UNIVERSITETI I EVROPËS JUGLINDORE
УНИВЕРЗИТЕТ НА ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА
SOUTH EAST EUROPEAN UNIVERSITY

FAKULTETI I BIZNESIT DHE EKONOMISË
ФАКУЛТЕТ ЗА БИЗНИС И ЕКОНОМИЈА
FACULTY OF BUSINESS AND ECONOMICS

STUDIMET PASDIPLOMIKE – CIKLI I DYTË

TEZA:

"NDIKIMI I KUJDESIT PRIMAR SHËNDETËSOR NË MIRËQENIEN SOCIO-EKONOMIKE NË REPUBLIKËN E MAQEDONISË SË VERIUT"

KANDIDAT:
Jeta Marku Dika

MENTOR:
Prof. Dr. Hyrije Abazi - Alili

Tetovë , Nëntor 2023

FALËNDERIMET

Punimi i tezës së mastërit kërkon mund dhe përkushtim të madh i cili nuk mund të realizohej pa përkrahjen e njerëzve më të dashur, prandaj ju jam mirënjohese dhe i falënderoj pafund të gjithë ata që më kanë mbështetur jo vetëm tani por për gjate gjithë rrugëtimit tim studentor.

Një falënderim i veçantë shkon për mentoren profesoreshën Prof. Dr. Hyrije Abazi- Alili e cila me udhëzime dhe këshilla profesionale më ka mbështetur dhe monitoruar gjatë gjithë punës time. Faleminderit profesoreshë.

Dëshiroj, në fund të shprehë një falënderim të thellë për familjen time për dy prindërit e mi Atli dhe Julijeta Marku , po ashtu edhe motrës sime Dega dhe vëllai Arbër të cilët më mbështetën gjatë kohës së studimeve me dashurin e tyre, durimin dhe kurajën si dhe duke më dhënë forcë për të përfunduar me sukses këtë punim, do të ju jem mirënjohëse gjithmonë. Po ashtu, do doja te shpreh mirënjohje dhe falënderim dashurisë sime Armendit, i cili çdo ditë më motivon me dashurinë dhe përkrahjen e tij të pakushtëzuar.

DEKLARATË

Unë, Jeta Marku Dika (numër ID: 122881) studente në studimet e masterit në Fakultetin e Biznesit dhe Ekonomisë, në programin studimorë Financa dhe Kontabilitet, pranë Universitetit të Evropës Juglindore, vërtetoj se jam autorja origjinale e këtij punimi me titull: ***"Ndikimi i kujdesit primar shëndetësor në mirëqenien socio-ekonomike në Republikën e Maqedonisë së Veriut"***. Informacionet e marra nga puna e publikuar në tekst, dhe referencat janë të prezantuara në bibliografi.

Abstract

Primary health care in Macedonia affects socio-economic well-being by providing basic and preventive health services for the entire population. This whole process helps us in reducing diseases, improving productivity, and also reducing health costs for individuals and society in general.

This paper is a narrative and qualitative by its nature, which means that the paper is based on the description and analysis of the data and practices of the system used specifically from the employees of the Health Insurance Fund of the Republic of North Macedonia, in the Diber regional unit.

The main purpose of this study is to analyse and explain that the organization of the system health in the Republic of North Macedonia is in fact the organization of the structures of the Fund Health Insurance in the policy strategy health and health system of the Republic of North Macedonia.

This paper has a special importance in the first place for all the citizens of the Republic of North Macedonia because each one of them represents a person secured to their own doctors, and that's the reason we consider them as the most important target in this paper. Would definitely single out the residents of Dibra town, because of the display of their concrete data in their hometown Health Fund.

Abstrakt

Kujdesi primar shëndetësor në Maqedoni ndikon në mirëqenien socio-ekonomike duke ofruar shërbime shëndetësore bazike dhe parandaluese për të gjithë popullsinë. Kjo ndihmon në zvogëlimin e sëmundjeve, përmirësimin e produktivitetit dhe uljen e kostove shëndetësore për individët dhe shoqërinë në përgjithësi.

Ky punim ka kryesisht natyrë cilësore dhe narrative, që domethënë se ky punim është bazuar në përshkrimin dhe analizimin e të dhënave dhe praktikave të sistemit i cili përdoret konkretisht nga punonjësit e Fondit për Sigurim Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut, në njësinë rajonale Dibër.

Qëllimi kryesor i këtij studimi është të analizojmë dhe sqarojmë se organizimi i sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut është organizim i strukturave të Fondit për Sigurim Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut në strategjinë e politikave shëndetësore dhe sistemit shëndetësor.

Ky punim ka një rëndësi të veçantë në radhë të parë për të gjithë qytetarët e Republikës së Maqedonisë së Veriut, sepse secili prej tyre paraqet një person të siguruar te ndonjëri prej mjekëve amë, dhe si të tillë i konsiderojmë si targetin më me rëndësi në këtë punim. Patjetër që këtu do veçoja banorët e qytetit të Dibrës, të cilët kanë të dhëna konkrete për fondin e tyre të shëndetësisë në vendbanimin e tyre.

PËRMBAJTJA:

FALËNDERIMET 1
DEKLARATË 2
Abstract 3
Abstrakt 4
PËRMBAJTJA: 5
I. HYRJE DHE NJË VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM 7
1. Hyrje 7
2. Lënda e Hulumtimit 9
3. Qëllimi dhe objektivat e studimit 10
4. Hipotezat 11
5. Metodologjia e hulumtimit 11
6. Rëndësia e punimit 12
II. KONCEPTI MBI SISTEMIN SHËNDETËSOR 13
2.1. Përkufizimi i shëndetit 13
2.2. Organizimi i mbrojtjes shëndetësore 15
2.3. Kategoritë e sistemit shëndetësor 17
2.4. Parimet themelore të kujdesit primar shëndetësor 17
III. STRUKTURA ORGANIZATIVE DHE MENAXHIMI I SISTEMIT SHËNDETËSOR NË MAQEDONI 19
3.1 Organizimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor 21
3.2. Ministria e Shëndetësisë 22
3.3. Fondi për Sigurim Shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut 23
3.4. Ministria e Financave 25
3.5. Ministria e Arsimit 25
3.6. Shoqatat/ Dhomat/ Sindikatat Profesionale 26
3.7. Sektori Joqeveritar 26
IV. SISTEMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NË MAQEDONI 28
4.1. Për Siguruesit 29
4.2. Kujdesi Shëndetësor Parësor 31

4.2.1.Mjekët amë 31
4.2.2. Mjekët e pëgjithshëm 32
4.2.3. Gjinekologët 33
4.2.4. Stomatologët 34
4.2.5. Kujdesi shëndetësor parësor në shtëpitë e shëndetit 35
V. KUJDESI SHËNDETËSOR SPECIALISTIK- KONSULTATIV SI DHE KUJDESI SHËNDETËSOR SPITALOR 37
5.1. Kujdesi Shëndetësor Specialistik-Konsultativ 37
5.2. Kujdesi Shëndetësor Spitalor 37
VI. MJEKIMI JASHTË VENDIT 42
6.1. Shfrytëzimi i shërbimeve shëndetësore jashtë vendit në rast të udhëzimit të punës së përkohshme me vendet me të cilat ka marrëveshje për sigurim social 43
VII. REALIZIMI I TË DREJTËS PËR REFUNDIM 45
7.1. Shuma e Kompensimit 47
7.2. Të drejtat e personit të siguruar për kompensim (rimbursim) 50
7.2.1. Dializa 50
7.2.2. Ushtrime për Shikim, Dëgjim dhe të Folur 51
VIII. PËRMIRËSIMI I PERFORMANCËS DHE CILËSISË NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR 54
8.1. Përmirësimi dhe aplikimi i vazhdueshëm i mekanizmave për përmirësimin e cilësisë së proceseve të Kujdesit Parësor Shëndetësor 55
8.2. Krijimi i mekanizmave për përmirësimin e cilësisë së outputeve dhe rezultateve të Kujdesit Parësor Shëndetësor 56
IX. PËRFUNDIMI 58
BIBLIOGRAFIA 60

I. HYRJE DHE NJË VËSHTRIM I PËRGJITHSHËM

1. Hyrje

Sistemi shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut mund të shërbejë si shembull për decentralizimin e sistemit prej kohës së komunizmit i cili në kohën e tranzicionit drejt demokracisë kaloi në udhëheqje qendrore, por njëkohësisht duke i mbajtur strukturat e decentralizuara. Si rezultat i marrëveshjes së Ohrit (i nënshkruar në gusht të vitit 2001) sot Maqedonia përsëri është e decentralizuar. Ky proces u realizua në nivel nacional dhe me idenë që tu afrohen shërbimet publike njerëzve ku në bazë të kësaj arsimi, shërbimet sociale dhe shërbimet shëndetësore mbesin në kuadër të qeverisjes lokale, që njëkohësisht janë edhe përgjegjës për këto shërbime.

Institucionet shëndetësore janë të organizuara në tre nivele: niveli primar, niveli sekondar si dhe niveli terciar.

Sistemi shëndetësor i Republikës të Maqedonisë (para demokracisë deri në vitin 1991) ka qenë autonom dhe i decentralizuar, shërbimet dhe financimi kanë qenë të kontrolluara dhe të organizuara në nivel komunal. Sistemi shëndetësor ka qenë i organizuar në njësitë lokale të vetëqeverisura: shërbimet shëndetësore mbuloheshin nga 30 komuna dhe komuna e qytetit të Shkupit, por vetëm projektet e mëdha ishin të planifikuara dhe të realizuara në qendër. Sistemi financoheshe në fillim në nivel lokal, por ekzistonte edhe fond në nivel qendror i cili shërbente për financimin e atyre komunave të cilat nuk mund të ndanin mjete financiare të mjaftueshme për shërbimet shëndetësore.

Duke pasur parasysh që secila komunë në mënyrë të veçantë i zhvillonte strukturat e veta për të ofruar shërbime shëndetësore, sistemi i decentralizimit erdhi deri në copëzimin e ofrimit të shërbimeve dhe dyfishimin si të organizatave ashtu edhe të shërbimeve. Kështu u themeluan

njësi të ndryshme të cilat shpesh përmbanin elemente të shëndetësisë primare, sekondare dhe asaj terciare. Ndikimi i udhëheqjes qendrore në zhvillimin e përgjithshëm të sistemit shëndetësor në nivel lokal (komunal) ishte shumë i vogël për shkak të vetëqeverisjes që e kishin komunat në sferën e prurjes së vendimeve financiare.

Me kalimin në demokraci dhe arritjen e pavarësisë, ka pasur nevojë për planifikim më të centralizuar shëndetësor, prandaj në vitin 1991 u krijua Ministria e Shëndetësisë. Njëkohësisht në të njëjtin vit u votua edhe Ligji për Sigurim Shëndetësor dhe ashtu filloi procesi i kontrollimit dhe i financimit nga qendra. Për shkak të mungesës të resurseve të përshtatshme, prioritet në zhvillimin e udhëheqjes në nivel lokal fitoi planifikim qendror të infrastrukturës.

Themelimi i Fondit për Sigurim Shëndetësor ishte hapi i ardhshëm për ta forcuar planin qendror strategjik dhe operativ. Mirëpo amendamentet e Ligjit për Shëndetësi ne vitin 1995 e cekën që duhet të ketë pjesëmarrje lokale për prurjen e vendimeve. Prandaj u propozua themelimi i bordeve drejtuese në institucionet shëndetësore.

Në këto borde drejtuese anëtarë ishin përfaqësues të punëtorëve si dhe përfaqësues të emëruar nga Kuvendi i Maqedonisë. Me ndryshimet e ligjeve në sferën e vetëqeverisjes lokale në vitin 2004, udhëheqja lokale kishte të drejtë të kandidon përfaqësues të vet në bordet drejtuese në institucionet të mjekësisë primare. Që nga viti 2005, spitalet kanë marrë mjete financiare për buxhetet e tyre në nivel vjetor dhe në atë mënyrë drejtorët dhe këshillat udhëheqës fituan pavarësi më të madhe.

Po ashtu, në spitalet që kanë pasur kontratë me Fondin për Sigurim Shëndetësor u vendosën tregues të performancës për të përmirësuar monitorimin. Rritja e autonomisë në sistemin shëndetësor në Maqedoni do të kërkojë struktura të përshtatshme rregullatore. Gjithashtu, institucionet shëndetësore do te duhet të kenë pavarësi më të madhe në planifikimin e resurseve njerëzore, të ashtuquajtura të kenë te drejtë të punësojnë të rinj ose të pushojnë prej pune personelin e papërshtatshëm.

Përveç që kanë një interes në menaxhimin e institucioneve lokale shëndetësore, Ligji për vetëqeverisje lokale, i cili është miratuar në vitin 2004, parasheh kompetenca më të mëdha për

komunat, veçanërisht në fushat e promovimit të shëndetësisë, aktivitet parandaluese, profesionale, shëndetësi mendore dhe krijimin e mjedisit jetësor të shëndetshëm. Ministria e Shëndetësisë ka në plan të inkurajojë përfaqësuesit lokalë që të marrin një rol më aktiv në identifikimin dhe analizimin e problemeve, prioritetin dhe promovimin e aktiviteteve shëndetësore.

2. Lënda e Hulumtimit

Fondi për Sigurim Shëndetësor i Maqedonisë është themeluar me Ligjin për sigurim shëndetësor ("Gazeta zyrtare e RM-së" nr.25/2000, 34/2000 dhe 96/2000) për zbatimin e sigurimit shëndetësor të detyrueshëm, si një institucion i cili kryen veprimtari me interes publik dhe autorizime publike të përcaktuara me ligj.

Nëpërmjet Ligjit për Sigurim Shëndetësor rregullohet sigurimi shëndetësor i qytetarëve, të drejtat dhe detyrimet e sigurimit shëndetësor, si dhe mënyra e zbatimit të sigurimit shëndetësor.

Sistemi shëndetësor në kohën e Republikës të Maqedonisë (ashtu e quajtur para demokracisë deri në vitin 1991) ka qenë autonom dhe i decentralizuar, shërbimet dhe financimi kanë qenë të kontrolluara dhe të organizuara në nivel komunal. Sistemi shëndetësor ka qenë i organizuar në njësitë lokale të vetëqeverisura: shërbimet shëndetësore mbuloheshin nga 30 komuna dhe komuna e qytetit të Shkupit, por vetëm projektet e mëdha ishin të planifikuara dhe të realizuara në qendër. Sistemi financoheshte në fillim në nivel lokal, por ekzistonte edhe fond në nivel qendror i cili shërbente për financimin e atyre komunave të cilat nuk mund të ndanin mjete financiare të mjaftueshme për shërbimet shëndetësore.

Në bazë të temës *"Ndikimi i kujdesit primar shëndetësor në mirëqenien socio-ekonomike në Republikën e Maqedonisë së Veriut"*, Fondi për Sigurim Shëndetësor është pjesë e sistemit shëndetësor dhe ai kryen veprimtari me interes publik si dhe implementon autorizime publike të përcaktuara me ligj, siç janë:

- Fondi cilësohet si person juridik.
- Fondi është i pavarur në punën e tij.
- Selia e Fondit gjendet në Shkup.
- Fondi posedon statutin e tij.
- Fondi posedon xhirollogari të veçantë bankare.

3. Qëllimi dhe objektivat e studimit

Qëllimi kryesor i këtij studimi është të analizojmë dhe sqarojmë se organizimi i sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut është organizim i strukturave të Fondit për Sigurim Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut në strategjinë e politikave shëndetësore dhe sistemit shëndetësor. Gjithashtu duhet të theksohet se rol të rëndësishëm ka organizmi i shërbimeve shëndetësore në nivelin primar i cili ndahet në mjekësinë e përgjithshme, stomatologjinë dhe gjinekologjinë, ku çdo sigurues duhet të jetë i regjistruar si pacient tek këto mjek amë.

