



Dokument për
politikë publike

**Rekomandime për
integrimin e barazisë
gjinore dhe përfshirjes
sociale (BGJPS) në
Ligjin për sigurim
shëndetësor**

Përmbajtje

Cili është qëllimi i këtij dokumenti për politikë publike?	3
Çfarë rregullon Ligji për sigurim shëndetësor?	3
Cili është koncepti i sigurimit shëndetësor?	4
Dobësitë e evidentuara të sigurimit shëndetësor lidhur me BGJPS Për kë? – Cila popullatë është mbuluar, dhe cila është lënë jashtë?	5
A kanë të gjithë të miturit akses të barabartë në shërbimet shëndetësore?	6
Me çfarë pengesash përballen grupet e cenueshme të qytetarëve që e kanë humbur punën?	7
Çfarë? – Për cilat të drejta duhet përmirësuar aksesit?	9
Pse disa gra shtatzëna përjashtohen nga e drejta për pushim (të plotë) të lehonisë?	9
Me cilat shërbime të shëndetit riprodhues duhet të zgjerohet pakoja?	11
Sa? – A varfëron kostoja disa të siguruar?	13
A duhet të përjashtohen nga participimi disa grupe të caktuara të BGJPS-t?	14

Cili është qëllimi i këtij dokumenti për politikë publike?

Qëllimi i këtij dokumenti është të prezantojë gjetjet dhe mundësitë për integrimin e barazisë gjinore dhe përfshirjes sociale (BGJPS) në lidhje me Ligjin për sigurimin shëndetësor (në tekstin e mëtejshëm “Ligji”) dhe të vlerësojë arsyetimin për ndryshimin e rregullores në fushën e sigurimit shëndetësor lidhur me BGJPS. Kjo nënkupton përfshirjen e njerëzve nga kategoritë e cenueshme dhe të marginalizuara mbi çdo bazë, mbulimin e shërbimeve për grupet e përjashtuara nga shoqëria dhe barazinë në aksesin në ato shërbime.

Çfarë rregullon Ligji për sigurim shëndetësor?

Ligji rregullon qasjen në shërbimet shëndetësore për të gjithë qytetarët në bazë të parimit të barazisë dhe gjithëpërfshirjes dhe përcakton kushtet dhe procedurat për shfrytëzimin e sigurimit shëndetësor, me theks në mbrojtjen e shëndetit të popullatës dhe shfrytëzimin efikas të burimeve financiare.

Sipas ligjit, sigurimi shëndetësor është i detyrueshëm dhe vullnetar. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor zbatohet nga Fondi për sigurim shëndetësor dhe vlen për të gjithë qytetarët me qëllim të ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe përfitimeve financiare bazuar në parimet e gjithëpërfshirjes, solidaritetit, barazisë dhe përdorimit efektiv të fondeve. Sigurimi vullnetar shëndetësor zbatohet nga kompanitë e sigurimit në pajtim me këtë ligj dhe Ligjin për sigurimin shëndetësor vullnetar.



Në bazë të nenit 9, paragrafit 1 të Ligjit për sigurim shëndetësor, personave të siguruar u sigurohet e drejta në shërbimet themelore shëndetësore, si në vijim:

- a) në mbrojtjen parësore shëndetësore
- b) në mbrojtjen shëndetësore specialiste – konsultative
- c) në mbrojtjen shëndetësore spitalore (afatshkurtër dhe afatgjatë).

Каков е концептот на здравственото осигурување?

Sigurimi shëndetësor është një nga mekanizmat për sigurimin e mbulimit shëndetësor universal, qëllimi i të cilit është të sigurojë barazi në akses në shërbimet shëndetësore (përfshirë shërbimet shëndetësore promovuese, parandaluese, kurative, rehabilituese dhe paliative), d.m.th. të gjithë ata që kanë nevojë për një shërbim shëndetësor duhet ta marrin atë, jo vetëm ata që mund të paguajnë për të. Kjo qasje duhet të sigurojë gjithashtu që njerëzit të mbrohen nga rreziku financiar, d.m.th. të sigurojë që kostoja e përdorimit të shërbimeve shëndetësore të mos i vendosë ata në rrezik të vështirësive serioze financiare.

Për t'iu përgjigjur pyetjes nëse dhe në çfarë mase popullata mbulohet nga mbrojtja efektive shëndetësore, duhet të përgjigjen tre pyetje themelore: Për kë? Çfarë? dhe Sa?

