mbrojtje shëndetësore në vendin ku jetojnë. Kjo si rrjedhojë që në Republikën e Maqedonisë së Veriut ka gjithsej 1.741.841 qytetar/të siguruar.

Nga na tjetër, 1.382.558 të siguruar që jetojnë në 430 vendbanime në të gjitha komunat e Republikës së Maqedonisë së Veriut e realizojnë të drejtën për mbrojtje shëndetësore në nivel primar sipas parimit për qasje. Në procesin e analizave, informatat janë mbledhur nga Fondi për sigurim shëndetësor në Maqedoninë e Veriut për numrin e marrëveshjeve të vendosura me institucionet private shëndetësore, të cilat kryejnë veprimtari të mjeksisë së përgjithshme në nivel

primar. Me rëndësi është të theksohet se si vendbanim në të cilin nuk është siguruar mbrojtje shëndetësore për nevojat e këtij punimi, llogaritet vendbanim në të cilin asnjë institut privat shëndetësor nuk ka përfaqësi të saj ose punkt.

Gjatë përgaditjes së këtij punimi, është marur parasysh mundësia që qytetarët ta kenë zgjedhur mjekun në nivel primar të mbrojtjes shëndetësore në institut privat shëndetësor me përfaqësi në vendbanim tjetër, i ndryshëm nga vendi ku ata jetojnë, mirëpo është vlerësuar që kjo mënyrë e sigurimit të mbrojtjes shëndetësore nuk mundëson respekt të plotë dhe të vazhdueshëm të parimit ligjor për qasje në mbrojtjen shëndetësore.

---

Të dhënat e përdorura në këtë pjesë janë të marrura nga informacioni I dërguar në qeverinë e RMV-së për realizimin e projektit „Mjeku rural”

## QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

Bazuar mbi nenin 5 nga Ligji për mbrojtje shëndetësore, mbrojtja primare shëndetësore, batohet në parimet për qasje, efikasitet, kontinuitet, barazim, gjithpërfshirje dhe sigurim kualitativ të trajtimit mjekësor për të gjithë qytetarët e RMV.

Qëllimi i punimit është që të vlerësohet shkalla e realizimit të gjithpërfshirshmërisë në mbrojtjen primare shëndetësore për qytetarët e RMV në teritorin e saj posaçërisht në qytetet ku kemi realizuar anketa dhe intervju.

Analiza e rezultateve që u siguruan nga kontrolli i implementimit të projektit Mjeku rural i cili po realizohet në 1227 vendbanime ku popullata nuk mund të shfrytëzoj të drejtën për mbrojtje shëndetësore do të na tregon domosdoshmërinë e riorganizimit të mbrojtjes primare shëndetësore.

Punimi ka edhe për qëllim që mbi bazën e të dhënave të fituara të detektoj mangësitë dhe të propozoj masa për tejkalimin e tyre.



## HIPOTEZAT E STUDIMIT

Si hipoteza të cilat do të jenë objekt studimi në këtë punim magjistrature janë:

- **Hipoteza numër 1:** Rishikimi dhe plotësimi i rrjetit të institucioneve primare shëndetësore në përputhje me nevojat e populates do të mundësojë realizimin e plotë të së drejtës ligjore për mbrojtje primare shëndetësore.
- **Hipoteza numër 2:** Adaptimi stimulativ i mënyrës së finansimit të MPSH do të ketë efekt pozitiv në qasjen dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe kënaqësisë së pacientit.
- **Hipoteza numër 3:** Politikat stimulative për kuadrot mjekësor në MPSH do të stabilizojnë mungesën në kontinuitet me këto kaudro duke konsoliduar në mënyrë të qëndrueshme MPSH-në.

## METODOLOGJIA E HULUMTIMIT

Në këtë hulumtim do të përdoren të dhëna nga burime primare dhe sekondare. Domethënë për përgaditjen e tezës së magjistraturës do të përdoren të dhëna nga librat e botuar, gazeta të botuara, revista, artikuj të ndryshëm, etj., të dhëna publikisht të disponueshme në internet, informata për në Qeveri të përgaditura nga Ministria e Shëndetësisë e RMV si dhe të dhëna nga anketat dhe intervistat e realizuara nga kandidati.

Nga instrumentariumi metodologjik, në këtë propozim të tezës së magjistraturës do të përdoren metodat e mëposhtme:

1. *Metoda e analizës dhe sintezës* - kjo metodë do të përdoret për prezantim logjik të objektit të hulumtimit, ose gjendjes, problemet dhe perspektivat në zhvillimin dhe implementimin e inovacioneve, si dhe nxjerrjen e konkluzioneve përfundimtare në lidhje me rëndësinë e tyre për realizimin e objektivave

2. *Metoda e induksionit dhe deduksionit* - kjo metodë do të përdoret për të ardhur deri te konkluzionet dhe rekomandimet lidhur me çështjen e mbrojtjes primare në RVM, pastaj duke filluar nga testet me detaje dhe hollësitë në lidhje me këtë çështje, si dhe identifikimin e disa detajeve të panjohura në bazë të fakteve që janë të njohur në përgjithësi ose të bazuar në diçka që është supozuar.

3. *Metoda e intervistimit dhe anketimit* - kjo metodë do të përdoret në analizën e situatës në Republikën e Maqedonisë në lidhje me mbrojtjen primare shëndetësore, respektivisht për t'i njohur specifikat, problemet dhe kufizimet me të cilat ballfaqohet mbrojtja primare shëndetësore.

4. *Metoda krahasuese* - kjo metodë do të përdoret për krahasimin e të dhënave, statistikave, elementeve dhe trendeve në mbrojtjen primare shëndetësore.

## RISHIKIMI I LITERATURES

Mënyrat e organizimit të sistemeve shëndetësore

Cka paraqet sistem i mirë shëndësor, ku ai është duke reformuar mirë janë pyetje që zakonisht bëhen nga shumë qeveri nëpër botë. Paraqitja e botëkuptimeve të reja, e një kohe të re, besimeve të reja, lëvizjeve dhe sfidave të reja si pasojë e ndryshimeve të mëdha socio-ekonomike dhe ndryshimeve politike në mbarë botën si dhe në shtetin tonë solli deri tek procesi i transformimit të sistemit shëndetësor dhe privatizimit në shëndetësi. Ky privatizim nënkupton transformime në disa nivele dhe në më shumë segmente të sistemit shëndetësor në tërësi, e cila si përfundim do të sjellë shkallë më të lartë të shërbimeve shëndetësore përmes sigurimit të konkurrencës dhe kënaqësi më të lartë tek shfrytëzuesit e shërbimeve shëndetësore. Mirëpo, nga ana tjetër një sistem i hapur, social, i përshtatshëm për shfrytëzuesit nënkupton edhe përgjegjësi më të madhe të institucioneve që kryejnë këto shërbime, sidomos personelit profesional që punon në to.

Për definimin e shëndetit, si përkufizim më i shpeshtë përdoret ai i Organizatës Botërore të Shëndetësisë sipas të cilit shëndeti paraqet baraspeshë të plotë fizike, mentale dhe shoqërore, e jo vetëm mungesë e sëmundjes ose jostabilitet. Një definicion mjaft i rëndësishëm vjen nga autorët **Brody&Sobel**, sipas të cilëve *shëndeti është një aftësi e sistemeve (qelizave, organizmit, familjes, shoqërisë) e cila mundëson të adaptohen ndaj sfidave të shumta të cilat i hasim në ambientin i cili na rrethon (fizik, kimik, infektiv, psikologjik, social) (Петковски, К. & Симоновска, В., 2008)*

Për sigurimin e një kualiteti më të lartë të shërbimeve shëndetësore nevojitet edhe një menaxhim stabil për mirëmbajtjen e procesit pa pësuar tronditje të mëdha. Ky lloj menaxhimi në fushën e shëndetësisë mundësohet nga të gjithë ata persona që planifikojnë, organizojnë, koordinojnë, grupojnë, udhëheqin dhe bëjnë kontrollimin e procesit të realizimit dhe mbrojtjes shëndetsore. Këto menaxher mund të jenë të ngarkuar dhe përgjegjës në reparte të veçanta spitalore, dmth janë të specializuar, ose të udhëheqin një tërësi ose sistem, dmth të jenë të përgjithshëm.

Sistemet e integruara konsiderohen si zgjidhje ndaj sfidës për t'u mbajtur qasja dhe integriteti I kujdesit shëndetësor nëj urisidkione të shumta nëpër botë (Levesque, J. F., et al., 2013).

Qasja është qendore për performansën e sistemeve shëndetësore nëpër botë. Mirëpo, qasja drejt kujdesit shëndetësor mbetet një nocion I ndërlikuar siç vërehet në konceptet dhe interpretimet e llojllojshme tek autor të ndryshëm (World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009)

Institucionet më të mëdha në të shumtën e rasteve kanë punonjës që funksionojnë si ndihmës të menxherëve të nivelit më të lartë dhe kanë për detyrë marrjen e vendimeve të përgjithshme. Veprimatria e tyre mund të jetë pjesë e kujdesit të të sëmurëve, kirurgji, trajtim dhe informim për të sëmurët.

Në përputhshmëri me ligjet e reja, nëpër institucionet shëndetësore filloj udhëheqja e detyrës përmes dy drejtorëve, gjë që do ta theksojë edhe më shumë nevojën për menaxhim në shëndetësi.

Si problem serioz, dhe më tepër si nevojë dhe kerkesë në menaxhimin në shëndetësi janë punonjësit kompetent shëndetësor. Në kohën e re, përveç përgaditjes profesionale, punonjësit shëndetësor duhet të posedojnë edhe disa aftësi shtesë si: *përdorimi i teknologjisë informuese dhe komunikim, njohje e gjuhëve botërore, kulturë teknike, aftësi për sipërmarrje dhe për socializimi (aftësi për komunikim, për udhëheqje dhe punë në grup)*. (Pollozhani, A. & Kendrovski, V., 2009)

## NIVELET E SISTEMIT SHËNDETËSOR

Të menaxhosh një sistem shëndetësor i cili paraqet një tërësi shoqërore komplekse dhe të ndërlikuar do të thotë të analizosh gjendjen aktuale të tij përmes kriteriumeve që themelohen nga organizatat shëndetësore, të detektohen dobësitë e tij, të formulohet plan the strategji afatgjate dhe afatshkurte dhe të praktikohen zgjidhjet si në vet institucionin shëndetësor ashtu edhe në mbarë sistemin shëndetësor. Sistemi shëndetësor është njëthurje midis modeleve të integruara publike, kontratave publike dhe pagave publike, duke kompromituar elemente nga sektori public dhe privat dhe duke futur principe nga modele të ndryshme organizuese (Starfield, B. et al., 2005)

Sistemi shëndetësor është i organizuar në tre nivele të ndryshme (Pollozhani, A., 2013):

- **Niveli themelor** i mbrojtjes shëndetësore i cili paraqet pjesën më të rëndësishme të sistemit dhe përfshin mjekët e familjes të cilët realizojnë mbrojtjen shëndetësore primaree cila kryhet në nivel të bashkësive lokale dhe komunave me qëllim që të mundësohet një qasje e barabartë fizike sa i përket mbrojtjes shëndetësore të popullatës në qytetet dhe fshatrat
- **Niveli sekondar** (mbrojtje shëndetësore e specializuar), e realizojnë shërbimet e specializuara dhe spitalet (shumica e shërbimeve kryhen sipas udhëzimit të dhënë nga mjeku amë) dhe përfshin rajonet e ndryshme kështu që në këtë nivel zgjidhen problemet më të ndërlikuara.
- **Niveli terciar**, në të cilin realizohet mbrojtje shëndetësore me një nivel të lartë të specializimit ose subspecializimit, realizohet nga kuadro shëndetësore të specializuar të cilat për dhënien e shërbimeve shëndetësore përdorin pajisje dhe aparate të sofistikuar. Ky nivel përfshin klinikat spitalore, dmth.klinikat univerzitare spitalore ose disa institucione të tkera shëndetësore në të cilat relizohen veprimtari arsimoro shkencore.

Duke e pasur parasysh kompleksitetin e organizimit të sistemit shëndetësorë mund të themi se aplikimi i menaxhimit në shëndetësi është më se i domosdoshëm. Në këtë mënyrë do të bëhet përmirësimi i cilësisë së mbrojtje shëndetësore në të gjitha nivelet, përmes planifikimit organizimit, grupimit, udhëheqjes dhe kontrollimit. Nga ana tjetër decentralizimi dhe

fleksibiliteti në menaxhim dhe udhëheqje zmadhon nevojën që aftësitë udhëheqëse të një personi të bëhen kyç për kryerjen e detyrës për dallim nga e kaluara ku dominonin sistemet hierarkike-administrative. Të dhënat gjithashtu tregojnë se kujdesi primar (për dallim nga kujdesi special) është i lidhur me një distribuim më të barabart të shëndetit te popullata (World Health Organization., 2000).

Vetdijësimi për një edukim në fushën e menaxhimit i ka rrënjët e tij në vitet e tetëdhjeta të shekullit të kaluar ku qëllim kryesor ka qenë krijimi i kuadrove efikase dhe efektive të cilët do ta kryejnë me sukses menaxhimin e organizatave shëndetësore dhe sistemit për mbrojtje shëndetësore. Në këtë lloj edukimi janë përfshirë: fitimi i njohurive të nevojshme nga fusha e menaxhimit, aftësi të caktuara profesionale dhe mënyra se si të aplikohen ato.