Si qëllim dytësor i këtij studimi na paraqitet analizimi dhe sqarimi i kontributit të organizimit të sistemit shëndetësor në realizimin e strategjisë për të siguruar kujdes shëndetësor sa më të mirë për të gjithë personat e siguruar si dhe vetëdijesimin e tyre për shëndet të mirë, si pjesë e sistemit shëndetësor.

Si qëllim i fundit por jo më pak i rëndësishëm është analizimi dhe sqarimi i shpërndarjes së strukturës organizative të mjekësisë parësore në gjithë territorin e Republikës së Maqedonisë së Veriut në bazë të rrjetit të cilën e ka formuluar Ministria e Shëndetësisë.

4. Hipotezat

Hipoteza e përgjithshme e temës :

1. Organizimi i sistemit shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut bashkë me strategjitë e politikave shëndetësore dhe sistemit shëndetësor ndikojnë në mirëqenien ekonomike të shtetasve të Republikës së Maqedonisë së Veriut.

2. Organizmi i shërbimeve shëndetësore në nivelin primar i cili më tej ndahet në mjekësinë e përgjithshme, stomatologjinë dhe gjinekologjinë, ku çdo sigurues duhet të jetë i regjistruar si pacient tek këto mjek ame, dhe që në thelb paraqet një siguri për pacientët.

3. Vetëdijesimi dhe të kuptuarit të pacientëve (personave të siguruar) dhe sigurimi i shëndetit të tyre sa më të mirë si pjesë e sistemit shëndetësor, vjen si pasojë e kontributit të organizimit shëndetësor.

4. Sqarimi i përgjithshëm se me anë të rrjetit të formuluar nga Ministria e Shëndetësisë sot vjen deri te shpërndarja e strukturës organizative të mjekësisë parësore në gjithë Republikën e Maqedonisë së Veriut.

5. Metodologjia e hulumtimit

Ky punim ka kryesisht natyrë cilësore dhe narrative, që domethënë se ky punim është bazuar në përshkrimin dhe analizimin e të dhënave dhe praktikave të sistemit i cili përdoret konkretisht nga punonjësit e Fondit për Sigurim Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut, në njësinë rajonale Dibër.

Përveç pjesës narrative dhe teorike të këtij punimi, po ashtu përdoret edhe metoda deskriptive numerike për numrin e subjekteve të këtij studimi që janë personat e siguruar (pacientët). Gjithashtu si një metodë e rëndësishme të cilin e përdorim në realizimin e këtij punimi është edhe metoda e korrelacionit siç është përmendur në hipotezat e lartpërmendura, dhe mbi të gjitha kemi edhe metodën krahasuese për numrin e pacientëve te secili prej mjekëve

amë, ku këtu përfshihen krahasim mes: ndryshimi i numrit të pacientëve te mjeku i përgjithshëm përgjatë viteve, ndryshimi i numrit të pacientëve te Stomatologu përgjatë viteve, si dhe ndryshim i numrit të pacientëve te Gjinekologu përgjatë viteve.

Të gjitha këto të dhëna do jenë të elaboruara me anë të tabelave dhe grafikëve që shpalosin më saktë qëllimet e këtij studimi.

6. Rëndësia e punimit

Ky punim ka një rëndësi të veçantë në radhë të parë për të gjithë qytetarët e Republikës së Maqedonisë së Veriut, sepse secili prej tyre paraqet një person të siguruar te ndonjëri prej mjekëve amë, dhe si të tillë i konsiderojmë si targetin më me rëndësi në këtë punim. Patjetër që këtu do veçoja banorët e qytetit të Dibrës, të cilët kanë të dhëna konkrete për fondin e tyre të shëndetësisë në vendbanimin e tyre.

Më pas, ato që mund të përfitojnë nga këto të dhëna janë pikërisht mjekët amë: mjek i përgjithshëm, stomatolog dhe gjinekolog, për të pasur një pasqyrë më të qartë ndër vite të punës së tyre në lidhshmëri me Fondin për Sigurim Shëndetësor, si dhe përfitimet dhe benefitet që i sigurojnë përmes këtij institucioni me kaq peshë në fushën e mjekësisë.

Kategoria tjetër që do përfitonte prej këtij studimi janë pikërisht studentët e drejtimit Financa dhe Kontabilitet apo edhe punonjësit e Fondit për Sigurim Shëndetësor, që po ashtu të kenë një udhëzim për çdo informatë dhe të dhënë të nevojshme nga praktika e punonjësve të Fondit Shëndetësor në qytetin e Dibrës, që mund të jetë një faktor ndihmës në punën e tyre praktike në po të njëjtën fushë, ose ndihmë për përpilimin e një studimi të ri të mëtejshëm.

II. KONCEPTI MBI SISTEMIN SHËNDETËSOR

2.1. Përkufizimi i shëndetit

Vetëm një person i shëndetshëm mund të jetë i dobishëm për veten e tij, për familjen e tij dhe për shoqërinë. Vetëm një shtet me një popullsi të shëndoshë mund të jetë i pasur, sepse njeriu i shëndetshëm kontribuon në të gjithë sferat për zhvillimin e shtetit, si në gjendjen materiale, ashtu edhe në gjendjen shpirtërore, duke i dhënë shtetit pasuri materiale dhe shpirtërore. Në anën tjetër, për sigurimin e kujdesit shëndetësor adekuat duhet të ketë indikatorë të mëdhenj financiarë, të cilët më së shumti sigurohen nga buxheti i shtetit. Për dy arsyet e mësipërme, interesi parësor i secilit vend është një popullsi e shëndetshme.

Interesi për shëndetin dhe gjendjen shëndetësore të popullatës ka ekzistuar që nga kohërat e lashta. Prej në epokën tonë, kanë ekzistuar përpjekjet për organizimin dhe kujdesin e shtetit për të ndaluar sëmundjet ngjitëse, kujdesin prej tyre, solidarizimin dhe ndihma për të sëmurët dhe të lënduarit. Në atë kohë motivet për kujdes ishin të natyrës ekonomike dhe shoqërore - me qëllim që të ruhet fuqia punëtore për të kultivuar tokën, për të qenë në gatishmëri të mirë luftarake, për të mbrojtur shtetin, etj. Gjithashtu me zhvillimin e mëtejshëm të shoqërisë ndryshon edhe këndvështrimi, dhe qëllimi për popullsi të shëndetshme nuk është vetëm për shkaqe ekonomike por edhe merr elemente humane për kujdesin e njeriut si qenie njerëzore.

Evolucioni në kuptimin e shëndetësisë më së miri mund të shpjegohet nëpërmjet definicioneve të cilat janë paraqitur në periudha të ndryshme kohore.

Pindar, për shembull, në kohën antike e ka definuar shëndetin si " funksionimi i harmonizuar i organeve". Ky definicion edhe sot nuk e humbën kuptimin e vet sepse harmonizimi i funksionimit të organeve është një parakusht për mirëqenien e plotë shëndetësore. Ky definicion e thekson konceptin medicinal për shëndetin; koncepti i cili mendon se sëmundja vjen si shkak i shkatërrimit të indeve dhe organeve, si dhe funksionimit të tyre. Sipas këtij koncepti, shkaku i këtij çrregullimi është veprimi i një shkaku të jashtëm që është i dëmshëm për trupin e

njeriut. Fillon nga mendimi se gjendja shëndetësore i paraprin sëmundjes, ose gjendja që vjen nga faktorët e jashtëm. Pra, shëndeti është në duart e mjekëve dhe terapisë që ata japin.

Në periudhën e revolucionit industrial shëndeti definohet në aspektin ekonomik, si kategori ekonomike. Si kategori ekonomike, shëndeti është një kusht që duhet tu sigurojë gjendje të mirë dhe aftësi punëtorëve për punë, si dhe zvogëlimin e ditëve të humbura për shkak të sëmundjeve të ndryshme.

Koncepti filozofik shëndetin e përkufizon si një kapacitet i një njeriut për vetë-realizimin dhe vetë-arritjen, me një ndjenjë kënaqësie në marrëdhëniet e tij me mjedisin.

Në vitin 1948, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e definon shëndetin si gjendje të plotë fizike, gjendje mendore dhe sociale, dhe jo vetëm mungesë e sëmundjes dhe pa aftësisë.

Në bazë të OBSH-së, realizimi i nivelit më të lartë të shëndetësisë është njëra nga të drejtat themelore të njeriut, pa marrë parasysh raca, feja dhe përfaqësimin politik, dhe pa marrë parasysh dallimin në bazë të gjendjes ekonomike dhe sociale.

Shëndeti shikohet në bazë të dy këndvështrimeve: shëndeti fizik si dhe shëndeti mendor (shpirtëror).

Shëndeti fizik i referohet shëndetit të trupit. Ajo varet nga funksionimi i rregullt i organeve dhe sistemeve, prej aktivitetit fizik (punës, fitnesit, sportit) ushqimit të shëndetshëm dhe pushimit të mjaftueshëm. Në shëndetin fizik ndikon standardi dhe cilësia e jetesës.

Shëndeti mendor përshkruhet në bazë të shkallës së njohjes ose gjendjes emocionale, si edhe mungesë të çrregullimit mendor. Organizata Botërore e Shëndetësisë e definon shëndetin mendor si një gjendje mirëqenie në të cilën një individ i realizon aftësitë , mund të përballojë stresin normal ditor, mund të punojë në mënyrë produktive dhe është në gjendje të kontribuojë në rrethin e tij.

2.2. Organizimi i mbrojtjes shëndetësore

Me organizim të mbrojtjes shëndetësore nënkuptojmë kujdesin ndaj gjendjes shëndetësore të shoqërisë dhe popullatës.

Kujdesi shëndetësor i përfshin të gjithë aktivitetet dhe hapat për të ruajtur përparimin e shëndetit të njerëzve, parandalimin e sëmundjeve, lëndimet, zbulimin e hershëm të sëmundjes, si dhe rehabilitimin efektiv në kohë.

Çfarë nënkuptojmë me këto terma?

Ruajtja dhe përparimi i shëndetit arrihet me ngritjen e vetëdijes për shëndet tek fëmijët dhe rinia, si dhe kujdes shëndetësor tek popullsia më e vjetër, me qëllim që secili të jetë i aftë të kujdeset për shëndetin e vet. Për shembull, për edukimin shëndetësor tek fëmijët është që të mësohen të kenë shprehi për higjienë. Për shembull, për edukimin shëndetësor të të rinjve është arsimimi, ndikimi negativ i duhanit, drogës, alkoolit. Mbrojtja shëndetësore tek të moshuarit përfshin përpunimin e temave për sëmundje të cilët paraqiten në një moshë të pjekur (sëmundjet e zemrës, mbipesha).

Për parandalimin e sëmundjeve duhet të rritet imuniteti, sidomos rezistenca e organizmit kundrejt disa sëmundjeve të caktuara. Sëmundjet ndalohen me rritjen e imunitet. Rritja e imunitetit mund të arrihet në dy mënyra: në bazë të masave të përgjithshme ose masave specifike.

Rritja e përgjithshme e imunitetit arrihet duke u ushqyer shëndetshëm, duke shmangur efektet e dëmshme në shëndet (pirja e duhanit, ekspozimi ndaj rrezatimit), veshje të përshtatshme, sporte, kohë të lirë, rekreacion, etj. Imuniteti specifik arrihet me imunitet ose mbrojtje nga sëmundjet ngjitëse te përcaktuara. Imuniteti fitohet prej kur jemi të porsalindur, foshnje, të rritur dhe vazhdon deri tek mosha e pjekur. Vaksinimi i fëmijëve aplikohet në bazë të kalendarit të vaksinimit i cili është i rekomanduar nga OBSH.

- Zbulimi dhe diagnostikimi i hershëm përfshin në kohë zbulimin e sëmundjeve përmes kontrollit sistematik të foshnjave, fëmijë të vegjël, nxënësve,

edukatorëve, punëtorët e hotelerisë, kontrollet parandaluese për zbulimin e hershëm të kancerit të mitrës dhe kancerit të gjirit tek gratë, etj.

Ajo gjithashtu përfshin realizimin të disa testeve të përcaktuara në bazë në bazë të të cilave mund të identifikohen bartësit dhe vuajtësit e sëmundjeve infektive.

- Terapia e hershme e përshtatshme- nënkupton me zbulimin e diagnozës duhet menjëherë të fillohet me terapinë adekuate (ilaç, regjim në ushqim, intervenim kirurgjik, pushim, etj.).
- Më rehabilitimi nënkuptojmë një proces ku gjendja e organizmit nëpërmjet rehabilitimit kthehet si në gjendjen e mëparshme para së të lëndohet, përmes procedurave dhe ushtrimeve të përshtatshme fizike gjithashtu përmes metodave të rehabilitimit mendor.
- Për realizimin e mbrojtjes shëndetësore një rol të veçantë dh përgjegjësi kanë organizatat shëndetësore si dhe të punësuarit shëndetësor.

Shërbimi shëndetësor (publik dhe privat) është ,,industri" e cila i siguron shërbimet shëndetësore.

Në bazë të përmbajtjes, në bazë të llojeve të kujdesit shëndetësor dhe shërbimeve shëndetësore të cila shërbehen, shërbimi shëndetësor organizohet në tri nivele: primare, sekondare dhe terciare, në të cilën bazohet organizim i kujdesit shëndetësor (Gjorgjev dhe Bacanoviq, 2006).

Kujdesi shëndetësor primar organizohet dhe praktikohet në njësi rajonale të çdo komune. Ajo është niveli i takimit të parë i shfrytëzuesit të pacientit (siguruesit) me shërbimet shëndetësore. Kujdesi primar shëndetësor duhet të jetë i organizuar në bazë të nevojave të banorëve. Në këtë nivel mundësohet zgjedhja e shumë problemeve shëndetësore si parandalimi i sëmundjes, diagnostikimi i hershëm sëmundjes, shërimi dhe rehabilitimi.

Kujdesi shëndetësor sekondar përfshin diagnostikimin, mjekimin dhe rehabilitimin e sëmundjeve dhe lëndimeve nëpërmjet teknologjisë medicinale dhe kuadrot e specializuara që i kanë. Ajo është një nivel i ndërmjetshëm dhe një filtër midis nivelit primar dhe kujdesit

shëndetësor terciar. Është organizuar si specialistike-konsultative dhe kujdes shëndetësor spitalor. Ky nivel përfshin: spitalet (të përgjithshme dhe speciale), institutet e rehabilitimit (për shembull, Instituti për Parandalimin, Trajtimin dhe Rehabilitimin e sëmundjet kardiovaskulare në Ohër) dhe të tjerët.

2.3. Kategoritë e sistemit shëndetësor

Në Maqedoni, sistemi shëndetësor është i organizuar ne disa kategori. Këto kategori përfshijnë shërbimin mjekësor, shërbimin farmaceutik, shërbimin e shëndetit mendor, si dhe shërbime të tjera të lidhura me shëndetin. Çdo kategori ka rolin e saj të veçantë në ofrimin e kujdesit shëndetësor për popullatën.

2.4. Parimet themelore të kujdesit primar shëndetësor

1. Barazia – burimet e kujdesit shëndetësor duhet të jenë të aksesueshme dhe të përballueshme për të gjithë, d.m.th. duhet të ketë një decentralizim të shërbimeve shëndetësore, barnat duhet të vihen në dispozicion në të gjitha nivelet dhe me kosto të ulët. Shpërndarja e barabartë e kujdesit shëndetësor për të përmbushur problemin kryesor shëndetësor të njerëzve pavarësisht nga gjinia, statusi, gjinia, kasta, ngjyra, klasa sociale, vendndodhja rurale/urbane duhet të ketë mbulim universal të popullsisë, me kujdes të ofruar sipas nevojës.