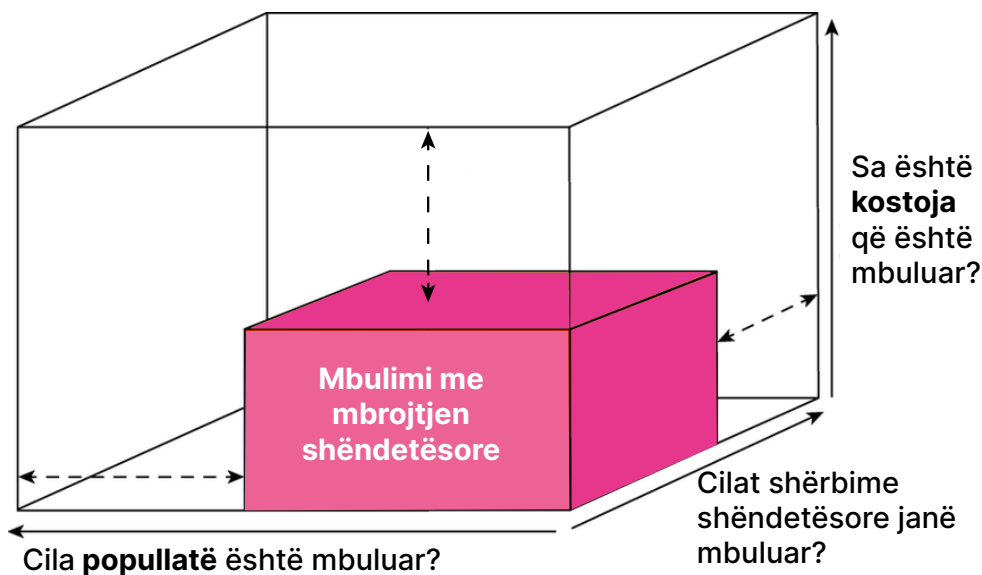


Foto 1: Tre dimensionet në përpjekjet për sigurimin e mbulimit shëndetësor universal

Këto parime të mbulimit të shërbimeve shëndetësore dhe pjesës së kostos së tyre janë të ngjashme në të gjitha vendet evropiane. Megjithatë, në varësi të fuqisë

- ndarja për shëndetin
- efikasiteti i sistemeve shëndetësore
- pjesëmarrja e shtetit në mbulimin e shpenzimeve për mbrojtje shëndetësore.

Në vendin tonë sigurimi i detyrueshëm shëndetësor është gur themeli i ofrimit të mbrojtjes shëndetësore universal. Megjithatë, ka segmente të mbrojtjes shëndetësore që për arsye të ndryshme nuk mbulohen nga sigurimet shëndetësore, por për shkak të rëndësisë së tyre për shëndetin publik, janë krijuar programe shtesë qeveritare, me të cilat banorët përfitojnë të drejta shtesë për mbrojtjen shëndetësore (programi i imunizimit, për sëmundje të rralla, për parandalimin e HIV-it , për varësitë, programe depistimi, për përjashtim nga participimi, etj.). Këto programe zbatohen përmes Ministrisë së Shëndetësisë.

Duke siguruar shkallën më të lartë të mundshme të barazisë gjinore dhe përfshirjes sociale (BGJPS) në sigurimin shëndetësor, ndërmerren hapat e nevojshëm për respektimin e parimeve të mbulimit shëndetësor universal. Në këtë kontekst, ky dokument do të trajtojë dobësitë dhe mangësitë, duke i paraqitur ato në tre dimensionet e renditura: **Për kë? Çfarë? dhe Sa?**

Dobësitë e evidentuara të sigurimit shëndetësor lidhur me BGJPS

Për kë? – Cila popullatë është mbuluar, dhe cila është lënë jashtë?

Ligji ofron bazën që të gjithë qytetarët në vendin tonë të përfshihen në sigurimin shëndetësor. Ligji është gjithëpërfshirës dhe pothuajse asnjë person nuk lihet jashtë kur bëhet fjalë për të drejtën për të marrë sigurimin bazë shëndetësor. Personat e siguruar janë personat e punësuar, personat e papunë, pensionistët, fermerët individualë, zyrtarët fetarë, personat nën mbrojtje sociale, punëtorët jashtë vendit, të huajt që punojnë ose studiojnë në Maqedoni, të burgosurit, luftëtarët etj.

Megjithatë, fitimi i mbulimit të sigurimit shëndetësor nuk do të thotë akses në shërbimet shëndetësore. Pas rregullimit të bazës së sigurimit shëndetësor (regjistrimi me aplikacionin ZO-1 në Fond), kushti bazë është që kontributi i sigurimit shëndetësor të paguhet nga tatimpaguesi në Fond. Personat përgjegjës për pagesën e kontributit për personat e punësuar janë punëdhënësit, për të papunët Ministria e Shëndetësisë ose vetë i siguruari, për personat nën mbrojtje sociale Ministria e Politikës Sociale, Demografisë dhe Rinisë etj.