Si qëllime specifike për aftësi menaxheriale numërohen fitimi i njohurive dhe përvojave nga fusha e:

- Politikës shëndetësore
- Sistemit për mbrojtje shëndetësore
- Organizimit , planifikimit nga ana ekonomike e organizatave shëndetësore
- Menaxhimit në shëndetësi
- Komunikimit
- Sistemeve informatike
- Teknologjisë shëndetësore

E rëndësishme është menaxherët të dinë të komunikojnë me pjesmarrësit, praktikantët dhe specialistët si dhe me bashkëpunëtorët e tjerë, të kenë aftësi t'i motivojnë dhe udhëheqin ata, të krijojnë bashkëpunim me ta dhe të angazhohen për edukimin dhe avancimin në kontinuitet të tyre. Për shkak të ndërlikueshmërisë dhe ndjeshmërisë së sistemit, ekzistojnë lloje të ndryshme të menaxherëve, dhe secili kërkon veçori dhe njohuri specifike në pajtim me fushën ku ata e ushtrojnë detyrën e tyre (Pollozhani, A., 2013):

Si profile të ndryshme të menaxherëve në organizatat shëndetësore mund t'i numërojmë:

- *Menxher mjekësor (i cili punon kryesisht në mbojtjen kurative)*
- *Menaxher i një institucioni shëndetësor ose shërbimi*
- *Menaxher i programeve shëndetësore*
- *Menaxher i projekteve shëndetësore*
- *Menaxher i përgjithshëm*

Nga fusha e menaxhimit shëndetësor mund të edukohen të gjithë profesionistët te cilët punojnë në organizatat shëndetësore si: mjekë, stomatologë, farmacistë, infermier, ekonomistë dhe juristë. Që edukimi i tyre të jetë sa më efikas dhe efektiv është më se e nevojshme që të përpilohen programe të posaçme dhe të selektohet fusha në të cilën mendohet se një profesionist i lartpërmendur do të ketë më së shumti sukses dhe kontribut në sistemin shëndetësor. Sa i përket fushave ku ata mund të profilizohen si menaxher mund të përmenden:

- *Bazat e menaxhimit dhe parimet e tij të përgjithshme*
- *Politikat shëndetësore*
- *Sistemi shëndetësor*
- *Organizata/shërbimi/institucioni shëndetësor*
- *Shëndeti*
- *Informatika*
- *Ekonomia*
- *Aspektet ligjore*

## SISTEMI SHËNDETËSOR NË EKONOMI TË NDRYSHME

### Sistemi primar shëndetësor në Slloveni

Në Republikën e Slovenisë, kujdesi primar shëndetësor kryhet nëpërmjet organizimit publiko-privat. Këtu bëjnë pjesë qendrat shëndetësore dhe stacionet shëndetësore. Në vitin 1926 u themelua qendra e para shëndetësore e cila si fillim i trajtonte grupet e caktuara (target grupet) dhe më pas filloi të ofrojë shërbime shëndetësore në preventivë, dhe kujdes për të gjithë grupmoshat. në nivel primar bëjnë pjesë këto shërbime:

- Ndhme urgjente
- Mjekesi familjare
- Kujdes shendetesor per shendetin e gruas, femijeve dhe te rinjeve
- Vizite shtepiake nga infermieret
- Sherbime laboratorike
- Sherbime stomatologjike per femije dhe te rritur
- Sherbime farmaceutike
- Sherbime ne fushen e terapise fizikale
- Sherbime ambulatore

Në Republikën e Sllovenisë numërohen gjithsej 64 qendra shëndetësore dhe 69 stacione shëndetësore të cilat ofrojnë kujdes primar. Mjekët e përgjithshëm punojnë me afër 1800 pacient si numër mesatar, ku numërohen 10% të fëmijëve të përfshirë në kujdesin primar shëndetësor nga pediatri. Pagesa e mjekëve në nivelin primar bëhet në bazë të një kontrate të punës, ku mjekët dhe stomatologët kanë të drejtën të kenë kontrata të veçanta, që nënkupton pozicione të ndara dhe të drejtën për rritjen e pagave të tyre. Sistemi shëndetësor në Republikën



e Sllovenisë jep mundësi që shërbime shëndetësore të japin edhe institucionet private shëndetësore, me çka sëbashku përmbushin nevojat e popullatës për shërbime shëndetësore.

Diferenca e vetme në mes dy sistemeve shëndetësore (publike dhe private) qëndron në atë se shërbimi privat nuk mund të konkurojë për fonde publike për investim kapital (Vab. I, 1995)

Është menduar se me funksionimin e sistemit privat do të rritet niveli i kënaqësisë në atë që ofrojnë shërbimet private kundrejt atyre publike, mirëpo gjatë 5 viteve të fundit përqindja e njerëzve që mendojnë se shërbimet private janë më superiore në kualitet në krahasim me ato publike ka rënë.

Shumica e shteteve të zhvilluara janë në kërkim të zgjerimit të asaj që ka efekt përmes investimeve të mëdha për fuqizimin e sistemeve. Me udhëheqje, bindje dhe përkushtim, të menduarit në mënyrë sistematike mund të lehtësohet dhe të përshpejtohet fuqizimi i sistemeve që në mënyrë më efektive të jipen shërbime shëndetësore (Busse, H. et al., 2014).

Për mbrojtjen shëndetësore primare në Slloveni mund të konkludojmë se nuk ndryshon nga mbrojtja shëndetësore e vendeve evropiane dhe vendeve të industrializuara.

## Sistemi primar shëndetësor në Belgjikë

- Popullsia: 10.67 milion banorë
- Sipërfaqja e teritorit: 30 528 km<sup>2</sup>
- Densiteti mesatar: 349/km<sup>2</sup>
- Rritja e popullsisë në vitin 2008: 0.78%
- Shkalla e fertilitetit në vitin 2006: 1.80
- Në vitin 2050 afër 15.6% e popullatës do të jetë mbi 65 vjeç.

### Qasja në shërbimet e kujdesit parësor

Numri i përgjithshëm i mjekëve në Belgjikë është rreth 136 mjek për 100 000 banorë, që është një shpërndarje mjaft e mirë e cila mundëson një mbrojtje kualitative shëndetësore.

Sa i përket pjesëve rurale të vendit, qasja në mjek të përgjithshëm nuk has në vështirësi, përshkak se në zonat rurale në Belgjikë janë gjithmonë në afërsi të rrjetit të qytetit (për shkak të madhësisë së vogël dhe dendësisë së lartë të popullsisë të vendit) dhe së dyti në zonat më pak të banuara, shpërndarja e mjekëve të përgjithshëm është e duhur.

### Cilësia e kujdesit parësor

Popullsia Belge raportoi 4.5 kontakte me një mjek të përgjithshëm çdo vit (4 herë më shumë për njerëz mbi 75 vjeç se për ata nën 45 vjeç) dhe 78% prej tyre kishin të paktën një kontakt gjatë vitit të kaluar. 1/3 e gjithë kontakteve me pacientët në praktikën e përgjithshme janë vizitat në shtëpi, mjekët e përgjithshëm i shohin pacientët e tyre të paktën 6,7 çdo vit, ku vizitat e mjekut zgjatën deri në 30 minuta. Sistemet shëndetësore janë vazhdimisht të pabarabarta (World Health Organization, 2004). Nga shifrat e lartpërmendura mund të konstatohet se mbrojtja primare shëndetësore në shtetin e Belgjikës është mjaft mirë e organizuar dhe është shembull i duhur se si duhet të organizohet mbrojtja primare që të kemi pacient të kënaqur dhe popullsi të shëndoshë.

## Sistemi primar shëndetësor në Hungari

- Popullsia: 10 million banorë
- Reth 6800 mjek të kujdesit primar
- 1500 pedijatër kujdesen për fëmijë të moshës nën 14 vjeç
- 1600 mjek të kujdesit primar japin shërbim për të gjitha moshat
- Pjesa tjetër kujdeset vetëm për të rriturit

### **Financimi i Kujdesit Parësor (KP)**

Financimi bazohet kryesisht në kapitalizim. Ekzistojnë elemente të tjera të bazuara në numrin e banorëve të zonës së punës (sa me e ulët është popullsia, aq më i lartë është kapitacioni), lloji i marrëveshjeve (më të ulëta në qytetet e mëdha, më të larta në zona të largëta). Paga e mjekut është 2200 deri 3000 euro në muaj dhe kjo shumë duhet të mbulojë jo vetëm pagat e mjekut dhe infermiereve, por edhe të gjitha shpenzimet e tjera të praktikës. Shumë mjek të përgjithshëm gjithashtu punojnë me honorar si mjek i shëndetit në punë, ose ofrojnë shërbime të tjera mjekësore për të rritur të ardhurat e tyre të ulëta. Kohët e fundit qeveria ofroi disa pagesa shtesë (maksimumi 170 euro, në muaj për të mbuluar blerjet e pajisjeve të reja teknike dhe investime në infrastrukturë.

Sistemet shëndetësore ndryshojnë shumë për nga performansa dhe shtetet me nivel të ngjajshëm të të ardhurave, edukimi dhe shpenzimet shëndetësore dallojnë në kapacitetin e tyre për të arritur qëllime kyçe shëndetësore (De Savigny, D., & Adam, T., 2009).

Nevojiten investime të shumta për një qasje të re dhe innovative për hulumtimet në sistemit shëndetësor; hulumtimet shëndetësore duhet të menaxhohen me efikasitet nëse duan që të kontribuojnë në fuqizimin e sistemeve shëndetësore dhe ndërtimin e një vetbesimi public në shkencë (Murray, C. J., & Frenk, J., 2000)

### Problemet e sistemit shëndetësor hungarez

- Mungesa e burimeve të reja financiare për ndryshime në sistemin shëndetësor
- Investimi privat nuk është i lejuara nëpër spitale,
- Përveç pagave të ulëta zyrtare, egzistimi i sistemit të dhënies së dhuratave pengon përdorimin racional dhe ekonomik të kapaciteteve financiare dhe të fuqisë punëtore,
- Sasi të madhe të dokumenteve administrative nga ana e mjekëve , për shkak të mungesës së stafit tjetër me përvojë. Pjesa më e madhe e ngarkesës administrative të punës duket të jetë e padobishme;
- Moshja e vjetër e mjekëve- pothuajse në të gjitha specializimet mjekësore (mosha mesatare e mjekëve është mbi 57 vjeç),
- Mungesa e mjekëve të rinj, të cilët dëshirojnë të trashëgojnë brezin e vjetër . Shumë nga mjekët e rinjtë dhe mjekët të moshës së mesme dëshirojnë të lëvizin jashtë vendit, duke shpresuar që të gjejnë një punë më të paguar në vende të tjera,
- Mungesa e investimeve private në kujdesin parësor.

## SISTEMI SHËNDETËSOR NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË SË VERIUT

### Të dhëna për sistemin shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut

Të dhënat bazike mbi sistemin shëndetësor të cilat do ti paraqesim në vazhdim, do të na shërbejnë për të kuptuar gjendjen faktike si dhe problematikën konkrete të cilat do ta shtjellojmë në këtë punim.

#### *Gjendja demografike:*

- 2.08 milion banorë (0-14 vjec=20.7%, +65 vjec=10.7%)
- Në vitin 2030 llogaritet se personat +60 vjec do të përbejnë 18% të popullatës
- 60% jetojnë në zonat urbane
- Nataliteti 11 lindje të gjalla në 1000 banorë
- Vdekshmeria krudo 8.8 ne 1000 banorë
- Rritja natyrale e popullatës 4.5 në 1000 banorë

#### *Disa të dhëna mbi gjendjen politike:*

- Firmosja e Marreveshjes se Stabilizim-Asocimit me BE-ne-2001
- Dhenia e statusit te vendit kandidat per anetaresim ne BE-2005

#### *Financimim i sistemit shëndetësor në R.M V*

- Shpenzimet totale për shëndetësinë si % e BPV-se = 7.8% ( nga këto 84% nga sektori publik)
- Farmaceutika= 40-3000 milion \$/vit
- Fondi i detyrueshëm i sigurimeve shëndetësore (1.9 milion të siguruar, 150 mijë pa sigurim)

- 90% e të ardhurave vijnë nga kontributet e të siguruarve, punëdhënësit dhe ministritë mbështetëse për pensionistët dhe invalidët
- Paketa bazë e shërbimeve të ofruara (bashkëpagesa, sigurimi plotësues privat)
- Kontraktimi i barnave dhe kujdesi sipas udhërrëfyesve të bazuar në evidencë

### Treguesit shëndetësor

Indikatorët shëndetësorë janë treguesit më të sakt për nivelin e sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë , të cilat do të cekën në vazhdim

#### *Strukturor*

- Spitale-71 (67 publik=4 privat)
- Shtretër spitalor/100.000=462.6
- Shfrytëzimi i shtratit-64%
- Ditë qëndrimi mesatar-8.8 ditë
- Numri i shtrimeve/100 banorë=10.5
- Qendra të kujdesit primar-732
- Vizita mjekësore-3 për person në vit
- Mjek në 1000 banorë=2.7
- Mjek në kujdesin primar-1.772 (607 privat)
- Infermiere në 1000 banorë=5
- Institutet e shëndetit publik (22 qendra higjienike-sanitare)
- Financimi

### Treguesit e performancës

- Jetëgjatësia mesatare që në lindje=73.5 vjeç (M=71.1, F=76)
- LE e përllogaritur=72.5 vjeç
- Vdekshmëria e të posalindurve në 1000 fëmijë të lindur gjallë=11.2
- Probabiliteti i vdekjes para moshës 5 vjeç në 1000 banorë=13
- Vdekjet nga sëmundjet kardiovaskulare në 10.000 banorë=599
- Vdekjet nga neoplazmat në 100.000 banorë=165
- Vdekjet nga të gjitha shkaqet 100.000 banorë=1033
- Treguesi DMFT-12 i stomatologjisë >5% (1.4 në BE)

Lidhur me performansen e sistemit shëndetësor sipas vleresimit e kategorizimit të OBSH-se, RM-ja në teresi radhitet në grupin B TE VENDEVE TE Evropës (pra në mes të vendeve të grupit A, që janë kryesisht ato të BE-se, të cilat kanë treguesit më të mirë shëndetësorë, dhe të grupit C të vendeve me tregues më të pakënaqshëm).