2. Pjesëmarrja e komunitetit – është një proces përmes të cilit individët dhe familja marrin përgjegjësi për shëndetin e tyre dhe të komunitetit dhe zhvillojnë kapacitetin për të kontribuar në zhvillimin e tyre/komunitetit. Ai përfshin pjesëmarrjen e komunitetit në planifikim, organizim, funksionim dhe kontroll. Pa të, kujdesi parësor shëndetësor nuk do të ketë sukses. Pjesëmarrja e komunitetit ndihmon për të adresuar nevojat shëndetësore të njerëzve garanton përgjegjësinë sociale, qëndrueshmërinë, ndarjen e kostove, rritjen e njohurive etj., që do të thotë, duke përdorur plotësisht burimet lokale dhe të tjera të disponueshme dhe edukimin e duhur të komunitetit. Pjesëmarrja e komunitetit në zhvillimin e shërbimeve promovon mbështetjen te vetja dhe redukton varësinë.

3. Zhvillimi i fuqisë punëtore shëndetësore dhe integrimi i shërbimeve shëndetësore – përkufizohet si koordinim i komponentëve të shëndetit parësor në një program të tërë dhe i vënë në dispozicion në çdo kohë duke përfshirë referimet që përfshijnë përparësitë; sigurimi i përdorimit të të gjitha burimeve dhe largimi i të gjitha fushave të shpërdorimit, sigurimi i qëndrueshmërisë së programeve, garanton fenomenin bye pass; zvogëlon kostot oportune dhe rrit konfidencialitetin e klientit, d.m.th., numrin dhe shpërndarjen e duhur të mjekëve të trajnuar, infermierëve, punonjësve shëndetësorë në komunitet dhe profesioneve shëndetësore të lidhura me mbështetjen në nivel lokal dhe referues. Shërbimet duhet të jenë efektive, të pranueshme, të përballueshme dhe të menaxhueshme; ai duhet të jetë gjithashtu nxitës, kurues dhe rehabilitues.

4. Mbështetja te vetja dhe përdorimi i teknologjisë së përshtatshme – përfshin përdorimin e metodave teknologjike ose të një sistemi shkencërisht të shëndoshë të mirëmbajtur nga komuniteti. Mund të jetë në terma të burimeve njerëzore (ndihma shëndetësore në komunitet), para (për të siguruar mbështetje financiare) dhe materiale (objekte fizike, barna) etj. teknologjia mjekësore duhet të jetë sigurohet dhe duhet të jetë i përballueshëm, i arritshëm, i realizueshëm dhe i pranueshëm kulturalisht. Mbështetja te vetja siguron përballueshmërinë, qëndrueshmërinë, pranueshmërinë dhe autenticitetin (Marafa, 2007).

5. Bashkëpunimi ndërsektorial – njohja se shëndeti nuk mund të përmirësohet vetëm nga sektori formal i shëndetësisë por edhe nga sektorë të tjerë. Ai përfshin bashkërendimin me sektorë të tjerë si bujqësia (siguria ushqimore), arsimi, financat, komunikimi (në lidhje me problemet shëndetësore dhe metodat e zgjidhjes së tyre), strehimi, punët publike (sigurimi i një furnizimi adekuat me ujë të sigurt dhe kanalizime bazë), rurale. industria e zhvillimit, organizata vullnetare etj. Duhet të ketë një marrëdhënie pune për të siguruar zhvillimin e përgjithshëm njerëzor, zhvillimin ekonomik dhe përballueshmërinë (Marafa, 2007). Do të thotë që qasjet ndaj shëndetit duhet të lidhen me sektorë të tjerë të zhvillimit.

III. STRUKTURA ORGANIZATIVE DHE MENAXHIMI I SISTEMIT SHËNDETËSOR NË MAQEDONI

Pas pavarësisë në vitin 1991, Maqedonia themeloi një sistem shëndetësor në bazë të sigurimit. Ministria e Shëndetësisë dhe Qeveria e themeluan kornizën ligjore për punën dhe menaxhim kurse, Fondi për Sigurim Shëndetësor është përgjegjës për mbledhjen e kontributeve për shëndetësi, thithjen e fondeve dhe mbikëqyrjen e marrëveshjeve (kontratave) me furnizuesit. Nga këndvështrimi aktual, sistemi ballafaqohet me shumë sfida siç është tejkalimi i mangësive të mbetura nga ish-sistemi shëndetësor socialist duke thjeshtësuar strukturat, zvogëlimin e fluksit të personelit shëndetësor dhe sigurimin e financimit të qëndrueshëm të sistemit shëndetësor ku do të përfshijë mbështetjen e duhur të programit për parandalim dhe investimet kapitale. Për këtë qëllim Ministria e Shëndetësisë duhet ti forcojë kapacitetet për formulimin e politikave, aftësitë për implementimin dhe menaxhim, kurse Fondi për Sigurim Shëndetësor do të duhet ta përmirëson planifikimin e buxhetit, instrumenteve për menaxhim dhe informim.

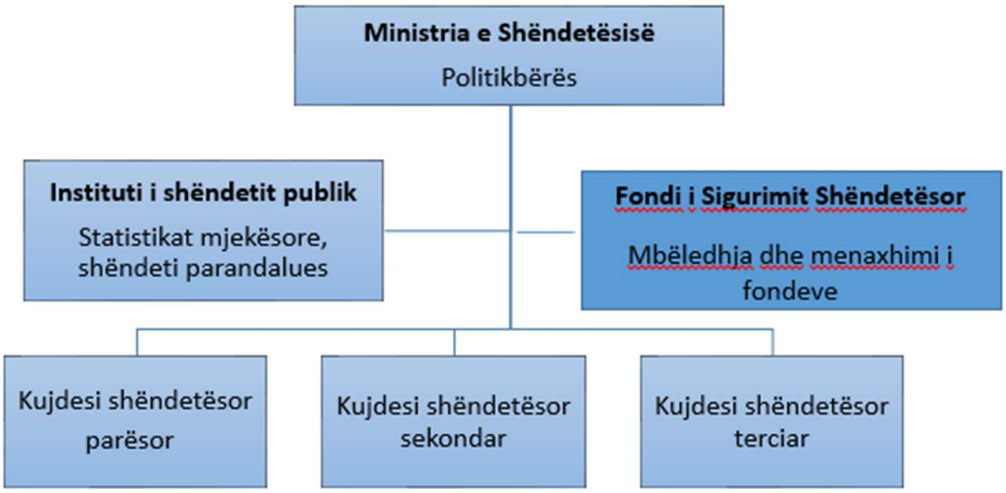
Deri tani, strukturat e sapo formuara karakterizohen me joefikasitet të mjaftueshëm në punë sepse janë të detyruara të punojnë në ambientet të cilat një periudhë të gjatë kanë qene pa resurse të përshtatshme. Gjithashtu ekzistojnë pabarazi në ofrimin e shërbimeve shëndetësore që është rezultat i " trashëgimisë" të sistemit të menaxhimit të strukturave lokale dhe mungesë të standardeve të njëjta për vlerësim në arritje. Përveç kësaj, dhe në kundërshtim me dispozitat ligjore, në moment ekziston një ndihmë financiare e dobët dhe jo adekuate prej buxhetit qendror për programet parandaluese.

Ligji për Shëndetësi i themeloi strukturat organizative të sistemit – Ministria e Shëndetësisë dhe Qeveria janë përgjegjës për krijimin e politikave dhe implementimin e tyre; Fondi për Sigurim Shëndetësor është përgjegjës për mbledhjen dhe menaxhimin me fondet; institucionet shëndetësore janë përgjegjës për dhënien e shërbimeve. Institucionet shëndetësore përbëhen prej ambulancave dhe qendrave për ndihmë të shpejtë në nivel primar, specialistik-konsultative dhe reparteve spitalore në nivel sekondar si dhe në nivel terciar klinikat

dhe institutet universitare, të cilët bëjnë kërkime dhe janë institute arsimore nën varësi nga Ministria e Arsimit.

Viteve të fundit shihet një zhvillim në sektorin privat, sidomos në nivelin primar të sigurimit shëndetësor. Ministria e Ekonomisë dhe Ministria e Shëndetësisë e ndryshojnë pozicionin e kryetarit të Bordit Drejtues të Fondit për Sigurim Shëndetësor. Ministria për vetëqeverisje lokale ka përgjegjësi të caktuara për sektorin primar, veçanërisht për shëndetësinë preventive. Pastaj standardet profesionale mbikëqyren nga ana e komorave profesionale të cilët kanë një sistem të zhvilluar për licencim. Nga ana tjetër, asociacionet mjekësore duhet të zhvillojnë udhëzime të reja klinike. Ministria e Mbrojtjes i mbikëqyren shërbimet shëndetësore të personelit të mbrojtjes në spitalet ushtarake. Ministria e Punës dhe Politikës Sociale, përveç mbikëqyrjes së të drejtave shëndetësore të punëtoreve, i mbulon edhe sigurimet shëndetësore për të varfëritë, të papunët dhe pensionistët.

Grafiku 1. Sistemi shëndetësor në Maqedoni- prezantimi i strukturës organizative



3.1 Organizimi i Kujdesit Parësor Shëndetësor

Organizimi i kujdesit parësor shëndetësor në Maqedoni është bërë në mënyrë të koordinuar dhe të strukturuar. Kjo përfshin vendosjen e qendrave shëndetësore themelore nëpër qytete dhe fshatra, ofrimin e vizitave mjekësore periodike, këshillimin për mbajtjen e një stili jetese të shëndetshëm, dhe sigurimin e trajtimit të sëmundjeve të zakonshme. Ky organizim ndihmon në sigurimin e kujdesit shëndetësor të nevojshëm për qytetarët.

Sistemi shëndetësor bazohet në sigurimin shëndetësor ligjor, me ndarjen blerës-ofrues dhe ofrues të kujdesit publik dhe privat. Burimet mblidhen kryesisht nëpërmjet kontributeve të detyrueshme të bazuara në paga dhe një pjese të konsiderueshme të shpenzimeve nga xhepi. Fondi i Sigurimeve Shëndetësore është organi mbledhës i kontributeve dhe blerësi kryesor i shërbimeve shëndetësore. Sistemi shëndetësor është shumë i centralizuar dhe Ministria e Shëndetësisë ka një gamë të gjerë përgjegjësish. Një gamë shumë-profilesh ofruesish shëndetësorë ofrojnë shërbime shëndetësore parësore në mjedise të ndryshme të organizuara kryesisht në praktika solo. Mjekët e kujdesit parësor, të cilët kryesisht punojnë në praktika solo (68% e të gjitha praktikave), kanë një numër relativisht të lartë pacientësh të regjistruar në ordinancën e tyre, zakonisht 2000–4000 për çdo praktikë, megjithëse ekzistojnë dallime rajonale. Për shembull, një praktikë e kujdesit parësor ka mesatarisht 500 pacientë të regjistruar në një zonë rurale. Me kaq shumë pacientë dhe administrim, nuk mbetet shumë kohë për të ekzaminuar pacientin, i cili më pas i referohet një specialisti. Në përgjithësi, shërbimet shëndetësore parësore të ofruara përfshijnë shërbimet e promovimit të shëndetit, parandalimit të sëmundjeve, shërimit dhe rehabilitimit.

Mjekët e kujdesit parësor veprojnë si portierë dhe kontraktohen individualisht nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Mjekët duhet të punësojnë një infermiere që ndihmon në kujdesin dhe mban regjistrat. Mjekët ushtrojnë praktikë ose në stacione të pavarura shëndetësore ose marrin me qira hapësira për zyra në qendrat shëndetësore. Qendrat shëndetësore janë përgjegjëse për sigurimin e pajisjeve të reja dhe rinovimin sipas kontratës me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore.

Mjekët e shëndetit publik, infermierët e komunitetit dhe mamitë janë të punësuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe punojnë qendrat shëndetësore në pronësi publike. Shërbimet e tyre janë të aksesueshme pavarësisht statusit të sigurimit shëndetësor të individëve. Infermieret dhe mamitë e komunitetit kryejnë vizita në shtëpi.

Specialistët e kujdesit dytësor janë kryesisht punonjës publikë me pagë, ndërsa disa janë privatë dhe kanë kontratë individuale me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore. Specialistët punojnë në qendra shëndetësore, klinika ambulatore ose spitale.

Ministria e Shëndetësisë është aktori kryesor rregullator në sistemin shëndetësor dhe përgjegjëse për vendosjen e standardeve për cilësinë e shërbimeve shëndetësore. Inspektorati Shtetëror Sanitar dhe Shëndetësor, Agjencia për Barnat dhe Pajisjet Mjekësore dhe Agjencia për Cilësi dhe Akreditim të Institucioneve Shëndetësore monitorojnë mbajtjen e shënimeve, mirëmbajtjen e kushteve të duhura sanitare në objektet shëndetësore dhe respektimin e përgjithshëm të rregulloreve për sëmundjet infektive. Ministria e Shëndetësisë vendos standarde për mekanizmat e sigurimit të cilësisë si licencat, lejet dhe rregullimi teknik i ofruesve të shëndetësisë për t'u bërë pjesë e rrjetit shëndetësor duke ndjekur standardet ndërkombëtare të akreditimit përmes Inspektoratit Shtetëror Sanitar dhe Shëndetësor dhe Agjencisë për Cilësinë dhe Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor. . Gjithashtu siguron që profesionistët në institucionet shëndetësore të kenë kaluar trajnimin e duhur dhe të jenë të vetëdijshëm për standardet dhe normat për ofrimin e shërbimeve shëndetësore me cilësi të lartë.

3.2. Ministria e Shëndetësisë

Ministria e Shëndetësisë dhe Ligji për Shëndetësi i rregullon funksionet e Ministrisë së Shëndetësisë. Ky institucion është përgjegjës për menaxhimin me sisteme shëndetësor dhe krijimin e politikave në sferën e shëndetësisë. Ministria për punën e vet përgjigjet para Qeverisë. Ministria e formulon dhe e mbikëqyren zbatimin e politikave shëndetësore dhe e legjistraturës. Ajo duhet të analizon strukturën organizative të institucioneve shëndetësore dhe të identifikojë nevojat eventuale për ristrukturimin ose krijimin e institucioneve ose departamenteve të reja.

Ministria themelon një njësi të veçantë e cila është përgjegjëse për mbikëqyrjen e punës të Fondit për Sigurim Shëndetësor. Pastaj, Ministria i monitoron dhe e vlerëson zhvillimin e aktiviteteve nëpërmjet sektorëve që janë pjesë e sektorit shëndetësor. Mirëpo, një analizë e kryer nga ana e Byrosë për zhvillim ndërkombëtar, me kërkesë të Ministrisë së Shëndetësisë tregon që ekziston një nevojë urgjente për të forcuar rolin dhe funksionin e Ministrisë në raport me funksionet kryesore në krijimin të politikës dhe implementimin e saj, vendosjen e prioritetit dhe monitorimin e performancës së sistemit shëndetësor. Ekziston gjithashtu edhe nevoja për zhvillim të kapaciteteve në Ministri për formulimin e buxhetit dhe menaxhimin me resurset njerëzore. Në kontekst të vazhdimit të privatizimit të shërbimeve shëndetësore, ekziston nevoja për fuqizimin e kornizës rregullatorë me qëllim që të mbrohen siguruesit (pacientët).