Gjithashtu, është e rëndësishme të theksohet se në vendin tonë, siguri shëndetësor është mbi bazë familjare, që do të thotë se çdo person që është mbajtës i sigurimit shëndetësor ka të drejtë të mbulojë me të njëjtin kontribut anëtarët e familjes së tij – bashkëshortin dhe fëmijët e lindur brenda ose jashtë martese, fëmijët e birësuar dhe fëmijët e përkujdesur. Fëmijët e të siguarit, kanë siguri shëndetësor deri në moshën 18 vjeç, ose deri në 26 vjeç nëse studiojnë.

Një nga treguesit e gjithëpërfshirjes së sigurimeve tona shëndetësore është numri i personave të siguar. Gjegjesisht, sipas të dhënave më të fundit që disponon Enti Shtetëror i Statistikave (ESHS), llogaritja e fundit e popullsisë (më 31 dhjetor 2022) dhe sipas regjistrimit të fundit të popullsisë të vitit 2021, në Republikën e Maqedonisë së Veriut ka 1.829.954 banorë. Në dhjetor 2022, në Fond janë regjistruar 1,854,400 persona të siguar, që është më shumë se numri i parashikuar i banorëve në vend.

1.828.954

Banorë nga regjistrimi i popullsisë - 2021

1.854.400

Persona të siguar në Fond, dhjetor 2022

Por, a është vërtetë se “askush” nuk është “lënë jashtë”?

Si çdo sistem, sistemi ynë i sigurimeve shëndetësore ka rreziqet e veta, edhe kur shikojmë hapat e parë të nevojshëm për aksesin në mbrojtjen shëndetësore, pra regjistrimin për sigurimin shëndetësor dhe pagesën e tarifës. Më poshtë janë rastet që janë identifikuar si mundësi për përmirësim në këtë segment.

A kanë të gjithë të miturit akses të barabartë në shërbimet shëndetësore?

Ligji nuk ofron mundësinë që një i mitur të jetë mbajtës i pavarur i sigurimit shëndetësor, gjë që rezulton në dobësitë e mëposhtme:

1. E drejta e të miturve të siguruar nëpërmjet prindit, gjegjësisht kujdestarit, për të shfrytëzuar mbrojtjen shëndetësore varet nga fakti nëse kontributi i sigurimit shëndetësor është paguar për mbajtësin e sigurimit (prindin).
2. Me këtë dispozitë, Ligji vendos një grup të caktuar të të miturve në pozitë të pabarabartë, me atë që të njëjtit nuk mund të shfrytëzojnë mbrojtjen shëndetësore nëse nuk ka kontribut të paguar për prindin si i siguruar. Duhet theksuar se kontributet për sigurimin shëndetësor për anëtarët e familjes nuk paguhen shtesë.
3. Fëmijët pa prindër, të cilët vendosen në kujdestari menjëherë pas lindjes së tyre, regjistrohen në sistemin e Fondit si persona të siguruar të pavarur, pavarësisht se një dispozitë e tillë në ligj nuk ekziston.



Ndryshimet e propozuara:

Për të kapërcyer këtë diskriminim në drejtim të ushtrimit të së drejtës për mbrojtjen shëndetësore për të gjithë fëmijët e mitur dhe duke patur parasysh se nuk ka implikime financiare, propozojmë të shtohet një bazë e re siguri në nenin 5 të ligjit që përcakton bazat e sigurimit: “Fëmijët deri në moshën 18 vjeç, nëse nuk janë të siguruar mbi ndonjë bazë tjetër”.

Me futjen e bazës së re të sigurimit, fëmijët e mitur do të mund të sigurohen sërish si anëtarë të familjes, por në kushtet kur ka pengesë për të ushtruar të drejtën e sigurimit shëndetësor, ata do të mund të sigurohen sipas kësaj baze të re. Është një lloj kujdesi shtesë për të rinjtë që dërgon një mesazh të qartë se sa të rëndësishëm janë të rinjtë në vend për ne. Gjithashtu theksojmë se një zgjidhje e tillë ligjore tashmë funksionon në Serbi.¹

¹ Neni 16, paragrafi 1, pika 1 e Ligjit për sigurimin shëndetësor të Republikës së Serbisë parashikon se “Personi i cili nuk i plotëson kushtet për të siguruar sigurim shëndetësor mbi asnjërën nga bazat e parapara me ligj, e as të jetë i siguruar si anëtar i familjes, mund të sigurohet në mënyrë të pavarur, si vijon: - fëmijët me mbushjen e moshës 18 vjeç, nxënësit dhe studentët deri në përfundimit e shkollimit të rregullt, e më së voni deri në moshën 26 vjeçare.”

Me çfarë pengesash përballen grupet e cënueshme të qytetarëve që e kanë humbur punën?

