



ISEE-HSP

Institute of Southeast Europe
for Health and Social Policy

Përmbledhje Politike

Financimi i Shëndetësisë dhe Mbrojtja Financiare në Kosovë

Mars 2026

Katalogimi në botim – (CIP)

Biblioteka Kombëtare e Kosovës “Pjetër Bogdani”

336.1:614(496.51)

Përmbledhje Politike : financimi i Shëndetësisë dhe Mbrojtja Financiare në Kosovë /
përgatitur nga Agron Gashi ... [etj.]. - Prishtinë : Instituti i Evropës Juglindore për
Politika Shëndetësore dhe Sociale, 2026. - 44 f. ; 21 cm.

1. Gashi, Agron 2. Ukmata, Driton 3. Agani, Ferid 4. Tolaj, Ilir

ISBN 978-9951-9280-2-1

Shënim: Ky dokument është përkthim i versionit origjinal në gjuhën angleze. Në rast mospërputhjeje, versioni në gjuhën angleze mbetet referenca zyrtare.

Përgatitur nga:

Dr. Agron Gashi, MSc Shëndet Publik, Drejtor Ekzekutiv, Instituti i Evropës Juglindore për Politika Shëndetësore dhe Sociale (IEJL–PShS)

Dr. Driton Ukmata, MSc Menaxhim Shëndetësor

Me kontribute teknike dhe propozime strategjik:

Prof. Dr. Ferid Agani, Ish-Ministër i Shëndetësisë, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Prishtinës

Prof. Dr. Ilir Tolaj, Ish-Sekretar i Përgjithshëm i Ministrisë së Shëndetësisë, Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Prishtinës

Lloj publikimi: Përmbledhje shkencore e pavarur (policy brief)**Audienca:** Vendimmarrës, profesionistë shëndetësorë, institucione, media, organizata ndërkombëtare dhe shoqëri civile**Data:** Mars 2026**Fokusi gjeografik:** Kosovë

Pozicionimi institucional dhe pavarësia

Ky dokument është përgatitur si një kontribut i pavarur dhe jopartiak për një dialog të bazuar në evidencë mbi reformën e financimit të shëndetësisë në Kosovë. Analiza bazohet në burime publike të dhënash, kombëtare dhe ndërkombëtare, duke përfshirë dokumente zyrtare, të dhëna nga anketat familjare, korniza ligjore, si dhe databaza të njohura ndërkombëtare, si ato të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) dhe Bankës Botërore.

Interpretimet dhe përfundimet e paraqitura në këtë dokument nuk reflektojnë domosdoshmërisht qëndrimet e ndonjë institucioni qeveritar, agjencie donatore apo organizate ndërkombëtare, dhe nuk duhet të interpretohen si qëndrime zyrtare të ndonjë entiteti të lidhur.

Ky dokument analizon karakteristikat strukturore të sistemit të financimit të shëndetësisë në Kosovë, me fokus të veçantë në mbrojtjen financiare, shpenzimet jashtë xhepit, mekanizmat e grumbullimit të premiumeve, si dhe iniciativat ligjore në zhvillim. Në vend që të kufizohet në analizë për një vit të vetëm buxhetor, dokumenti shqyrton trendet e viteve të fundit si dhe zhvillimet aktuale të reformës.

Qëllimi i këtij dokumenti është të vlerësojë se si arkitektura e financimit të shëndetësisë në Kosovë ndikon në barazi, qëndrueshmëri fiskale dhe progres drejt mbulimit universal në shërbimet shëndetësore, si dhe të identifikojë rrugë të mundshme reforme që mund të përforcojnë mbrojtjen financiare dhe performancën e përgjithshme të sistemit.

Falënderime

Autorët dëshirojnë të falënderojnë ekspertët dhe akademikët në vijim për komentet dhe kontributet e tyre të vlefshme gjatë përgatitjes së këtij dokumenti:

Prof. Dr. Ilir Hoxha

Prof. Ass. Dr. Ariana Bytyçi-Katanolli

Agron Bytyqi dhe Besim Kodra, Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë (PRAK)

Citimi

Ky dokument është i destinuar për përdorim publik dhe mund të citohet, riprodhohet dhe shpërndahet për qëllime jo-komerciale, me kusht që të jepet referenca e duhur.

Citimi i sugjeruar:

Gashi, A., Ukmata, D., Agani, F., Tolaj, I. (2026). *Health Financing and Financial Protection in Kosovo*. ISEE–HSP Policy Brief.

Përmbajtja

PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE	1
Seksioni 1: Konteksti i financimit të shëndetësisë dhe zhvillimet reformuese	3
Seksioni 2: Struktura dhe karakteristikat kryesore të sistemit të financimit të shëndetësisë.....	5
Seksioni 3: Parakushtet e sistemit për një reformë efektive të financimit të shëndetësisë	11
Seksioni 4: Mbrojtja financiare dhe pagesat jashtë xhepit (Out-of-Pocket – OOP)	14
Seksioni 5: Kujdesi shëndetësor ndërkufitar dhe implikimet për financim të shëndetësisë.....	19
Seksioni 6: Reforma e sigurimeve shëndetësore: Grumbullimi i premieeve, blerja dhe kapaciteti i sistemit	24
Seksioni 7: Skenarët e reformës dhe opsionet e politikave.....	29
Seksioni 8: Rreziqet e implementimit dhe kufizimet e sistemit	35
Seksioni 9: Përfundimet dhe implikimet strategjike	39
Seksioni 10: Veprimet politike dhe prioritetet e implementimit.....	41
Referencat	44

PËRMBLEDHJE EKZEKUTIVE

Sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë mbetet kryesisht i bazuar në buxhetin qeveritar dhe karakterizohet nga një varësi e lartë nga pagesat jashtë xhepit (out-of-pocket – OOP) të familjeve. Në mungesë të një skeme plotësisht funksionale të sigurimeve shëndetësore publike, rreziku financiar bartet drejtpërdrejt nga individët në momentin e përdorimit të shërbimeve.

Në kuadër të kornizave ndërkombëtare të financimit të shëndetësisë, mbrojtja financiare në shëndetësi përbën një dimension thelbësor të mbulimit universal në shërbimet shëndetësore, i cili kërkon që individët të kenë qasje në shërbimet e nevojshme shëndetësore pa u përballur me vështirësi financiare^(1,2). Të dhënat e disponueshme tregojnë se pagesat jashtë xhepit (OOP) në Kosovë përbëjnë rreth 38–40% të shpenzimeve totale në shëndetësi, duke tejkaluar ndjeshëm nivelet e vërejtura në shumicën e vendeve anëtare të Bashkimit Evropian^(1,3).

Varësia e lartë nga pagesat direkte të familjeve rrit gjasat për shpenzime katastrofike në shëndetësi, të cilat zakonisht përkufizohen si shpenzime që tejkalojnë 10% ose 25% të konsumit total të familjes⁽⁴⁾. Nivelet e larta të pagesave jashtë xhepit lidhen me kapacitet më të dobët shpërndarëse, ekspozim më të madh të familjeve me të ardhura të ulëta dhe qëndrueshmëri financiare më të ulët në nivel popullate^(5,6).

Kosova ka krijuar bazën ligjore për sigurimet shëndetësore të detyrueshme përmes Ligjit Nr. 04/L-249 (2014), i cili është amendamentuar në vitin 2022^(7,8). Në vitin 2024, Qeveria miratoi Draft Ligjin për Sigurimet Shëndetësore të Detyrueshme, me qëllim funksionalizimin e një fondi të konsoliduar grumbullimin e premieeve dhe formalizimin e mekanizmave të blerjes së shërbimeve⁽⁹⁾. Megjithatë, evidenca ndërkombëtare sugjeron se vetëm miratimi i legjisllacionit nuk garanton përmirësim të mbrojtjes financiare pa kapacitete adekuate administrative dhe qëndrueshmëri fiskale^(5,6).

Në mënyrë thelbësore, përvoja ndërkombëtare tregon se reforma e financimit të shëndetësisë nuk mund të zbatohet në mënyrë efektive pa transformim paralel të institucioneve ofruese të shërbimeve. Funksionimi paralel i mekanizmave në zhvillim të blerjes strategjike me një strukturë ofruesish kryesisht të bazuar në buxhet mund të kufizojë efektivitetin e reformës. Prandaj, evoluimi gradual i ofruesve kryesorë publikë drejt modeleve më autonome dhe të afta për kontraktim duhet të konsiderohet si pjesë integrale e reformës, dhe jo si një proces paralel apo opsional.

Raporti i Komisionit Evropian për Kosovën (2024) thekson rëndësinë e përforcimit të qeverisjes fiskale dhe kapaciteteve institucionale në kuadër të procesit më të gjerë të integritetit

evropian⁽¹⁰⁾. Si rrjedhojë, reforma e financimit të shëndetësisë nuk është vetëm një çështje sektoriale, por pjesë e një agjende më të gjerë të qeverisjes dhe mbrojtjes sociale.

Ky dokument konkludon se arkitektura e financimit të shëndetësisë në Kosovë ndodhet në një pikë kthese strukturore. Pa forcimin e mekanizmave të grumbullimit të premiumeve dhe uljen e varësisë nga pagesat direkte të familjeve, rreziku financiar do të vazhdojë të mbetet në mënyrë disproporcionale në nivelin e familjeve.

Për këtë arsye, një qasje e kujdesshme dhe në faza e reformës është thelbësore. Në afat të shkurtër, prioritet duhet t'i jepet përforcimit të mbrojtjes financiare dhe kapaciteteve institucionale. Në afat të mesëm, duhet të zhvillohen mekanizma të strukturuar të grumbullimit të premiumeve. Ndërsa implementimi i plotë i sigurimeve shëndetësore të detyrueshme duhet të ndiqet vetëm atëherë kur ekzistojnë kapacitete të mjaftueshme administrative, mekanizma të fortë të qeverisjes dhe qëndrueshmëri fiskale.

Seksioni 1: Konteksti i financimit të shëndetësisë dhe zhvillimet reformuese

Financimi i shëndetësisë është një përcaktues kyç i performancës së sistemit shëndetësor, duke ndikuar si në disponueshmërinë e burimeve, ashtu edhe në shpërndarjen e rrezikut financiar. Sipas kornizave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), Mbulimi i Përgjithshëm Shëndetësor (MPSH) kërkon që individët të kenë qasje në shërbimet e nevojshme shëndetësore pa u përballur me vështirësi apo barriera financiare^(1,2).

Mbrojtja financiare arrihet kryesisht përmes mekanizmave të parapagimit dhe grumbullimit të premieeve, të cilët shpërndajnë kontributet financiare në nivel të popullatës përpara se të ndodhë sëmundja. Sistemet e bazuara në taksa dhe modelet e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme janë të dizajnuara për të shpërndarë rrezikun dhe për të reduktuar pagesat direkte në momentin e përdorimit të shërbimeve^(5,6). Në të kundërt, sistemet me varësi të lartë nga pagesat jashtë

Sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë karakterizohet nga një varësi e lartë nga pagesat jashtë xhepi, mekanizma të kufizuar të grumbullimit të premieeve dhe nivele mesatare të shpenzimeve publike.

xhepit (out-of-pocket – OOP) e zhvendosin rrezikun financiar te individët dhe familjet, duke rritur gjasat për shpenzime katastrofike dhe qasje të pabarabartë në kujdes shëndetësor^(4,5).

Sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë karakterizohet nga tri veçori të ndërlidhura:

- varësi e lartë nga pagesat jashtë xhepit;
- mekanizma të kufizuar të grumbullimit të premieeve;
- nivel mesatar i shpenzimeve publike.

Sistemi mbetet kryesisht i financuar përmes taksave, ku të hyrat publike përbëjnë burimin kryesor të financimit. Megjithatë, në mungesë të një mekanizmi plotësisht funksional të grumbullimit të premieeve të bazuar në sigurime, pagesat e familjeve vazhdojnë të përfaqësojnë një pjesë të konsiderueshme të shpenzimeve totale në shëndetësi^(1,3).

Kjo strukturë e financimit duhet të kuptohet brenda një konteksti më të gjerë institucional dhe fiskal. Raporti i Komisionit Evropian për Kosovën (2024) thekson nevojën për përf forcimin e administratës publike, qëndrueshmërisë fiskale dhe kapaciteteve të qeverisjes në të gjitha sektorët⁽¹⁰⁾. Prandaj, reforma e financimit të shëndetësisë është ngushtë e lidhur me kapacitetin më të gjerë shtetëror dhe performancën e sektorit publik.