Ligjet dhe aktet plotësuese e rregullojnë mbrojtjen prej sëmundjeve ngjitëse, themelojnë sistem shëndetësor informatikë, mbrojtje nga rrezatimet, produkteve farmaceutike, barërat, cilësia e ushqimit, abortet, transplantimi i organeve, etj. Për të monitoruar këto sfera Ministria e Shëndetësisë themelon disa njësi të specializuara. Ministria e përfshin edhe Inspektoratin Shtetëror Sanitar dhe Byronë e Barnave. Byroja e Barnave e mbikëqyrë regjistrimin dhe licencimin e ilaçeve dhe pajisjeve medicinale. Njëkohësisht merr pjesë edhe në përgatitjet dhe themelimin e listës pozitive të barnave. Drejtoria për Ushqim të Shëndetshëm është një organizatë e re në strukturë dhe përbërje të Ministrisë së Shëndetësisë e cila është përgjegjëse për monitorimin e cilësisë së ushqimit. Themelimi i kësaj drejtorie është një hap përpara drejt procesit për harmonizimin e strukturave të sistemit më sistemin legjislativ të BE- së.

3.3. Fondi për Sigurim Shëndetësor në Republikën e Maqedonisë së Veriut

Fondi për Sigurim Shëndetësor në Republikën e Maqedonisë është një organizatë që siguron mbulimin e shpenzimeve shëndetësore për qytetarët. Përmes kontributeve shëndetësore, qytetarët kanë akses në shërbime mjekësore të nevojshme dhe trajtimin e sëmundjeve. Fondi për Sigurim Shëndetësor është përgjegjës për menaxhimin e fondeve dhe sigurimin e kujdesit shëndetësor për popullsinë.

Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut u themeluar më 17 tetor të vitit 2000, në përputhje me Ligjin për sigurim shëndetësor, si një institucion financiar i pavarur me të drejta dhe detyrime për zbatimin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në territorin e Republikës së Maqedonisë së Veriut.

Fondi i Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut kryen veprimtari të interesit publik, si dhe ka autorizime publike të përcaktuara me Ligjin për Sigurim Shëndetësor.

Sipas Ligjit për sigurim shëndetësor FSSHRMV-së i jepen të drejta, detyrime dhe përgjegjësi t'i planifikojë dhe grumbullojë mjetet që vijnë nga sigurimi i obligueshëm shëndetësor, me akte të përgjithshme ta përcaktojë mënyrën e zbatimit të së drejtës dhe detyrimeve të personave të siguruar, të paguajë shërbimet shëndetësore dhe kompensimet e pagave, të ndërmarrë masa efikase, efektive dhe ekonomike për shfrytëzimin e mjeteve financiare si dhe të drejta dhe detyrime të tjera nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor. FSSHRMV si organi më i lartë dhe i vetëm drejtues udhëhiqet nga Bordi Zgjedhor, ndërsa puna e Fondit udhëhiqet nga dy drejtorë të FSSHRMV-së, të cilët kanë përgjegjësi të barabartë për funksionimin e FSSHRMV-së dhe për detyrimet e ndërmarra në transaksionet ligjore. Ekzekutimi i punës së FSSHRMV-së organizohet në Njësinë qendrore me anë të 9 sektorëve dhe 30 njësive rajonale, ndërsa FSSHRM ka hapur edhe 14 sportele të shpërndara në vend (shtet).

Fondi e mbikëqyren sistemin e sigurimeve, i mblodhën kontributet prej siguruesve dhe nënshkruan marrëveshje me institucionet shëndetësore. Në vitin 2002 Fondi filloi të nënshkruaj marrëveshje me institucionet private institucione prej sektorit shëndetësor primar. Në fillim Fondi punonte në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe drejtori emëroheshe prej Qeverisë. Me miratimin e Ligjit për Sigurim Shëndetësor ne vitin 2000 Fondi u bë institucion i pavarur. Sot, Bordi Drejtues i tij përbëhet nga përfaqësues të Fondit, Ministrisë së Shëndetësisë, Ministrisë së Financave dhe gjashtë përfaqësues nga shfrytëzuesit e shërbimeve. Ndryshimet e fundit në ligj parashikojnë kryesi në rotacion të Bordit Drejtues nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Financave si dhe të drejtë në veto. Bordi drejtues e emëron drejtorin e Fondit për Sigurim Shëndetësor me kusht që qeveria të jetë dakord me këtë vendim. Megjithëse është e strukturuar si një institucion i veçantë, Fondi për Sigurim Shëndetësor i ka disa mangësi të vetat. Për shembull: Fondi ka nevojë për të përmirësuar kapacitetet e veta për

planifikim të buxhetit, duke i përfshirë aty edhe buxhetin e përgjithshëm të furnizuesve. Pastaj, planifikimi i buxheti duhet të përfshijë dhe investimet kapitale si pjesë e shpenzimeve. Mirëpo është e njohur se ,,planifikimi i buxhetit rrezikohet nëse fondet e dakorduara nga buxheti qendror nuk transferohen në kohë". Fondi për Sigurim Shëndetësor duhet ti përmirëson instrumentet e veta për mbikëqyrje të buxhetit dhe ti informon për gjendjen e tyre, gjithashtu edhe të zhvillon metodat korrigjuese në rast se mbikëqyrja e buxhetit tregon mospërputhje me qëllimet e përcaktuara.

3.4. Ministria e Financave

Ministria e Financave në bashkëpunim me ministritë e tjera vendos buxhetin e vendit. Roli i Ministrisë së Financave është të menaxhojë financat publike në Republikën e Maqedonisë. Ajo është përgjegjëse për planifikimin dhe zbatimin e politikave financiare, mbikëqyrjen e buxhetit dhe tatimeve, si dhe promovimin e zhvillimit ekonomik të vendit. Ministria e Financave ka një rol kyç në sigurimin e stabilitetit financiar dhe rritjen ekonomike të vendit.

Me propozim të Ministrisë të Shëndetësisë, këtu janë të kyçura dhe të pranuara programet për shëndetësi mbrojtëse parandaluese si dhe vaksinat e detyrueshme, programet për luftën kundër sidës, tuberkulozes, brucelozës, sëmundjet ngjitëse, vizita sistematike të fëmijëve dhe të rinjve, etj. Ministria e Financave, gjithashtu ka rol në planifikimin dhe miratimin e buxhetit të fondit për sigurim shëndetësor, duke marrë parasysh që ajo është pjesë e buxhetit shtetëror. Ministria e Financave është pjesë e bordit drejtues të Fondit për Sigurim Shëndetësor ku ndrohet funksioni i kryetarit me Ministrinë e Shëndetësisë.

3.5. Ministria e Arsimit

Roli i Ministrisë së Arsimit është të zhvillojë dhe të implementojë politikat arsimore në Republikën e Maqedonisë së Veriut. Ajo është përgjegjëse për organizimin dhe menaxhimin e sistemit arsimor, përfshirë shkollat fillore, të mesme dhe të larta. Ministria e Arsimit gjithashtu

promovon cilësinë e arsimit, zhvillon kurrikulat dhe trajnime për mësuesit, dhe siguron që të gjithë qytetarët të kenë akses në arsim të cilësisë.

Ministria e Arsimit është përgjegjëse për të gjitha institucionet arsimore dhe programet nëpërmjet të cilave studiohet medicina. Kuadrot për medicinë, stomatologji dhe farmaci punojnë nën mbulesën të ministrisë dhe janë përgjegjëse për pjesën teorike dhe praktike të mësimit si dhe për programet për specializim të mjekëve, stomatologëve, farmacistëve dhe infermierëve. Ministria gjithashtu i mbikëqyren edhe shkollat e mesme medicinale, shkollat e larta për infermiere dhe për teknike për radiologji dhe është përgjegjëse për pjesën praktike të infermierëve dhe punëtoreve tjerë shëndetësor.

3.6. Shoqatat/ Dhomat/ Sindikatat Profesionale

Dhomat (komorat) e mjekëve, stomatologëve dhe farmacistëve janë përgjegjëse për licencat dhe mbikëqyrjen të sjelljes profesionale të grupës të caktuar të punëtorëve shëndetësor. Me qëllim që të përmirësohet puna e punëtorëve shëndetësor bashkë me të edhe cilësia e shërbimeve shëndetësore, dhomave ose komorave u është dhënë autorizim që ti vazhdojnë, ti ri përsërisin ose tu a marrin lejen e punës. Ekzistojnë edhe organizata të tjera siç është shoqata e mjekëve të Maqedonisë si dhe shoqata e infermiereve, teknikëve dhe mamive. Këto organizata janë të themeluara pas Luftës së dytë Botërore dhe janë të ndara në bazë të drejtimeve. Ato janë përgjegjëse për zhvillim në kontinuitet profesional duke përfshirë edhe përgatitjen e udhëzimeve në klinikë. Sindikata i punëtorëve shëndetësor i përfaqëson të gjithë punëtorët shëndetësor dhe është përgjegjëse për kushtet e punës me punëdhënësit e institucioneve shëndetësore.

3.7. Sektori Joqeveritar

Sektori joqeveritar është një sektor i aktiviteteve dhe organizatave që nuk janë nën drejtimin e qeverisë. Kjo përfshin organizatat jofitimprurëse, organizatat e shoqërisë civile, bizneset private, universitetet private, dhe shumë të tjera. Sektori joqeveritar ka një rol të rëndësishëm në ofrimin e shërbimeve dhe kontributin në zhvillimin e vendit.

Deri tani, roli i shoqërisë qytetare në sektorin shëndetësor është i kufizuar. Mirëpo, ekzistojnë disa organizata (shoqata) joqeveritare të cilat fokusohen në aktivitet për sektorin shëndetësor. Në këtë kontekst, Programi Nacional për Shëndetësi i Fondacionit Institut për Shoqëri të Hapur të Maqedonisë luante një rol të rëndësishëm duke ofruar mbështetjen teknike dhe financiare në themelimin e fakultetit për shëndetësi publike dhe organizmin e programit për trajnim për udhëheqësit lokal të shëndetësisë. Organizatat joqeveritare siç është për shembull Hera, ESE dhe Studiorum të cilat janë të specializuara në sferën e shëndetësisë mentale, dhunën dhe parandalimin e lëndimeve, lufta kundër sidës vazhdojnë me implementimin e vendimeve të suksesshëm, kryesish në sferën e arsimimit të qytetarëve në temat shëndetësore të përmendura.

IV. SISTEMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NË MAQEDONI

Shërbimet shëndetësore në Maqedoni ofrohen nëpërmjet sistemit në institucionet shëndetësore. Ai është i organizuar në tri nivele: primar, sekondare dhe terciare. Megjithatë, akoma mbetet të zgjidhet çështja e funksionimit në mes këtyre tri niveleve. Në vitet e fundit vërehet një rritje e madhe në sektorin privat, sidomos në nivelin primar. Më së shumti privatizohen ordinancat stomatologjike, ku ai proces më vonë u transferua edhe tek farmacitë. Prioritetet në institucionet që udhëheqin me sektorin shëndetësor janë: përmirësimi i institucioneve shëndetësore, reformat e politikave për resurset njerëzore dhe rregullimi i mëtejshëm i sektorit farmaceutik.

Mbikëqyrjen dhe menaxhimin me institucionet shëndetësore e bëjnë bordi drejtues e cila përbëhet nga shtatë anëtarë: tre të punësuar në institucionin shëndetësor dhe katër anëtarë i emëron Qeveria. Në institucionet prej sektorit primar dy anëtarë nga bordi drejtues janë përfaqësues të komunës. Drejtorët e institucioneve shëndetësore janë të propozuar nga ana e këshillit si dhe emërohen nga ana e ministrit të shëndetësisë. Shumë shpesh në këto vende ka ndryshime pasi personat e emëruar nuk e kanë kualifikimin dhe aftësinë e duhur. Çdo institucion shëndetësor ka Statutin e vet i cili miratohet nga bordi. Statuti i përcakton dhe rregullon ato strukturat dhe funksionet dhe duhet të aprovohen nga Qeveria.

Institucionet shëndetësore janë subjekt i licencimit, d.m.th vlerësimi i përputhshmërisë së tyre me standardet e definuar në ambientet e punës, pajisjet e personelit. Edhe pse, teorikisht licenca mund të merret kur nuk janë të plotësuara kriteret, në praktikë ajo akoma nuk është aplikuar. Jo gjithmonë institucionet shëndetësore i përmbushin standardet. Ekzistojnë institucione, sidomos në zonat rurale që kanë pajisje në gjendje shumë të dobët dhe kanë mangësi prej materialeve elementare. Shumica e organizatave shëndetësore ballafaqohen me probleme si rezultat i zvogëlimit të kapitalit themelor. Ky është një problem serioz ne sektorin shëndetësor primar. Sidoqoftë, ekzistojnë edhe rezultate pozitive, siç është shembulli me furnizimit me pajisje mjekësore nëpërmjet Projektit të Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor, i realizuar gjatë periudhës 1996-2002 me një hua nga Banka Botërore.

Në Maqedoni, shërbimet shëndetësore gjithashtu ofrohen si në organizata shëndetësore primare të cilat kryesisht punojnë në sektorin primar si dhe klinikat shëndetësore primare (mjekësia e përgjithshme, stomatologjia). Mjekët të cilët punojnë në sektorin publik kanë të drejtë të punojnë në sektorin privat ose në sektorin publik. Aty ekziston mundësia për konflikt të interesit, duke marrë parasysh që korniza ligjore e cila shumë qartë i cakton kushtet për punë dhe akoma është në proces të përgatitjes.

4.1. Për Siguruesit

Personat të cilët mund ta shfrytëzojnë të drejtën e sigurimit shëndetësor në pajtueshmëri me Ligjin për sigurim shëndetësor janë 15 kategori të siguruarish.

Sipas të dhënave të fundit, gjithsej numri i të siguruarve në fund të vitit 2020 është 1.859.835,i cili në raport me numrin e përgjithshëm të banorëve në Republikës Maqedonisë së Veriut, sipas të dhënave më të fundit nga Enti Shtetëror për statistikë, përfshin 90% të popullatës.

Tabela nr.1 Personat e siguruar

Të siguruarit	2017	2018	2019	2020
Të punësuarit aktiv	572.053	569.618	569.616	555.673
Bujqët (fermerët) aktiv	21.028	19.796	18.944	18.077
Pensionistët	304.657	312.105	324.911	328.136
Personat e papunë	6.649	4.282	4.009	8.277
Personat e siguruar nëpërmjet programit të MSH-së	246.211	247.179	250.106	255.916
Të tjerë	13.768	2.329	13.198	13.801
Personat e siguruar:	**1.165.004**	**1.165.309**	**1.180.780**	**1.179.880**
Antarët e familjes:	707.462	678.784	688.725	679.955
Gjithsej numri i personave të siguruar:	**1.872.466**	**1.844.093**	**1.869.509**	**1.859.835**

Burimi: FSSHRMV

Nga tabela nr.1, në të cilën kemi paraqitur numrin e të siguruarve gjatë periudhës 2017-2020, vërejmë se numri i personave të siguruar në vitin 2020 krahasuar me vitin 2019 është zvogëluar për 9.674 persona. Sipas kategorive, numri i të punësuarve në vitin 2020 është 555mijë persona të siguruar. Kategoria e pensionistëve është rritur për 3.225 mijë persona dhe i njëjti në fund të vitit 2020 arrin numrin 328.136 mijë pensionistë.

Numri i personave të siguruar nëpërmjet programit të Ministrisë së Shëndetësisë, respektivisht, personave të cilët nuk janë të siguruar në ndonjë bazë tjetër, është 255.916 i cili në krahasim me vitin e kaluar është rritur për 5.810 persona. Rritja është për arsye se nga fillimi i viti 2015, personat me të ardhura të ulëta janë liruar nga obligimi i ri regjistrimit.

Rritja prej 603 personave ose 4,5%, ka në kategorinë 'të tjerë' dhe aty marrin pjesë të siguruarit vullnetarë, të siguruarit sipas konventave, luftëtarët nga Lufta Nacionale Çlirimtare, personat zyrtarët fetarë, personat që pranojnë ndihmë sociale dhe personat e huaj të cilët ndjekin shkollimin në Republikën e Maqedonisë. Një rritje prej 4.268 personave krahasuar me vitin 2019 ekziston te kategoria "personat e papunë" por që ndërkohë realizojnë të ardhura. Kategoria "buqit aktiv" krahasuar me vitin paraprak shënon rënie për 867 persona.