Personat regjistrohen për sigurim të detyrueshëm shëndetësor si mbajtës të njëjës prej bazave në pajtim me nenin 5 të Ligjit për sigurim shëndetësor. Nga ana tjetër, Ligji për kontributet e sigurimeve të detyrueshme sociale, në nenin 10, rregullon detyrimet për pagesën e kontributit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor për të gjitha bazat e sigurimit shëndetësor.

Fondi është institucioni kompetent për zbatimin dhe përcaktimin e statusit të personit të siguruar të një personi të papunë, i cili nuk ka bazë tjetër për sigurim, në përputhje me nenin 5, paragrafi 1, pika 15 të Ligjit për sigurim shëndetësor dhe nenin 10-a të Ligjit për kontributet e sigurimit të detyrueshëm social, për të cilat përdor të dhënat nga Drejtoria e të Ardhurave Publike.

Fondi përcakton statusin e personit të siguruar për kategorinë e sipërpërmendur të personave me vendim sipas detyrës zyrtare, në bazë të kërkesës së paraqitur nga personi dhe të dhënave të marra nga Drejtoria e të Ardhurave Publike.



Sipas paragrafit 1 të nenit 10-a të Ligjit për kontributet e sigurimit të detyrueshëm social, qytetari ushtron të drejtat e sigurimit shëndetësor **nëse në vitin kalendarik paraprak ka pasur të ardhura që nuk e kalojnë shumën neto vjetore të pagës minimale për vitin paraprak** në përputhje me ligjin. Paragrafi 2 i këtij neni rregullon se qytetari mund të ushtrojë të drejtat e tij të sigurimit shëndetësor edhe nëse **në vitin e kaluar kalendarik ka pasur të ardhura më të mëdha se shuma vjetore neto e pagës minimale për vitin paraardhës**, por jo më e madhe se shuma vjetore e bazës minimale për llogaritjen dhe pagesën e kontributeve, **vetëm në rast se në dy muajt e mëparshëm të ardhurat e fituara janë më pak se shuma e pagës minimale për vitin paraprak** në pajtim me ligjin.

Çdo vit, në përputhje me dispozitat e Ligjit për kontributet e sigurimit sociale të detyrueshëm, në fillim të muajit shkurt shpallen kufijtë e rinj për të ardhurat e realizuara për vitin e kaluar në nivel familjar, sipas të cilave individët regjistrohen për sigurim shëndetësor. Nga këtu ekzistojnë dy grupe:

- personat me të ardhura më të ulëta për të cilët kontributi paguhet nga Ministria e Shëndetësisë
- personat me të ardhura më të larta që paguajnë kontributin për veten e tyre.

Për vitin 2024, për personat të cilët të ardhurat neto familjare në vitin 2023 ishin më të ulëta se 242.100,00 denarë, kontributet për sigurim shëndetësor paguheshin nga Ministria e Shëndetësisë. Ministria paguan edhe për ata që të ardhurat familjare kanë qenë ndërmjet këtij niveli dhe 345.564,00, por nëse në dy muajt paraprak kanë pasur të ardhura familjare jo më shumë se 40.350,00 denarë. Të gjithë të tjerët e paguajnë vetë kontributin dhe në vitin 2024 ai ka qenë 1.852,00 denarë në bazë mujore.²

Sipas përcaktimeve të mësipërme ligjore, në grupin e “personave me të ardhura më të ulëta” duhet të përfshihen edhe personat që kanë mbetur të papunë gjatë vitit dhe në dy muajt e fundit kanë realizuar të ardhura më të ulëta se paga minimale e një viti më parë. Megjithatë, kjo dispozitë nuk zbatohet.

² Преземено од веб-страницата на Фондот: <<https://fzo.org.mk/proekt-za-nevraboteni-lica>>

Për të pasur një pasqyrë më të qartë, veçojmë shembullin ku në një rast të tillë, me rastin e përcaktimit të statusit të të sigurvearit të një personi që ka humbur vendin e punës, nuk do të merren parasysh të ardhurat e tij nga viti i kaluar kur ka marrë pagë, nëse ai paraqet dëshmi nga DAP se në dy muajt e mëparshëm ka realizuar të ardhura që janë më pak se shuma e pagës minimale për vitin paraprak. Më pas kontributi i sigurimit shëndetësor për personin paguhet nga shteti, gjegjësisht Ministria e Shëndetësisë. Problemi lind kur ky person nuk mund të dëshmojë nga DAP të ardhurat e dy muajve të fundit dhe në këtë mënyrë nuk mund të ushtrojë të drejtën e dhënë ligjërisht për të paguar kontributin nga shteti.



Në një rast të tillë, Fondi mund të marrë parasysh vetëm të ardhurat e vitit paraprak të përpunuara nga institucioni kompetent dhe të debitojë për pagesën e kontributeve të sigurimit shëndetësor.