Baza ligjore për sigurimet shëndetësore të detyrueshme ekziston që nga viti 2014⁽⁷⁾, me amendamente të miratuara në vitin 2022⁽⁸⁾. Së fundmi, Draft Ligji për Sigurimet Shëndetësore të Detyrueshme (2024) përfaqëson një përpjekje të re për të operacionalizuar mekanizmat e grumbullimit të premiumeve, për të përcaktuar përfitimet dhe për të vendosur mekanizma të strukturuar të blerjes së shërbimeve⁽⁹⁾. Megjithatë, përvoja ndërkombëtare tregon se efektiviteti i këtyre reformave nuk varet vetëm nga korniza ligjore, por edhe nga gatishmëria administrative, kapaciteti për mbledhjen e kontributeve dhe sistemet transparente të qeverisjes^(5,6).

Përtej rolit të tij në mbrojtjen financiare dhe ofrimin e shërbimeve, sektori i shëndetësisë mund të shihet edhe në një perspektivë më të gjerë ekonomike dhe zhvillimore. Në shumë vende, sistemet shëndetësore kontribuojnë në rritjen ekonomike përmes punësimit, inovacionit dhe ofrimit të shërbimeve ndërkufitare. Në këtë kontekst, zhvillimi i shërbimeve të specializuara dhe potenciali për turizëm shëndetësor, duke synuar popullatat në rajon dhe diasporë, mund të përfaqësojnë një rrugë plotësuese për përforsimin e qëndrueshmërisë financiare dhe kapaciteteve të sistemit në Kosovë.

Në përgjithësi, sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë mund të karakterizohet si në një fazë tranzicioni ndërmjet një modeli tradicional të bazuar në buxhet dhe një sistemi më të strukturuar, të bazuar në grumbullimin e premiumeve. Kjo fazë tranzitore krijon si mundësi, ashtu edhe rreziqe. Pa një reformë në faza dhe të mirëplanifikuar, joefikasitetet strukturore dhe ekspozimi financiar i familjeve ka gjasa të vazhdojnë, pavarësisht përpjekjeve ligjore në zhvillim.

Seksioni 2: Struktura dhe karakteristikat kryesore të sistemit të financimit të shëndetësisë

2.1 Arkitektura institucionale

Sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë është i organizuar kryesisht si një model i financiar përmes taksave, ku burimet publike alokohen përmes buxhetit të shtetit. Përgjegjësitë për financim ndahen ndërmjet nivelit qendror dhe atij komunal, duke rezultuar në një strukturë të decentralizuar, por njëkohësisht edhe të fragmentuar të sistemit.

Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse për financimin dhe mbikëqyrjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor sekondar dhe terciar, ndërsa komunat menaxhojnë dhe financojnë kujdesin primar shëndetësor. Megjithëse kjo ndarje e përgjegjësisë mundëson ofrimin e shërbimeve më afër qytetarëve, ajo gjithashtu krijon sfida në koordinim dhe potencial për joefikasitet në alokimin e burimeve ndërmjet niveleve të ndryshme të kujdesit shëndetësor.

Sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë reflekton tri sfida kryesore strukturore:

- fragmentim të financimit ndërmjet niveleve të kujdesit shëndetësor
- kapacitete të kufizuara për blerje strategjike
- mospërputhje ndërmjet reformave të financimit dhe organizimit të ofruesve të shërbimeve

Mekanizmat e alokimit buxhetor mbeten kryesisht të bazuar në inpute, ku financimi lidhet me shpenzimet historike, dhe jo me nevojat e popullatës, rezultatet e shërbimeve apo indikatorët e performancës. Kjo kufizon stimujt për efikasitet, përmirësim të cilësisë dhe ofrim të shërbimeve të orientuara në bazë të rezultateve.

Një çështje qendrore është mungesa e ndarjes së qartë ndërmjet rolit të blerësit dhe ofruesit të shërbimeve. Ndërsa reformat synojnë krijimin e një Fondi të Sigurimeve Shëndetësore si blerës strategjik, ofruesi kryesor publik si Shërbimi Klinik Universitar i Kosovës (SHSKUK), vazhdon të funksionojë si një institucion tradicional i bazuar në buxhet.

Kjo krijon një mospërputhje strukturore brenda sistemit: nga njëra anë, reformat po lëvizin drejt një modeli të bazuar në grumbullimin e premieeve dhe blerjen strategjike; nga ana tjetër, ofruesi kryesor mbetet i integruar në një kornizë administrative të bazuar në buxhet. Kjo mospërputhje kufizon zhvillimin e marrëdhënieve kontraktuale, redukton llogaridhënien e ofruesve dhe dobëson efektivitetin e mekanizmave të financimit të bazuar në performancë.

Përvoja ndërkombëtare sugjeron se reforma efektive e financimit të shëndetësisë kërkon harmonizim ndërmjet mënyrës së financimit, organizimit të ofruesve dhe strukturave të qeverisjes^(5,6). Në veçanti, blerja strategjike varet nga ekzistenca e ofruesve autonomë që janë të aftë të kontraktjnë, të menaxhojnë burimet në mënyrë fleksibile dhe të mbahen përgjegjës për performancën dhe rezultatet.

Në këtë kontekst, një drejtim i mundshëm strategjik për Kosovën mund të përfshijë transformimin gradual të Shërbimit Klinik Universitar të Kosovës (SHSKUK) në një institucion më autonom, të organizuar klinikisht dhe të aftë për kontraktim. Përvojat nga sistemet shëndetësore evropiane tregojnë se rritja e autonomisë së ofruesve, e kombinuar me mekanizma të qartë të llogaridhënies, mund të përmirësojë efikasitetin dhe reagimin ndaj nevojave të pacientëve.

Reforma e shëndetit mendor në Kosovë ofron një shembull të rëndësishëm vendor. Shërbimet e bazuara në komunitet, të organizuara përmes Qendrave të Shëndetit Mendor dhe strukturave të mbështetura të banimit, janë financuar përmes linjave të dedikuara buxhetore dhe janë strukturuar sipas njësive funksionale të shërbimit. Ky model demonstroi se si organizimi sipas linjave të shërbimit mund të përmirësojë integrimin e kujdesit dhe efikasitetin e përdorimit të burimeve, duke ofruar mësim të vlefshme për reformën më të gjerë të sistemit.

2.2 Shpenzimet në shëndetësi dhe modelet e financimit

Vlerësimi i qëndrueshmërisë financiare kërkon analizimin e shpenzimeve shëndetësore në raport me Bruto Produkti Vendor (BPV) dhe shpenzimet totale qeveritare.

Evidenca e disponueshme tregon se shpenzimet për shëndetësinë në Kosovë mbeten relativisht të ulëta krahasuar me standardet e Bashkimit Evropian^(1,3).

Shpenzimet totale në shëndetësi vlerësohen në rreth 4.0 – 4.5% të BPV-së, ndërsa shpenzimet publike për shëndetësinë përbëjnë rreth 3.0 – 3.5% të BPV-së.

Këto nivele janë dukshëm më të ulëta se mesatarja e vendeve të BE-së, ku shpenzimet totale për shëndetësi zakonisht tejkalojnë 9 – 11% të BPV-së⁽³⁾.

Shpenzimet publike për shëndetësinë në Kosovë mbeten relativisht të ulëta, të vlerësuara në rreth 3 – 3.5% të Bruto Produkti Vendor (BPV), dukshëm më të ulëta se në shumicën e vendeve anëtare të Bashkimit Evropian, si dhe më të ulëta se mesatarja rajonale.

Në të njëjtën kohë, pagesat jashtë xhepit (out-of-pocket – OOP) përbëjnë rreth **38–40% të shpenzimeve totale në shëndetësi**⁽¹⁾. Kjo është dukshëm më e lartë se nivelet në Bashkësinë Evropiane (**zakonisht 15–20%**) dhe lidhet me mbrojtje më të dobët financiare dhe rrezik më të lartë për shpenzime katastrofike^(2,4).

Në përgjithësi, struktura e financimit në Kosovë reflekton:

- nivel relativisht të ulët të financimit publik në krahasim me vendet e BE-së;
- varësi të lartë nga pagesat e familjeve;
- rishpërndarje të kufizuar përmes mekanizmave të grumbullimit të premieeve

Tabela 1: Trendet e shpenzimeve shëndetësore në Kosovë (2019–2024)

Viti	Shpenzimet qeveritare (milion Euro)	Shpenzimet publike për shëndetësinë (% e BPV)	Shpenzimet totale në shëndetësi – CHE (% e BPV)	Pagesat jashtë xhepit OOP (% CHE)
2019	215.7	3.06%	~ 4.5	~ 37
2020	250.5	3.70%	~ 3.7	~ 38
2021	273.2	3.43%	~ 3.7	~ 38
2022	236.1	2.64%	~ 4.2	~ 39
2023	302.7	3.08%	~ 4.2–4.4 (vlers.)	~ 38–39 (vlers.)
2024	348.2	~3.3%	Nuk ka të dhëna	Nuk ka të dhëna

Shënim: CHE i referohet shpenzimeve totale kombëtare për shëndetësi, ndërsa BPV i referohet Bruto Produkti Vendor.

Të dhënat për shpenzimet qeveritare për vitet 2019–2024 bazohen në raportet e Buxhetit të Kosovës, Zyrrës Kombëtare të Auditimit dhe Agjencisë së Statistikave të Kosovës. Vlerësimet për CHE dhe OOP janë nxjerrë nga databaza ndërkombëtare dhe analiza kombëtare. Për shkak të raportimit të paplotë në databazat ndërkombëtare, vlerat për vitin 2023 janë indikative dhe bazohen në analizë trendi. Të gjitha vlerat janë të rrumbullakosura për qëllime interpretimi në politikëbërje.

Projeksionet paraprake për buxhetin e vitit 2025 sugjerojnë një rritje të moderuar të shpenzimeve publike për shëndetësinë, megjithatë të dhënat përfundimtare dhe të krahasueshme ende nuk janë në dispozicion.

Burimi: Buxheti i Kosovës (2019–2024), Zyra Kombëtare e Auditimit, Agjencia e Statistikave të Kosovës, WHO Global Health Expenditure Database, Banka Botërore.

Tabela 2: Krahasimi i shpenzimeve shëndetësore – 2022 (Kosova, rajoni dhe BE)

Shteti	Shpenzimet totale për shëndetësi – CHE (% BPV)
Kosova	~ 4.0 – 4.5
Shqipëria	~ 5.3
Maqedonia e Veriut	~ 7.8
Serbia	~ 9.1
Mali i Zi	~ 9.3
Mesatarja e BE-së	~ 10.9

Burimi: OBSH; Banka Botërore; Eurostat.

Tabela 3: Indikatorët kryesorë të financimit të shëndetësisë

Indikatori	Kosova	Intervali tipik në BE	Interpretimi
<i>Shpenzimet totale për shëndetësi (% BPV)</i>	~ 4.0–4.5%	~ 9–11%	<i>Nivel i ulët i shpenzimeve</i>
<i>Shpenzimet publike për shëndetësi (% BPV)</i>	~ 3.0–3.5%	~ 6–8%	<i>Financim publik i kufizuar</i>
<i>Pagesat jashtë xhepit OOP (% CHE)</i>	~ 38–40%	~ 15–20%	<i>Barrë e lartë për familjet</i>
<i>Shpenzimet për kokë banori</i>	<i>Të ulëta</i>	<i>Të larta</i>	<i>Hendek fiskal</i>
<i>Grumbullimi i premieeve</i>	<i>I kufizuar</i>	<i>Universale</i>	<i>Rishpërndarje e dobët</i>

Burimi: Përpunim i autorëve bazuar në WHO Global Health Expenditure Database; Banka Botërore.

2.3 Sigurimet private shëndetësore dhe mbulimi vullnetar

Përveç skemave të financimit publik, sigurimet private shëndetësore (SPSh) përfaqësojnë një mekanizëm plotësues financimi brenda sistemit shëndetësor të Kosovës. Edhe pse shtrirja e tyre mbetet e kufizuar krahasuar me shumë vende të Bashkimit Evropian, produktet vullnetare

të sigurimit janë të pranishme dhe meritojnë vlerësim analitik si pjesë e arkitekturës së përgjithshme të financimit.