## TË DHËNA STATISTIKORE MBI SISTEMIN SHËNDETËSOR TË R.M V

- Sistemi shëndetësor në Republikën e Maqedonisë ka gjithsej 3,421 institucione shëndetësore, nga të cilat 2,257 janë ordinanca private, ndërsa veprimtaria spitalore është regjistruar në gjithsej 29 klinika universitare, 1 qendër klinike stomatologjike universitare me 7 klinika, 4 spitale të klinikës, 2 klinika, 14 spitale të përgjithshme, 12 spitale special, 6 qendra për rehabilitim dhe banja, si dhe 9 stacionare jashtëspitalore në kuadër të shtëpive të shëndetit.

- Në sistemin shëndetësor janë konstatuar gjithsej 9.339 shtretër ose 4,6 shtretët për 1000 banorë, nga të cilët 276 në spitalet private ose 3.5%, ndërsa në spitalet e përgjithshme u regjistruan gjithsej 3.933 shtretër ose 2 shtretër për 1000 banorë, nga të cilët 54,2% janë internistë, kurse të tjerat I takojnë grupit të shtretërve kirurgjikale. 273 shtretër janë të shpërndarë në 37 spitale ditore, të cilat funksionojnë në kuadër të spitaleve shtetërore. Nga numri I përgjithshëm I shtretërve, 2/3 ose 6.561 janë për hospitalizim afatshkurtër të pacinetëve me gjendje akute. Të tjerat janë për hospitalizim afatgjatë, prej të cilëve 1.163 shtretër janë të dedikuar për pacintët me sëmundje, gjendje dhe çrregullime mendore.

- Kujdesi preventive shëndetësor funksionon perms rrjetit të Institutit të Shëndetit Publik, 10 qendrave për shëndet public, 21 zyrave rajonale, Instituti të Punës dhe Mjekësisë Sociale, ekipeve preventive në kuadër të 34 shtëpive të shëndetit, Entit për Mbrojtjen Shëndetësore të Nënave dhe Fëmijëve dhe enteve për shëndetin mendor në Shkuo dhe Manastir.

- Mbrojtjen shëndetësore e realizojnë edhe 12 institute pranë Fakultetit të Mjekësisë, Instituti I Mjekësisë së Transfuziologjisë, 4 qendra shëndetësore, 56 poliklinika, 95 laboratorë dhe 843 barnatore.

- Në sistemin shëndetësor, në sektorin shtetëror dhe privat, janë evidentuar gjithsej 19,904 punonjës shëndetësor ( 17.793 janë punonjës shtetëror, nga të cilët 12.190 punonjës shëndetësor ose 68.5%). Prej tyre 5.323 janë mjekë, pra 1 mjek për 384.5 banorë. Nga numri I përgjithshëm I tyre 3.407 janë në sektorin shtetëror dhe 1.916 në sektorin privat.



- Janë evidentuar 1.630 stomatologë, pra 1stomatolog për 1.255 banorë. Veprimatrinë dentare në sektorin shtetëror e kryejnë 435 mjekë ose 26,7% nga numri I përgjithsëm I tyre.

- Janë evidentuar 720 farmacistë, pra 1 farmacist për 2.843 banorë. Nga numri I përgjithshëm I farmacistëve, 92 janë të punësuar në institucione shtetërore. Ndërkaq numri më I madh I tyre punon në barnatoret e spitaleve, poliklinikave dhe institutive të tjera.

Këto të dhëna dëshmojnë se në vendin tone ka rreth 4000 aparate mjekësore diagnostifikuese-terapeutike. Prej 3.863 aparateve 986 janë për EKG, 318 EHO, 37 EEG, 10 EMG, 138 PËR PTG, 26 për bronkoskopi, 19 për kolonoskopi, 29 për gastroskopi, 83 respiratorë, 23 tomografi kompjuterike, 4 rezonanca magnetike, 366 aparate për dializë, 2 për fekondim In Vitro, 1 kamerë gama, 32 mamografe, 6 litotriporë, 2 njësi konorare (angiografi), 5 aparate për diagnostifikimin radiologjik dhe 1.773 lloje të ndryshme të aparateve të sofistikuarra (<http://www.who.int/countries/mkd/en/>)

## SISTEMI PRIMAR SHËNDETËSOR NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË SË VERIUT

Në Republikën e Maqedonisë së Veriut, kontakti i parë ndërmejt pacientit dhe sistemit shëndetësor bazohet në nivelin primar i cili është i organizuar në formën e stacioneve shëndetësore. Mbrojtja primare shëndetësore (së bashku me mbrojtjen primare dentale) përbëhet nga pesë njësi (Reforma të sektorit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë, 2010):

- Mjekësia e përgjithshme
- Mjekësia e punës
- Pediatria( 0-6 vjet)
- Mjekësia shkollore (7-19 vjet)
- Mbrojtja shëndetësore për gratë (akushi dhe gjinekologji)

Në Republikën e Maqedonisë së Veriut, mbrojtja primare shëndetësore mundësohet nëpërmjet institucioneve të ndryshme private dhe publike si: ordianca, stacione shëndetësore dhe shtëpi shëndetësore. Në këto institucione ofrohen shërbime preventive, promotive dhe kurative. Këto shërbime kryhen nga një numër i madh dhe i ndryshëm i punonjësve shëndetësor dhe bashkëpunëtor: mjek, specialist të mjekësisë së përgjithshme, pediatër, specialist të mjekësisë shkollore, gjinekolog dhe specialist të mjekësisë së punës.

Shërbimet shëndetësore të cilat janë pjesë përbërëse e paketës kryesore të Fondit për sigurim shëndetësor janë:

- Shërbimet shëndetësore që kryhen për përcaktimin, monitorimin dhe kontrollin e gjendjes shëndetësore;
- Ndërmarrja e masave profesionale mjekësore dhe procedura për përmirësimin e gjendjes shëndetësore, parandalimin dhe zbulimin e hershëm të sëmundjeve dhe çrregullimeve të tjera shëndetësore;

- Ofrimi i ndihmës së shpejtë duke përfshirë edhe transportin me automjete sanitare kur kjo gjë është e nevojshme;
- Mjekimi në ordinancë ose në shtëpinë e shfrytëzuesit;
- Mbrojtja shëndetësore në lidhje me shtatzaninë dhe lindjen;
- Zbatimi i masave preventive, rehabilituese dhe terapeutike;
- Parandalimi, mjekimi dhe kurimi i sëmundjeve të gojës dhe dhëmbëve;
- Barnat dhe lista e barnave (barna me recetë), që me akt të përgjithshëm i përcakton Fondi, kurse ministri i Shëndetësisë jep pëlqim.

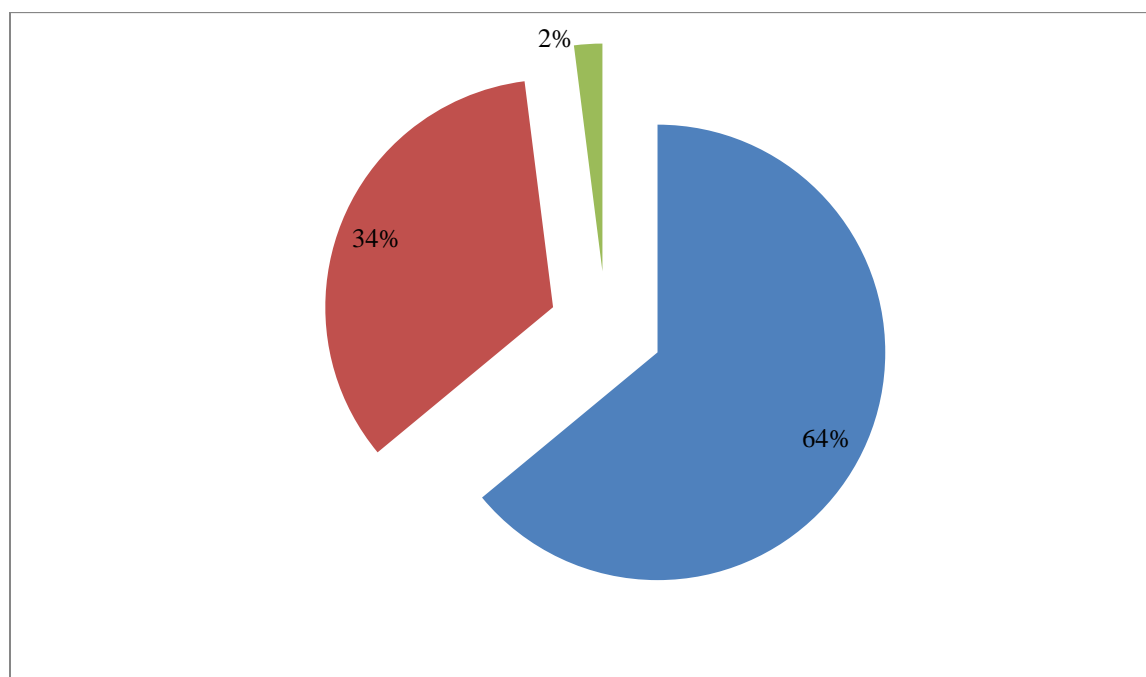
Në mbrojtjen primare shëndetësore një numër i madh i mjekëve kanë hapur ordinanca private. Këto mjek nuk ofrojnë mbrojtje primare shëndetësore gjithëpërfshirëse e cila do t'i përfshijë të gjithë shërbimet preventive dhe urgjente pas orarit të punës, gjejmësisht nuk ofrojnë mbrojtje shëndetësore të vazhdueshme. Qëllimi i privatizimit të mbrojtjes shëndetësore primare është përmirësimi i kualitetit të shërbimeve shëndetësore. Ruajtja dhe avansimi i shëndetit duhet të jenë instrument kryesor në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të popullatës. Bazë e sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë edhe më tutje duhet të jetë mbrojtja shëndetësore primare e orientuar kah individ, familja dhe bashkësia, duke theksuar mbrojtjen shëndetësore primare dhe përmbushjen e shumicës së nevojave shëndetësore të qytetarëve. Prandaj, qëllimi i reformave në sistemin shëndetësor duhet të jetë në drejtim në të cilin qytetarët në Republikën e Maqedonisë të kenë qasje më të mirë kah mbrojtja shëndetësore familjare primare e orientuar kah bashkësia, e përkrahur me sistemin spitalor fleksibil dhe të përgjithshëm.

#### Mënyra e finansimit të mbrojtjes primare shëndetësore në RMV

Ordinancat shëndetësore private ose organizatat që kanë dalë nga transformimi i mbrojtjes primare shëndetësore kanë edhe një model të ri të pagesës së shërbimeve që ato i ofrojnë. Në mbrojtjen primare shëndetësore pagesa zbatohet sipas **kapitacionit (pagesa për kokë banori)- anëtar të regjistruar te mjeku amë.**

**Modeli kapital** për pagesën e shërbimeve i përdorur për mbrojtjen primare shëndetësore funksionon në mënyrë ku kemi zbatim të lidhjes së kontratës paraprake që nënkupton se pagesa bëhet sipas numrit të personave të siguruar në institucionet shëndetësore të shumëzuara me numrin përkatës të pikave të zvendësimit për kapital. Institucionet shëndetësore që japin shërbime në nivelin primar kanë obligim mirëmbajtjen e ordinancës dhe pajisjeve sipas standardeve përkatëse, pagesën e mjekëve, infermierëve dhe personelit administrativ, sigurim të vazhdueshëm të mbrojtjes shëndetësore në raste akute dhe 24 orë në ditë, mirëmbajtjen e evidencës kompjuterike dhe dërgimi i të dhënave në Fondin shëndetësor, taksa komunale si dhe shërbime tjera të zakonshme.