Numri i 'anëtarëve të familjes' në vitin 2020 arrin në 679.955 persona dhe krahasuar me vitin e kaluar shënon rënie për 8.770 persona.

Në strukturën e të siguruarve, 63,4% janë persona bartës të sigurimit ose persona të cilët nga të ardhurat e tyre ndajnë mjete për kontributet e sigurimit shëndetësor, ose për ata, pagesën e kontributeve të sigurimit shëndetësor e realizon ndonjë institucion tjetër. Të tjerët 36,6% janë persona të cilët, në pajtueshmëri me Ligjin për sigurim shëndetësor, udhëhiqen si të siguruar shëndetësor 'anëtarë të familjes', respektivisht ato janë: burri/gruaja, fëmijët deri në moshën 18 vjeçare ose deri në përfundim të shkollimit më së voni deri në moshën 26 vjeçare. Sipas shtrirjes së sistemit, këta persona nuk paguajnë kontribute, por kanë të drejtë të sigurimit shëndetësor nëpërmjet anëtarit të familjes si bartës i sigurimit shëndetësor.

Në strukturën e bartësve të sigurimit, pjesën më të madhe me 47% e përfshijnë personat e punësuar, pensionistët me 28%, personat e papunë dhe personat e siguruar nëpërmjet Ministrisë së Shëndetësisë me 22%, bujqit dhe të tjerët me nga 2% dhe 11%. Kjo domethënë se, në çdo dy të punësuar aktiv, mesatarisht një person është në pension dhe një person tjetër është

i pa punësuar respektivisht person për të cilin sigurimin e shëndetësisë e paguan Ministria e Shëndetësisë.

4.2. Kujdesi Shëndetësor Parësor

Në kujdesin shëndetësor parësor, i siguruari e realizon kontaktin e parë me sistemin shëndetësor dhe e ka kuptimin e ashtuquajtur "porta" e sistemit të tërësishëm. Çdo person siguruar tek mjeku amë e meriton kujdesin e përkushtuar mbi gjendjen e përgjithshme shëndetësore, parashikimin e rreziqeve të ndryshme dhe zbulimin e sëmundjeve të hershme për të ndërmarrë masa parandaluese. Fondi për Sigurim Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut vazhdimisht avancon mënyrën e financimit të kujdesit primar shëndetësor që të siguroj shërbime shëndetësore sa më kualitative për një periudhë afatgjate, respektivisht, siguron masa parandaluese për një mbrojtje më të mirë të shëndetit dhe siguron shfrytëzimin e mjeteve në mënyrë sa me efikase.

4.2.1.Mjekët amë

Mjekët amë në Maqedoni janë të përkushtuar në ofrimin e kujdesit shëndetësor të cilësisë për pacientet.

Që të shfrytëzojnë kujdesin shëndetësor parësor, të siguruarit duhet që të bëjë përzgjedhjen e mjekut amë në disa veprimtari: mjekësinë e përgjithshme gjinekologji dhe stomatologjinë e përgjithshme.

Mjekët amë japin këshilla dhe ofrojnë ndihmë për të gjitha sëmundjet në përgjithësi duke u përkujdesur në vazhdimësi për mbrojtjen e shëndetit.

Përkujdesja e mjekut familjar përfshinë këto lëmi:

- Masat parandaluese dhe aktivitetet me qëllim të përmirësimit të gjendjes shëndetësore, parandalimit, mposhtjen dhe zbulimin e hershëm të sëmundjeve dhe çrregullimeve të tjera shëndetësore;

- Kontrollet mjekësore, këshillimet dhe llojet e tjera të ndihmës mjekësore me qëllim të verifikimit, kontrollimit dhe ndjekjes së gjendjes shëndetësore;
- Trajtimin e personave të sëmurë dhe të lënduarve.

Në vitin 2020 numri i përgjithshëm i marrëveshjeve të lidhura me institucionet që ofrojnë kujdesin shëndetësor parësor është 2.172, i cili në krahasim me vitin 2019 shënon një rënie për 15 marrëveshje (kontrata). Numri i përgjithshëm i mjekëve në vitin 2020 është 2.861 respektivisht, kemi një rritje prej 93 mjekësh krahasuar me vitin 2019.

4.2.2. Mjekët e përgjithshëm

Mjekët e përgjithshëm në Republikën e Maqedonisë së Veriut ofrojnë shërbime të gjera shëndetësore, duke përfshirë diagnostikimin, trajtimin dhe kujdesin bazik për pacientët. Ata janë të trajnuar për të trajtuar një gamë të gjerë të sëmundjeve dhe kushteve shëndetësore.

Gjatë vitit 2020, kujdesi shëndetësor parësor siguron gjithsej 1.484 mjekë amë të përgjithshëm. Në krahasim me vitin e kaluar, numri i mjekëve amë të përgjithshëm ka rënë për 39 mjek.

Tabela nr. 2 Numri i përgjithshëm i mjekëve të përgjithshëm amë dhe numri i mjekëve në 1.000 persona të siguruar

Mjeku amë	Numri i mjeëve 2018	Numri i mjekëve në 1000 të siguruar 2018	Numri i mjekëve 2019	Numri i mjekëve në 1000 të siguruar 2019	Numri i mjekëve 2020	Numri i mjekëve në 1000 të siguruar 2020
KSHP-Mjekësi e përgjithshme	1.549	0,86	1.445	0.78	1.484	0,82

Burimi: FSSHRMV

Në vitin 2020, janë lidhur gjithsej 996 marrëveshje me institucionet e kujdesit shëndetësor parësor për mjekësi të përgjithshme. Në tabelën më poshtë, mund të vërehet se numri i marrëveshjeve të lidhura në krahasim me vitin 2019 shënon rënie për 32 Institucioneve Shëndetësore Private.

Tabela nr. 3 Numri i marrëveshjeve të lidhura në KPSH- mjekësi e përgjithshme

	2018	2019	2020
Mjekësi e përgjithshme	1.055	1.028	1.028

Burimi: FSSHRMV

Vlera e pikës së kapitacionit te mjekët e përgjithshëm arriti në 63 denarë. Sidoqoftë, ai ndryshon në varësi të moshës së personit të siguruar, përkatësisht personat e rinj dhe të moshuarit kanë koeficient më të lartë. Në varësi të numrit të përgjithshëm të pikëve të mjekut amë, deri në 2500 pikë kapitacioni paguhet plotësisht, për plus 500 pikët e ardhshme paguhet në vlerë prej 70%, për plus 500 pikët e ardhshme paguhet në vlerë prej 45% dhe për pikat mbi 4.500 pikë kapitacion paguhet në vlerë prej 30%.

Në vitin 2020, mjekëve amë u është caktuar një shumë vjetore prej 1.302 denarë mesatarisht për kokë pacienti, pra rreth 109 denarë ne muaj. Kapitacioni mujor i mjekut amë të përgjithshëm për vitin 2020 është 140.759. Shuma e kapitacionit për mjekët e përgjithshëm në vitin 2020 është 2.501 milion denarë, e cila në krahasim me vitin 2019 është në rrije prej 5%.

Tabela nr. 4 Shuma e kapitacionit për mjekët e përgjithshëm

	2018	2019	2020
Mjekët e përgjitshëm	2.163.089.881	2.378.125.742	2.501.562.162

Burim: FSSHRMV

4.2.3. Gjinekologët

Gjinekologët në Republikën e Maqedonisë së Veriut ofrojnë shërbime shëndetësore specifike për gratë, si kontrollin e rregullt gjinekologjik, trajtimin e sëmundjeve të organeve riprodhuese dhe kujdesin gjatë shtatzënisë. Ata janë të specializuar në fushën e gjinekologjisë dhe janë të përkushtuar për mirëqenien dhe shëndetin e grave.

Gjatë vitit 2020, kujdesi shëndetësor parësor personave të siguruar ju siguron gjithsejtë 155 gjinekolog amë. Në krahasim me vitin e kaluar numri i gjinekologëve është rritur për 4 gjinekolog.

Tabela nr. 5 Numri i përgjithshëm i gjinekologëve amë dhe numri i gjinekologëve në 1.000 të siguruar

Mjeu amë	Nr. i mjekëve 2018	Nr. i mjekëve në 1000 të sigruar 2018	Nr. i mjekëve 2019	Nr. i mjekëve në 1000 të siguruar 2019	Nr. i mjekëve 2020	Nr.i mjekëve në 1000 të siguruar 2020
KSHP-Gjinekologji	144	0,16*	151	0,16*	155	0,17*

Burimi: FSSHRMV

** të dhëna në lidhje me numrin e gjinekologëve për 1.000 të siguruara – femra*

Në vitin 2020 janë lidhur gjithsej 136 marrëveshje të kujdesit shëndetësor parësor për gjinekologët amë. Në tabelën më poshtë, shihet se numri i marrëveshjeve të lidhura në krahasim me vitin 2019 është rritur për 2 ISHPrivate.

Tabela nr. 6 Numri i marrëveshjeve të lidhura në KSHP – Gjinekologji

	2018	2019	2020
Gjinekologji	135	138	136

Burimi: FSSHRMV

Vlera e poenit të kapitacionit tek gjinekologët në Tetor të vitit 2020 ka arritur 63 denarë. Mesatarisht, kapitacioni mujor i një gjinekologu amë për vitin 2020 është 182.504. Shuma e kapitacionit për gjinekologë amë në vitin 2020 është 339 milion denarë që kemi rritje prej rreth 33% në krahasim me vitin 2018 dhe ështe në nivel te njëjtë si në vitin 2019.

Tabela nr. 7 Vlera e kapitacionit tek gjinekologët amë

	2018	2019	2020
Gjinekologu	254.940.445	339.995.095	339.458.187

Burimi: FSSHRMV

4.2.4. Stomatologët

Gjatë vitit 2020, kujdesi shëndetësor parësor siguron gjithsej 1.172 somatolog amë. Në krahasim me vitin e kaluar, numri i stomatologëve ka rënë për 50 stomatolog.

Tabela nr. 8 Numri i përgjithshëm i stomatologëve amë në 1.000 të siguruar

Mjeku amë	Nr. i stomatologëve 2018	Nr. i stomatoogëve në 1000 të siguruar 2018	Nr. i stomatologëve 2019	Nr. i stomatologëve në 1000 të siguruar 2019	Nr. i stomatologëve 2020	Nr. i stomatologëvenë 1000 të siguruar 2020
KPSH-Stomatologjia	1.216	0,69	1.216	0,69	1.222	0,69

Burimi: FSSHRMV

Në vitin 2020 janë të lidhura gjithsej 1.040 marrëveshje (kontrata) në kujdesin shëndetësor primar për stomatologji. Siç mund të shohim më poshtë, numri i kontratave të lidhura në krahasim me vitin 2019 është rritur për 11 ISH Private.

Tabela nr. 9 Numri i marrëveshjeve të lidhura në KSHP - stomatologji

	2018	2019	2020
Stomatologjia	1.020	1.029	1.040

Burimi: FSSHRMV

Vlera e kapitacionit në pikë te stomatologët amë arrijnë në 48 denarë. Mesatarisht, kapitacioni mujor i stomatologëve amë për vitin 2020 ka arritur në 50.696. Shuma e kapitacionit për stomatologët amë në vitin 2020 ka arritur 742 milion denarë, që është një rritje prej 2,5% në krahasim me 2019.

Tabela nr. 10 Vlera e kapitacionit për stomatologët amë

	2018	2019	2020
Stomatologu	591.278.153	724.244.669	742.182.207

Burimi:FSSHRM

4.2.5. Kujdesi shëndetësor parësor në shtëpitë e shëndetit

Shtëpia e shëndetit ofron shërbime shëndetësore nga kujdesi primar shëndetësor, shërbime nga ndihma e shpejtë si dhe mjekime shtëpiake. Fondi per Sigurim Shëndetësor i RMV

siguron mjete për mbulimin e shpenzimeve të personelit të angazhuar në detyrë dhe shpenzimeve tjera të domosdoshme që cilat nuk janë të mbuluara nga mjetet e Ministrisë së Shëndetësisë përmes vlerësimit të paketave primare të shërbimeve shëndetësore.

Kujdesi shëndetësor primar në shtëpitë e shëndetit në Maqedoninë e Veriut është një shërbim i rëndësishëm për të siguruar kujdes shëndetësor bazik në komunitet. Shtëpitë e shëndetit ofrojnë shërbime të ndryshme, si kujdes mjekësor, vizita dhe këshilla shëndetësore në një mjedis të përshtatshëm për pacientët. Kjo koordinohet nga struktura e sistemit shëndetësor për të siguruar qasje të lehtë dhe të afërt për kujdesin shëndetësor primar.

Kujdesi primar shëndetësor i pranueshëm, i gjithanshëm, i koordinuar dhe i vazhdueshëm. Ai ofrohet nga mjekë që janë trajnuar në mënyrë specifike dhe atë në të gjitha takimet e para dhe kujdesin e vazhdueshëm për personat e sëmurë ose ata me një shenjë, simptomë ose shqetësim të pa diagnostikuar dhe nuk kufizohet nga origjina e problemit, sistemi i organeve apo gjinia.

Organizata Botërore e Shëndetësisë e përkufizon Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP) si *"kujdes shëndetësor esencial në të cilin kanë qasje universale individët dhe familjet në komunitet në mënyra të pranueshme për ata, përmes pjesëmarrjes së plotë të tyre dhe me një kosto që mund të mbulohet nga komuniteti dhe shteti. Ai përbën një pjesë integrale të sistemit shëndetësorë të shtetit, në të cilin është bërthama, si dhe të zhvillimit të përgjithshëm social dhe ekonomik të komunitetit".*

Për të gjitha shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor për vitin 2020 të ofruara nga shtëpitë shëndetësore, FSSHRMV siguroi mjete në vlerë prej 1,58 miliardë denarë në nivel vjetor.

V. KUJDESI SHËNDETËSOR SPECIALISTIK- KONSULTATIV SI DHE KUJDESI SHËNDETËSOR SPITALOR

5.1. Kujdesi Shëndetësor Specialistik-Konsultativ

Shfrytëzimi i së drejtës në kujdesin shëndetësor specialistik-konsultativ përfshin kontrollet specialistike, diagnostikimi të sëmundjes, terapitë si dhe rehabilitimi në bazë të indikacioneve mjekësore. Nëse mjeku amë nuk ka mundësi të ofroj këto shërbime shëndetësore ose nëse vërtetohet që kjo gjendje shëndetësore ka nevojë për më shumë mendime profesionale plotësuese ose teste diagnostike për të përcaktuar gjendjen shëndetësore, personin e siguruar mundet ta udhëzojë në ndonjë organizatë shëndetësore e cila është profesionale për atë veprimtari specialistike. Shërbimet shëndetësore të specializuara personi i siguruar i realizon ato në bazë të udhëzimit që ja ka dhënë mjeku amë për te specialisti. Mjeku amë bashkë me udhëzimin për shfrytëzimin e shërbimeve specialistike shëndetësore është i detyruar te bashkëngjisë komplet dokumentacioni mjekësor. Udhëzimi për te specialisti është i vlefshëm për 30 ditë nga dita e lëshimit kohë gjatë së cilës duhet të aktivizohet, por maksimumi deri në 3 muaj nëse nuk ka përfunduar procedura e diagnostikimit. Me përjashtim të disa rasteve kur personat e siguruar janë udhëzuar për shërbime shëndetësore në lidhje me dializën dhe ushtrim të shikimit, dëgjimit dhe të folurit jashtë vendbanimit, ku udhëzimi është i vlefshëm për 12 muaj.