Në sistemet shëndetësore evropiane, sigurimet private shëndetësore zakonisht kryejnë një nga tre funksione: mbulimin komplementar (që mbulon bashkëpagesat e përcaktuara me ligj); mbulim suplementar (që ofron shërbime ose komoditete shtesë); dhe mbulim të duplikuar (që ofron qasje paralele të ofruesit privatë jashtë sistemit publik)^(5,6).

Në Kosovë, tregu i sigurimeve private duket të jetë i përqendruar kryesisht në polisa grupore korporative dhe produkte individuale vullnetare të orientuara drejt popullatës së punësuar në sektorin formal. Mbulimi mbetet i kufizuar në raport me popullatën totale dhe SPSH aktualisht nuk përbën një shtyllë kryesore të financimit të sistemit shëndetësor. Megjithatë, ai ndërvepron me dinamikat më të gjera të financimit në disa mënyra të rëndësishme.

Nga perspektiva e financimit të shëndetësisë, disa konsiderata strukturore janë veçanërisht të rëndësishme:

1. Fragmentimi i grumbullimit të premieeve

Fondet e sigurimeve private vullnetare janë zakonisht më të vogla dhe selektive ndaj rrezikut. Ato mund të mbulojnë në mënyrë disproporcionale individë më të shëndetshëm ose me të ardhura më të larta, duke rritur potencialisht segmentimin brenda sistemit⁽⁵⁾.

2. Implikimet për barazinë

Kur sigurimet vullnetare u shërbejnë kryesisht grupeve me të ardhura më të larta ose të punësuarve në sektorin formal, qasja në shërbime më të shpejta ose me cilësi më të lartë mund të bëhet e varur nga të ardhurat. Në sisteme me nivele të larta të pagesave jashtë xhepit, SPSH mund të reduktojë barrën financiare për individët e siguruar, duke lënë të tjerët të ekspozuar^(2,6).

3. Ndikimi në incentivat e sektorit publik

Rritja e sigurimeve private duplikative mund të stimulojë zgjerimin e tregut të ofruesve privatë dhe të ndikojë në shpërndarjen e fuqisë punëtore. Pa koordinim të fortë rregullator, kjo ka potencial të rrisë praktikën e dyfishtë dhe të forcojë rrugët paralele të ofrimit të shërbimeve.

4. Ndërveprimi me reformën e sigurimeve të detyrueshme

Korniza e propozuar për sigurimet e detyrueshme⁽⁹⁾ duhet të qartësojë rolin e sigurimeve private vullnetare për të shmangur mbivendosjen, përzgjedhjen e pafavorshme dhe duplikimin e përfitimeve. Përvoja ndërkombëtare sugjeron se ndarja e qartë ndërmjet paketave publike të përfitimeve dhe mbulimit suplementar vullnetar përmirëson koherencën e sistemit⁽⁵⁾.

Me rëndësi është se sigurimet private vullnetare nuk e zëvendësojnë mbledhjen kombëtare të sigurimeve në arritjen e mbrojtjes së përgjithshme financiare. Edhe pse ato mund të diversifikojnë burimet e financimit dhe të ofrojnë mbrojtje shtesë për grupe të caktuara, ato nuk zgjerojnë në mënyrë të natyrshme rishpërndarjen në nivel të gjithë popullatës.

Nga perspektiva analitike, SPSH në Kosovë duhet të interpretohet si:

- një element plotësues i financimit;
- një faktor potencial që ndikon në barazi;
- një variabël strukturore që ndërvepron me reformën e grumbullimit publik të premiumeve.

Mbikëqyrja e kujdesshme rregullatore, transparenca në përkufizimin e përfitimeve dhe harmonizimi me objektivat më të gjera të financimit të shëndetësisë janë thelbësore për të siguruar që sigurimet vullnetare të mbështesin, dhe jo të fragmentojnë, sistemin shëndetësor.

Seksioni 3: Parakushtet e sistemit për një reformë efektive të financimit të shëndetësisë

Reforma e financimit të shëndetësisë nuk funksionon në izolim. Brenda kornizave të konsoliduara të sistemeve shëndetësore, mbrojtja financiare në shëndetësi dhe mekanizmat e grumbullimit të premiumeve varen nga performanca e komponentëve më të gjerë të sistemit, përfshirë ofrimin e shërbimeve, kapacitetin e fuqisë punëtore, qasjen në barna, qeverisjen dhe sistemet e informacionit shëndetësor^(13,14).

Përforcimi i këtyre elementeve themelore është thelbësor për të siguruar që reformat e financimit të përkthehen në përmirësim të barazisë, efikasitetit dhe performancës së sistemit. Pa një nivel të mjaftueshëm të gatishmërisë së sistemit, reformat që synojnë zgjerimin e mekanizmave të grumbullimit të premiumeve apo futjen e skemave të sigurimit rrezikojnë të mbeten formale, me ndikim të kufizuar praktik^(13,14).

Prandaj, reforma e financimit të shëndetësisë në Kosovë duhet të kuptohet si pjesë e një transformimi më të gjerë të sistemit, dhe jo si një ndërhyrje e izoluar politike.

3.1 Ofrimi i shërbimeve dhe vazhdimësia e kujdesit

Reforma e financimit të shëndetësisë në Kosovë kufizohet jo vetëm nga niveli i financimit, por edhe nga gatishmëria e sistemit, veçanërisht në ofrimin e shërbimeve, qeverisjes dhe sistemet e informimit.

Kosova ka vendosur struktura të kujdesit primar, sekondar dhe terciar. Megjithatë, mbeten boshllëqe të rëndësishme në vazhdimësinë, integrimin dhe koordinimin e kujdesit. Shërbimet si rehabilitimi dhe kujdesi paliativ nuk janë të integruara në mënyrë konsistente në sistemin e financuar publikisht. Gjithashtu, kujdesi shëndetësor primar ende nuk funksionon plotësisht sipas modelit të mjekësisë familjare me lista të përcaktuara të pacientëve dhe

mekanizmit efektiv të kontaktit të parë të sistemit shëndetësor.

Këto kufizime reduktojnë efikasitetin e sistemit, dobësojnë koordinimin e kujdesit dhe e bëjnë më të vështirë hartimin e paketave koherente të përfitimeve dhe mekanizmave të blerjes. Përvoja ndërkombëtare tregon se sistemet e forta të kujdesit primar, veçanërisht ato me funksion të kontaktit të parë në sistemin shëndetësor (gatekeeper), janë kritike për përdorim efikas të burimeve dhe kontroll të kostove⁽¹⁶⁾.

Pa një model funksional të ofrimit të shërbimeve, zgjerimi i mekanizmave të financimit mund të çojë në rritje të përdorimit të shërbimeve pa përmirësim përkatës të rezultateve shëndetësore.

3.2 Alokimi i të hyrave dhe planifikimi

Alokimi i financave në shëndetësi në Kosovë mbetet kryesisht i drejtuar nga proceset buxhetore, dhe jo nga një vlerësim sistematik i nevojave.

Kjo mund të çojë në variabilitet në shpërndarjen e burimeve financiare dhe të kufizojë parashikueshmërinë e flukseve financiare ndërmjet institucioneve dhe niveleve të kujdesit. Alokimet buxhetore nuk janë gjithmonë të harmonizuara me nevojat shëndetësore të popullatës, kërkesën për shërbime apo indikatorët e performancës.

Evidenca ndërkombëtare sugjeron se sistemet e qëndrueshme të premieeve dhe sigurimeve kërkojnë mekanizma transparentë dhe të bazuar në rregulla për alokimin e burimeve, të harmonizuar me profilet epidemiologjike dhe demografike^(13,14).

Pa mekanizma të tillë, reformat e financimit mund të mos arrijnë përmirësimet e synuara në barazi dhe efikasitet.

3.3 Kapacitetet e fuqisë punëtore shëndetësore

Ndërsa kapacitetet e fuqisë punëtore janë relativisht të qëndrueshme në nivelet primare dhe sekondare, boshllëqet mbeten në shërbimet e specializuara në nivel terciar.

Disponueshmëria e kufizuar e shërbimeve të subspecializuara kontribuon në vazhdimin e varësisë nga trajtimi jashtë vendit dhe kufizon aftësinë e sistemit për t'iu përgjigjur nevojave komplekse shëndetësore.

Shpërndarja, specializimi dhe mbajtja e fuqisë punëtore janë faktorë kyç për përfundimin e ofrimit të shërbimeve brenda vendit dhe reduktimin e varësisë për shërbime nga jashtë.

Pa kapacitete të mjaftueshme njerëzore profesionale në shëndetësi, zgjerimi i financimit nuk ka gjasa të përmirësojë ndjeshëm qasjen apo performancën e sistemit shëndetësor.

3.4 Barnat dhe produktet mjekësore

Mungesa e një sistemi plotësisht të standardizuar dhe të bazuar në nevoja për prokurimin dhe rimbursimin e barnave redukton parashikueshmërinë dhe mund të kontribuojë në joefikasitet në shpenzimet farmaceutike. Pagesat jashtë xhepit për barna mbeten një komponent i rëndësishëm i shpenzimeve të familjeve, duke reflektuar boshllëqe në mbulimin publik.

Vendosja e një liste transparente dhe të bazuar në evidencë të barnave, e harmonizuar me protokollat klinike dhe mekanizmat e rimbursimit, është thelbësore për forcimin e mbrojtjes financiare dhe për një alokim më efikas të burimeve⁽¹⁷⁾.

3.5 Qeverisja dhe sistemet e informimit shëndetësor

Një sistem funksional i informimit shëndetësor (SISh) është një kërkesë themelore për sistemet moderne të financimit të shëndetësisë. Ai mundëson regjistrimin e popullatës, ndjekjen e shërbimeve, menaxhimin e kërkesave për rimbursim dhe llogaridhënien financiare.

Pavarësisht investimeve afatgjata, sistemi SISh në Kosovë mbetet vetëm pjesërisht funksional. Kufizimet në disponueshmërinë e të dhënave, ndërveprueshmërinë dhe raportimin në kohë reale kufizojnë mbikëqyrjen e sistemit dhe reduktojnë efektivitetin e funksioneve të planifikimit dhe blerjes.

Përvoja ndërkombëtare tregon se grumbullimi efektiv i premieeve dhe blerja strategjike varen nga sisteme të besueshme të të dhënave, mekanizma transparentë raportimi dhe struktura të forta qeverisjeje^(14,15).

Pa këto elemente, implementimi i mekanizmave të financimit të bazuar në sigurime mund të përballë me rreziqe të konsiderueshme operacionale, përfshirë joefikasitetin, vonesat në rimbursim dhe uljen e llogaridhënies.

Analiza nxjerr në pah një kufizim qendror: reforma e financimit të shëndetësisë në Kosovë kufizohet jo vetëm nga niveli i financimit, por edhe nga gjendja dhe gatishmëria e sistemit.

Boshllëqet në ofrimin e shërbimeve, qeverisje dhe sistemet e informimit reduktojnë kapacitetin e sistemit për t'i përkthyer reformat financiare në rezultate konkrete.

Prandaj, një qasje në faza e reformës është thelbësore. Përforcimi i funksioneve bazë të sistemit, veçanërisht kujdesit primar, sistemeve të të dhënave dhe qeverisjes, duhet të paraprijë ose të ecë paralelisht me zgjerimin e mekanizmave të grumbullimit të premieeve dhe sigurimeve.

Seksioni 4: Mbrojtja financiare dhe pagesat jashtë xhepit (Out-of-Pocket – OOP)

4.1 Mbrojtja financiare në shëndetësi dhe pagesat jashtë xhepit

Pagesat jashtë xhepit (out-of-pocket – OOP) janë një indikator kyç i mbrojtjes financiare në një sistem shëndetësor. Në kuadër të Mbulimit Universal në Shërbimet Shëndetësore, individët duhet të kenë qasje në shërbimet e nevojshme pa u përballur me vështirësi financiare^(1,2).

Në Kosovë, pagesat jashtë xhepit (OOP) përbëjnë rreth 38–40% të shpenzimeve totale në shëndetësi, dukshëm më të larta se në shumicën e vendeve të Bashkimit Evropian, ku këto nivele zakonisht variojnë ndërmjet 15–20%^(1–3).

Varësia e lartë nga pagesat direkte reflekton mekanizma të kufizuar të parapagimit dhe grumbullimit të premiumeve, si dhe tregon ekspozim të shtuar të familjeve ndaj rrezikut financiar^(1,2).