Figura 1: Shpërndarja e buxhetit të Fondit për sigurim shëndetësor të RM

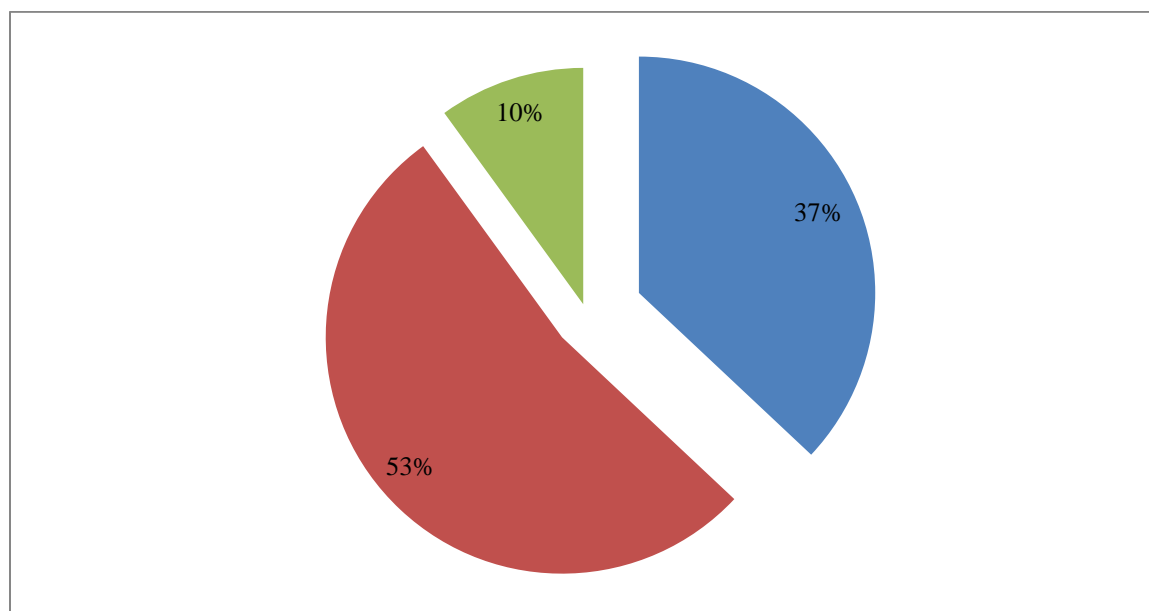


Burim: Fondi për sigurim shëndetësor në RMV

- 64% - Publike shëndetësore
- 34%- Private shëndetësore
- 2%- Administrata e Fondit ( mirëmbajtje+ investime)

Nga figura nr. 1 kuptohet se nga shpërdarja e buxhetit të Fondit për sigurim shëndetësor të RM, 64% I takojnë institucioneve publike shëndetësore, 34% atyre private, ndërsa 2% I shpërndahen administrates të Fondit për mirëmbajtje dhe investime.

Figura 2 : Shpërndarja e buxhetit të Fondit në sektorin publik

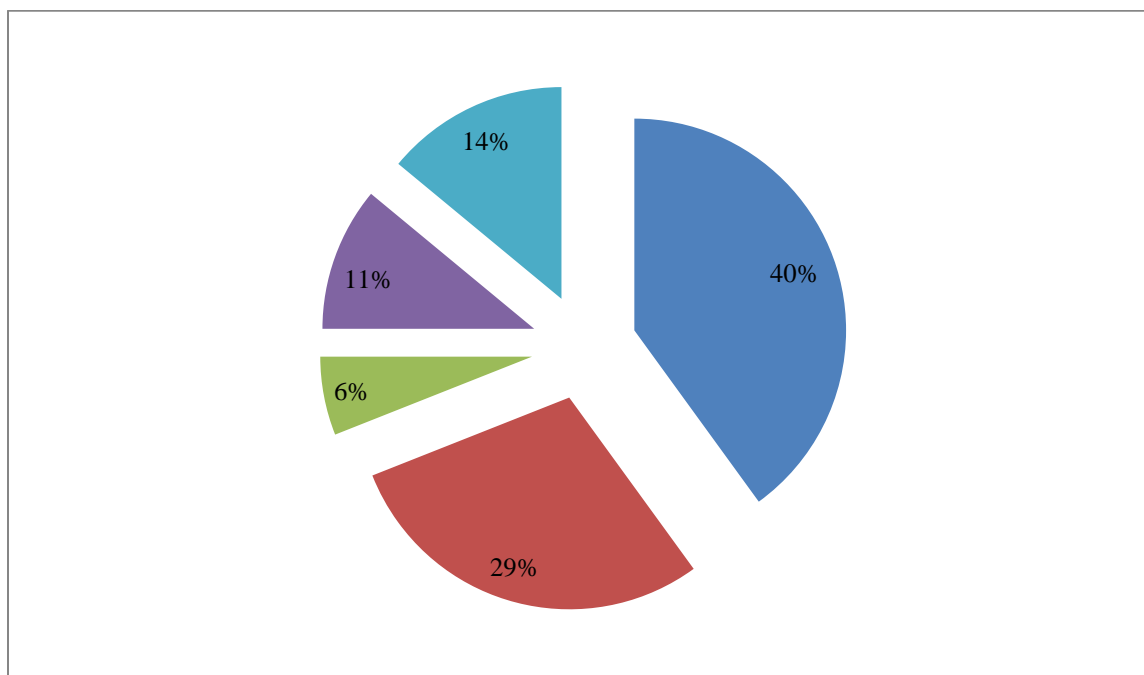


Burim: Fondi për sigurim shëndetësor në RM

- **53%- Mbrojtja dytësore (spitalet)**
- 37%- Mbrojtja specialistike-konsultative
- 10%- Mbrojtja primare shëndetësore

Nga figura nr.2 vërehet që 53% e buxhetit të Fondit në sektorin publik I takojnë mrojtes dytësore ku bëjnë pjesë spitalet, 37% mbrojtjes specialistike-konsultative, 10% I takojnë mbrojtjes primare shëndetësore.

Figura 3 : Shpërndarja e buxhetit të Fondit në sektorin privat



Burim: Fondi për sigurim shëndetësor në RM

- 40%- Mbrojtja primare (mbi bazë kapitacioni)
- 29%- Barnatore
- 14%- Specialistiko-konsultative (private)
- 11%-Mjekim spitalor (privat)
- 6%-Ndihmesa ortopedike

Në figurën nr.3 paraqiten të dhënat për shpërndarjen e buxhetit në sektorin privat ku: 40% e buxhetit ndahet për mbrotjen primare (mbi bazë kapitacioni), 29% për barnatoret, 14% I takojnë institucioneve specialistiko-konsultative, 11% për mjekim në spitale private dhe 6% ndahen për ndihmesa ortopedike.

### Shkaqet për përshirjen jo te plotë në teritorin e RMV për mbrojtjen shëndetësore

Deri në vitin 2005, në numrin më të madh të vendbanimeve në të cilat nuk është siguruar realizimi i mbrojtjes shëndetësore në nivel primar, veprimtaria shëndetësore është kryer në ambulatat e fshatrave. Në këto ambulanta veprimtaria shëndetësore nuk është kryer gjatë gjithë ditës, por me orar të definuar kohor dhe ditor gjatë javës dhe në këtë mënyrë është siguruar niveli bazik i qasjes drejt sistemit shëndetësor për banorët në ato vendbanime. Shumica e atyre punkteve kanë mbuluar vendbanime me pak se qindra banorë, ndërsa disa edhe nën 100 banor.

Sot, 128 ambulanta të fshatrave janë braktisur dhe në to nuk kryhet veprimtari shëndetësore. Në fakt, këto ambulanta janë braktisur pas mbarimit të procesit të privatizimit të mbrojtjes primare shëndetësore duke filluar nga viti 2005. Atëherë ishte zbatuar proces i privatizimit në disa pjesë të institucioneve shëndetësore në të cilat kryhet mbrojtje shëndetësore në fushën e stomatologjisë, mbrojtje primare shëndetësore nga fusha e mjekësisë dhe farmacisë, me anë të dhënies së hapsirave dhe aparateve me qira, dhe në atë mënyrë formimi i institucioneve private shëndetësore, ndërsa për barnatoret nëse nuk kishte kushte për dhënie me qira, atëher kryhej shitblerje. Nëse këto punkte shëndetësore do të ishin aktive, mbrojtje shëndetësore në vendin e banimit do të merrnin afër 50.000-60.000 banorë edhe atë kryesisht njerëz të moshuar me nevoja shëndetësore 3 deri 4 herë më shumë se sa personat në grupin me moshë mesatare. Nevojat e tyre shëndetësore janë të barabarta me nevojat e afër 200.000 banorëve që kanë aftësi për të kryer punë, në moshë prej 20-50 vjeç.

Institucionet shëndetësore publike disa herë kanë shpallur konkurs për dhënien e këtyre ambulantave me qira, mirëpo nuk ekziston interes për t'i përvetësuar ato me anë të qirasë për shkak të mos fitimit financiar, si nga ana e institucioneve private shëndetësore të formuara gjatë procesit të privatizimit, as edhe nga ana e institucioneve private shëndetësore të formuara me mjete dhe mund personal. Në pajtueshmëri me kriteriumet e Fondit për sigurim shëndetësor në Maqedoni në lidhje me pagesën e shërbimeve shëndetësore me anë të kapitacionit, marrja e këtyre ambulantave me qera do të thotë marrje e një obligimi duke pasur parasysh humbje të parakohshme. Nëse merret parasysh harxhimi për transportin deri te dhe nga këto ambulanta, pagimi i çmimit të punës të ekipës i cili do të kishte punuar në këto ambulanta përballë

koeficinteve për kapitacion, posaçërisht nëse numri i pacientëve është më i vogël se 1000, do të thotë që është i dukshëm jo fitimi dhe mos interesimi për marrjen e këtyre ambulantave me qera.

Këto ambulanta të braktisura në mjediset rurale, nuk janë të përfshira me Rregulloren për vendosjen e marrëdhënieve dhe marrëveshjeve me insitucionet shëndetësore, dhe të njejtat nuk ekzistojnë në rrjetin për mbrojtje primare shëndetësore. Sipas mënyrës së sotme të realizimit të së drejtave për mbrojtje primare shëndetësore, një numër i madh i popullsisë në ato vendbanime shfrytëzon shërbime shëndetësore nga mjek që punojnë në qytetin më të afërt ose në ndonjë fshat me popullsi me numër më të madh ku punon ekipë e mjekëve dhe motër medicinale.

Kjo popullsi ka raste kur shërbimet shëndetësore i shfrytëzon në largësi prej më shumë se 30km nga vendi ku jeton deri te ambulanta më e afërt ku është e siguruar dhe ku e ka të zgjedhur mjekun.

---

Informacionet e marura rreth projektit të realizuar nga Qeveria e R.së Maqedonisë së Veriut, janë të marrura nga informacioni qeveritar I përgaditur nga Ministria e shëndetësisë



## IMPLEMENTIMI I PROJEKTIT „MJEKU RURAL” NË R. E MAQEDONISË SË VERIUT

### Kushtet e nevojshme për implementimin e projektit ‘Mjekët rural’

Ekipi për implementimin e “Mjekut rurale” ka kryer analizë të detajizuar mbi kushtet që duhet të përmbushen për të mundësuar që projekti të zgjas sa më shumë dhe të sigurohet kontinuitet dhe implementim i pandalur i tij. Ky ekip ka kryer analizën për numrin e nevojshëm të ekipeve medicinale për implementim të vazhdueshëm të projektit, analiza për hapsirat e nevojshme dhe të përshtatshme për realizimin e mbrojtjes primare shëndetësore, analiza për mjetet transportuese të nevojshme për dhënien e shërbimeve shëndetësore dhe mjeteve financiare për punsim të ekipeve shëndetësore.

Është vlerësuar se projekti do të jetë afatgjatë dhe do të mundësohet implementim i vazhdueshëm i tij nëse kapaciteti ekzistues i shtëpive shëndetësore rritet me anë të punsimeve të reja të mjekëve dhe motrave medicinale dhe të sigurohen mjete transportuese për në teren për dhënien e shërbimeve shëndetësore edhe në ato vende malore ku arritja deri te ato është e vështirë. Gjithashtu, është vlerësuar se nëqoftëse projekti implementohet vetëm me të punësuarit e rregullt, atëherë do të zvogëlohet kualiteti i shërbimeve shëndetësore dhe produktiviteti i shërbimeve tjera të cilat punojnë si pjesë e shtëpive të shëndetit ( urgjenca, dispanzer shkollor).

Në vazhdim të këtij punimi, si dhe në informatat shtesë, janë të përmendura analizat e lartpërmendura. Përkatësisht, në favor të këtij studimi janë dorëzuar rezultate nga analiza e kryer për secilën komunë në të cilën nuk është siguruar mbrojtje shëndetësore për të gjitha vendbanimet që janë pjesë e saj.

Ekipeve medicinale të nevojshme për kryerjen e mbrojtjes primare në tërë Republikën e Maqedonisë së Veriut

Sipas analizave të bëra nga ekipi për implementimin e projektit “Mjeku rural” është e nevojshme të punësohen gjithsej *106 ekipe medicinale, gjegjësisht 106 mjek medicinal dhe 106 motra medicinale ose gjithsej 212 persona*. Ekipeve medicinale do të mundësojnë mbrojtje shëndetësore primare për gjithsej **359.283 persona** të cilët jetojnë në gjithsej **1227 vende**.

Tabela nr.1

Numri i komunave	Numri i vendbanimeve	Numri i banorëve	Numri i ekipeve medicinale
72	1227	359.283	106

Burim: Fondi shëndetësor-Minsitria e shëndetësisë

Punësimet mund të realizohet dalngadal, gjatë disa viteve. Në formularin për implikimet fiskale është paraqitur punsimi i 70 personave në vitin 2014, 70 personave në vitin 2015 dhe 72 personave në vitin 2016, përkatësisht gjithsej 212 punësime gjatë tre viteve. Theksojmë se pas mbarimit të periudhës provuese (eksperimentale) deri te implementimi i projektit, do të shqyrtohet përsëri numri i punësimeve të nevojshme, që do të thotë se ky numër i punësimeve nuk është final.