Duke marrë parasysh dispozitat ligjore në fuqi, theksojmë se të ardhurat nga viti i kaluar nuk japin të dhëna të vërteta për gjendjen aktuale financiare të të sigurvearit dhe familjes së tij. Gjithashtu, një person që ka humbur vendin e punës gjatë vitit nuk ka mundësi të paraqesë pranë institucioneve vërtetimin se në dy muajt e mëparshëm ka pasur të ardhura më të ulëta se paga minimale për vitin e kaluar.

Pamja reale e gjendjes financiare të personit mund të merret vetëm nëse Fondi, sipas detyrës zyrtare, kontrollon të ardhurat e DAP për dy muajt e fundit para paraqitjes së aplikimit për sigurim shëndetësor vullnetar, për të gjithë personat që dëshirojnë të kenë akses në sigurimin shëndetësor vullnetar.



Ndryshimet e propozuara:

Për të siguruar një përcaktim të drejtë të bazës së sigurimit për personat që kanë humbur vendin e punës, është e nevojshme që Ministri i Shëndetësisë të inicojë ndryshime në nenin 10-a të Ligjit për kontributet e sigurimit social të detyrueshëm, të cilat do t'u mundësojnë të gjithë personave, gjatë përcaktimit të bazës së sigurimit, të kontrollojnë në kohë reale ndërmjet institucioneve vetëm të ardhurat për dy muajt e fundit (ose nga viti parapak) para nisjes së sigurimit, në vend të hyrave nga viti i kaluar.



Neni 9 i Ligjit për sigurim shëndetësor dhe Rregullorja për përmbajtjen dhe mënyrën e ushtrimit të të drejtave dhe obligimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor rregullojnë të drejtat e personave të siguruar shëndetësor. Megjithatë, janë identifikuar dobësi dhe qasja e padrejtë në të drejta. Më poshtë janë disa nga **barrierat për qasje të disa nga të drejtat për sigurim shëndetësor**.

Pse disa gra shtatzëna përjashtohen nga e drejta për pushim (të plotë) të lehonisë?

E drejta e kompensimit të pagës gjatë pengesës së përkohshme për punë është një nga të drejtat sipas sigurimit të detyrueshëm shëndetësor të përcaktuar me Ligjin për sigurim shëndetësor (nenet 13 deri në 23). Kompensimi i pagës paguhet nëse i siguruari është i punësuar, por i pengohet të shkojë në punë për shkak të sëmundjes, lëndimit ose shtatzënisë, lindjes dhe lehonisë. Kusht për fitimin e kësaj të drejte është që i siguruari të ketë qenë i punësuar të paktën 6 muaj para lindjes, kontributi i sigurimit shëndetësor të jetë paguar rregullisht dhe nga gjinekologu i përzgjedhur të ketë bërë vlerësimin e paaftësisë së përkohshme për punë.



Punëtorja gjatë shtatzënisë, lindjes dhe mëmësisë ka të drejtë për:

9

muaj pushim të paguar pa ndërprerje

12

muaj nëse lind më shumë fëmijë penjëherë

Kompensimi paguhet për periudhën kohore të përcaktuar me rregulloret në fushën e marrëdhënieve të punës. Gjegjësisht, punëtorja gjatë shtatzënisë, lindjes dhe mëmësisë ka të drejtën e pushimit të paguar nga puna për një periudhë prej nëntë muajsh vazhdimisht, ose 12 muaj nëse lind disa fëmijë njëherësh (binjakë, trenjakë dhe më shumë). Mjetet për realizimin e të drejtës sigurohen nga Buxheti i Republikës së Maqedonisë së Veriut përmes organit kompetent.

Megjithatë, me ndryshimet në dispozitën 170, paragrafi 2 i Ligjit për marrëdhënie pune, të prezantuar në vitin 2015, është bërë e mundur të sigurohet barazia për punëtorët femra për sa i përket të drejtës për kompensim pagash gjatë shtatzënisë, lindjes dhe mëmësisë. Për më tepër, nuk ka të bëjë vetëm me pushimin e tyre nga puna, por edhe për të qenë të sigurt financiarisht gjatë një periudhe të jetës kur nëna dhe fëmija janë më të cenueshëm. Në raste të tilla, momenti i fillimit të pushimit të shtatzënisë është i rëndësishëm, si parakusht për ushtrimin e së drejtës. Punëtori me kontratë pune me afat të caktuar, pavarësisht ndërprerjes së marrëdhënies së punës, është i barabartë në shfrytëzimin e kompensimit ndaj një punëtori me kontratë të përhershme pune.