Standardet ndërkombëtare sugjerojnë se kur pagesat direkte apo jashtë xhepit (OOP) tejkalojnë rreth 20% të shpenzimeve totale në shëndetësi, rreziku për shpenzime katastrofike në shëndetësi dhe varfëruese rritet ndjeshëm^(2,4).

Në Kosovë, pagesat jashtë xhepi burojnë nga disa kategori shërbimesh, përfshirë barnat, shërbimet diagnostike, konsultat specialistike dhe, në disa raste, pagesat joformale^(1,11). Faktorë strukturorë si disponueshmëria e kufizuar e shërbimeve në sektorin publik, kohët e gjata të pritjes dhe perceptimet për dallime në cilësi mund të shtyjnë pacientët drejt ofruesve privatë, ku shërbimet zakonisht paguhen drejtpërdrejt nga xhepi^(11,12).

Kombinimi i shpenzimeve publike relativisht të ulëta dhe varësisë së lartë nga pagesat jashtë xhepi (OOP) rrit gjasat për vështirësi financiare, veçanërisht për familjet me të ardhura të ulëta, të cilat kanë më pak mundësi për të përballuar kostot e papritura shëndetësore dhe përballen më shpesh me barriera në qasje në kujdes.

Pagesat jashtë xhepit (out-of-pocket – OOP) në Kosovë (~38–40%) janë pothuajse dyfish më të larta se mesatarja e BE-së (~15–20%). Kjo tregon mbrojtje të kufizuar financiare dhe rrezik të lartë për shpenzime katastrofike në shëndetësi.

Figura 1. Pagesat jashtë xhepit (Out-of-Pocket) si përqindje e shpenzimeve totale në shëndetësi: Kosova krahasuar me mesataren e BE-së



Burimi: WHO Global Health Expenditure Database; OECD Health at a Glance.

Nga perspektiva e sistemit, varësia e lartë nga pagesat jashtë xhepit (OOP) dobëson funksionin rishpërndarës të financimit të shëndetësisë. Në vend që premiumet të shpërndahet në nivel të popullatës, barra financiare bartet drejtpërdrejt nga individët në momentin e përdorimit të shërbimeve, duke reduktuar barazinë dhe duke cenuar parimet themelore të Mbulimit Universal në Shërbimet Shëndetësore^(5,6).

Përvoja ndërkombëtare tregon se ulja e pagesave direkte - jashtë xhepit (OOP) kërkon përforsimin e mekanizmave të parapagimit dhe grumbullimit të premiumeve, zgjerimin e mbulimit të shërbimeve thelbësore dhe përmirësimin e mekanizmave të blerjes së shërbimeve. Sistemet që mbështeten në blerje strategjike dhe paketa të qarta të përfitimeve janë më të pozicionuara për të kontrolluar kostot dhe për të mbrojtur familjet nga rreziku financiar^(5,6).

4.2 Shpenzimet katastrofike në shëndetësi

Shpenzimet katastrofike në shëndetësi zakonisht përkufizohen si shpenzime që tejkalojnë një prag të caktuar të të ardhurave ose konsumit total të familjes, shpesh në nivelin 10% ose 25%⁽⁴⁾.

Evidenca ndërkombëtare tregon një lidhje të fortë ndërmjet niveleve të larta të pagesave direkt nga xhepi (OOP) dhe rritjes së shpenzimeve katastrofike^(2,4). Sistemet me grumbullim të kufizuar të premiumeve dhe pagesa të larta në momentin e përdorimit të shërbimeve kanë tendencë të krijojnë vulnerabilitet financiar më të lartë, veçanërisht për familjet me të ardhura të ulëta.

Nivelet e larta të pagesave jashtë xhepit në Kosovë nuk përbëjnë vetëm një çështje financimi. Ato reflektojnë boshllëqe më të thella strukturore, përfshirë grumbullim të premiumeve, mekanizma të kufizuar të blerjes dhe mospërputhje ndërmjet reformave të financimit dhe organizimit të ofruesve të shërbimeve.

Megjithëse të dhënat gjithëpërfshirëse për Kosovën janë të kufizuara, evidenca ekzistuese sugjeron se rreziku financiar shpërndahet në mënyrë të pabarabartë ndërmjet grupeve të popullsisë. Familjet që menaxhojnë sëmundje kronike, terapi afatgjata apo kosto të përsëritura ambulatorie janë veçanërisht më të prekura.

Është e rëndësishme të theksohet se shpenzimet katastrofike nuk lindin vetëm nga ndërhyrje të mëdha spitalore. Ato mund të rezultojnë nga efekti kumulativ i shpenzimeve rutinë, përfshirë barnat, diagnostikën dhe konsultat e përsëritura.

Përveç kostove direkte mjekësore, familjet përballen edhe me shpenzime indirekte si transporti, akomodimi dhe humbja e të ardhurave. Këto shpesh nuk përfshihen në statistikat zyrtare, por mund të rrisin ndjeshëm barrën financiare të sëmundjes.

Nga perspektiva strukturore, varësia e lartë nga pagesat jashtë xhepit (OOP) reflekton mungesë të plotë të grumbullimit të premieeve. Në mungesë të mekanizmave të konsoliduar të financimit, familjet veprojnë si paguesit kryesorë të mbetur në sistem, duke kufizuar rishpërndarjen dhe mbrojtjen për grupet vulnerabël^(5,6).

4.3 Implikimet për barazinë në financimin e shëndetësisë

Mbrojtja financiare është ngushtë e lidhur me barazinë në qasjen në shërbime shëndetësore. Kur një pjesë e madhe e financimit mbështetet në pagesa direkte, familjet me të ardhura më të ulëta përballen me barriera më të mëdha për të marrë kujdesin e nevojshëm.

Në Kosovë, niveli relativisht i lartë i pagesave jashtë xhepit (OOP) sugjeron se barra financiare e kujdesit shëndetësor bie në mënyrë disproporcionale mbi familjet me burime më të kufizuara. Evidenca ndërkombëtare tregon se varësia e lartë nga pagesat direkte kontribuon në pabarazi në përdorimin e shërbimeve, pasi disa familje mund të vonojnë ose shmangin kërkimin e kujdesit për shkak të kufizimeve financiare^(2,5).

Dallimet në kapacitetin financiar ndikojnë gjithashtu në qasjen në shërbime private apo trajtim jashtë vendit. Individët me të ardhura më të mira financiare mund të anashkalojnë kufizimet e sistemit publik, ndërsa të tjerët mbeten të varur nga shërbimet publike.

Grupet më të prekura përfshijnë pacientët me sëmundje kronike, individët që kërkojnë terapi afatgjata si trajtimi onkologjik, personat me aftësi të kufizuara dhe popullatat në zonat rurale apo në vendet ku nuk mjaftueshëm shërbime shëndetësore.

Pa mekanizma efektive të mbrojtjes financiare, këto dinamika rrezikojnë të thellojnë pabarazitë ekzistuese dhe të zgjerojnë dallimet në rezultatet shëndetësore.

4.4 Implikimet në nivel të sistemit shëndetësor

Varësia e lartë nga pagesat jashtë xhepit ka implikime më të gjera përtej barrës individuale financiare.

Së pari, ajo kufizon kapacitetin për blerje strategjike. Kur një pjesë e madhe e shpenzimeve ndodh jashtë mekanizmave të grumbullimit të premieeve, blerësit publikë kanë më pak mundësi për të ndikuar sjelljen e ofruesve dhe për të kontrolluar kostot⁽⁵⁾.

Së dyti, ajo kufizon planifikimin. Shpenzimet e larta të familjeve mund të maskojnë nevojat e paplotësuara dhe të deformojnë sinjalet e kërkesës brenda sistemit shëndetësor.

Së treti, ajo mund të dëmtojë besimin publik. Kur qasja në kujdes shëndetësor varet nga pagesa direkte, besimi në institucionet publike bie. Prandaj, mbrojtja financiare në shëndetësi është gjithashtu një çështje e qeverisjes dhe e kontratës sociale.

Nga perspektiva e sistemit, nivelet e larta të pagesave jashtë xhepit (OOP) tregojnë për grumbullim të paplotë të premieeve dhe rishpërndarje të kufizuar. Përforcimi i mbrojtjes financiare kërkon si rritje të burimeve të përbashkëta, ashtu edhe përmirësim të mekanizmave të blerjes^(5,6).

4.5 Interpretimi strukturor

Analiza nxjerr në pah një çështje qendrore strukturore: sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë vendos një pjesë të konsiderueshme të rrezikut financiar mbi familjet.

Kjo reflekton si nivelet relativisht modeste të financimit publik, ashtu edhe mungesën e konsolidimit të plotë të mekanizmave të grumbullimit të premieeve. Edhe pse korniza ligjore për sigurimet shëndetësore të detyrueshme ofron një bazë për reformë⁽⁷⁻⁹⁾, zbatimi efektiv kërkon harmonizim me kapacitetin fiskal, gatishmërinë administrative dhe mekanizma të fortë monitorues të qeverisjes⁽¹⁰⁾.

Analiza e mësipërme thekson disa karakteristika strukturore të sistemit të financimit të shëndetësisë në Kosovë, të cilat kanë implikime të drejtpërdrejta për mbrojtjen financiare dhe qëndrueshmërinë.

Shpenzimet totale për shëndetësi mbeten relativisht modeste në krahasim me standardet evropiane, duke kufizuar kapacitetin për zgjerimin e mbulimit dhe forcimin e mbrojtjes financiare. Në të njëjtën kohë, një pjesë e konsiderueshme e shpenzimeve shëndetësore financohet drejtpërdrejt nga familjet, duke i ekspozuar ato ndaj rrezikut financiar dhe duke kontribuar në pabarazi në qasje.

Mungesa e një mekanizmi të konsoliduar të grumbullimit të premieeve kufizon më tej rishpërndarjen. Pavarësisht ekzistencës së një kornize ligjore, zbatimi ende nuk ka rezultuar në një sistem plotësisht funksional të grumbullimit dhe blerjes të shërbimeve.

Paralelisht, zhvillimi i sektorit privat dhe modelet e shpenzimeve të familjeve vazhdojnë të ndikojnë në përdorimin e shërbimeve, ku shumë familje mbështeten në pagesa private, përfshirë edhe për trajtim jashtë vendit.

Në tërësi, këto dinamika tregojnë se përmirësimi i mbrojtjes financiare kërkon një kombinim të rritjes së investimeve publike, përforcimit të mekanizmave të grumbullimit të premieeve dhe harmonizimit më të mirë ndërmjet mënyrave të financimit dhe ofrimit të shërbimeve.

Seksioni 5: Kujdesi shëndetësor ndërkufitar dhe implikimet për financim të shëndetësisë

5.1 Trajtimi jashtë Kosovës

Kujdesi shëndetësor ndërkufitar përfaqëson një komponent të dukshëm dhe politikisht të ndjeshëm të sistemit shëndetësor në Kosovë. Edhe pse nuk është i pazakontë në sisteme të vogla shëndetësore, implikimet e tij duhet të vlerësohen në raport me qëndrueshmërinë fiskale, barazinë dhe zhvillimin afatgjatë të sistemit.

Në Kosovë, trajtimi jashtë vendit reflekton kryesisht kapacitetet të kufizuara vendor në shërbime shumë të specializuara, veçanërisht në diagnostikë të avancuar dhe procedura mjekësore komplekse.

Në vend që të interpretohet si dështim i sistemit, kujdesi ndërkufitar mund të kuptohet si një sinjal strukturor, që pasqyron ndërveprimin ndërmjet kufizimeve të kapacitetit të shërbimeve, mekanizmave të financimit dhe dizajnit institucional.

Në sisteme si ai i Kosovës, kujdesi shëndetësor ndërkufitar shpesh reflekton kapacitete të kufizuara vendore në shërbime shumë të specializuara, veçanërisht në diagnostikë të avancuar dhe procedura kirurgjikale komplekse.

5.2 Trajtimi jashtë vendit i financuar publikisht

Kosova alokon mjete financiare publike për financimin e trajtimit jashtë vendit kur shërbime të caktuara nuk janë të disponueshme brenda vendit. Këto raste zakonisht rregullohen përmes procedurave administrative dhe kritereve të caktuara.

Nga perspektiva e financimit, trajtimi jashtë vendit i financuar publikisht përfaqëson një formë të blerjes së jashtme të shërbimeve, ku shteti blen shërbime nga ofrues të huaj.