## Sigurimi i hapsirave të përshtatshme për kryerjen e mbrojtjes shëndetësore primare

Në favor të këtij studimi është paraqitur tabelë e vendbanimeve, të grupura sipas komunave në të cilat duhet të hapen punkte. Nën termin punkt nënkuptohet një hapsirë në të cilën ekipi medicinal do t'i pranoj pacientën. Në këtë hapsirë duhet të ketë mobilje të domosdoshme për dhënien e mbrojtjes shëndetësore ( tavolinë pune, krevat, rrafte, vitrina). Në tabelë, në dy kolona të ndara, ekipi për analizën e projektit ka futur të dhëna për ekzistimin e një ambulante të re ose të braktisur.

Në kolonën me titull „hapsirë tjetër” , është paraqitur informatë për atë a ekziston në atë vendbanim konkret një hapsirë tjetër e cila mund të adaptohet dhe të vendoset punkt, përkatësisht është treguar një e dhënë për lokalitetin në të cilën gjendet hapsira. Në lidhje me këtë, nuk është e rëndësishme që ajo hapsirë që mund të sigurohet të jetë e vendosur në ndonjë institucion shëndetësor ose të ketë shërbyer për dhënien e shërbimeve shëndetësore. Hapsira mund të ekzistoj në objektin e komunës, në shtëpinë e kulturës ose në ndonjë objekt tjetër komunal ose objekt si pronë e Republikës së Maqedonisë së Veriut.

Këto hapsira janë siguruar në bashkëpunim me kryetarët e komunave që kanë mbikqyrje në secilën shtëpi të posaçme shëndetësore. Të gjitha hapsirat që mund të adaptohen në punkt janë vizituar nga drejtorët e shtëpive shëndetësore dhe kryetarët e komunave, ku është kryer kontroll dhe është vërtetuar gjendja e secilës hapsirë.

Mjete të nevojshme financiare për punësimin e ekipeve medicinale

Për mundësimin e rrogave të 106 ekipeve medicinale, do të jenë të nevojshme mjete financiare **5.940.346,00 denarë në muaj, përkatësisht 71.284.125,00 denarë në vit**. Mjetet e nevojshme financiare për pagesën e rrogës bazë duhet të rriten për shkak të realizimit të së drejtës për rritjen e rrogës bazë, atëher kur puntori kryen punë në kushte më të rënda nga ato normale për atë vend pune, e përcaktuar me nenin 63 dhe Marrëveshja kolektive për veprimtarinë shëndetësore në Republikën e Maqedonisë sipas punës në fshat (2,5%) dhe punës në teren (2,0%).

Tabela nr 2

Lloji i specializimit	Nr i personave	Rroga mujore me kontribute për një ekip	Rritje mujore e rrogës bazë sipas punës në fshat (2,5%) dhe punës në teren (2,0%), përkatësisht gjithsej 4,5% për një ekip	Rroga mujore me kontribute dhe rritje për një ekip	Rroga mujore me kontribute dhe rritje për 106 ekipe (gjithsej 212 personave)	Rroga për një vit me kontribute dhe rritje për 106 ekipe (gjithsej 212 personave)
Mejk medicinal	106	31.841,00	1.388,00	33.229,00	3.522.274,00	42.267.288,00
Motra medicinale	106	24.200,00	1.089,00	25.289,00	2.680.634,00	32.167.608,00
Gjithsej	212	56.041,00	2.477,00	58.518,00	6.202.908,00	74.434.896,00

Gjithashtu, për nevojat e këtyre ekipeve duhet të sigurohen mjete transportuese me të cilat ekipet do t'i vizitojnë banorët në vendet e banuara.

### Fillimi i implementimit të projektit “Mjeku rural”

Sipas Ministrisë së shëndetësisë, projekti duhet të filloj të implementohet gjatë muajit janar të vitit 2014. Në atë funksion, Ministria e shëndetësisë në bashkëpunim me shtëpitë e shëndetit do të filloj ta implementoj projektin në kohën e planifikuar, me anë të kyçjes së një pjese të punëtorëve që janë të punësuar, si dhe punësimin e 33 ekipeve medicinale dhe 4 mjekëve medicinal, përkatësisht gjithsej 70 persona gjatë vitit 2014, që të mundësohet mbulim sa më i madh i vendbanimeve që nuk kanë mbrojtje primare shëndetësore. Ministria e shëndetësisë planifikon punësimin e 142 punonjësve të mbetur shëndetësor ta realizoj gjatë vitit 2015 dhe 2016.

Vijon tabela me shtëpitë e shëndetit në të cilat do të punësohen ekipe medicinale, përkatësisht mjek.

**Tabela nr.3**

<b>Shtëpitë e shëndetit</b>	<b>Punësimet e nevojshme për vitin 2014 (ekipe)</b>	<b>Punësimet e nevojshme për vitin 2014 (mjek)</b>
Manastir	1	
DemirHisar	1	
Krushevë	1	
Resnjë		1
Dibër	1	
Kavadarc	1	
Negotinë (DemirKapij)	1	
Veles ( GradskodheÇashka)	1	
Kërçovë	1	
Ohër (Debarca)	1	
Gostivar (Vrapçisht)	1	1

Kratovë		1
KrivaPallankë	1	
Kumanovë (Nagotriçani I vjetër)	1	
Vallandovë	1	
Strumicë (Novo Sellë, Bosilovë, Vasillevë)	1	
Gjevgjeli ( Bogdanci)	1	
Radovish (Konçe)	1	
Berovë	1	
Vinicë	1	
Koçani (Zrnovci, ÇeshinovëObleshevë)	1	
Delçevë (MakedonskaKamenica)	1	
Pehçevë	1	
Probishtip	1	
Prilep		1
Shtip (Karbinci)	1	
MakedonskiBrod (Plasnica)	1	
Tetovë (Tearcë, Jegunovcë, Brvenicë, Bogovinjë)		1
Shkup	7	3
<b>Gjithsej</b>	<b>31</b>	<b>8</b>

Pas implementimit njëvjetor të projektit, do të bëhet vlerësimi për ti shqyrtuar pasojat pozitive dhe negative, definimin e problemeve gjatë implementimit dhe zgjidhjen e tyre, si dhe ndjekjen e gjendjes aktuale si në vendbanimet ashtu edhe në shtëpitë e shëndetit. Gjithashtu,

evaulimi do ta përfshijë edhe revidimin e analizave që i përmban ky projekt, të cilat janë kryer para implementimit të këtij projekti dhe përpunimin e analizës së re për kushtet e nevojshme dhe për implementimin e pandalshëm të projektit ( numri i nevojshëm për punësime të reja etj.)

Që të filloj implementimi i projektit në periudhën e planifikuar, Ministria e shëndetësisë, në bashkëpunim me shtëpitë e shëndetit, është munduar në fillim të periudhës provuese, të angazhoj një pjesë të të punësuarve të regullt në shtëpitë e shëndetit që të realizojnë vizita në teren në disa vendbanime deri te të cilat ekziston infrastrukturë rrugore. Në këtë periudhë do të ishin angazhuar jo vetëm mjek medicinal dhe mjek nga mjeksia e përgjithshme, por edhe mjek specialist dhe mjek nga mbrojtja shëndetësore preventive. Që të mundësohet dhënia e mbrojtjes shëndetësore primare nga këto mjek, në pajtushmëri me nenin 32 nga Ligji për mbrojtje shëndetësore, dhe sidomos përshkrimi i barrërave dhe udhëzimeve, është e nevojshme që vula e tyre të vendoset në shfrytëzim nga ana e Fondit për sigurim shëndetësor të Maqedonisë. Ministria e shëndetësisë e sheh të nevojshme që ta cekë se këto përpjekje bëhen me qëllimin e vetëm që banorëve nga vendbanime më të largëta tu mundësohen shërbime më të afërta nga mbrojtja shëndetësore primare, me çka shteti do të tregoj kujdes për gjendjen e tyre shëndetësore.

---

Të dhënat e përdorura në këtë pjesë janë të marrura nga Informacioni I dërguar në Qeverinë e R.M për realizimin e projektit “Mjeku rural”

## ANALIZA E SISTEMIT SHËNDETËSOR PRIMAR NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË SË VERIU

### MBROJTJE PRIMARE SHËNDETËSORE PËR TË GJITHË POPULLATËN

#### **Metodologjia e Hulumtimit**

Analiza e të dhënave do të prezantohet në mënyrë tabelare për 5 qytete të Maqedonisë Perëndimore dhe atë: për qytetin e Tetovës, Gostivarit, Dibrës, Kërçovës dhe Strugës.

Koha kur është zhvilluar vizita në të gjitha fshtatrat e këtyre qyteteve të cilat nuk kanë mbrojtje primare shëndetësore është janari I vitit 2014, atëher kur edhe filloi implementimi I projektit “Mjeku rural” nga Ministria e Shëndetësisë. Në vizitën e cila u realizua në bashkëpunim me përfaqësuesit e secilit qytet për implementimin e projektit, duke I vizituar të gjitha fshatrat, duke bërë fotografi në vendet ku janë kryer shërbimet shëndetësore dhe intervju të çastit të bëra me banorët, u grumbulluan të dhëna të mjaftueshme nga të cilat mund të nxirren përfundimet të cilat do të jenë në shërbim të këtij punimi.

Duke dashur që të kemi pasqyr më të sakt për çdo qytet, do të prezentohen për secilin qytet veç e veç planprogramin të cilin e kanë realizuar mjekët për vizitat në fshatra gjatë implementimit të projektit “Mjeku rural”, do të prezentohen formular të një fshati të qytetit përkatës, si dhe të dhënat të mbledhura gjatë vizitës për çdo qytet. Duhet theksuar se vizitat në fshatra janë bërë me urdhër të Ministrisë së Shëndetësisë dhe në bashkëpunim me drejtorat e shtëpive të shëndetit dhe kjo është arsyeja pse do të ketë të dhëna të cilat ndryshojnë nga ajo që u pa dhe u dëgjua gjatë vizitës dhe ajo që shtëpitë e shëndetit përgadisnin si raport mujor të cilin duhej ta dorëzojnë në Ministri.

Në fund të prezentimit të të dhënave, do të vijoj edhe një intervju me drejtorët e pesë shtëpive të shëndetit, e realizuar në muajin qershor 2017, koha ku kemi edhe ndryshim të Qeverisë në Republikën e Maqedonisë dhe me këtë edhe deklaratat lidhur me implementimin e projektit “Mjeku rural” (përfshirja e mbrojtjes primare shëndetësore e banorëve në këto 5 qytete).



Analiza e të dhënave për projektin “Mjeku rural”-realizimi janar 2014-

## Gostivari

### *Projekti- Mjeku rural*

Nga gjithsej 25 vizitave të realizuara do të prezantohet një shembull

Shtëpia e shëndetit: Gostivar

Drejtor: \_\_\_\_\_-tel: \_\_\_\_\_

#### 1. Ndryshimi i statusit të institucionit shëndetësor, Tabela nr 4

Numri rendor	Aktiviteti	Afati për përfundim	E realizuar	Vërejteje
1	Ndryshimi i statusit në pjesën e zgjerimit të veprimtarisë		Po	
2	Ndryshimi i sistematizimit të vendeve të punës		Po	

#### 2. Sigurimi i kushteve hapsionore- Lokacioni: ZDUNJE, Tabela nr 5

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Dhoma e mjekut	Po	
2	Dhoma për intervenime	Po	
3	Hapsira për pritje	Po	
4	Toalet	Po	

### 3. Sigurimi i pajisjeve për institucionin shëndetësor (pukt), Tabela nr 6

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejtje
1	Ulëse për kontrollim (pajisje e mbetur)	Po	
2	Terapi ampulare	Po	
3	EKG (mobile)	Po	
4	Aparat për matjen e shtypjes	Po	
5	Aparat për matjen e sheqerit	Po	
6	Aparat për matjen e kolesterolit	Po	

### 4. Sigurimi i mjetit për transport, Tabela nr 7

Numri rendor	Aktiviteti	Lloj i mjetit të transportit	Vërejtje
1	Sigurimi i mjetit për transport	Llada Niva	

### 5. Sigurimi i kuadrit në institucionin shëndrësor, Tabela nr 8

Numri rendor	Ekipa 1 Punkt_____	Ekipa 2 Punkt_____	Ekipa 3 Punkt_____	Ekipa 4 Punkt_____	Ekipa 5 Punkt_____	Ekipa 6 Punkt_____
Mjek (specialist)	Po	Po				
Motër medicinale	Po	Po				
Telefon						
Punësim i ri/ kuadër ekzistues						

#### Vërejtje:

1. Mjeku që kryen vizitën në hapsirën e caktuar duhet që me vete të bartë të gjithë aparaturën e nevojshme
2. Vetura nuk i plotëson kushtet për një transport të sigurt dhe është e nevojshme të sigurohen vetura të reja
3. Banorët nuk janë shumë të informuar për projektin “Mjeku rural” dhe nuk e dinë se mjekët tani do të jenë në fshatin e tyre për t’iu ofruar shërbime shëndetësore.