5.2. Kujdesi Shëndetësor Spitalor

Shfrytëzimi i të drejtës në kujdesin shëndetësor spitalor bëhet në bazë të natyrës së sëmundjes ose lëndimit, nëse e njëjta nuk është e mundur të ketë rezultate të suksesshme nëse realizohet në ambulantë ose në shërimin shtëpiak të personit të siguruar në kuadër të kujdesit parësor shëndetësor, personi i siguruar udhëzohet për në shërim spitalor në institucionin shëndetësor më të afërt që kryen shërbime shëndetësor të veprimtarisë përkatëse. Trajtimi spitalor zgjat për një kohë të kufizuar që domethënë shërbimet shëndetësore spitalore duhet të kryhen në kohën më të shkurtër të mundshme. Trajtimi spitalor ndërpritet në momentin kur arrihet gjendja shëndetësore që shërimi të vazhdojë në kushte shtëpiake ose në kushte

ambulatore ose nëse ka nevojë të vazhdojë si rehabilitim mjekësor në organizata të specializuara shëndetësore. Mjekimi spitalor kryhet në bazë të udhëzimit nga mjeku specialist i specialitetit përkatës, ndërsa udhëzimi i mjekut amë realizohet vetëm në këto raste:

- sëmundjet kronike të diagnostikuara;
- në bazë të vlerësimit të mjekut amë për gjendjen urgjente shëndetësore të personit të siguruar;
- në rastin kur udhëzimin e jep pediatri për fëmijët, si dhe gjinekologu për gjininë femërore.

Kushtet standarde spitalore nën shërbimet standarde spitalore nënkuptojnë akomodimin e një personi të sëmurë në një dhomë spitali me dy ose më shumë shtretër spitalor. Nëse ekziston rreziku i transmetimit të një sëmundje infektive, një person i siguruar mund të akomodohet në një dhomë të vetme për shkak të izolomit nga pacientët e tjerë.

Shërbimet shëndetësore nga spitalet specialistike konsultative dhe kujdesi shëndetësor spitalor, personat e siguruar e realizojnë në bazë të rendit kohor, i cili përcaktohet në listën e pritjes që është miratuar nga institucioni shëndetësor. Lista e pritjes përpilohet në bazë të udhëzimit nga mjeku amë, specialist ose subspecialist, në bazë të orarit të personave të siguruar që janë paraqitur edhe atë çdo ditë pune të muajit. Lista e pritjes nuk vlen për rastet urgjente në të cilat është e nevojshme të largohet rreziku për jetë i personit të siguruar. Lista e pritjes është transparente për çdo person i siguruar me udhëzim nga mjeku amë njëkohësisht edhe nga specialisti ka të drejtën e një inspektimi.

Fëmija i hospitalizuar deri në moshën tri vjeçare ka të drejtë të ketë shoqërues për akomodim në spital maksimum 30 ditë.

Personi i siguruar mund të pranohet edhe pa udhëzim nëse bëhet fjalë për rast urgjent, njëkohësisht edhe në rastet kur udhëzohet nga mjeku i cili ofron ndihmë urgjente mjekësore. Spitali është i detyruar të marrë menjëherë për mjekim personin e siguruar edhe pa librezë shëndetësore. Udhëzimi nga mjeku amë si dhe libreza shëndetësore do të dorëzohen më vonë, pasi të jetë larguar rreziku për jetë i peronit të siguruar.

Në zonat e banuara ku nuk ka objekt shëndetësor spitalor me repart gjinekologjik, lindja kryhet nga mjekët amë - gjinekologë që janë në qendrën shëndetësore. Kujdestarinë në maternitet e organizon qendra shëndetësore. Nëse mjeku amë - gjinekolog e kryen procesin e lindjes në maternitet, shërbimet shëndetësore të kryera konsiderohen shërbime të veçanta.

Institucioni spitalor shëndetësor mbasi personi i siguruar e përfundon shërimin spitalor i jep letër lëshim dhe këshillim. Personit të siguruar gjatë daljes nga spitali, institucioni shëndetësor i kërkon të siguruarit të nënshkruajë një faturë për shërbimet e ofruara shëndetësore, e cila dorëzohet në Fondin për Sigurim Shëndetësor. Institucioni spitalor është i detyruar që një kopje të faturës tja jep edhe personit të siguruar.

E drejta e rimbursimit të kostove për materialet e blera të cilat vendosen ne trup (kuk) në shërbimin shëndetësor spitalor realizohen duke paraqitur një kërkesë në formë të formularit, duke ja bashkangjitur këta dokumente:

- letër lëshim (kopje) nga institucioni shëndetësor me të cilin fondi ka kontratë për ato shërbime shëndetësore;
- faturë fiskale si dëshmi për realizimin e pagesës për materialin e blerë.

E drejta për fekondim artificial, personi i siguruar (gruaja) ka të drejtën e fekundimit artificial. Ketë të drejtë personi i siguruar mund ta shfrytëzojë më së shumti tre herë.

E drejta për rehabilitim mjekësor, personat e siguruar mund të shfrytëzojnë të drejtën për trajtim të specializuar mjekësor, ku kjo vjen si vazhdimësi e mjekimit spitalor, nëse pas trajtimit spitalor ka ende pengesa funksionale për heqjen e të cilave është e nevojshme të vazhdohet trajtimi dhe rehabilitimi në spitale speciale për rehabilitim të specializuar mjekësor në rastet e mëposhtme:

1. Pas përfundimit të trajtimit spitalor të një sëmundjeje akute, gjendja dhe lëndim.
2. Pas përfundimit të trajtimit spitalor të sëmundjeve kronike në gjendje të rëndë.

E drejta për rehabilitim të specializuar mjekësor realizohet në bazë të kërkesës të cilën e dorëzon personi i siguruar:

- Brenda 1 muaji pas përfundimit të trajtimit spitalor;
- Brenda 1 muaji pas ekzaminimit të nevojshëm të kontrollit; ose
- Brenda 3 muajve pas sulmit në zemër, pas intervenimit kirurgjikale në zemër dhe te gjitha ndërhyrjet kirurgjikale që përfshijnë kraharorin së bashku me patologji respiratore (mushkëritë).

E drejta për rehabilitim mjekësor të specializuar realizohet me vendim të Fondit për Sigurim Shëndetësor, në bazë të flete lëshimit për trajtimin e përfundimit spitalor, mendimit konsullor të nënshkruar nga tre specialistë të institucionit ku është kryer shërimi spitalor dhe në bazë të konstatimit, vlerësimit dhe mendimit të komisionit të mjekëve që funksionon në njësit rajonale të Fondit për Sigurim Shëndetësor.

Rehabilitimi i specializuar mjekësor mund të zgjasë maksimumi 21 ditë. Personi i siguruar mund të shfrytëzojë të drejtën e rehabilitimit mjekësor të specializuar si vazhdim të shërimit spitalor për sëmundjen e vërtetuar vetëm një herë gjatë një viti, duke filluar nga dita e përcaktimit të së drejtës.

Rehabilitimi mjekësor duhet të fillojë jo më vonë se dy muaj pas marrjes së vendimit nga Fondi për Sigurim Shëndetësor.

Në rastin e paralizës cerebrale për fëmijët deri në moshën 14 vjeç, rehabilitimi mjekësor i specializuar kryhet me vendim të Fondit, në bazë të fletë lëshimit për trajtimin e përfunduar spitalor, pra një raport specialistik, mendim konsullor nga institucioni përkatës spitalor , ku personat e siguruar merrnin trajtim spitalor ose ambulator, në bazë të mendimit të komisionit mjekësor të Fondit.

Në rastin e paralizës cerebrale për fëmijët deri në moshën tre vjeç, rehabilitimi mjekësor i specializuar mund të zgjasë deri në 30 ditë dhe deri në katër herë gjatë vitit, si dhe për fëmijët nga 4 deri në 14 vjeç , mund të zgjasë deri në 30 ditë, dy herë gjatë vitit, ku nevojitet trajnim i një anëtari të familjes gjatë rehabilitimit.

Personi i siguruar ka të drejtë për mjete ortopedike ndihmëse, si dhe mjetë të tjera ndihmëse, pajisje, mjete ndihmëse sanitare, pajisje dentare në mënyrën që të jenë të vërtetuara me rregullore të veç antë nga Fondi për Sigurim Shëndetësor, në të cilën më mire vërtetohen të gjithë llojet dhe indikacioneve për mjetet ortopedike ndihmëse. Nevoja për proteza, ortopedike dhe mjete të tjera ndihmëse përcaktohet nga mjeku specialist me specializim përkatës. Vërtetimi i nevojës për një ndihmë ortopedike ose ndihmë tjetër, vërtetohet në njësinë rajonale të Fondit për Sigurim Shëndetësor.

VI. MJEKIMI JASHTË VENDIT

Për sa i përket mjekimit jashtë vendit në fondin për sigurim shëndetësor në Maqedoni, ka disa rregulla dhe kriter për të qenë i kualifikuar për pagesën e trajtimit jashtë vendit. Personi i siguruar ka të drejtën e shërbimeve shëndetësore jashtë vendi, në këto raste:

1. Në momentin kur nuk ekzistojnë mundësitë për mjekim në institucionet shëndetësore të Maqedonisë (në bazë të përmbajtjes së mendimit konsullar), atëherë kemi të drejtë për trajtim spitalor jashtë vendit.
2. Në rastet kur qëndron përkohësisht jashtë vendit.
3. Mund te shfrytëzojmë në raste kur kemi rast urgjent dhe shfrytëzohet ndihma e shpejt jashtë vendit.

Të drejtë për shërbime shëndetësore jashtë vendit kanë edhe të siguruarit që caktohen në punë të përkohshme jashtë vendit dhe ku qëndrojnë përkohësisht jashtë vendit.

Këtë të drejtë e kanë personat e siguruar që gjenden jashtë vendit në rast formimi profesional, shkollimi, udhëtimi zyrtar ose privat (turist, vizë) ku ushtrohet në bazë të një formulari dygjuhësh, një vërtetim të lëshuar nga Shërbimi rajonal i Fondit, atje ku është dërguar vërtetimi që ka sigurim shëndetësor të obliguar.

Personat e siguruar me vendbanim të përkohshme (privat ose zyrtar, qëndrim studimor, shkollim dhe zhvillim profesional, etj.) ne shtetet me të cilat Republika e Maqedonisë ka lidhur marrëveshje ndërkombëtare për sigurime shoqërore, mund të përdorin ndihmën e shpejtë falas, në bazë të vërtetimit të lëshuar nga shërbimi rajonal i Fondit, ku është dorëzuar aplikimi për sigurim të detyrueshëm shëndetësor.

Kjo procedurë për lëshimin e certifikatës dorëzohet me kërkesë të personit të siguruar duke dorëzuar dokumentet në vijim:

- Vërtetim nga mjeku i përgjithshëm (dhe gjinekologu tek femrat).
- Për këto dokumente në njësinë rajonale i shqyrton komisioni i Fondit dhe jep mendim, vlerësim dhe opinion.

Vërtetimi nuk jepet nëse për personin e siguruar është vërtetuar që ka sëmundje akute ose sëmundje kronike.

6.1. Shfrytëzimi i shërbimeve shëndetësore jashtë vendit në rast të udhëzimit të punës së përkohshme me vendet me të cilat ka marrëveshje për sigurim social

Personat e siguruar jashtë vendit gjatë qëndrimit të përkohshëm në Republikën e Maqedonisë (si punë të përkohshme, udhëtim privat ose biznesi, qëndrime studimore, arsimi, trajnimi profesional, ndërkombëtar - bashkëpunim teknik, shkencor dhe kulturor - ndërkombëtar në bazë të vërtetimeve dygjuhësore, mund të përdorin shërbimet urgjente dhe të domosdoshme shëndetësore. Këto shërbime shëndetësore mund të përdoren në të gjitha institucionet shëndetësore që kanë marrëveshje me Fondin, që të kompensohet nga mbartësi i sigurimit të jashtëm shëndetësor.

E drejta e përdorimit të shërbimeve shëndetësore jashtë vendit në rastin e referimit në punë të përkohshme ushtrohet në bazë të formularit dygjuhësh, vërtetimit, të lëshuar nga shërbimi rajonal i Fondit për sigurim shëndetësor, ku paraqitet kërkesa për sigurim të detyrueshëm shëndetësor.

Procedura si dhe dokumentet e nevojshme për lëshimin e formularit dygjuhësh, konfirmimit, përcaktohet në seksionin për ushtrimin e të drejtave të personave të siguruar sipas së drejtës së përdorimit të shërbimeve shëndetësore jashtë vendit. Format dygjuhësh, vërtetime për të realizuar të drejtën e shërbimeve shëndetësore në vendet:

Shteti	Formularët, certifikatat
Austrija	МК/А 1; МК/А 3; и МК/А 6
Shqipëria	РМ/АЛ 101: РМ/АЛ 123; и РМ/АЛ 128

Belgjika	РМ/БЕ101 и РМ/БЕ128
Bosnja dhe Hercegovinja	РМ/БиХ 1и РМ/БиХ 4, или РМ/БиХ 4А
Bullgarija	РМ/РБ 101 и РМ/РБ 114
Gjermanija	Д/РМ 101, Д/РМ 111 и Д/РМ 123
Italija	Ит 1 и ИТ 3 или Ит 7
Luksemburgu	РМ/Л 101/102; РМ/Л 123 и РМ/Л 128
Polonija	РМ/ПЛ 101; РМ/ПЛ 111; и РМ/ПЛ0123
Sllovenija	РМ/СИ 1 и РМ/СИ 5
Sërbija	РМ/СРБ101; и РМ/СРБ 128
Turqija	РМ/ТР 1 или РМ/ТР 2 и РМ/ТР 4
Franca	SE 21-01: SE-21-04 и/или SE-21-04 A
Hollanda	РМ/НЛ 111
Kroacija	РМ/ХР 1 и РМ/ХР 4
Hungaria	РМ/ХУ 101 РМ/ХУ 111 и РМ/ХУ 123
Sllovakia	РМ/СК 101: РМ/СК 123 и РМ/СК 128
Mali i Zi	РМ/МНЕ 101 и РМ/МНЕ 128

Cekija	РМ/ЦЗ 101 и РМ/ЦЗ 111

Personat e siguruar për shfrytëzimin e shërbimeve shëndetësore do të paguajnë vetëm participim (barazi me personat e siguruar të FSSHRMV).

Sa i përket ndihmës mjekësore urgjente jashtë vendit, personat e siguruar që qëndrojnë përkohësisht jashtë vendit (qoftë në vende me të cilat shteti ka lidhur një marrëveshje sigurimesh shoqërore ose kanë qenë ne vende me të cilat shteti nuk ka kontratë (marrëveshje) dhe kanë gjetur rastin e përdorimit të ndihmës urgjente mjekësore për largimin e rrezikut të menjëhershëm për jetën dhe shëndetin, këto persona menjëherë pas përfundimit të urgjencës detyrohen të kthehen në vend të tyre dhe ta vazhdojnë trajtimin. E drejta e kompensimit për shërbimet shëndetësore të paguara në këtë mënyrë realizohet duke përdorur formularin për trajtim jashtë vendit.

VII. REALIZIMI I TË DREJTËS PËR REFUNDIM

Refundimi në Fondin për Sigurim Shëndetësor në Maqedoni është një të drejtë e qytetarëve për të kërkuar rimbursim të shpenzimeve shëndetësore. Procedurat dhe kriteret për të kualifikuar për këtë rimbursim mund të ndryshojnë, por është rëndësishme të dërgoni kërkesën tuaj në kohë dhe të plotësoni dokumentacionin e nevojshëm.