Kjo qasje mund të jetë e justifikuar për ndërhyrje të rralla ose shumë të specializuara. Megjithatë, kornizat ndërkombëtare theksojnë se vendimet për blerje duhet të jenë të harmonizuara me objektivat afatgjata të zhvillimit të sistemit^(5,6).

Kur një pjesë e konsiderueshme e fondeve publike drejtohet jashtë vendit, lindin pyetje të rëndësishme lidhur me kostot oportune dhe prioritetet e investimit.

Financimi publik i trajtimit jashtë vendit duhet të vlerësohet në raport me:

- numrin vjetor të rasteve të financuara;

- pjesën e buxhetit shëndetësor të alokuar për kujdes ndërkufitar;
- gjendjet mjekësore më të referuara;
- transparencën dhe konsistencën e kritereve të përshtatshmërisë.

Pa monitorim sistematik dhe raportim transparent, financimi ndërkufitar rrezikon të bëhet reaktiv, dhe jo i planifikuar në mënyrë strategjike.

5.3 Kujdesi ndërkufitar i financiar privatisht

Përveç rasteve të financuara publikisht, shumë familje kërkojnë trajtim jashtë vendit duke përdorur mjete e tyre private. Këto shpenzime nuk pasqyrohen plotësisht në statistikat zyrtare, por përfaqësojnë një barrë të konsiderueshme financiare.

Nivelet e larta të pagesave jashtë xhepit brenda Kosovës^(1,11), të kombinuara me perceptimet për dallime në cilësi dhe kufizimet në shërbime, kontribuojnë në kërkesën për trajtim jashtë vendit.

Pacientët shpesh i drejtohen shërbimeve në vendet fqinje si Maqedonia e Veriut, Shqipëri, si dhe në Turqi dhe vende të tjera evropiane për ndërhyrje më komplekse.

Në shumicën e rasteve, këto shërbime financohen drejtpërdrejt nga familjet. Kjo krijon shqetësime të qarta për barazinë: qasja në kujdes të specializuar bëhet e varur nga kapaciteti financiar.

Familjet me më shumë të ardhura financiare janë në gjendje të anashkalojnë kufizimet e sistemit vendor, ndërsa familjet me të ardhura më të ulëta përballen me vonesa ose heqje dorë nga trajtimi. Prania e trajtimit jashtë vendit të financiar privatisht forcon kështu pabarazitë strukturore brenda sistemit të financimit të shëndetësisë.

Përveç kostove financiare, kujdesi ndërkufitar mund të sjellë edhe ngarkesa sociale dhe psikologjike, përfshirë ndarjen nga rrjetet mbështetëse, barrierat gjuhësore dhe pasigurinë gjatë trajtimit.

5.4 Qëndrueshmëria fiskale dhe kostoja oportune

Financimi publik i trajtimit jashtë vendit përfshin kosto oportune. Burimet e alokuara jashtë vendit nuk janë të disponueshme për investime brenda vendit në infrastrukturë, zhvillimin e fuqisë punëtore apo pajisje.

Nëse vazhdon në kohë, blerja e jashtme e shërbimeve shëndetësore mund të kontribuojë në krijimin e varësisë strukturore, në vend që të përforcojë sistemin shëndetësor.

Në të njëjtën kohë, eliminimi i plotë i kujdesit ndërkufitar nuk është as i realizueshëm dhe as i dëshirueshëm. Sistemet shëndetësore të vogla shpesh mbështeten në bashkëpunim rajonal për shërbime shumë të specializuara që nuk mund të zhvillohen në mënyrë efektive brenda vendit.

Prandaj, sfida e politikave nuk është eliminimi, por menaxhimi strategjik dhe harmonizimi me zhvillimin afatgjatë të kapaciteteve.

5.5 Barazia dhe qasja

Shqetësimet për barazinë lindin kur qasja në kujdes ndërkufitar varet nga diskrecioni administrativ ose kapaciteti financiar i familjeve.

Trajtimi jashtë vendit i financuar publikisht kërkon kritere të qarta dhe transparente të përshatshmërisë për të parandaluar alokimin e pabarabartë. Mekanizmat e fortë të qeverisjes janë të nevojshëm për të siguruar që përzgjedhja e rasteve të jetë e justifikuar klinikisht dhe e arsyeshme nga pikëpamja fiskale.

Kujdesi i financuar privatisht reflekton dallime të bazuara në të ardhura në qasje. Pa mekanizma efektivë të grumbullimit të premive, këto dallime mund të thellohen, pasi disa pacientë mund të kenë qasje në trajtim të avancuar jashtë vendit, ndërsa të tjerët mbeten të varur nga shërbimet vendore.

Sigurimet private mund të ndikojnë më tej në këto modele, veçanërisht nëse lehtësojnë qasjen në ofrues ndërkombëtarë të shërbimeve.

Kjo dinamikë me dy nivele, referimet selektive të financuara publikisht dhe kujdesi i financuar privatisht jashtë vendit, mund të zgjerojë pabarazitë socio-ekonomike, nëse nuk shoqërohet me përfundim të mekanizmave të grumbullimit të premive dhe reformave në blerje të shërbimeve.

5.6 Trajtimi jashtë vendit si sinjal strukturor

Kujdesi ndërkufitar mund të interpretohet në mënyrë analitike si një sinjal strukturor i konsolidimit të plotë të sistemit, dhe jo si një çështje e izoluar administrative.

Tre elemente strukturore të ndërlidhura janë veçanërisht të rëndësishme:

1. Kapacitet i kufizuar i grumbullimit të premieeve dhe varësi e lartë nga pagesat jashtë xhepit^(1,5);
2. Nivele relativisht modeste të financimit publik të shëndetësisë në raport me kërkesën^(1,3);
3. Reforma në zhvillim, por ende të papërfunduara, për krijimin e mekanizmave të blerjes të bazuara në sigurime⁽⁷⁻⁹⁾.

Këta faktorë ndërveprojnë me kufizimet në kapacitetet vendore të ofrimit të shërbimeve, veçanërisht në kujdesin e specializuar dhe terciar që kërkon infrastrukturë të avancuar, profesionistë të specializuar dhe teknologji.

Në sistemet shëndetësore me mekanizma të konsoliduar të grumbullimit dhe blerjes strategjike, kujdesi ndërkufitar zakonisht integrohet brenda kornizave formale të rimbursimit dhe planifikimit kombëtar⁽⁵⁾. Në këtë kontekst, evoluimi i agjendës së reformës së sigurimeve në Kosovë do të ndikojë jo vetëm në mbrojtjen financiare brenda vendit, por edhe në organizimin dhe qeverisjen e blerjes së jashtme të shërbimeve.

Prandaj, kujdesi ndërkufitar duhet të kuptohet si rezultat i karakteristikave më të gjera strukturore të sistemit të financimit të shëndetësisë, duke reflektuar si kufizimet financiare, ashtu edhe kapacitetin e ofrimit të shërbimeve.

Analiza e kujdesit ndërkufitar nxjerr në pah disa implikime për zhvillimin e sistemit të financimit të shëndetësisë në Kosovë:

Së pari, forcimi i kapaciteteve vendore të ofrimit të shërbimeve, veçanërisht në kujdesin e specializuar dhe terciar, duhet të jetë prioritet strategjik. Investimet në infrastrukturë, zhvillimin e fuqisë punëtore dhe kapacitetet klinike janë thelbësore për të reduktuar varësinë nga trajtimi jashtë vendit.

Së dyti, mekanizmat e financimit duhet të sigurojnë mbulim më të qartë dhe më të parashikueshëm për shërbimet që nuk janë të disponueshme brenda vendit. Kriteret transparente për financimin publik të trajtimit jashtë vendit mund të përmirësojnë barazinë dhe llogaridhënien.

Së treti, reduktimi i varësisë nga kujdesi ndërkufitar kërkon harmonizim ndërmjet reformave të financimit dhe përmirësimit të ofrimit të shërbimeve. Zgjerimi i mekanizmave të grumbullimit pa forcimin e kapaciteteve vendore mund të rrisë përdorimin e shërbimeve pa adresuar kufizimet strukturore të sistemit.

Së katërti, politikat duhet të marrin në konsideratë në mënyrë eksplicite barrën financiare mbi familjet. Reduktimi i shpenzimeve jashtë xhepit për kujdesin e nevojshëm, qoftë brenda apo jashtë vendit, mbetet thelbësor për përmirësimin e mbrojtjes financiare.

Në tërësi, kujdesi ndërkufitar nuk duhet të shihet si një çështje e izoluar, por si reflektim i karakteristikave më të gjera strukturore të sistemit të financimit të shëndetësisë.

Seksioni 6: Reforma e sigurimeve shëndetësore: Grumbullimi i premieeve, blerja dhe kapaciteti i sistemit

6.1 Roli i sigurimeve shëndetësore në performancën e sistemit

Reforma e sigurimeve shëndetësore nuk duhet të kuptohet kryesisht si vendosje e kontributeve, por si një mekanizëm për forcimin e grumbullimit të premieeve, blerjes së shërbimeve dhe mbrojtjes financiare.

Kornizat ndërkombëtare të financimit të shëndetësisë identifikojnë tri funksione kryesore të një sistemi financimi:

- mbledhja e të hyrave;
- grumbullimi i fondeve;
- blerja e shërbimeve^(5,6).

Dobësitë në cilëndo nga këto funksione mund të komprometojnë barazinë, efikasitetin dhe qëndrueshmërinë afatgjatë të sistemit.

Në këtë kontekst, pyetja kyçe e politikave është nëse reforma përmirëson grumbullimin e premieeve dhe mundëson një alokim më efektiv të burimeve, dhe jo thjesht nëse një model “sigurimi” vendoset formalisht.

Përvoja ndërkombëtare sugjeron se renditja efektive e reformave duhet të prioritetizojë përmirësimin e ofrimit të shërbimeve dhe funksionalitetit të sistemit përpara futjes në shkallë të gjerë të mekanizmave të detyrueshëm të kontributeve. Në këtë kontekst, një qasje “së pari shërbimet, pastaj financimi” mund të reduktojë rreziqet e implementimit dhe të forcojë besimin publik^(14,15).

6.2 Grumbullimi i fondeve (premieeve) dhe rishpërndarja

Grumbullimi i fondeve (premieeve) i referohet akumulimit dhe menaxhimit të burimeve të parapaguara me qëllim shpërndarjen e rrezikut financiar që lidhet me sëmundjen në nivel të një popullate të caktuar⁽⁵⁾. Mekanizmat efektivë të grumbullimit reduktojnë varësinë nga pagesat direkte dhe forcojnë parimet e solidaritetit.

Reforma e sigurimeve shëndetësore nuk ka për qëllim parësor vendosjen e kontributeve, por përmirësimin e mekanizmave të grumbullimit të premieeve, blerjes së shërbimeve dhe mbrojtjes financiare.

Në sistemet e dominuara nga pagesat direkte të familjeve, grumbullimi i premieeve mbetet i kufizuar dhe ekspozimi financiar bëhet i individualizuar. Varësia e lartë nga pagesat jashtë xhepit, siç vërehet në Kosovë, tregon se grumbullimi mbetet i paplotë^(1,11).

Baza ligjore për sigurimet shëndetësore të detyrueshme në Kosovë është vendosur përmes Ligjit Nr. 04/L-249 (2014), i cili është amendamentuar në vitin 2022^(7,8). Draft Ligji për Sigurimet Shëndetësore të Detyrueshme (2024) synon të operacionalizojë një mekanizëm të strukturuar të grumbullimit të premieeve dhe të qartësojë përgjegjësitë institucionale⁽⁹⁾. Kornizat administrative për mbledhjen e kontributeve janë zhvilluar gjithashtu si pjesë e përpjekjeve të mëparshme reformuese.

Nëse zbatohet në mënyrë efektive, grumbullimi i konsoliduar mund të:

- reduktojë ekspozimin financiar direkt të familjeve;
- përmirësojë rishpërndarjen ndërmjet grupeve;
- mundësojë përcaktimin e qartë të paketave të përfitimeve;
- përforcojë kapacitetet për planifikim të sistemit.

Megjithatë, evidenca ndërkombëtare tregon se legjislacioni i sigurimeve në vetvete nuk garanton grumbullim efektiv. Rezultatet varen nga kapaciteti administrativ, përputhshmëria në pagesën e kontributeve dhe mekanizmat e qeverisjes^(5,6).