## Rezultatet për shtëpinë e shëndetit në Gostivar

1. -Drejtori I shtëpisë së shëndetit si dhe përfaqësuesi për implementimin e projektit “Mjeku rural” thonë se realizojnë plotësisht planin aksionar, se janë present në çdo fshat në kohën e duhur.  
-Nga vizita në 25 fshatrat nuk fitohet përshtypja e tillë.
2. Numri I banorëve nëpër fshatra  
-Pesë fshatra janë pa banor  
-Dhjetë fshatra janë me më pak se 10 banor
3. Hapsirat ku do të realizohet kontrolli nga ana e mjekëve  
-Katër fshatra kanë objekte të cilat janë në pronësi të shtëpisë së shëndetit  
-Djetë fshatra të cilat janë me më pak se 10 banorë vizita bëhet shtëpi për shtëpi  
-Në fshatrat tjerë vizitat realizohen në objekte fetare (xhami) dhe në shkollat e fshatit
4. Informimi I banorëve për orarin e vizitave të mjekëve  
-Pothuajse në të gjitha fshatrat banorët që u takuan nuk ishin aspak të informuar se do të realizohet një vizitë e tillë në fshatin e tyre.
5. Kushtet e nevojshme për realizimin e projektit  
-Mjekët e përfshirë në projektin “Mjeku rural” thane se kanë kushtet e nevojshme dhe se po realizojnë planin në tërësi edhe përkundër obligimeve të tjera që I kanë në shtëpinë e shëndetit  
-U fitua përshtypja se këto deklarata ishin identike me ato të drejtorëve.

## Dibër

### *Projekti- Mjeku rural*

Nga gjithsej 16 vizitave të realizuara do të prezantohet një shembull

Shtëpia e shëndetit: Dibër

Drejtor: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

#### 1. Ndryshimi i statusit të institucionit shëndetësor, Tabela nr 9

Numri rendor	Aktiviteti	Afati për përfundim	E realizuar	Vërejteje
1	Ndryshimi i statusit në pjesën e zgjerimit të veprimtarisë		Po	
2	Ndryshimi i sistematizimit të vendeve të punës		Po	

#### 2. Sigurimi i kushteve hapsionore- Lokacioni: Kosovrast, Tabela nr 10

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Dhoma e mjekut	Po	
2	Dhoma për intervenime	Po	
3	Hapsira për pritje	Po	
4	Toalet	Po	

#### 3. Sigurimi i pajisjeve për institucionin shëndetësor (punkt), Tabela nr 11

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Ulëse për kontrollim (pajisje e mbetur)	Po	
2	Terapi ampulare	Po	
3	EKG (mobile)	Po	
4	Aparat për matjen e shtypjes	Po	
5	Aparat për matjen e sheqerit	Po	
6	Aparat për matjen e kolesterolit	Po	

#### 4. Sigurimi i mjetit për transport, Tabela nr 12

Numri rendor	Aktiviteti	Lloj i mjetit transportues	Vërejtje
1	Sigurimi i mjetit për transport	Llada Niva	

#### 5. Sigurimi i kuadrit në institucionin shëndrësor, Tabela nr 13

Numri rendor	Ekipa 1 Punkt_____	Ekipa 2 Punkt_____	Ekipa 3 Punkt_____	Ekipa 4 Punkt_____	Ekipa 5 Punkt_____	Ekipa 6 Punkt_____
Mjek (specialist)	Po					
Motër medicinale	Po					
Telefon						
Punësim i ri/ kuadër ekzistues						

#### Vërejtje

1. Ambulanta është në pronësi të shtëpisë së shëndetit, mirëpo është e rrënuar(jofunksionale) dhe aty nuk mund të realizohen shërbimet shëndetësore.
2. Banorët nuk janë të informuar.

## Rezultatet për shtëpinë e shëndetit në Dibër

1. -Drejtori I shtëpisë së shëndetit si dhe përfaqësuesi për implementimin e projektit “Mjeku rural” thonë se realizojnë plotësisht planin aksionar, se janë present në çdo fshat në kohën e duhur.

-Nga vizita në 16 fshatrat nuk fitohet përshtypja e tillë.

2. Numri I banorëve nëpër fshatra

-Tre fshatra janë pa banor

-Tre fshatra janë me më pak se 10 banor

-Fshatrat tjerë kanë nga 30 deri 150 banor

3. Hapsirat ku do të realizohet kontrolli nga ana e mjekëve

-Tre fshatra kanë objekte të cilat janë në pronësi të shtëpisë së shëndetit

-Djetë fshatra të cilat janë me më pak se 10 banorë vizita bëhet shtëpi për shtëpi

-Në fshatrat tjerë vizitat realizohen në objekte fetare (xhami) dhe në shkollat e fshatit

4. Informimi I banorëve për orarin e vizitave të mjekëve

-Pothuajse në të gjitha fshatrat banorët që I takuan nuk ishin aspak të informuar se do të realizohet një vizitë e tillë në fshatin e tyre.

5. Kushtet e nevojshme për realizimin e projektit

-Mjeku i përshfirë në projektin “Mjeku rural” tha se ka kushtet e nevojshme dhe se po realizon planin në tërësi edhe përkundër obligimeve të tjera që I ka në shtëpinë e shëndetit

-U fitua përshtypja se këto deklaratat ishin identike me ato të drejtorëve.

## Strugë

### *Projekti- Mjeku rural*

Nga gjithsej 22 vizitave të realizuara do të prezantohet një shembull

Shtëpia e shëndetit: Strugë

Drejtor: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

#### 1. Ndryshimi i statusit të institucionit shëndetësor, Tabela nr 14

Numri rendor	Aktiviteti	Afati për përfundim	E realizuar	Vërejteje
1	Ndryshimi i statusit në pjesën e zgjerimit të veprimtarisë		Po	
2	Ndryshimi i sistematizimit të vendeve të punës		Po	

#### 2. Sigurimi i kushteve hapsionore- Lokacioni: F. Kallishtë, Tabela nr 15

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Dhoma e mjekut	Po	
2	Dhoma për intervenime	Po	
3	Hapsira për pritje	Po	
4	Toalet	Po	

#### 3. Sigurimi i pajisjeve për institucionin shëndetësor (punkt), Tabela nr 16

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Ulëse për kontrollim (pajisje e mbetur)	Po	
2	Terapi ampulare	Po	
3	EKG (mobile)	Po	
4	Aparat për matjen e shtypjes	Po	
5	Aparat për matjen e sheqerit	Po	
6	Aparat për matjen e kolesterolit	Po	

#### 4. Sigurimi i mjetit për transport, Tabela nr 17

Numri rendor	Aktiviteti	Lloj i mjetit transportues	Vërejtje
1	Sigurimi i mjetit për transport	Reno trafik furgon	

#### 5. Sigurimi i kuadrit në institucionin shëndrësor, Tabela nr 18

Numri rendor	Ekipa 1 Punkt_____	Ekipa 2 Punkt_____	Ekipa 3 Punkt_____	Ekipa 4 Punkt_____	Ekipa 5 Punkt_____	Ekipa 6 Punkt_____
Mjek (specialist)	Po					
Motër medicinale	Po					
Telefon						
Punësim i ri/ kuadër ekzistues						

#### Vërejtje

1. Shërbimi shëndetësor është kryer në formën e vizitës shtëpiake-parashikohet adaptimi I haspirës së lire në Shtëpinë e fshatit, por duhet mjete financiare për të cilat shpresojnë në ndihmë nga komuna e Strugës.



## Rezultatet për shtëpinë e shëndetit në Strugë

1. -Drejtori I shtëpisë së shëndetit si dhe përfaqësuesi për implementimin e projektit “Mjeku rural” thonë se realizojnë plotësisht planin aksionar, se janë present në çdo fshat në kohën e duhur.

-Nga vizita në 22 fshatrat nuk fitohet përshtypja e tillë.

2. Numri I banorëve nëpër fshatra

-Një fshat është pa banor

-Në pesë fshatra për shkak të numrit të ulët të banorëve vizitat realizohen në formë të patronazhës

3. Hapsirat ku do të realizohet kontrolli nga ana e mjekëve

-Dy fshatra kanë objekte të cilat janë në pronësi të shtëpisë së shëndetit

-Në pesë fshatra të cilat janë me më pak se 10 banorë vizita bëhet shtëpi për shtëpi

-Në gjashtë fshatra vizitat realizohen në shkollën e fshatit

-Në nëntë fshatra vizita bëhet në hapsira të adaptuara të Shtëpisë së fshatit

4. Informimi I banorëve për orarin e vizitave të mjekëve

-Pothuajse në gjysmën e fshatrave banorët që I takuam nuk ishin aspak të informuar se do të realizohet një vizitë e tillë në fshatin e tyre.

5. Kushtet e nevojshme për realizimin e projektit

-Mjeku i përshtirë në projektin “Mjeku rural” tha se ka kushtet e nevojshme dhe se po realizon planin në tërësi edhe përkundër obligimeve të tjera që I ka në shtëpinë e shëndetit

-U fitua përshtypja se këto deklaratat ishin identike me ato të drejtorëve.

## Shtëpia e shëndetit: Kërçovë

Në vizitën që u realizua në janar të vitit 2014 në shtëpinë e shëndetit në Kërçovë për të parë realizimin e projektit “Mjeku rural”, u pritëm nga drejtori I Shtëpisë së shëndetit I cili na informoi se **nuk ka filluar** me asnjë aktivitet në lidhje me këtë projekt.

Shkaqet për mosfillimin e këtij projekti sipas drejtorit janë:

- Kuadri aktual në Shtëpinë e shëndetit është në numër shumë të vogël dhe nuk arrin që t’I mbuloj shërbimet bazë që I ofron Shtëpia e shëndetit
- Shtëpia e shëndetit në Kërçovë nuk ka mjete transportuese adekuate për t’I bërë këto vizita në fshatrat e thella të Kërçovës të cilat nuk kanë as rrugë të depërtueshme
- Shtëpia e shëndetit nuk ka buxhet të konsoliduar për shkak të borxheve të cilat Ministria e shëndetësisë ia ka Shtëpisë së shëndetit dhe ky projekt do të ishte barrë shtesë për këtë buxhet të cinguar.

Udhëheqësia e Shtëpisë së shëndetit bëri me dije se institucioni I tyre punon në kushte shumë të vështira dhe se implementimi I këtij projekti është pothuajse I pamundur dhe kërkojnë ndihmë për të gjetur një rrugë tjetër që banorët e këtyre vendeve të kenë mborjtje primare shëndetësore, por jo në këtë mënyrë si e ka filluar Ministria e shëndetësisë.

## Tetovë

Nga gjithsej 18 vizitave të realizuara do të prezantohet një shembull

### *Projekti- Mjeku rural*

Shtëpia e shëndetit: Tetovë

Drejtor: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

#### 1. Ndryshimi i statusit të institucionit shëndetësor, Tabela nr 19

Numri rendor	Aktiviteti	Afati për përfundim	E realizuar	Vërejteje
1	Ndryshimi i statusit në pjesën e zgjerimit të veprimtarisë		Po	
2	Ndryshimi i sistematizimit të vendeve të punës		Po	

#### 2. Sigurimi i kushteve hapsionore- Lokacioni: Leshok, Tabela nr 20

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Dhoma e mjekut	Po	
2	Dhoma për intervenime	Po	
3	Hapsira për pritje	Po	
4	Toalet	Po	

#### 3. Sigurimi i pajisjeve për institucionin shëndetësor (punkt), Tabela nr 21

Numri rendor	Aktiviteti	E realizuar	Vërejteje
1	Ulëse për kontrollim (pajisje e mbetur)	Po	
2	Terapi ampulare	Po	
3	EKG (mobile)	Po	
4	Aparat për matjen e shtypjes	Po	
5	Aparat për matjen e sheqerit	Po	
6	Aparat për matjen e kolesterolit	Po	

#### 4. Sigurimi i mjetit për transport, Tabela nr 22

Numri rendor	Aktiviteti	Lloj i mjetit për transport	Vërejteje
1	Sigurimi i mjetit për transport	Llada Niva	

#### 3. Sigurimi i kuadrit në institucionin shëndrësor, Tabela nr 23

Numri rendor	Ekipa 1 Punkt_____	Ekipa 2 Punkt_____	Ekipa 3 Punkt_____	Ekipa 4 Punkt_____	Ekipa 5 Punkt_____	Ekipa 6 Punkt_____
Mjek (specialist)	Po					
Motër medicinale	Po					
Telefon						
Punësim i ri/ kuadër ekzistues						

#### Vërejtje

1. Shërbimi shëndetësor u dha në një të njëzën prej objekteve komerciale në fshat (shitore) ku u pa se nuk kishte as hapsirë minimale dhe se kjo patjetër që duhet ndryshuar.

## Rezultatet për shtëpinë e shëndetit në Tetovë

1. -Drejtori I shtëpisë së shëndetit si dhe përfaqësuesi për implementimin e projektit “Mjeku rural” thonë se realizojnë plotësisht planin aksionar, se janë present në çdo fshat në kohën e duhur, përveç në fshatrat ku për shkak rreshjeve të dëborës nuk ka rrugë të kauleshme.

-Nga vizita në fshatrat nuk fitohet përshtypja e tillë sepse në disa fshatra nuk kanë njohuri fare se mjeku ka qenë në vizitë.