Që të kesh sigurim shëndetësor aktiv gjatë periudhës kur ke marrë shërbime shëndetësore e domosdoshme është:

- ✔ Të jetë i paguar kontributi shëndetësor në periudhën e marrjes të shërbimit shëndetësor;
- ✔ Organizata shëndetësore në të cilën është marrë shërbimi shëndetësor ku personi i siguruar kërkon kthim të mjeteve, të ketë nënshkruar kontratë me Fondin.

Personi i siguruar ka të drejtë të paraqes kërkesë edhe në rast se në ditën e dorëzimit nuk ka statusin e personit të siguruar, por vetëm për shërbimet shëndetësore të kryera në periudhën kur ai kishte statusin si person i siguruar.

Procedura për rimbursimin e kostove (shpenzimeve) të:

- barnat (ilaçet) nga lista pozitive e barnave;
- pajisjet dhe materialet mjekësore si dhe materiale mjekësore të ngulitura në kujdesin shëndetësor spitalor;
- shërbime shëndetësore të kryera në repartet specialistik-konsulativ dhe në spitalet për kujdes shëndetësor;
- shpenzimet e udhëtimit gjatë shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore për dializa dhe shërbimet për shikim, dëgjim dhe të folurit;
- shërbime shëndetësore për dializë të kryera jashtë vendit;
- pajisjet ortopedike;
- kryerja e rehabilitimit mjekësor të specializuar si vazhdim i shërimit spitalor.

Refundimi i mjeteve bëhet kur nuk mundesh të siguroni ilaçin e duhur me recetë në farmaci e cila ka kontratë ose marrëveshje me Fondin në këto raste:

- Ilaçi mungon në barnatore në kurriz të Fondit;
- Personi i siguruar në momentin e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore nuk ka paguar kontributet për sigurim shëndetësor të detyrueshëm.

Refundimi i mjeteve bëhet në bazë të kushteve të vërtetuara në listën e cila ishte e rëndësishme ne periudhën kur është blerë ilaçi.

Personi i siguruar i cili nuk ka paguar kontribute shëndetësore në momentin e shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore:

- mjeku e përshkruan ilaçin në një recetë ngjyrë rozë;
- nuk është e nevojshme të dorëzoni tre vërtetime për mungesë të ilaçit në farmacitë (barnatoret) e ndryshme;

- refundimi i mjeteve për barnat (ilaçet) e blera prej listës pozitive të barnave që jepen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor, kryhet vetëm nëse ilaçet janë të blera nga një institucion shëndetësor- farmaci që është në rrjetin e institucioneve shëndetësore që kanë nënshkruar marrëveshje me fondin;
- fondi kryen rimbursim të mjeteve për barnat e blera nga lista pozitive e barnave të cilat bëjnë pjesë në kurriz të fondit, me kusht të jenë të vërtetuara në listën pozitive e cila është e vlefshme ne periudhën kur është shkruar dhe është blerë ilaçi.

Rimbursimi i mjeteve bëhet në këto raste:

- institucioni shëndetësor gjatë kohës të shërimit spitalor ose pas përfundimit të shërimit spitalor të personit të siguruar, nuk i ka mundësuar ilaçin e duhur për kryerjen e shërbimit shëndetësor;
- person i siguruar në momentin e shfrytëzimit të kujdesit shëndetësor nuk ka paguar kontribut të detyrueshëm për sigurim shëndetësor;
- pa marrë parasysh farmacia nga e cila janë blerë ilaçet ka apo nuk lidhur një marrëveshje me fondin;
- trajtimi i personit të siguruar ku kryhet shërbimi shëndetësor aj institucion shëndetësor duhet të ketë marrëveshje me fondin.

7.1. Shuma e Kompensimit

Çmimi referent pa me u zvogëluar për vlerën që është paguar participimi për shkak të asaj sepse siguruesi duhet të pagon participim për shërim spitalor. Në rast se siguruesi nuk është i shtruar ne spital participimi llogaritet dhe zvogëlohet prej vlerës së përgjithshme për të gjithë ilaçnat e pranuara ne secilin raport specialistik/fletëlëshim ndamas. Kompensimi i mjeteve kryhet në kushte të vërtetuara në listën pozitive e cila ka qënë e vlefshme ne periudhën kur ilaçi është pranuar. Rimbursimi i fondeve pa marrë parasysh a janë barnat në treg në Republikën e Maqedonisë, në përputhje me Ligjin për ilaçe dhe pajisje mjeksore. Dëshmi për pagesë- pagesë fiskale ose faturë me dëshmi pagese, e cila duhet të përkthehet në gjuhën maqedone nga përkthyes i certifikuar i gjykatës. Vlen të theksohet që janë të liruar nga pagesa e participimit

fëmijët me aftësi të kufizuar dhe siguruesit që janë të liruar nga participimi në bazë të programit. Rimbursimi i fondeve për personin e siguruar për shërbimet shëndetësore të ofruara në specialist-konsultativ dhe në shërbimin shëndetësor spitalor, kryhet kur kontributet për sigurim shëndetësor të detyrueshëm janë të paguara për muajin në të cilin është kryer shërbimi shëndetësor.

Në cilat raste refundohen mjetet?

- Në rastet kur institucioni shëndetësor në kohën kur kryhet shërbimi specialistik-konsultativ dhe trajtimi spitalor nuk e ka siguruar materialin mjekësor harxhues, gjegjësisht materialin ndërtimor (kuka, porteza, dhëmbë, etj);
- Në qoftë se shërbimi shëndetësor është kryer në institucionin shëndetësor i cili ka marrëveshje me Fondin për Sigurim Shëndetësor;
- Pa marrë parasysh nëse farmacia apo shitësi me shumicë prej ku janë furnizuar ka lidhur marrëveshje me Fondin për Sigurim Shëndetësor.

Realizimi i të drejtës për refundim realizohet në bazë të:

- Raport specialistik/ fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilën fondi ka lidhur marrëveshje, dhe
- Llogari fiskale në origjinal dhe fotokopje (e verifikuar nga njeri zyrtar i cili e udhëhiqen procedurën) ose fakturë (origjinale) me vërtetim për pagesën për material harxhuese mjekësore të furnizuara ose materialeve ndërtimore.

Kompensim i mjeteve i personit të siguruar për ofrimin e shërbimeve shëndetësore në kujdesin specialistik-konsultative dhe kujdesi shëndetësor klinik, kryhet kur kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor është i paguar për muajin kur është kryer shërbimi shëndetësor.

Kur kryhet refundimi:

Kompensimi i mjeteve për personat e siguruar për ofrimin e shërbimeve shëndetësore në kujdesin specialistik-konsultative dhe në kujdesin spitalor shëndetësor, kryhet nëse kontributet e detyrueshme për sigurim shëndetësor janë të paguara në momentin kur është kryer shërbimi shëndetësor.

Në kujdesin shëndetësor specialistik-konsultative personi i siguruar ka të drejtë për kompensim të mjeteve për vizita specialistike për të vërtetuar sëmundjet, lëndimet dhe gjendjen shëndetësore dhe realizimin e diagnozave të specializuara, terapeutike dhe rehabilituese dhe se si do të vazhdojë mëtutje procedura.

Në kujdesin shëndetësor spitalor personi i siguruar ka të drejtë për kompensim të mjeteve për:

- ekzaminimi dhe përcaktimi i gjendjes shëndetësore, shërimin, rehabilitimin dhe kujdesi në kushtet spitalore;
- barërat në bazë të listës së barërave, material ndihmëse të cilat shërbejnë për aplikimin e barërave dhe materiale ndihmëse shëndetësore që nevojiten për shërim dhe
- akomodimi dhe ushqimi me kushte standarde spitalore.

Dokumentacioni për kontribut të paguar:

- raport prej specialistit/subspecialisti ose letër lëshim nga institucioni shëndetësor i cili ka marrëveshje me fondin;
- llogari nga institucioni shëndetësor i cili e ka kryer shërbimin shëndetësor;
- llogaria fiskale origjinal ose kopje (e verifikuar nga personi zyrtar që e drejton këtë procedurë) ose faturë (origjinal) që vërteton pagesën për kryerjen e shërbimeve shëndetësore te ofruar.

7.2. Të drejtat e personit të siguruar për kompensim (rimbursim)

Në rastet kur është shfrytëzuar rehabilitimi në periudhën që nuk janë paguar kontributet, të njëjtën e paguan me mjetet e veta. Pas pagesës së kontributit për muajin kur është kryer rehabilitimi shëndetësor, ka mundësi të dorëzojë kërkesë për rimbursim të mjeteve. Para se të dorëzohet kërkesa për kthimin e mjeteve duhet komisioni i mjekëve të japë mendim/vlerësim për ushtrimin e së drejtës për rehabilitimin shëndetësor specialistik.

Sa i përket shumës të cilën e ka paguar personi i siguruar për ditët që i ka kaluar në rehabilitim , prej shumës të cilën e ka paguar minusohet participimi te cilën duhet ta paguaj personi në fjalë dhe mjetet e tjera refundohen në bazë të mendimit të komisionit të mjekëve që funksionon në kuadër të Fondit shëndetësor.

Ky refundim bëhet në bazë të këtyre dokumenteve:

- Letër lëshim për përfundimin e shërimit spitalor;
- Mendimi i Këshillit, në një formë të nënshkruar, me shifër të diagnozës MKB-10 ose MKB-10 AM dhe gjithashtu diagnoza duhet të shkruhet në gjuhën latine në përputhshmëri të listës e dhënë nga institucionet shëndetësor që kanë kontrata me Fondin ku personi i siguruar është shtruar për shërim spitalor;
- Mendim nga Komisioni i mjekëve te Fondit;
- Vërtetim që ka kryer shërim spitalor;
- Flete lëshim për përfundimin e rehabilitimit shëndetësor specialistik;
- Llogarinë për kryerjen e shërbimeve shëndetësore;
- Llogaria fiskale origjinale ose kopje (në noter) se llogaria (origjinale) me vërtetim që e ka paguar shërbimin shëndetësor të ofruar.

7.2.1. Dializa

Personat e siguruar të cilët kryejnë dializë në vendin ku jetojnë, ku ekziston transporti publik i organizuar, kanë të drejtë tu refundohen mjetet ne vlerë të biletës që e kanë blerë. Në vendet ku e kryejnë dializën jashtë vendit ku jetojnë ka të organizuar transport publik edhe në këtë rast u refundohen mjetet në bazë të vlerës së biletës. Në qoftë se, në vendin ku jetojnë nuk

ekziston transporti publik i organizuar, kanë të drejtë kompensimi të mjeteve me një shumë të caktuar në bazë të kilometrave.

7.2.2. Ushtrime për Shikim, Dëgjim dhe të Folur

Personat e siguruar nëse kanë nevojë të kryejnë ushtrime për shikim, dëgjim dhe të folur, të cilat i kryejnë jashtë vendbanimit ata nuk duhet të shtrihen në spital por ty kryejnë ushtrimet dhe te ikin. Kompensimi (refundimi) i mjeteve bëhet në bazë të kilometrave, dhe nëse ka me vete një person që e shoqëron, për te njëjtin nuk refundohen mjetet.

Siguruesit të cilët përkohësisht janë jashtë shtetit kanë të drejta si :

Siguruesi ka të drejtë që të kryej dializa në institucion shëndetësor të jashtëm brenda vitit, ku nuk duhet të qëndrojë me shumë se 30 ditë. Duhet të theksohet që në raste të caktuara siguruesi mund të krye dializë vetëm me shtetet që ka kontratë Fondi për Sigurim Shëndetësor, ku mjetet i refundohen në bazë të vlerës sa kushton ne shtetin tonë (për shembull në RNM kushton 100 euro ndërsa në Itali 1000 euro, që domethënë siguruesit i refundohen vetëm 100 euro). Mund të bëhet kërkesë në mënyrë të veçante për çdo udhëtim vetëm një herë në vit.

Refundimi kryhet ne këto raste:

- Për ndihmesat ortopedike për te cilat Fondi nuk ka bërë marrëveshje për furnizim me ndonjë subjekt juridik, kurse të njëjtat janë ne listë për ndihmesa ortopedike.
- Ndihmesat ortopedike dhe pajiset tjera për të cilat Fondi ka kontratë vetëm me një subjekt juridik, por për arsye objektive, subjekti juridik nuk ka mundësi ta kryej furnizimin, për të cilën është dorëzuar një njoftim Fondit.
- Gjithashtu refundmi mund të kryhet edhe ne rastin kur person i siguruar ka vërtetim të vërtetuar për ndihma ortopedike dhe pajisje të tjera, në periudhën para marrjes ndihmat nga subjekti juridik nuk i ka paguar kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor.

Kushtet të cilat duhen të plotësohen për të marrë ndihma ortopedike dhe pajisje të tjera:

- paraprakisht duhet të jetë e vërtetuar vërtetimi për nevojën për atë ndihmë ortopedike apo pajisje tjetër ndihmëse;
- ndihma ortopedike ose pajisjet e tjera duhet të merren brenda gjashtë muajve nga ditë që është konfirmuar vërtetimi;
- refundimi i mjeteve për të cilat ka paguar personi i siguruar për ndihmat ortopedike dhe pajisjet tjera, si bazë meret çmimi i cili ka qenë ditën e blerjes duke minusuar participimin e personit të siguruar me mjetet e veta.

E drejta e rimbursimit të fondeve për ndihma ortopedike dhe pajisje të tjera, kryhet në bazë të:

- konfirmim që ka nevojë për ndihma ortopedike ose pajisje tjera, e vërtetuar në njësinë rajonale ku i përket;
- si dhe llogari fiskale në origjinal ose kopje të vërtetuar në notar ose fakturë origjinal me vërtetim që e ka paguar pajisjen ortopedike;
- ndihmat ortopedike ose pajisje të tjera të blera jashtë shtetit në mënyre elektronike (dëshmi që është paguar pagesa online dhe një pasqyrë bankare për kryerjen e pagesës në mënyrë bankare);
- ndihma ortopedike ose paisjet tjera mund të merren nga një person tjetër në rastet kur ka autorizim të vërtetuar në noter me të cilin autorizohet personi tjetër në emër të personit të siguruar, të shfrytëzojë llogarinë e tij për të paguar barërat, material medicinal të harxhuar, material ndërtimor, duhet të ketë llogari fiskale, gjegjësisht, ndonjë vërtetim tjetër për pagesë i cili është i vlefshëm në një shtet të huaj ku është blerë ilaçi.

Personat e siguruar mund të shfrytëzojnë shërbime shëndetësore vetëm në shtetet në të cilat RM ka marrëveshje për sigurim shëndetësor. Këtë mund ta realizojë duke bërë kërkesë ne njësinë rajonale për të marrë një formë dygjuhëshe të caktuar në cilin shtet udhëton. Ndërsa në shtetet me te cilat RM nuk ka marrëveshje për sigurim shëndetësor mund të shfrytëzojë vetëm ndihmën e shpejt në rastet urgjente.

Ndihma shëndetësore urgjente është e nevojshme të shfrytëzohet për asgjësimin e rrezikut për jetë dhe shëndetin e personit të siguruar, derisa ai rrezik zgjat. Urgjenca e çështjes,

kohëzgjatja e urgjencës dhe shërbimet shëndetësore që duhet për asgjësimin e rrezikut për jetën dhe shëndetin e personit i cili vlerësohet nga komisioni mjekësor i njësisë rajonale të Fondit në bazë të dokumenteve mjekësore të dorëzuara nga institucioni shëndetësor i jashtëm.

Personi i siguruar i cili ka shfrytëzuar kujdesin shëndetësor urgjent jashtë shtetit është i detyruar pas mbarimit të urgjencës të kthehet në vendin e vet për të vazhduar shërimin (trajtimin).