6.3 Blerja strategjike dhe incentivat e ofruesve

Vetëm grumbullimi i premieeve nuk është i mjaftueshëm për të transformuar performancën e sistemit. Funkzioni kyç i sistemeve të bazuara në sigurime qëndron në blerjen strategjike, aftësinë për të alokuar burimet përmes kontratave, për të përcaktuar paketat e përfitimeve, për të vendosur mekanizmat e pagesës dhe për të ndikuar në sjelljen e ofruesve⁽⁵⁾.

Në sistemet e bazuara në buxhet, financimi zakonisht është i orientuar nga inputet dhe lidhet me shpenzimet historike. Blerja strategjike prezanton instrumente si kapitacioni, pagesat e bazuara në raste (case-based payments) dhe kontratat e bazuara në performancë për të përmirësuar efikasitetin, cilësinë dhe llogaridhënien.

Draft Ligji parashikon krijimin e një entiteti blerës përgjegjës për kontraktimin e shërbimeve⁽⁹⁾. Megjithatë, efektiviteti i kësaj qasjeje varet në mënyrë thelbësore nga struktura organizative dhe incentivat e institucioneve ofruese.

Në Kosovë, ofruesi kryesor publik vazhdon të funksionojë si një entitet buxhetor. Kjo kufizon reagimin ndaj incentivave kontraktuale, ngushton fleksibilitetin menaxherial dhe redukton efektivitetin e mekanizmave të financimit të bazuar në performancë.

Një konsideratë kyçe strategjike është nëse ofruesit publikë, veçanërisht Shërbimi Klinik Universitar i Kosovës (SHSKUK), duhet të evoluojnë drejt modeleve më autonome dhe të afta për kontraktim.

Një transformim i tillë mund të:

- përmirësojë menaxhimin e burimeve dhe kontrollin e kostove;
- përforcojë llogaridhënien për performancën dhe rezultatet;
- mundësojë zbatimin e mekanizmave të avancuar të pagesës;
- harmonizojë më mirë financimin me ofrimin e shërbimeve.

Përvoja ndërkombëtare tregon se reformat në blerje janë më efektive kur shoqërohen me autonomi të ofruesve, korniza të qarta të llogaridhënies dhe marrëdhënie kontraktuale të mirëpërcaktuara.

Në të njëjtën kohë, sistemet e blerjes të dizajnuara dobët mund të krijojnë rreziqe, përfshirë inflacion të kostove, kërkesë të nxitur nga ofruesit, kompleksitet administrativ dhe vonesa në rimbursim. Prandaj, qeverisja e fortë, mbikëqyrja rregullatore dhe kapacitetet teknike janë thelbësore^(5,6).

Në këtë kontekst, blerja strategjike dhe reforma e ofruesve janë strukturalisht të ndërvarura. Pa institucione ofruese që janë të afta të kontraktojnë, të menaxhojnë burimet në mënyrë fleksibile dhe të mbahen përgjegjëse për performancën, reformat në blerje nuk ka gjasa të arrijnë efektet e synuara.

6.4 Sistemet e të dhënave dhe kapaciteti i implementimit

Kalimi drejt blerjes strategjike kërkon sisteme të fuqishme të të dhënave dhe kapacitet institucional.

Elementet kyçe mundësuese përfshijnë:

- të dhëna të besueshme për përdorimin e shërbimeve, kostot dhe rezultatet;
- sisteme digjitale për kërkesa dhe rimbursim;
- mekanizma për monitorimin e performancës dhe flukseve financiare.

Sistemi i informimit shëndetësor në Kosovë mbetet pjesërisht i zhvilluar, duke kufizuar kapacitetin për të mbështetur funksionet e kontraktimit dhe rimbursimit.

Përvoja ndërkombëtare tregon se reformat e financimit dhe zhvillimi i sistemeve digjitale duhet të avancojnë paralelisht për të siguruar transparencë, llogaridhënie dhe qëndrueshmëri^(14,15).

Një qasje e planifikuar në faza, që prioritetizojnë sistemet operative të të dhënave përpara zgjerimit të mekanizmave të grumbullimit, mund të reduktojë rreziqet e implementimit dhe të përmirësojë performancën e sistemit^(14,15).

6.5 Sektori joformal dhe sfidat e mbulimit

Tregu i punës në Kosovë përfshin një sektor të konsiderueshëm joformal, duke krijuar sfida për modelet e kontributeve të bazuara në paga.

Pa dizajnim të përshtatshëm, sigurimet e detyrueshme mund të përjashtojnë punëtorët joformal ose të rrisin pabarazitë. Evidenca ndërkombëtare sugjeron se modelet e përziera të financimit, që kombinojnë taksat e përgjithshme me kontribute të strukturuar, mund të jenë më të realizueshme në këto kontekste⁽⁶⁾.

Pyetjet kyçe të politikave përfshijnë:

- kush kontribuon;
- kush përjashtohet;
- si mbulojnë grupet më vulnerabile;
- si integrohen punëtorët që punojnë në mënyrë joformale.

Sigurimi i mbulimit gjithëpërfshirës është thelbësor për të parandaluar thellimin e pabarazive dhe për të forcuar mbrojtjen financiare.

6.6 Kufizimet në qeverisje dhe kapacitet institucional

Reforma e sigurimeve shëndetësore përfaqëson një transformim strukturor më të gjerë dhe jo vetëm një ndryshim teknik.

Suksesi i saj varet nga harmonizimi ndërmjet:

- financimit (grumbullimi i premive dhe mobilizimi i burimeve);
- organizimit (struktura dhe autonomia e ofruesve);
- qeverisjes (sistemet e të dhënave, rregullimi dhe llogaridhënia).

Aktualisht, elemente të financimit modern bashkëekzistojnë me struktura institucionale tradicionale, duke krijuar një mospërputhje strukturore, veçanërisht ndërmjet modelit të blerësit kontraktues dhe ofruesve të bazuar në buxhet.

Implementimi kërkon gjithashtu kapacitet të konsiderueshëm administrativ, përfshirë:

- sisteme të regjistrimit të popullsisë;
- mekanizma për mbledhjen e kontributeve;
- platforma për përpunimin e kërkesave dhe rimbursimit;
- sisteme kontraktimi dhe auditimi.

Raporti i Komisionit Evropian për Kosovën 2024 thekson sfida më të gjera në qeverisje që ndikojnë drejtpërdrejt në implementimin e reformës⁽¹⁰⁾. Një kufizim kyç është kapaciteti teknik i kufizuar në fusha si analizat për vlerësimin e rrezikut dhe kostove, dizajnimi i pagesave për ofruesit dhe menaxhimi financiar. Pa përforcimin e këtyre kapaciteteve, reformat rrezikojnë të mbeten formale dhe jo funksionale^(5,6).

Reforma e sigurimeve shëndetësore në Kosovë përfaqëson një kalim të mundshëm nga një sistem kryesisht i bazuar në alokim drejt një modeli të bazuar në grumbullim dhe blerje strategjike.

Pyetja qendrore e politikave është nëse reforma do të arrijë të:

- konsolidojë grumbullimin e premieeve;
- përforcojë blerjen;
- përmirësojë mbrojtjen financiare;
- rrisë barazinë.

Sistemi aktual reflekton një tranzicion të pjesshëm, ku reformat financiare po avancojnë më shpejt sesa kapaciteti institucional.

Adresimi i kësaj disbalance, veçanërisht hendeuku ndërmjet dizajnit të reformës dhe kapacitetit për implementim, do të jetë vendimtar për arritjen e një transformimi real të sistemit.

Seksioni 7: Skenarët e reformës dhe opsionet e politikave

7.1 Përmbledhje e opsioneve të reformës

Reforma e financimit të shëndetësisë në Kosovë duhet të trajtohet si një proces në faza dhe i renditur dhe jo si një ndryshim i vetëm institucional. Renditja e reformës duhet të prioritizojë gatishmërinë e sistemit, veçanërisht infrastrukturën digjitale, funksionin kontakti i parë (portë hyrëse) të kujdesit primar dhe paketat e qarta të përfitimeve, përpara implementimit në shkallë të plotë të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme^(14,15).

Reforma e financimit të shëndetësisë në Kosovë kërkon një qasje në faza, duke balancuar objektivat e mbrojtjes financiare me gatishmërinë institucionale, kapacitetin fiskal dhe kufizimet në qeverisje.

Përvoja ndërkombëtare tregon se reformat e shpejta pa kapacitet të mjaftueshëm administrativ dhe institucional mund të dëmtojnë mbrojtjen financiare dhe të dëmtojnë besimin publik^(5,6). Në të njëjtën kohë, vazhdimi i varësisë nga nivele të larta të pagesave jashtë xhepit (OOP) rrezikon të thellojë vulnerabilitetin financiar dhe pabarazitë^(1,2,4).

Analizat e fundit, përfshirë Bankën Botërore (2023), theksojnë se reduktimi i pagesave jashtë xhepit (OOP) dhe ndërtimi i një modeli koherent të financimit janë thelbësore për përmirësimin e barazisë dhe performancës së sistemit⁽¹²⁾.

Bazuar në diagnozën e sistemit, propozohen tre skenarë reforme. Këta përfaqësojnë nivele të ndryshme të ndryshimit strukturor dhe ofrojnë një kornizë për renditjen e reformave dhe vendimmarrjen.

7.2 Skenari A: Përforcimi i mbrojtjes financiare (afatshkurtër)

Ky skenar fokusohet në përmirësimin e mbrojtjes financiare brenda sistemit ekzistues kryesisht të financuar nga buxheti, pa operacionalizim të menjëhershëm të një skeme të sigurimeve të detyrueshme.

Zhvillimi i mekanizmave të avancuar të blerjes varet nga të dhëna të besueshme për përdorimin e shërbimeve, kostot dhe rezultatet. Prandaj, përforcimi i sistemeve të informimit shëndetësor dhe kapaciteteve të raportimit përbën një faktor kyç mundësues.

Objektivi kryesor

Reduktimi i ekspozimit financiar direkt të familjeve dhe përmirësimi i barazisë pa ristrukturim të madh institucional.

Masat kryesore të politikave

1. Përforcimi i mekanizmave të mbrojtjes financiare

- zgjerimi i kategorive të përjashtimit për grupet vulnerabile dhe sigurimi i zbatimit të qëndrueshëm;
- vendosja ose përforcimi i kufijve për bashkëpagesa, veçanërisht për sëmundje kronike dhe barna esenciale;
- sigurimi i kritereve transparente të përshtatshmërisë dhe monitorimit.

2. Përmirësimi i qasjes në barna dhe shërbime ambulatorë

- prioritizimi i politikave për barnat esenciale dhe qasjeve të synuara të rimbursimit;
- përforcimi i zinxhirëve të furnizimit për të reduktuar varësinë nga blerjet private.

3. Përmirësimi i transparencës dhe blerjes brenda sistemeve ekzistuese

- përforcimi i raportimit për shërbimet e financuara publikisht, përfshirë trajtimin jashtë vendit;
- prezantimi i elementeve bazë të blerjes (p.sh. marrëveshje shërbimi dhe rregulla llogaridhënieje) brenda kornizave aktuale buxhetore.

Avantazhet

- kompleksitet më i ulët i implementimit;
- realizueshmëri e lartë politike në afat të shkurtër;
- rrezik i reduktuar i dështimit institucional.

Kufizimet

- nuk ndryshon në mënyrë themelore strukturat e grumbullimit të premiumeve; reduktimi i pagesave jashtë xhepit (OOP) ka gjasa të jetë gradual;
- ndikim i kufizuar në blerjen strategjike^(5,6);
- përfitimet në mbrojtje financiare varen nga kapaciteti i zbatimit.

7.3 Skenari B: Reforma e pjesshme e grumbullimit të rrezikut (afatmesëm)

Ky skenar parashikon fillimin gradual të mekanizmave të strukturuar të grumbullimit të premieeve, duke kombinuar financimin e bazuar në taksa me kontribute të detyrueshme të synuara, ndërkohë që ndërtohet kapaciteti administrativ.

Objektivi kryesor

Krijimi i një strukture të besueshme të financimit të përbashkët që përmirëson rishpërndarjen dhe mundëson forcimin gradual të institucioneve.

Masat kryesore të politikave

1. Krijimi i një mekanizmi të unifikuar të grumbullimit të premieeve

- krijimi i një funksioni të konsoliduar të grumbullimit përgjegjës për përcaktimin e përfitimeve dhe blerjen e shërbimeve;
- sigurohet që mekanizmat e qeverisjes të jenë transparentë dhe të mbrojtur nga ndikimet afatshkurtra politike^(5,6).