2. Numri I banorëve nëpër fshatra

-Disa fshatra janë pa banor

-Sipas mjekes në shumicën e fshatrave për shkak të numrit të ulët të banorëve vizitat realizohen në formë të patronazhës

3. Hapsirat ku do të realizohet kontrolli nga ana e mjekëve

-Në objekte të cilat janë në pronësi të shtëpisë së shëndetit

- Shtëpi për shtëpi

- Shkollën e fshatit

- Në hapsira të adaptuara të Shtëpisë së fshatit

-Në xhami

4. Informimi I banorëve për orarin e vizitave të mjekëve

-Pothuajse në gjysmën e fshatrave banorët që I takuam nuk ishin aspak të informuar se do të realizohet një vizitë e tillë në fshatin e tyre.

5. Kushtet e nevojshme për realizimin e projektit

-Mjeku i përshfirë në projektin “Mjeku rural” tha se ka kushtet e nevojshme dhe se po realizon planin në tërësi edhe përkundër obligimeve të tjera që I ka në shtëpinë e shëndetit

-U fitua përshtypja se këto deklarata ishin identike me ato të drejtorëve.

## Analiza e të dhënave për projektin “Mjeku rural”-realizimi qershor 2017

**Intervju e realizuar me drejtorët e Shtëpive të shëndetit të Tetovës, Gostivarit, Dibrës, Kërçovës dhe Strugë në lidhje me implementimin e projektit “Mjeku rural”**

**Koha e realizimit të intervjusë: Qershor 2017**

### Shtëpia e shëndetit Tetovë

**Pyetje:** Sa punësime janë realizuar për implementimin e projektit “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** Nuk kemi realizuar punësime me marëdhënie të rregullt të punës, por kemi të angazhuar dy mjek me kontratë në vepër të cilët pjesërisht kryejnë shërbime shëndetësore në fshatrat rurale.

**Pyetje:** A keni siguruar mjete transportuese të cilat shfrytëzohen vetëm nga ana e mjekut rural?

**Përgjigje:** Po, Ministria e Shëndetësisë ka siguruar një veturë nëpërmjet agjencionit për konfiskim të pronës.

**Pyetje:** A keni pasur ritje të buxhetit të institucionit tuaj ose shërbimet që keni kryer në kuadër të projektit “Mjeku rural” a janë pranuar nga Fondi shëndetësor?

**Përgjigje:** Jo, deri tani nuk kemi pasur ritje të buxhetit të institucionit tonë, dmth shërbimet që i kemi kryer në kuadër të vizitave në fshatrat rurale Fondi shëndetësor i Republikës së Maqedonisë nuk na i ka paguar dhe kjo është arsyeja kryesore për ngecje të realizimit të këtij projekti.

**Pyetje:** A respektohet plani për vizita të mjekut rural?

**Përgjigje:** Jo, nuk kemi mundësi reale me kushtet që kemi të kryejmë planin e vizitave në fshatrat rurale.

**Pyetje:** A funksionon projekti “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** **Jo, nuk funksionon** por ne mundohemi të bëjmë vizita në ato fshatra duke bërë kombinime me shërbimet që i kryen ndihma e shpjetë, sistematizimi etj.

*Shtëpia e shëndetit Gostivar*

**Pyetje:** Sa punësime janë realizuar për implementimin e projektit “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** Shtëpia e shëndetit në Gostivar nuk ka realizuar asnjë punësim përkunër kërkesës tonë për domosdoshmërinë e punësimit të kuadrit shëndetësor i cili do të kryente obligimet që rrjedhin nga implementimi i projektit “Mjeku rural”.

**Pyetje:** A keni siguruar mjete transportuese të cilat shfrytëzohen vetëm nga ana e mjekut rural?

**Përgjigje:** Gjithashtu edhe transport për nevojat e mjekut nuk kemi transport. Kërkesa jonë arriti në vesh të shurdhër.

**Pyetje:** A keni pasur ritje të buxhetit të institucionit tuaj ose shërbimet që keni kryer në kuadër të projektit “Mjeku rural” a janë pranuar nga Fondi shëndetësor?

**Përgjigje:** Përkundër realizimit të planit të “Mjekut rural” që na i dërgonte Minsitria e shëndetësisë në përpikmëri në muajt e parë kur filloi projekti, Fondi shëndetësor nuk na i ka kompenzuar harxhimet e bëra për kryerjen e vizitave.

**Pyetje:** A respektohet plani për vizita të mjekut rural?

**Përgjigje:** Jo, nuk ka mundësi reale për kryerjen e planit, por ne këtë projekt e realizojmë përmes planit tonë vetiak (të pavarur) i cili nënkupton vizitën e banorëve në fshatrat e Malësisë në kombinim me projektet tjera si Ndihma e shpjetë, vaksinimi, sistematizimi etj.

**Pyetje:** A funksionon projekti “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** **Jo, nuk funksionon**, nga përgjigjet e pyetjeve më lartë besoj se i kuptuat shkaqet përse nuk mund ta realizojmë këtë projekt.

*Shtëpia e shëndetit Dibrë*

**Pyetje:** Sa punësime janë realizuar për implementimin e projektit “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** Shtëpia e shëndetit të Dibrës fitoi lejen për punësimin e një mjeku që do të punonte në projektin mjeku rural, por për disa muaj mjekja në fjalë e la vendin e punës dhe tani nuk kemi kuadër për ta zëvendësuar.

**Pyetje:** A keni siguruar mjete transportuese të cilat shfrytëzohen vetëm nga ana e mjekut rural?

**Përgjigje:** Po kemi siguruar një veturë nga agjensioni për konfiskimin e pasurisë të cilën e kemi shfrytëzuar për disa muaj në kohën kur punonte edhe mjekja në institucionin tonë.

**Pyetje:** A keni pasur ritje të buxhetit të institucionit tuaj ose shërbimet që keni kryer në kuadër të projektit “Mjeku rural” a janë pranuar nga Fondi shëndetësor?

**Përgjigje:** Buxheti i institucionit tonë nuk është rritur nga Fondi shëndetësor, dmth nuk janë marrë parasysh shërbimet që kemi kryer për disa muaj që realizonim planin e projektit “Mjeku rural”.

**Pyetje:** A respektohet plani për vizita të mjekut rural?

**Përgjigje:** Jo nuk respektohet për shkak se Shtëpia e shëndetit të Dibrës ka të punësuar vetëm dy mjek. Kjo do të thotë se ne me vështirësi arrim që t’i kryejmë shërbimet në kuadër të thirrjeve të banorëve për Ndhmën e shpejtë si dhe vaksinimi dhe sistematizimi realizohen me një plan të cilin vetëm ne e dimë se si e përfundojmë.

**Pyetje:** A funksionon projekti “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** **Jo, nuk funksionon**



**Shtëpia e shëndetit Kërçovë**

**Pyetje:** Sa punësime janë realizuar për implementimin e projektit “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** Po, institucioni jonë ka realizuar një punësim-mjeke e cila do të kyrente detyrat që i takojnë në kuadër të vizitave në fshatrat e Kërçovës. Mjekja në fjalë është në pushim të lindjes dhe për momentin nuk kemi kuadër që të bëjmë zëvendësimin e saj.

**Pyetje:** A keni siguruar mjete transportuese të cilat shfrytëzohen vetëm nga ana e mjekut rural?

**Përgjigje:** Përkundër kërkesës tonë për një mjet transportues adekuat ku ekipi jonë mjekësor do të mund të arrijë në fshatrat e thellë të Malësisë së Kërçovës, ne nuk na është siguruar një mjet i tillë.

**Pyetje:** A keni pasur ritje të buxhetit të institucionit tuaj ose shërbimet që keni kryer në kuadër të projektit “Mjeku rural” a janë pranuar nga Fondi shëndetësor?

**Përgjigje:** Jo jo nuk kemi pasur. E vërteta është se Ministria e shëndetësisë nuk na i lshyen borxhet që na i ka në kuadër të programeve tjera.

**Pyetje:** A respektohet plani për vizita të mjekut rural?

**Përgjigje:** Planin për implementimin e projektit “Mjeku rural” nuk respektohet pasi që mjekja e punësuar në institucionin tonë është në pushim të lindjes, ndërsa kuadri tjetër ekzistues është në numër të vogël dhe nuk ka mundësi për organizim që të realizohet ky plan.

**Pyetje:** A funksionon projekti “Mjeku rural” ?

**Përgjigje: Jo, nuk funksionon.**

*Shtëpia e shëndetit Strugë*

**Pyetje:** Sa punësime janë realizuar për implementimin e projektit “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** Në planin e paraparë për punësime nga Minsitria e shëndetësisë në kuadër të projektit “Mjeku rural” , Shtëpia e shëndetit nuk ka fituar asnjë punësim që do të thotë se ne është dashur ta realizojmë projektin me kuadrin ekzistues.

**Pyetje:** A keni siguruar mjete transportuese të cilat shfrytëzohen vetëm nga ana e mjekut rural?

**Përgjigje:** Jo, Shtëpia e shëndetit Strugë nuk ka marrë veturë të re, por as nuk kemi kërkuar.

**Pyetje:** A keni pasur ritje të buxhetit të institucionit tuaj ose shërbimet që keni kryer në kuadër të projektit “Mjeku rural” a janë pranuar nga Fondi shëndetësor?

**Përgjigje:** Në vitin 2014 përkundër vështirësive, Shtëpia e shëndetit Strugë në përkipëmeri realizonte planin për vizita në fshatrat e Strugës, por Fondi shëndetësor nuk na i ka kompenzuar shërbimet e realizuara.

**Pyetje:** A respektohet plani për vizita të mjekut rural?

**Përgjigje:** Jo, është e pamundur që të realizojmë planin, por ne kemi në kuadër të vaksinimit dhe sistematizimit bëjmë vizita të her pas hershme në fshatrat që nuk kanë mjek të mbrojtjes primare (mjeku amë).

**Pyetje:** A funksionon projekti “Mjeku rural” ?

**Përgjigje:** **Pjesërisht realizohet** projekti “Mjeku rural”, do të thotë bëjmë vizita përmes kontrollave që bëjmë gjatë sistematizimit dhe vaksinimit.

Pasqyra e përgjithshme për realizimin e projektit „Mjekut rural”, Tabela nr 24

Shtëpia e shëndetit	Konstatimi I 2014	Konstatimi I 2016
Shtëpia e shëndetit Tetovë	Projekti: po realizohet sipas planit -punsimet:ka mjek,priten punsime -veturat: po -buxheti:presim korigjim të buxhetit -banorët:të kënaqur pjesërisht	Projekti:nuk realizohet -punsimet: dy me kontratë -veturat:1 veturë -buxheti:jo -banorët:nuk kanë mbrojtje shëndetësore
Shtëpia e shëndetit Gostivar	Projekti:po realizohet sipas planit -punsimet:priten -veturat:priten -buxheti:jo -banorët:të kënaqur pjesërisht	Projekti:nuk realizohet -punsimet:jo -veturat:jo -buxheti:jo -banorët:nuk kanë mbrojtje shëndetësore
Shtëpia e shëndetit Dibër	Projekti:realizohet -punsimet:priten -veturat:priten -buxheti:jo/ankesa -banorët:të kënaqur pjesërisht	Projekti:nuk realizohet -punsimet: 1 mjek-ka realizuar transfer -veturat:po -buxheti:jo -banorët:nuk kanë mbrojtje shëndetësore
Shtëpia e shëndetit Kërçovë	Projekti:nuk ka filluar -punsimet:mungesë kuadri -veturat:jo -buxheti:jo -banorët:nuk kanë mbrojtje shëndetësore	Projekti:nuk realizohet -punsimet:jo -veturat:jo -buxheti:jo -banorët:nuk kanë mbrojtje shëndetësore
Shtëpia e shëndetit Strugë	Projekti:po realizohet -punsimet:ankohen për ngarkesë pune -veturat:priten -buxheti:ankesa -banorët:ankesa	Projekti:nuk realizohet -punsimet:jo -veturat:jo -buxheti:jo -banorët:jo

## ANALIZA E REZULTATEVE NGA HULUMTIMI

### **Përdëftimi i hipotezave dhe rekomandime**

- **Hipoteza numër 1: Rishikimi dhe plotësimi I rrjetit të institucioneve primare shëndetësore në përputhje me nevojat e popullatës do të mundësojë realizimin e plotë të së drejtës ligjore për mbrojtje primare shëndetësore.**

- Analiza e të dhënave të cilat u morën nga Fondi për sigurime shëndetësore treguan që 20% e popullatës nuk kanë mbrojtje primare në vendbanimet e tyre dhe se duhej domosdoshmërisht të intervenohet që edhe ajo pjesë e popullatës të ketë institucionet përkatëse pasi që rrjeti I institucioneve shëndetësore që funksionon në bazë të privatizimit dhe ligjeve ekzistuese nuk ju jepte këtë të drejtë.

- Realizimi I projektit “Mjeku rural” kishte për qëllim që edhe këto vendbanime të kenë institucione shëndetësore për mbrojtjen primare edhe pse me kohë të caktuar. Viti I parë I realizimit të këtij projekti ku kishte edhe shtypje politike nga ana e shtetit por jo përkrahjen e duhur financiare, tregoi se plotësimi I rrjetit të institucioneve primare shëndetësore në përputhje me nevojat e popullatës do të mundësojë realizimin e plotë të së drejtës ligjore për mbrojtje primare shëndetësore.

- Studimi I bërë në pesë qytetet e Maqedonisë Perëndimore tregoi se patjetër duhet që të gjindet formë dhe modalitet që I tërë territori Republikës së Maqedonisë të ketë institucione që do të kryejnë shërbime primare, sepse projekti “Mjeku rural” I filluar mbarë nuk I ka dhënë rezultatet e duhura dhe në vitin 2017 konstatohet se ky projekt pothuajse nuk funksionon.