neni 170 (paragrafi 2) i Ligjit për marrëdhënie pune

“PUNËTORJA QË SHFRYTËZON PUSHIM PËR SHKAK TË SHTATZËNISË, LINDJES DHE MËMËSISË, MUNGESË PËR KUJDESHIN DHE MBROJTJEN E FËMIJËS, KA TË DREJTË PËR KOMPENSIM TË RROGËS NË PAJTIM ME KËTË OSE LIGJE TJERA DHE MARRËVESHJES KOLEKTIVE. PUNËTORI TË CILIT I ËSHTË NDERPRERË KONTRATA PËR PUNËSIM NË KOGË TË AKTUAR PËR SHKAK TË SKADIMIT TË KONTRATËS DHE SHFRYTËZON KOMPENSIM PËR RROGËN GJATË PUSHIMIT TË SHTATZËNISË, LEHONISË DHE MËMËSISË, VAZHDON TA SHFRYTËZOJË TË DREJTËN DERI NË PËRFUNDIMIN E PUSHIMIT MBI KURRIZIN E ORGANIT KOMPETENT PËR ZBATIMIN E SIGURIMIT TË DETYRUESHËM SHËNDETËSOR”.

Ndryshe nga qëllimi për të cilin është vendosur, masa shkakton pabarazi sepse në praktikë këtë të drejtë mund ta ushtrojnë vetëm punëtorët e regjistruar me kontratë me afat të caktuar dhe jo punëtorët e regjistruar me kontratë të pacaktuar, të cilëve marrëdhënia e punës ka përfunduar gjatë kohëzgjatjes së pushimit të lehonisë për çfarëdo arsye (falimentim, likuidim, largim nga puna, etj.).

Problem tjetër është se e drejta e dhënë në Ligjin për marrëdhënie pune për punëtorët të cilët janë të regjistruar për orar të caktuar të punës nuk rregullohet në të njëjtën kohë me Ligjin për sigurim shëndetësor, duke pasur parasysh se për zbatimin e kësaj dispozite janë organet kompetente për zbatimin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor. Ky boshllëk ligjor në Ligjin për sigurim shëndetësor krijon mundësinë për interpretime të ndryshme se për cilët persona të siguruar vlen kjo e drejtë.



Ndryshimet e propozuara:

Për të tejkaluar këtë diskriminim, ne propozojmë ndryshimin e nenit 170, paragrafi 2, i cili do t'u japë të drejtën për të vazhduar pagesën e kompensimit në mënyrë të barabartë për të gjithë punëtorët, të cilëve marrëdhënia e punës përfundon për çfarëdo arsye gjatë periudhës së pushimit të lehonisë, pavarësisht nga mënyra në të cilën ata janë të punësuar (për një periudhë të caktuar ose të pacaktuar). Derisa të bëhen ndryshime në nenin 170, paragrafi 2 i Ligjit për sigurim shëndetësor, është e nevojshme të shtohet një paragraf i ri në nenin 52-a të ligjit si përjashtim që pagesa e kompensimit të pagës për shkak të shtatzënisë, lindjes dhe lehonisë të vazhdojë edhe pas përfundimit të marrëdhënies së punës të të siguruarit për një afat të caktuar.

Një kategori tjetër që duhet të mbulohet janë fermeret individuale, të cilat për shkak të statusit specifik të punës nuk mbulohen si persona të siguruar që ushtrojnë të drejtën e kompensimit për lindjen dhe lehoninë. Prandaj, është e nevojshme të njihet një e drejtë e veçantë për kompensimin e lehonisë në Ligjin për sigurim shëndetësor për fermeret individuale.

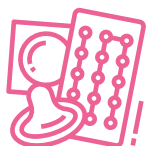
Rekomandohet që e drejta e fermerëve individual të emërtohet ndryshe, me një nen të veçantë në Ligjin për sigurim shëndetësor, në mënyrë që të mos ketë vërejtje të panevojshme se nuk është e drejtë që rrjedh nga marrëdhënia e punës. Gjithashtu është e nevojshme të shtohet një nen i veçantë që do të përcaktojë se fermeret individuale do të kenë të drejtën e kompensimit për shkak të shtatzënisë, lindjes dhe lehonisë. Ky nen do të përcaktojë të drejtën, do të përcaktojë kohëzgjatjen e saj dhe do të saktësojë se fondet do të sigurohen nga buxheti i shtetit. Për më tepër, është e rëndësishme të shtohet një nen i veçantë (pas nenit 14) që do të përcaktojë masën e kompensimit në përqindje të pagës mesatare ose, si alternativë, si pagë minimale të përcaktuar me ligj. Ky nen duhet të rregullojë edhe mënyrën e pagesës.³

³ Më shumë rreth propozimeve për zgjidhjen e problemit të mosdhënies së pushimit me pagesë për shkak të shtatzënisë dhe lehonisë për fermeret individuale mund të lexoni në linkun e mëposhtëm: <https://mzd.mk/wp-content/uploads/2023/10/Mreza-zazashtita.pdf>

Me cilat shërbime të shëndetit riprodhues duhet të zgjerohet pakoja?