2. Vendosja e kontributeve në sektorin formal

- implementimi i mekanizmave të kontributeve që janë të realizueshëm dhe të zbatueshëm;
- minimizimi i evazionit dhe barrës administrative.

3. Sigurimi i mbulimit për grupet vulnerabile dhe sektorin joformal

- përdorimi i financimit nga taksat e përgjithshme për të mbuluar grupet vulnerabile;
- zhvillimi i mekanizmave për përfshirjen e punëtorëve joformal;
- lidhja e procesit të verifikimit të përshtatshmërisë me sistemet e mbrojtjes sociale.

4. Zhvillimi progresiv i kapacitetit për blerje

- introduktimi i kontratave me ofruesit dhe mekanizmave të pagesës në përputhje me rritjen e gatishmërisë administrative⁽⁵⁾.

Avantazhet

- forcon rishpërndarjen dhe mbrojtjen financiare;
- ndërton kapacitetin administrativ në mënyrë graduale;
- krijon bazë për blerje strategjike.

Rreziqet dhe kufizimet

- rrit kompleksitetin administrativ;
- sfida në integrimin e sektorit joformal^(5,6);
- pasiguri tranzitore për ofruesit dhe pacientët.

7.4 Skenari C: Implementimi i plotë i sigurimeve (afatgjatë)

Ky skenar pasqyron operacionalizimin e plotë të sigurimeve shëndetësore të detyrueshme në përputhje me kornizën ligjore të Kosovës, përfshirë Draft Ligjin e vitit 2024⁽⁹⁾.

Objektivi kryesor

Krijimi i një sistemi plotësisht funksional të sigurimeve, me grumbullim të konsoliduar të premiumeve, përfitime të përcaktuara qartë dhe kapacitet për blerje strategjike.

Komponentët kryesorë të sistemit

1. Mbulimi universal i popullsisë

- mekanizma përfshirës të regjistrimit, përfshirë punëtorët joformal
- mbulimi i subvencionuar nga shteti për grupet vulnerable^(2,6).

2. Paketa e përcaktuar e përfitimeve

- përfitime të qarta për të rritur transparencën;
- harmonizim me kapacitetin fiskal dhe disponueshmërinë e shërbimeve.

3. Sistemet e blerjes dhe kontraktimit

- kontrata të strukturuar me ofruesit;
- sisteme digjitale për kërkesa, rimbursim dhe kontroll të mashtrimeve.

4. Mekanizmat e kontrollit të kostove

- sisteme pagesash të dizajnuara për të parandaluar inflacionin e kostove dhe joefikasitetin^(5,6).

Avantazhet

- potenciali më i lartë për grumbullim dhe rishpërndarje;
- rruga më efektive për reduktimin e pagesave jashtë xhepit nëse zbatohet me sukses^(1,2);

- mundëson blerje strategjike të plotë.

Rreziqet dhe kufizimet

- kompleksitet i lartë i implementimit;
- kërkon qeverisje të fortë dhe sisteme të avancuara të IT-së;
- rreziqe për qëndrueshmërinë fiskale nëse nuk kalibrohet mirë;
- rezistencë e mundshme ndaj kontributeve.

7.4 Vlerësimi krahasues dhe logjika e vendimmarrjes

Një krahasim i strukturuar evidenton kompromiset ndërmjet rrugëve të ndryshme të reformës:

Dimensioni	Skenari A	Skenari B	Skenari C
Ndikimi fiskal	Mesatar	Mesatar–i lartë	I lartë
Kompleksiteti administrativ	I ulët	Mesatar	I lartë
Ndikimi në mbrojtjen financiare	Gradual	Mesatar	Potencialisht i lartë
Realizueshmëria fiskale dhe politike	E lartë	Mesatare	Variabile

Duke marrë parasysh kontekstin aktual strukturor të Kosovës, i karakterizuar nga varësi e lartë nga pagesat jashtë xhepit, nivele relativisht modeste të financimit publik dhe mekanizma të paplotë të grumbullimit të premieeve, Skenari A i vetëm nuk ka gjasa të sjellë përmirësime të ndjeshme në mbrojtjen financiare.

Në të njëjtën kohë, kalimi i menjëhershëm në Skenarin C pa hapa ndërmjetës mbart rrezik të lartë të dështimit të implementimit.

Prandaj, një rrugë reformë në faza që kombinon:

- **afatshkurtër:** Skenari A (përforcimi i mbrojtjes financiare dhe kapaciteteve);
- **afatmesëm:** kalimi gradual drejt Skenarit B;
- **afatgjatë:** progresim drejt Skenarit C;

Vendimet politike duhet të udhëhiqen nga:

- hapësira fiskale;
- gatishmëria institucionale;

- struktura e tregut të punës;
- kapaciteti i qeverisjes;
- strategjia e renditjes së reformave.

Analiza tregon se varësia e vazhdueshme nga nivele të larta të pagesave jashtë xhepit (OOP) nuk ka gjasa të ulet pa përforcimin e mekanizmave të grumbullimit të premiumeve. Në të njëjtën kohë, ritmi dhe dizajni i reformës duhet të planifikohen me kujdes. Ndryshimet institucionale tepër të shpejta mund të krijojnë rreziqe implementimi, ndërsa vonesat në reformë mund të zgjasin vulnerabilitetin financiar.

Seksioni 8: Rreziqet e implementimit dhe kufizimet e sistemit

8.1 Përmbledhje e rrezikut të implementimit

Reforma e financimit të shëndetësisë është në thelb komplekse. Ndërsa përforcimi i mekanizmave të grumbullimit të premieeve dhe reduktimi i varësisë nga pagesat jashtë xhepit (OOP) janë objektiva qendrore të Mbulimit Universal në Shërbimet Shëndetësore^(1,2), rezultatet varen në masë të madhe nga dizajni dhe renditja e reformës.

Përvoja ndërkombëtare tregon se reformat që përfshijnë sigurime të detyrueshme, sisteme kontributesh apo transformime të mëdha në blerje kërkojnë planifikim të fortë fiskal, kapacitet administrativ dhe mekanizma të qëndrueshëm të qeverisjes^(5,6).

Në këtë kontekst, rreziku i implementimit nuk është periferik, ai është një përcaktues qendror i faktit nëse reforma do të çojë në përmirësim të mbrojtjes financiare apo në krijimin e presioneve të padëshiruara në sistem.

8.2 Rreziqet për qëndrueshmërinë fiskale

Reformat që zgjerojnë grumbullimin e premieeve dhe përfitimet kërkojnë financim të qëndrueshëm dhe të parashikueshëm.

Në një kontekst ku shpenzimet publike për shëndetësinë mbeten relativisht modeste në raport me BPV^(1,3), zgjerimi i shpejtë i mbulimit pa rritje përkatëse të të hyrave mund të krijojë deficite strukturore.

Rreziqet kryesore përfshijnë:

- nënvlerësimin e kërkesës për shërbime pas zgjerimit të mbulimit;
- mbledhje të paplotë të kontributeve, veçanërisht në sistemet e bazuara në paga;
- rritje të shpenzimeve farmaceutike dhe spitalore pa mekanizma kontrolli të kostove;
- mospërputhje ndërmjet paketave të përfitimeve dhe hapësirës fiskale në dispozicion.

Evidenca ndërkombëtare tregon se implementimi i sigurimeve i planifikuar jo mirë mund të çojë në inflacion të shpenzimeve nëse mekanizmat e kontrollit të kostove nuk vendosen herët^(5,6).

Zbutja e këtyre rreziqeve kërkon:

- paketë fillestare të përfitimeve të përcaktuar qartë;

- projeksione realiste të të hyrave;
- zgjerim në faza të mbulimit;
- sisteme të forta të monitorimit financiar.

8.3 Boshllëqet në mbulim dhe sfidat e sektorit joformal

Tregu i punës në Kosovë përfshin një sektor të konsiderueshëm joformal, duke krijuar sfida strukturore për modelet e financimit të bazuara në kontribute.

Sistemet e bazuara në paga mund të dështojnë në përfshirjen e punëtorëve joformal, të vetëpunësuarve dhe punës sezonale, duke çuar potencialisht në boshllëqe në mbulim.

Pa mbulim të financuar nga shteti për grupet vulnerabile dhe popullatat në sektorin joformal, reforma mund të rrisë në mënyrë të paqëllimshme pabarazitë^(2,6).

Evidenca ndërkombëtare tregon se modelet e përziera të financimit, që kombinojnë taksat e përgjithshme me kontribute të strukturuar, mund të përmirësojnë gjithëpërfshirjen në kontekste të ngjashme⁽⁶⁾.

Rreziqet potenciale përfshijnë:

- përjashtimin e punëtorëve joformal nga mbulimi;
- vështirësi administrative në verifikimin e të ardhurave;
- barrë të pabarabartë të kontributeve ndërmjet grupeve të popullsisë;
- perceptime të padrejtësisë në dizajnin e sistemit.

Strategjitë për zbutjen e rreziqeve mund të përfshijnë:

- subvencione të financuara nga taksat për grupet vulnerabile;
- kategori të thjeshtuara kontributesh për të vetëpunësuarit;
- integrimin e regjistrave të sigurimeve me databazat e mbrojtjes sociale.

8.4 Rreziqet në qeverisje dhe kapacitet institucional

Reforma e bazuar në sigurime kërkon infrastrukturë të fortë administrative dhe institucionale. Kapacitetet kryesore përfshijnë:

- sisteme të sakta të regjistrimit të popullsisë;
- mekanizma për mbledhjen e kontributeve;

- platforma për përpunimin e kërkesave dhe rimbursimit;
- sisteme auditimi dhe kundër mashtrimeve;
- korniza transparente për kontraktimin e ofruesve.

Raporti i Komisionit Evropian për Kosovën 2024 thekson sfida më të gjera në qeverisje dhe kapacitet institucional në administratën publike⁽¹⁰⁾. Prandaj, reforma e financimit të shëndetësisë lidhet drejtpërdrejt me përpjekjet më të gjera për përforsimin institucional.

Strukturat e dobëta të qeverisjes mund të rezultojnë në:

- vonesa në rimbursimet për ofruesit;
- keqmenaxhim financiar;
- kapje të ofruesve ose kontraktim preferencial;
- ulje të besimit publik në sistemin shëndetësor.

Prandaj, renditja institucionale është thelbësore. Sistemet administrative dhe të informimit duhet të jenë funksionale përpara se të ndërmerren angazhime financiare në shkallë të gjerë.

8.5 Inflacioni i kostove dhe sjellja e ofruesve

Zgjerimi i mbulimit mund të rrisë kërkesën për shërbime. Pa mekanizma të përshtatshëm të pagesës, kjo mund të çojë në rritje të kostove.

Faktorët kryesorë të rrezikut përfshijnë:

- modele pagesash si pagesa për shërbime kontroll të shpenzimeve;
- monitorim të kufizuar të volumit të shërbimeve;
- rregullim të dobët të çmimeve farmaceutike;
- mungesë të të dhënave të mjaftueshme për vlerësimin e përdorimit të shërbimeve.

Mekanizmat e blerjes strategjike, si kapitacioni, grupet e lidhura me diagnozat (DRG) apo buxhetet globale, janë thelbësore për menaxhimin e këtyre rreziqeve kur implementohen në mënyrë të duhur^(5,6).

8.6 Ekonomia politike dhe renditja e reformës

Reforma e financimit të shëndetësisë lidhet ngushtë me taksat, politikat e punës dhe mbrojtjen sociale, duke e bërë atë në thelb proces politik.

Sistemet e bazuara në kontribute mund të përballen me rezistencë nga punëdhënësit, punëmarrësit dhe punëtorët joformal, veçanërisht në kontekste ku besimi në institucione është i kufizuar.

Rreziqet kryesore përfshijnë:

- rezistencë publike ndaj kontributeve të reja;
- kundërshtim nga punëdhënësit për shkak të kostove të punës;
- lodhje nga reforma për shkak të kompleksitetit;
- perceptime për ndarje të padrejtë të barrës financiare.

Ruajtja e legjitimitetit publik kërkon:

- komunikim transparent të përfitimeve;
- përcaktim të qartë të të drejtave;
- implementim gradual.