- **Hipoteza numër 2: Adaptimi stimulatv I mënyrës së finansimit të MPSH do të ketë efekt pozitiv në qasjen dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe kënaqësisë së pacientit.**

- Strategjitë shëndetësore dhe politikat shëndetësore që kryhen në shtetin tone çdoher kanë qenë të orinetuara për rritjen e cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe me këtë kënaqësinë e pacientit, mirëpo studimi nuk pati mundësi të merret me këtë qasje pasi që u studiuua pjesa e

territorit ku nuk ka fare mbrojtje shëndetësore dhe nuk u arrit deri te cilësia e shërbimit dhe kënaqësia e pacinetit.

- Punësimi I mjekëve nëpër Shtëpitë e shëndetit për të punuar si mjek rural, e cila garantonte pagë të përhershme dhe siguri për ardhmërinë e tyre, në këtë punim u pa se mjekët në shumicën e rasteve u larguan nga vendi I punës dhe kjo tregon se punësimi I mjekëve te rinj nuk është mënyra stimulative që ato të punojnë në vendbanime rurale.
- Në intervjuën e realizuar me udhëheqësin e projektit “Mjeku rural” në Republikën e Maqedonisë dhe nga informatat e sigurura prej Fondit shëndetësor u vërtetua se në tërë territorin në të cilin është bërë studimi nuk është hapur asnjë ambulante e re private edhe përkundër stimulimit financiar në shumë prej 40.000 denarëve që Fondi shëndetësor jep për hapjen e institucioneve të reja për mbrojtjen primare mjekëve të rinj në kohëzgjatje prej 18 muaj.
- Këto dy mënyra stimulimi, punësimi I përhershëm dhe stimulimi prej 40.000 denarëve nuk paten efekt pozitiv që kuadri shëndetësor të ketë interesin të punoj në territoret rurale dhe tani pas realizimit të këtyre dy metodave për stimulim financiar një pjesë e konsiderueshme e popullatës vazhdon të mbetet pa mbrojtje primare shëndetësore.

➤ **Hipoteza numër 3: Politikat stimulative për kuadrot mjekësor në MPSH do të stabilizojnë mungesën në kontinuitet me këto kaudro duke konsoliduar në mënyrë të qëndrueshme MPSH-në.**

- Vitet e fundit Republika e Maqedonisë në kontinuitet ka mungesë të kuadrit shëndetësor. Kjo vërehet edhe në realizimin e konkurseve që kishin Shtëpitë e shëndetit për punësimin e mjekëve rural ku në shumicën e rasteve konkurset përsëriteshin dhe në disa qytete të vogla nuk u realizuan fare. Kjo sigurisht për shkak të interesit të kuadrit të ri të punoj në mjekësinë terciiale si dhe hapja e dyerve të disa shteteve të Bashkimit Evropian për kuadrin mjekësor të Republikës së Maqedonisë. Shteti jonë ka bërë disa projekte me punësime të menjëhershme të mjekëve të diplomuar, organizimin e edukimit permanent në shtetet e huaja, me stimulimin financiar për hapjen e ordinancave të reja, transferin shumë të lehtë nga mjekësia private në atë shtetërore, organizimin më të centralizuar (të lehtë) të mjekësisë primare përmes kartelës elektronike dhe disa projekte tjera, mirëpo të gjitha këto nuk kanë efektin e duhur që sistemi jonë të mund ta mbajë kuadrin tonë në Republikën e Maqedonisë.

Kur flasim për projektet e realizuara të cilat nuk kanë efektin e duhur, duhet theksuar se pasojat më së shumti I ka mbrojtja primare shëndetësore, e kjo në këtë punim u vërtetua me realizimin e projektit “Mjeku rural” I cili dështoi për shkak të mungesës së kuadrit.

## PËRFUNDIME DHE REKOMANDIME

### PËRFUNDIME TEORIKE

Sistemet shëndetësore që arrijnë të kenë mbrojtje gjithpërfshirëse primare shëndetësore janë ato sisteme të kompletuara të cilat mundësojnë:

- Popullata ka qasje deri te shëndetësia primare, me çka kemi dijagnostifikim të hershëm të sëmundjeve
- Preventiva e sëmundjeve të ndryshme nënkupton shërrim më të shpejtë dhe kosto më të lire për sistemin shëndetësor
- Gjithpërfshirja e mbrojtjes primare nënkupton jetgjatsi mesatare më të lartë (p.sh Shtetet e Bashkimit Evropian që kanë system mire të organizuar të mbrojtjes primare, me jetgjatsi mesatare mbi 75 vjet)
- Shërimi I pacientëve direct në mjekësinë terciare nënkupton harxhim të madh, mungesa e kohës të mjaftushme të personelit mjeksor për ti trajtuar pacientët, neglizhenca nga ana e pacientëve, nervoza të ndryshme etj.
- Pa gjithpërfshirje të mjekësisë primare nuk mund të realizohen reforma shëndetësore, pasi që deri te ata nuk arrin informacioni I duhur, psh lufta ndaj pandemisë ekzistuese Covid-19 nuk mund të realizohet me efikasitet për shkak të mungesës të mjekut amë në 1227 vendbanime.
- Gjithpërfshirja nënkupton menaxhim të suksesshëm të sistemit shëndetësor, ku popullata është e kënaqur, mjekët arrijnë ti trajtojnë pacientët (sëmundjet e ndryshme) dhe sistemi shëndetësor me kosto më të ulët arrin të jep shërbime më cilësore.

## PËRFUNDIME PRAKTIKE

- Punimi në fjalë konstaton se 1/4 e popullsisë në RMV nuk ka mbrojtje primare shëndetësore, domethënë 1227 vendbanime nuk ka mjek primar me përafërsisht 300 000 banorë nuk kanë mbrojtje primare në vendbanimin ku jetojnë.
- Mungesa e fondeve të mjaftueshme nga fondi shëndetësor ka bërë që regullorja për shpalljen e një vendbanimi vend rural të jetë shumë e rëndë dhe shunë fshatra nuk kanë mundësi që të plotësojnë ato kritere (për shkak të ndryshimit të infrastructures të rrugës he formimi i fshatrave të reja, ndërsa rregullorja e fondit mbetet e pandryshuar)
- Mungesa e një strategjie të qartë nga udhëheqësia shtetërore shëndetësore se si të realiton mbrojtje primare në të gjithë territorin e RMV-së, shumë fshatra të thella në të cilat jetojnë një numër i vogël i banorëve në moshë të thyer nuk arrin mjeku për vizita.
- Shtëpitë e shëndetit të cilat kanë obligim të organizojnë mbrojtje primare, kanë mungesë të theksuar në bashkëpunimin me banorët e këtyre fshatrave pasi që nuk janë në dijeni për kërkesat elementare shëndetësore të cilat i kanë banorët e fshatrave.
- Procedurat e shumta për hapjen e ambulantave të reja, nostrifikimi i diplomave, dmth centralizimi i tepërt i shëndetësisë pamundëson menaxhimin efikas dhe shfrytëzimin e përvojave të shteteve tjera ku mjekësia primare është e decentralizuar.
- Finansat e pamjaftueshme kanë bërë që udhëheqësia shëndetësore projektet të realizon më shumë në bazë të improvizimit dhe nevojës politike sesa nga një studim i mirfilltë nga shumë sektore dhe prandaj rezultatet e reformave nuk janë ato të dëshiruara.



## REKOMANDIME

- Të realizohen projekte konkrete për përmirësimin e gjendjes aktuale, që të kemi mbrojtje të përgjithshme shëndetësore në parimin për qasje, barazi dhe gjithpërfshirje të populates në trajtimin mjeksor primar.
- Decentralizimi I shëndetësisë primare (mundësia më e lehtë për tu kuptuar nevojat e populates dhe menaxhim efikas I resurseve shëndetësore)
- Fondi shëndetësor duhet të siguroj fond më të madh të mjeteve për shpalljen e ambulanteve rurale me kushte më të lehta që të zmadhohet interesi I mjekëve të rinj për të punuar në fshatra ku nuk kanë mbrojtje primare shëndetësore, sepse kushtet e tanishme për shpalljen e një ambulante rurale nuk I plotësojnë këta vende.
- Investime në ambulant mobile ku në një plan program të detajuar stafi mjeksor I kësaj ambulante do të bënte vizita në vendbanime ku mungon mjeku primar.
- Grupimin e disa fshatrave dhe dhënien e tyre me koncesion me çka mjeku obligohet të kryejë shërbime në më shumë fshatra me planprogram të detajuar paraprakisht (që popullata të jetë e informuar për kohën e vizitës së mjekut në vendbanimin e tyre).
- Bashkëpunim të ndërsjellt me banorët e fshatrave ku mungon mbrojtja primare shëndetësore dhe studentët eventual që studijojnë mjeksinë që vijnë nga ato fshatra, që të gjindet një modalitet sipas kërkesave të studentëve që ato pas mbarimit të studimeve të kthehen dhe të punojnë në fshatrat e tyre.
- Lehtësimi I procedurave për nostrifikimin e diplomave të mjekëve nga shtetet tjera të cilët do të mund të vinin të punojnë si mjek në R.e Maqedonisë Veriore. Qëllimi I këtij rekomandimi është që të mbulohet mungesa e mjekëve tanë që po largohen drejt Bashkimit Evropian.
- Projektet e rradhës të cilat duhet ti ndërmer shteti jonë për përmirësimin e gjendjes së mbrojtjes primare shëndetësore duhet të përfshihen më shumë sektore që ato

të jenë të qëndrueshme dhe të rezultojnë me efekte konkrete, e jo si projekti Mjeku rural I cili nuk pati rezultatin e dëshiruar.

- Si rekomandim në aspektin financiaro-stimulativ propozohet që në të ardhmen Ministria e shëndetësisë ose Fondi shëndetësor të siguroj mjete konstante për mjekët që do të kryejnë shërbimet e nevojshme në territoret rurale, dmth planprogramin e vizitave të cilat duhej ta kryejnë Shtëpitë e shëndetit, ta realizojnë institucione private shëndetësore me pagesë dhe kontrollë nga ana e shteti.
- Ligj I posaçëm për rregullimin e të drejtave të mjekëve, I cili do ta rregullon statusin e punonjësve shëndetësor.

## Literatura e përdorur

- Reforma të sektorit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë “CRPM-qendra për hulumtime dhe krijim të politikës”, studimi 4, Shkup 2010, faqe 19.
- Петковски, К. & Симоновска, В.(2008): *Менаџмент во сдравтво*. Херакли Комерц.Битола
- Pollozhani, A.& Kendrovski, V.(2009): *Aspektet bashkëkohore të menaxhmentit në shëndetësi*. Shkup
- Pollozhani, A.(2013): *Shëndeti publik*. Univerziteti Iliria. Prishtinë
- Petric, K.V. (2016): *Primary health care in Slovenia*. Vienna Healthcare Lectures.
- Ѓаб. I. (1995): *Primary health care in Slovenia. First results*. Social Science and Medicine. Vol.41, Iss. 1, 141-144
- *SPF Economie PME Classes Moyennes et Energie*, 2010
- Eurostat, 2010
- *Bureau fédéral du Plan*, 2008
- *De Ridder*, 2010.
- *Kroneman et al.*, 2009
- *Service Public Fédéral*, 2008
- *Service Public Fédéral*, 2008; *SPF Economie PME Classes Moyennes et Energie*, 2010.
- *Dobrev et al.* 2008 (Dobrev, D., Neycheva, T., & Mudrov, N. (2008). Digital lock-in techniques for adaptive power-line interference extraction. *Physiological measurement*, 29(7), 803.
- *Direction opérationnelle santé publique et surveillance*, 2010

- *Demarest et al.* 2006.
- *Buffels, Degryse & Liistro*, 2009
- Hysa, B. (2004): *Parimet bazë të ekonomisë së shëndetit*. Shtëpia Botuese e Librit Universitar. Tiranë
- Novik, L.F, Morou, S.B & Mejs, G.P (2012). *Administrata e shëndetit publik*. Akademiçi peçat. Shkup.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457-502.
- Busse, H., Aboneh, E. A., & Tefera, G. (2014). Learning from developing countries in strengthening health systems: an evaluation of personal and professional impact among global health volunteers at Addis Ababa University's Tikur Anbessa Specialized Hospital (Ethiopia). *Globalization and health*, 10(1), 64.
- De Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 717-731.
- World Health Organization. (2004). *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. World Health Organization.

- Gwatkin, D. R., Bhuiya, A., & Victora, C. G. (2004). Making health systems more equitable. *The Lancet*, 364(9441), 1273-1280.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J., & Murukutla, N. (2007). Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 26(6), w717-w734
- World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. (2009). An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *The Lancet*, 373(9681), 2137-2169.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 18.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International journal of integrated care*, 9(2).

#### **Web faqe te perdorura:**

- <http://www.who.int/countries/mkd/en/>
  - <sup>2</sup><http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-macedonia>
  - <http://www.moh.gov.mk/>
  - <http://www.fzo.org.mk/>
  - <http://www.iph.mk/>
- Në këtë punim janë përdorur të dhëna dhe informacione nga raportet e përgaditura nga Ministria e shëndetësisë, ku pjesë e grupeve punuese kam qenë edhe unë.