Neni 10 i ligjit liston 21 grupe shërbimesh shëndetësore që nuk mbulohen nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor, duke përfshirë: *barnat që nuk janë në listën e barnave (kjo përfshin edhe kontracepsionin oral, pasi aktualisht asnjë produkt farmaceutik nga ky grup nuk është në listë), *ndërprerja e shtatzënisë, nëse nuk tregohet në mënyrë medicinale, *inseminimi artificial pas tentativës së tretë të inseminimit.

Për të kapërcyer vështirësitë me të cilat përballen personat e siguruar, veçanërisht grupet e rrezikuara sociale të qytetarëve, në ushtrimin e të drejtave të shëndetit riprodhues, të shkaktuara nga këto kufizime, propozojmë zgjerimin e pakos së shërbimeve, si më poshtë:



1. Sigurimi i mjeteve kontraceptive:

Shërbimet shëndetësore për shëndetin seksual dhe riprodhues janë brenda fushës së përcaktuar të mbrojtjes shëndetësore parësore. Rregullorja për përmbajtjen dhe mënyrën e ushtrimit të të drejtave dhe detyrimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në shërbimet shëndetësore bazë të ofruara nga mjeku i përzgjedhur, të cilat ai është i detyruar t'i ofrojë personit të siguruar, ndër të tjera, përfshin masa parandaluese për "mbrojtjen e gruas në lidhje me shtatzëninë, lindjen, lehoninë dhe kontracepsionin" (neni 28). Për më tepër, rregullorja nuk kufizon që këto shërbime të ofrohen vetëm nga mjekë të përzgjedhur në fushën e gjinekologjisë.

Në vendin tonë asnjë mjet kontraktiv modern nuk është në listën pozitive dhe për rrjedhojë nuk është barrë për burimet e Fondit. Gratë të cilave u mungojnë burimet financiare dhe duhet të mbulojnë kostot e kontracepsionit me fondet e tyre në mënyrë që të mund të planifikojnë në mënyrë adekuate familjen dhe amësinë e tyre janë në një pozitë veçanërisht të palakmueshme.



Ndryshimet e propozuara:

Disa metoda moderne të kontracepsionit duhet të mbulohen nga sigurimi shëndetësor për grupe të caktuara të synuara në nivelin e mbrojtjes shëndetësore parësore. Kjo do të mundësojë realizimin real dhe të plotë të të drejtës së grave për mbrojtje në lidhje me kontracepsionin nëpërmjet mjekëve të familjes. Nëse bëhet fjalë për kontraktivë që kanë një komponent hormonal, duhet të përfshihen në Listën pozitive të barnave dhe nëse bëhet fjalë për metoda të tjera, duhet të merret parasysh mundësia e përfshirjes së tyre në Listën e ndihmesave ortopedisë dhe të tjera.



2. Ndërprerja e shtatzënisë së padëshiruar:

Sipas Ligjit për sigurim shëndetësor, shërbimi shëndetësor i ndërprerjes së shtatzënisë së padëshiruar nuk mbulohet nga fondet e Fondit, përveç rasteve kur tregohet në mënyrë medicinale.

Grupet e cenueshme të grave nuk kanë mundësi të ndërpresin shtatzënitë e padëshiruara dhe shpesh detyrohen ta mbajnë fëmijën në familje të mëdha (ose familje me një prind) pa kushte adekuate për kujdes dhe zhvillim. Nisur nga kjo, është shumë e rëndësishme që Fondi të mbulojë kostot e ndërprerjes së shtatzënieve të padëshiruara për këto persona të siguruar.



Ndryshimet e propozuara:

Për t'i lënë hapësirë zgjedhjes së lirë dhe vendimmarrjes individuale lidhur me planifikimin familjar dhe amësinë për të gjithë, si për ata që duan të kenë pasardhës ashtu edhe për ata që nuk duan ose nuk mund ta përballojnë atë në një periudhë të caktuar të jetës, ne ofrojmë dy sugjerime për ndryshimet në ligj, përkatësisht:

- Fshirja e pikës 9 të nenit 10 – “Ndërprerja e shtatzënisë, nëse nuk tregohet mjekësisht). Kështu ky shërbim shëndetësor përfshihet në pakon bazë të shërbimeve për të gjithë personat e siguruar, ose
- Ndryshimi dhe plotësimi i pikës 9 të nenit 10 – “Ndërprerja e shtatzënisë, nëse nuk tregohet mjekësisht, me përjashtim të grupeve të cenueshme në përputhje me rregulloret e mbrojtjes sociale”.