Përvoja ndërkombëtare tregon se reformat e suksesshme zakonisht ndodhin përmes përforcimit gradual të sistemit dhe jo përmes ndryshimeve të shpejta strukturore⁽⁶⁾.

Analiza thekson se rreziku i implementimit në Kosovë është i lidhur ngushtë me kapacitetin institucional dhe renditjen e reformës.

Ndërsa zgjerimi i mekanizmave të grumbullimit të premiumeve është thelbësor për reduktimin e varësisë nga pagesat jashtë xhepit (OOP), reforma e parakohshme ose e renditur dobët mund të krijojë presione fiskale, pengesa administrative dhe ulje të besimit publik.

Një qasje në faza që harmonizon reformën financiare me gatishmërinë e sistemit, kapacitetin e qeverisjes dhe kufizimet fiskale, ofron rrugën më të besueshme për implementim të qëndrueshëm.

Seksioni 9: Përfundimet dhe implikimet strategjike

Sistemi i financimit të shëndetësisë në Kosovë karakterizohet nga një strukturë kryesisht e bazuar në buxhet, nivele relativisht modeste të financimit publik në raport me Bruto Produkti Vendor (BPV), dhe një varësi e konsiderueshme nga pagesat jashtë xhepit të familjeve.

Evidenca aktuale tregon se pagesat direkte të familjeve përbëjnë një pjesë të rëndësishme të shpenzimeve totale në shëndetësi, duke tejkaluar nivelet që zakonisht vërehen në vendet e Bashkimit

Evropian^(1,3). Ky model financimi lidhet me rrezik të shtuar për vështirësi financiare dhe reflekton një nivel të kufizuar të rishpërndarjes përmes mekanizmave të grumbullimit të premieeve^(2,4).

Analiza e paraqitur në këtë dokument tregon se modeli i financimit të shëndetësisë në Kosovë vendos një pjesë të konsiderueshme të rrezikut financiar mbi familjet, duke reflektuar si nivele relativisht modeste të financimit publik, ashtu edhe konsolidim të paplotë të funksioneve të grumbullimit dhe blerjes së shërbimeve^(5,6).

Megjithëse korniza ligjore për sigurimet shëndetësore të detyrueshme është vendosur^(7,8), implementimi mbetet i paplotë. Draft Ligji i vitit 2024 përfaqëson një përpjekje të re për formalizimin e mekanizmave të grumbullimit dhe blerjes⁽⁹⁾, por efektiviteti i tij do të varet nga kapaciteti institucional, qeverisja dhe qëndrueshmëria fiskale.

Reforma e financimit të shëndetësisë duhet të kuptohet jo si një ndërhyrje thjesht teknike, por si një transformim strukturor që kërkon harmonizim ndërmjet mekanizmave të financimit dhe organizimit të ofruesve. Në veçanti, efektiviteti i grumbullimit dhe blerjes strategjike varet nga aftësia e institucioneve ofruese për të operuar si entitete autonome, të afta për kontraktim dhe të përgjegjshme për performancën dhe rezultatet^(5,6).

Implikimi strategjik kryesor është se ruajtja e modelit aktual nuk ka gjasa të reduktojë në mënyrë të ndjeshme vulnerabilitetin financiar. Në të njëjtën kohë, implementimi i shpejtë i sigurimeve pa një gatishmëri të mjaftueshme të sistemit mbart rreziqe të konsiderueshme.

Reforma e financimit të shëndetësisë në Kosovë është në thelb një çështje e mënyrës se si shpërndahet rreziku financiar në shoqëri, duke kërkuar një balancim ndërmjet mbrojtjes financiare, qëndrueshmërisë fiskale dhe kapacitetit institucional.

Një qasje në faza dhe e strukturuar mirë e reformës, që kombinon përforcimin e mbrojtjes financiare në afat të shkurtër, zhvillimin gradual të mekanizmave të grumbullimit në afat të mesëm, dhe implementimin e plotë të sigurimeve vetëm kur kapaciteti institucional, mekanizmat e qeverisjes dhe kapaciteti fiskal janë në nivel të mjaftueshëm, përfaqëson rrugën më të besueshme përpara.

Seksioni 10: Veprimet politike dhe prioritetet e implementimit

10.1 Përmbledhje e prioritetëve të politikave

Reforma e financimit të shëndetësisë kërkon jo vetëm një kornizë ligjore, por edhe kapacitet institucional dhe teknik për të operacionalizuar funksionet e grumbullimit të premieeve, blerjes dhe menaxhimit financiar.

Analiza në këtë dokument tregon se kufizimi kryesor në Kosovë nuk është drejtimi i politikave, por kapaciteti i implementimit. Prandaj, reforma duhet të ndjekë një qasje të bazuar në faza dhe të bazuar në kapacitete, duke

kombinuar masa të menjëhershme për mbrojtje financiare me zhvillim gradual të sistemit.

Drejtimit kryesorë prioritarë përfshijnë:

- operacionalizimin e Sistemit Kombëtar të Informimit Shëndetësor përpara zbatimit në shkallë të gjerë të sigurimeve⁽¹⁵⁾;
- përforcimin e kujdesit shëndetësor primar si mekanizëm të kontaktit të parë⁽¹⁶⁾;
- zhvillimin e protokolleve klinike të standardizuara dhe paketave të shërbimeve⁽¹³⁾;
- vendosjen e një liste transparente dhe të rimbursueshme të barnave⁽¹⁷⁾;
- prezantimin e mekanizmave në faza të blerjes përpara zgjerimit të sistemeve të kontributeve⁽¹⁴⁾.

Reforma efektive në Kosovë varet nga renditja e duhur e hapave: fillimisht përforcimi i kapacitetit të sistemit, i ndjekur nga zgjerimi gradual i mekanizmave të grumbullimit të premieeve dhe blerjes.

10.2 Prioriteti themelor: Kapaciteti institucional dhe teknik

Para implementimit në shkallë të gjerë të sigurimeve të detyrueshme, Kosova duhet të prioritetizojë zhvillimin e kapaciteteve teknike bazë të nevojshme për grumbullimin e premieeve dhe blerjen e shërbimeve shëndetësore.

Veprimet kryesore të propozuara:

- krijimi i njësive të specializuara për analiza të rrezikut financiar dhe kostove, sisteme të pagesave për ofruesit dhe menaxhim financiar;
- zhvillimi i programeve të synuara të trajnimit dhe partneriteteve ndërkombëtare;
- vendosja e sistemeve të standardizuara të raportimit financiar dhe auditimit;

- orientimi i institucioneve drejt funksioneve të blerjes strategjike.

10.3 Veprimet afatshkurtra (0–2 vite)

1. Përforcimi i mbrojtjes financiare

- zgjerimi i mbulimit me barnat esenciale;
- vendosja ose përforcimi i kufijve për bashkëpagesa;
- përmirësimi i zbatimit të politikave të përjashtimit.

2. Përmirësimi i transparencës dhe qeverisjes

- krijimi i mekanizmave të raportimit për shërbimet e financuara publikisht;
- vendosja e kriterëve të standardizuara për trajtimin jashtë vendit;
- përforcimi i sistemeve të monitorimit financiar.

3. Pilotimi i reformave në blerje të shërbimeve

- testimi i modeleve sipas kapitationit – kokë banori ose pagesave të bazuara në raste;
- zhvillimi i kornizave bazë për kontraktimin e ofruesve të shërbimeve.

10.4 Veprimet afatmesme (2–5 vite)

4. Ndërtimi i kapacitetit institucional

- zhvillimi i ekspertizës në analiza të rrezikut financiar dhe kostove, grupet e lidhura me diagnozat (Diagnosis-Related Groups – DRG) dhe menaxhim financiar;
- krijimi i njësive të dedikuara teknike.

5. Përforcimi i sistemeve të të dhënave

- përmirësimi i të dhënave për përdorimin e shërbimeve, kostot dhe rezultatet;
- implementimi i sistemeve digjitale për kërkesa dhe rimbursim;
- integrimi i sistemeve të të dhënave shëndetësore dhe mbrojtjes sociale.

6. Vendosja e mekanizmave të grumbullimit të premieeve

- konsolidimi i burimeve të financimit;
- vendosja e kontributeve në sektorin formal;
- sigurimi i mbulimit të financiar nga taksat për grupet vulnerabël.

10.5 Reforma ndërsektoriale të sistemit

7. Harmonizimi i financimit me reformën e ofruesve

- transformimi gradual i ofruesve publikë drejt modeleve më autonome dhe të afta për kontraktim;
- vendosja e kornizave të llogaridhënies kontraktuale dhe mundësimi i financimit të bazuar në performancë;
- zhvillimi i kornizave ligjore dhe institucionale për të mbështetur kontraktimin, autonominë financiare dhe përgjegjësinë për rezultate;
- organizimi i ofrimit të shërbimeve në bazë të udhëzimeve klinike dhe modeleve të integruara të kujdesit.

8. Përforcimi i qeverisjes

- përmirësimi i sistemeve të auditimit dhe mbikëqyrjes;
- sigurimi i transparencës në kontraktimin e ofruesve;
- monitorimi i rreziqeve si kërkesa e nxitur nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore.

10.6 Rruga strategjike e reformës

Një qasje e bazuar në faza e reformës, që kombinon masa të menjëhershme për mbrojtje financiare me zhvillim gradual të kapaciteteve për grumbullim dhe blerje, përfaqëson rrugën më të realizueshme për Kosovën.

Implementimi i shpejtë pa gatishmëri institucionale mbart rreziqe të konsiderueshme, ndërsa ruajtja e sistemit aktual nuk ka gjasa të reduktojë barrën financiare mbi familjet.

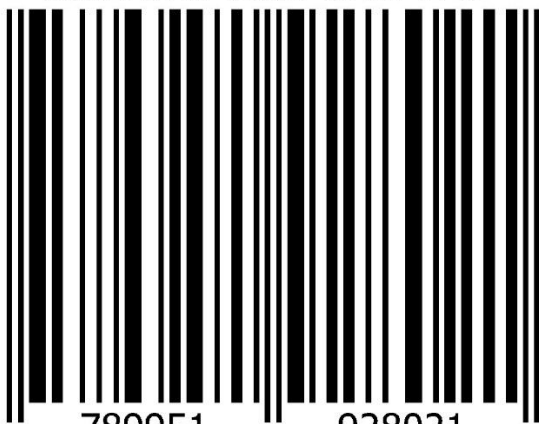
Prandaj, balancimi ndërmjet ambicies së reformës dhe kapacitetit për implementim është thelbësor.

Përfshirja e palëve të interesit, përfshirë organizatat e pacientëve dhe shoqërinë civile, mund të forcojë më tej llogaridhënien, reagimin e sistemit dhe besimin publik gjatë procesit të reformës.

Referencat

1. World Health Organization (WHO). *Global Health Expenditure Database*. Geneva: WHO. Available at: <https://apps.who.int/nha/database>
2. World Health Organization (WHO), World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO; 2023.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing; 2022.
4. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. *Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis*. *The Lancet*. 2003;362(9378):111–117.
5. Kutzin J. *Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and policy implications*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(8):602–611.
6. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2010: Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO; 2010.
7. Official Gazette of the Republic of Kosovo. *Law No. 04/L-249 on Health Insurance*. Prishtina; 2014.
8. Official Gazette of the Republic of Kosovo. *Law No. 08/L-042 Amending and Supplementing Law No. 04/L-249 on Health Insurance*. Prishtina; 2022.
9. Government of the Republic of Kosovo. *Draft Law on Compulsory Healthcare Insurance*. Prishtina; 2024.
10. European Commission. *Kosovo 2024 Report*. Brussels: European Commission; 2024.
11. Mustafa M, Hashani A, Maloku B, Shkodra T. *An Absent Therapy for Healthcare Financing in Kosovo*. Prishtina: Riinvest Institute; 2024.
12. Nguyen HT, Strizrep T, Prinz D, Aliu M. *Advancing Health Financing Reforms Toward Universal Health Coverage in Kosovo*. Washington, DC: World Bank; 2023.
13. World Health Organization (WHO). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems*. Geneva: WHO; 2010.
14. World Bank. *Strategic Purchasing in Health Care*. Washington, DC: World Bank; 2016.
15. World Health Organization (WHO). *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*. Geneva: WHO; 2021.
16. World Health Organization (WHO). *Primary Health Care: Transforming Vision into Action*. Geneva: WHO; 2018.
17. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing; 2017.

ISBN 978-9951-9280-2-1



9

789951

928021