Komisioni i mjekëve nga njësia rajonale, me propozim të institucionit shëndetësor të jashtëm, personit të siguruar të cilit i ka përfunduar urgjenca ka mundësi ti aprovon transport për tu kthyer me ambulancë në RM në bazë të vlerësimit dhe mendimit.

Në qoftë se pas përfundimit të urgjencës personi i siguruar nuk kthehet në kohë në vend dhe e vazhdo shërimin jashtë shtetit, për atë periudhë shpenzimet bien mbi personin e siguruar (d.m.th. nuk i refundohen mjetet e shpenzuara).

Shërbimet shëndetësore të paguara, Fondi i pranon sa është vlera e zvogëluar për participimin për shërim jashtë shtetit, në bazë të kërkesës që e ka bërë personi i siguruar.

E drejta për refundim të mjeteve për shërbimet shëndetësore të kryera vërtetohet në bazë të:

- në qoftë se shërbimi shëndetësor është kryer në periudhën kur janë të paguara kontributet për sigurim të detyrueshëm shëndetësor;
- institucioni shëndetësor, gjegjësisht shtëpia ortopedike në të cilën janë ofruar këto shërbime shëndetësore ka marrëveshje me fondin për sigurim shëndetësor, dhe
- dokumentet që nevojiten janë të shkruara në këtë ligj, në harmoni me shërbimin shëndetësor për të cilën është bërë kërkesë.

Në qofte se personi i siguruar nuk është i kënaqur me vendimin e Fondit për Sigurim Shëndetësor ka të drejtë të vazhdojë procedurë gjyqësore në përputhshmëri me Ligjin për sigurim shëndetësor. Njëkohësisht, sipas nevojës mund të bëhet edhe një kontrolle jo e rregullt në terren në institucionin shëndetësor për ta vërtetuar gjendjen faktike. Procedurat të cilat kanë filluar para se të hyjë në fuqi ky Ligj do të vazhdojnë në përputhje me dispozitat të këtij ligji.

VIII. PËRMIRËSIMI I PERFORMANCËS DHE CILËSISË NË KUJDESIN PARËSOR SHËNDETËSOR

Shumë palë të interesuara janë të përfshirë në sigurimin e cilësisë së kujdesit duke përfshirë Ministrinë e Shëndetësisë, Inspektoratin Shtetëror Sanitar dhe Shëndetësor, Fondin e Sigurimeve Shëndetësore, shoqatat profesionale, dhomat e mjekëve, farmacistëve dhe stomatologëve, menaxherët shëndetësorë, profesionistët dhe pacientët. Megjithatë, mungon një sistem gjithëpërfshirës për koordinimin dhe monitorimin e përgjegjësive, pasi që Agjencia për Cilësi dhe Akreditim të Institucioneve Shëndetësore nuk është plotësisht e vendosur. Cilësia e rezultateve dhe rezultateve kërkon përpjekje të mëtejshme të projektimit dhe zhvillimit mbi bazën e informacionit të sistemit të informacionit shëndetësor.

Burimet njerëzore për shëndetin. Kërkohet një planifikim afatgjatë në koordinim me institucionet arsimore dhe një program për zhvillimin e vazhdueshëm profesional për të përballuar mungesën e profesionistëve dhe kompetencave që rrjedhin nga migrimi.

Veprimet që adresojnë këto përfshijnë:

• rigjallërimi i mjekësisë familjare në akademi dhe praktikë, njohja e specialitetit dhe nxitja e mjekëve të përgjithshëm për t'u bërë specialistë të mjekësisë familjare;

• zhvillimin e një programi për ngritjen e kapaciteteve për të përmirësuar aftësitë e profesionistëve të kujdesit shëndetësor parësor, duke përfshirë infermierët, në kompetencat e nevojshme për të përmirësuar parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve të mëdha jo të transmetueshme dhe nevojave të tjera përkatëse shëndetësore të popullsisë;

• planifikimi i fuqisë punëtore shëndetësore bazuar në hartën aktuale dhe të ardhshme të burimeve shëndetësore për të kalibruar nevojat e ardhshme të profesionistëve dhe kompetencave;

• tërheqjen dhe mbajtjen e mjekëve të rinj për të praktikuar në kujdesin parësor;

• përmirësimi i kushteve të punës dhe ekonomike, si rinovimi i objekteve shëndetësore dhe pajisjeve mjekësore dhe përmirësimi i stimujve dhe shpërblimeve;

• ofrimin e mjekëve ruralë më shumë trajnime të vazhdueshme, të ngjashme me mjekët e tjerë, si dhe specializim të mëtejshëm;

• vendosja e liçencimit të infermierëve dhe përcaktimi i rolit të tyre për t'u angazhuar në këshillim dhe monitorimin e pacientëve;

• uljen e barrës së punës administrative lidhur me referimet, recetat dhe raportimi; dhe

• forcimin e kurrikulave universitare për mjekët, infermierët dhe profesionistët e shëndetit publik për të përfshirë edhe kompetencat për zbatimin e një qasjeje me në qendër njerëzit dhe ofrimin e shërbimeve mbrojtëse, promovuese dhe parandaluese.

Praktika klinike. Standardizimi i praktikës klinike përmes zhvillimit të udhëzimeve klinike të kujdesit parësor dhe kuadrit rregullator për t'i bërë ato efektive për t'u integruar më mirë me kujdesin dytësor; avancimi në zgjidhjet e informacionit si ndër-konsultimet me specialistët dhe sistemet e mbështetjes së vendimeve klinike që mund të thjeshtojnë proceset klinike.

Objektet shëndetësore. Zhvillimi i një programi investimi të menaxhuar nga qendra për qendrat e reja dhe të rinovuara të kujdesit shëndetësor parësor të dizajnuara dhe të pajisura për punë moderne të kujdesit parësor me shumë profil; dhe zbatimin e akreditimit të objekteve të kujdesit parësor shëndetësor nga Agjencia për Cilësi dhe Akreditim të Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor.

8.1. Përmirësimi dhe aplikimi i vazhdueshëm i mekanizmave për përmirësimin e cilësisë së proceseve të Kujdesit Parësor Shëndetësor

Edukimi i vazhdueshëm mjekësor dhe zhvillimi i vazhdueshëm profesional. Rritja e rolit të shoqatës së mjekësisë familjare në ofrimin e trajnimeve të vazhdueshme mbi kompetencat teknike dhe joteknike si menaxhimi klinik i sëmundjeve jotransmetuese, receta dhe komunikimi i përgjegjshëm për këshillim dhe ndryshim të sjelljes; forcimi i edukimit të vazhdueshëm mjekësor për të inkorporuar qasje të integruara ndaj shëndetit publik dhe kujdesit parësor; dhe zhvillimin

e edukimit të vazhdueshëm profesional për infermierët, infermierët e komunitetit dhe punonjësit social.

Zbatimi i udhëzimeve klinike. Gjenerimi i udhëzimeve klinike të reja dhe të përshtatura për kujdesin shëndetësor parësor duke qartësuar rolet dhe përgjegjësitë në të gjithë vazhdimësinë e kujdesit; përcaktimi, duke përfshirë shoqatat e pacientëve, rrugët klinike për pacientët; dhe miratimin e sistemeve të mbështetjes së vendimeve klinike për të mbështetur mjekët që të referohen në mënyrë adekuate dhe më të sigurt.

Fuqizimi i pacientëve. Dhënia e aksesit të pacientëve në të dhënat e tyre shëndetësore; prezantimi i shërbimeve të reja elektronike si takimet dhe konsultimi me mjekët e kujdesit parësor, përkujtuesit dhe edukimi shëndetësor, përcaktimi i llogaridhënies për të drejtat dhe detyrimet e pacientëve; inkurajimi i rolit proaktiv të pacientëve në menaxhimin dhe vetë-menaxhimin shëndetësor; dhe duke përfshirë zërin e pacientëve dhe kujdestarëve të tyre duke përfshirë shoqatat e tyre në të gjitha nivelet e vendimmarrjes në sistemin shëndetësor dhe zgjedhjet klinike.

Raportimi i ngjarjeve të padëshiruara. Sigurimi i raportimit të ngjarjeve të padëshiruara dhe rregulloreve për sigurinë e pacientëve përmes mekanizmave të sigurimit të cilësisë të prezantuara dhe të zbatuara nga Agjencia për Cilësi dhe Akreditim të Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor

8.2. Krijimi i mekanizmave për përmirësimin e cilësisë së outputeve dhe rezultateve të Kujdesit Parësor Shëndetësor

Menaxhimi dhe pagesa e bazuar në performancë. Identifikimin e treguesve kyç të performancës dhe cilësisë për monitorimin e kujdesit parësor në nivel popullsie dhe individuale, në përputhje me prioritetet shëndetësore dhe të rënë dakord me shoqatat profesionale; përafrimi i stimujve dhe marrëveshjeve strategjike të kontraktimit; zhvillimin e paneleve për mjekët dhe menaxherët shëndetësorë për të ndjekur progresin dhe për të vlerësuar cilësinë klinike; forcimi i qeverisjes klinike për të identifikuar boshllëqet dhe devijimet nga standardet e

përcaktuara; përshtatja e pjesës së ndryshueshme të kontratës me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore për të shpërblyer cilësinë dhe vlerën e rezultateve në vend të vëllimit të aktivitetit; dhe nxitja e mjekëve për të ofruar një gamë më të gjerë shërbimesh duke përfshirë promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve.

Informacioni i raportuar nga pacientët. Krijimi i sistemeve për të kapur përvojën e raportuar nga pacienti dhe masat e rezultateve mbi faktorë të tillë si kujdesi përqendrimi te pacienti, aksesueshmëria, koordinimi, gjithë përfshirja dhe vazhdimësia e shërbimeve.

Cikli i të mësuarit dhe i reagimit. Zbatimi i treguesve të cilësisë të gjeneruar nga sistemi i informacionit shëndetësor; dhe duke përdorur të dhënat e rezultateve shëndetësore për të ofruar sistematikisht reagime për mjekët dhe menaxherët shëndetësorë përmes krahasimit lokal dhe kombëtar, duke mundësuar të mësuarit nga praktikat më të mira në ciklet e përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë.

Matja e rezultateve. Përcaktimi dhe monitorimi i rezultateve shëndetësore dhe sociale; duke mundësuar grumbullimin e të dhënave në nivelet kombëtare, rajonale dhe të zonës së kujdesit parësor shëndetësor për të informuar strategjitë shëndetësore; dhe forcimi i modelit të orientuar nga komuniteti dhe monitorimi i përmbushjes së kontratës me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore.

IX. PËRFUNDIMI

Forcimi dhe integrimi i shërbimeve shëndetësore parësore për t'iu përgjigjur nevojave të ndryshueshme shëndetësore dhe sociale të njerëzve dhe për të reduktuar eksternalitetet negative të shpërndara në të gjithë vazhdimësinë e kujdesit konsiderohet një çështje urgjente e politikës shëndetësore për Maqedoninë e Veriut. Ndërhyrjet e provuara me kosto efektive në nivel popullsie dhe individuale kërkojnë përpjekje për të investuar në zhvillimin e një qasjeje të kujdesit parësor shëndetësor.

Një plan veprimi për forcimin e ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe përafrimin e mundësive të sistemit përkatës është një instrument politikash në kohë për të përmirësuar organizimin, qeverisjen, performancën dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor parësor. Duke adoptuar një perspektivë sistemore dhe shume sektoriale, të informuar nga evidenca dhe pjesëmarrja e të gjithë aktorëve, ky plan veprimi programatik duhet të kombinojë qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata, duke pritur me padurim një horizont kohor të përafruar me Agjendën 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm.

Një model i rinovuar kujdesi i bazuar në orientimin në komunitet, ekipet me shumë profil dhe integrimin e parandalimit të sëmundjeve ekzistuese dhe të reja, shërbimet klinike dhe sociale të mbështetura nga sistemi i avancuar i informacionit shëndetësor mund të nxisë vullnetin për reformë. Arritja e kësaj kërkon mirëkuptim dhe marrëveshje kolektive për faktin se nevojitet një qasje e përqendruar te njerëzit dhe i përgjigjet pritshmërive të njerëzve.

Përafrimi i kujdesit parësor shëndetësor me atë vizion do të rrisë kapacitetin e tij të reagimit dhe do të sigurojë qëndrueshmërinë e sistemit shëndetësor, duke parandaluar dhe reduktuar barrën e sëmundjeve jo transmetuese dhe duke përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien për popullatën e Maqedonisë së Veriut.

Kujdesi primar shëndetësor në Maqedoni ndikon në mirëqenien socio-ekonomike duke ofruar shërbime shëndetësore bazike dhe parandaluese për të gjithë popullsinë. Kjo ndihmon në

zvogëlimin e sëmundjeve, përmirësimin e produktivitetit dhe uljen e kostove shëndetësore për individët dhe shoqërinë në përgjithësi.

Ajo çfarë mund të konkludojmë me këtë punim është vetëdijesimi dhe të kuptuarit e faktit se sa me fat janë të gjithë banorët e Maqedonisë së Veriut që ekziston një sistem i tillë, që lehtëson në një farë mënyre barrën financiare që ato kanë në momente më kritike të shëndetit të tyre apo të afërmve të tyre.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituti i shëndetit publik i Republikës së Maqedonisë së Veriut.
2. Ministria e Financave. Arkivi i buletinëve
3. EIU online store – Country report North Macedonia, web www.store.eiu.com/index
4. NP gazeta zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut, web www.slvesnik.com.mk
5. Burchfield K. Health Sector Development Management Project , HIF Governance (Inception report).
6. Bitel, R. Lester, (1984), The key to management success, Alexander Hamilton Institute Inc.
7. Cohen, R. A. Fink L. S.,Gadon. H. Willits D. R. Josefoëitz N. (1992), Effective behavior in organizations-fifth edition, Boston.
8. Beenhakker, H. L. (1997), Risk Management in Project Finance and Implementation, Quorum Books: Ëestport, CT.
9. Denison, R. D., (1985), Corporate culture and organizational effectiveness: A Behavioral
10. Approach to Financial Performance, Michigan Institute for social Research, USA.
11. Milisavljevič, M. (2005), Sovremeni strategijski menadzment, Megatrend, Univerzitet primjenjenih nauka, Beograd.
12. Wiliams, T. P. (2003), Moving to Public-Private Partnerships: Learning from Experience around the World.
13. Ѓорѓев, Д., Бачановиќ, А. и др. (2006), Профил на здраствените системи во транзиција: Република Македонија, Скопје.
14. Europska komisija, (2004), Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law an Public Contracts and Concessions, Bruxselles.
15. Дамјановски, Ј. (2007). Управување со персоналот – прирачник, Меѓународен Славјански Институт - Москва, Филијала Македонија.
16. Feldstein, J. Paul, (2009). Економија во здравството, Академски печат, Скопје.
17. Janičijevič, N. (1997). Organizaciona kultura- kolektivni um preduzeca - Ekonomski fakultet, Beograd.
18. Кекеновски Љ., Економија на јавниот сектор - Економски факултет Скопје, Скопје, 2010.

19. Schein, H. E. (1999). The Corporate Culture Survival Guide: Sense and Nonsense About Culture Change, San Francisko: Jossey-Bass Publishers.
20. Schein, E. (2004). Organizazational Culture and Leadership, San Francisko.
21. Schein, H. E. (1991). Organizational Culture and Leadership: A Dinamic View, San Francisko, Jossey-Bass Publishers.
22. улчински, Т., Варавикова, Е. (2003), Новото јавно здравство, Студентски збор, Скопје.
23. Fondi për Sigurim Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, web www.fzo.org.mk.
24. Fondi për Sigurim Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, web https://fzo.org.mk/koristene-na-zdravstveni-uslugi-vo-stranstvo-vo-sluchaj-na-upatuvane-na-privremena-rabota-so-zemji