3. Kujdesi riprodhues dhe mbështetja për fekondimin e asistuar bio-mjekësor (“in-vitro”):

Në kuadër të sigurimit shëndetësor, në përputhje me dispozitat e Ligjit, përfshihen edhe shërbimet e asistencës riprodhuese, deri në tentativën e tretë të fekondimit të pasuksesshëm.

Duke marrë parasysh se sa para i nevojiten një familjeje të re për të kryer këto procedura afatgjata dhe të pasigurta, të cilat mund të jenë të pasuksesshme në tre përpjekjet në kurriz të Fondit, kjo do të thotë se të gjitha përpjekjet e mëtejshme do të duhet të paguhen me fondet e tyre. Prandaj, në debatin publik të mbajtur në Kuvendin e Republikës së Maqedonisë më 31 maj 2022 me temën “Drejt ndryshimeve në rregulloret ligjore për mbështetje më të madhe për pacientët me infertilitet”, organizuar nga Shoqata për Riprodhimin Njerëzor dhe Fekondimin e Asistuar Bio-mjekësor, theksi kryesor u vu në rritjen e numrit të procedurave të miratuara për fekondim “in-vitro” në gjithsej gjashtë, pavarësisht nëse bëhet fjalë për fëmijën e parë, të dytë, të tretë apo të katërt.



Ndryshimet e propozuara:

Për të ofruar më shumë mundësi për çiftet që përballen me infertilitet dhe kërkojnë ndihmë për të krijuar familje, është e nevojshme të rritet numri i procedurave “in-vitro” të financuara nga Fondi duke ndryshuar **pikën 10-a të nenit 10** si më poshtë:

10-a) fekondimi artificial pas tentativës së gjashtë të pasuksesshme të fekondimit, pavarësisht nëse bëhet fjalë për fëmijën e parë, të dytë, të tretë apo të katërt.

Në vendet e rajonit (Serbi dhe Kroaci), kjo e drejtë jepet shumë më gjerë se sa rregulloret aktualisht të zbatueshme në RMV.⁴

Sa? – A varfëron kostoja disa të siguruar?

Të dhënat nga llogaritë kombëtare shëndetësore tregojnë se sistemi shëndetësor mbështetet në një masë të konsiderueshme në pagesat private. Në vitin 2018, pesha e pagesave private në shpenzimet aktuale të mbrojtjes shëndetësore ishte **42%**, shumë mbi **mesataren e BE-së prej 22%**. Pagesat private për mbrojtjen shëndetësore në Maqedoni kryesisht bëhen për **barnat që shpërndahen në barnatore**, pasuar nga trajtimi ambulator. Nëse në vitin 2006 barnat përbënin 67% të të gjitha pagesave private të bëra nga familjet për mbrojtjen shëndetësore, kjo përqindje është rritur **në 80% në vitin 2018**.



42%



22%

mesatarja në BE

Pjesëmarrja e pagesave private në shpenzimet aktuale për mbrojtje shëndetësore



Sipas Ligjit, Fondi mbulon shpenzimet që institucionet shëndetësore bëjnë për shërbimet shëndetësore sipas çmimeve të përcaktuara më parë (referencë). Gjithashtu parashikohet që të siguarit të kontribuojnë me mjetet e tyre deri në 20% të kostos së shërbimeve shëndetësore dhe deri në 50% të kostos së ndihmës ortopedike dhe të tjera. Me miratimin e Ligjit në vitin 2000, kjo dispozitë ishte një masë sociale mbrojtëse, qëllimi i së cilës ishte kufizimi i barrës financiare të qytetarëve për mbrojtjen shëndetësore, të paktën në pjesën e shërbimeve të mbuluara nga pakoja, deri në 20%. Ky nivel korrespondon me mesataren e pagesave private të qytetarëve në BE. Por 18 vjet më vonë, pagesat private në vend janë dyfishuar nga ky nivel, i cili u përcaktua si i pranueshëm dhe sipas analizave të OBSH-së, shtytësi më i madh i kësaj është kostoja e barnave që shpërndahen në farmaci. Siç thekson OBSH, arsyet për këtë janë komplekse, por një prej tyre është politika e përjashtimit nga participimi.

⁴ Serbi – me nenin 5 të Rregullores për përmbajtjen dhe shtrirjen e të drejtave të mbrojtjes shëndetësore dhe sigurimit të detyrueshëm shëndetësor dhe participimit rregullon që mjetet e Fondit mbulojnë shpenzimet e mëposhtme: - për fëmijën e parë për një numër të pakufizuar përpjekjesh dhe një numër të pakufizuar krio-embrio transferimesh deri në moshën 45 vjeç për gruan: - për fëmijën e dytë për dy tentativa deri në moshën tre vjeç; - tre procedura stimuluese dhe tre krio-embrio transferime me spermë të dhuruar tek gratë që nuk kanë fëmijë dhe partner. Kroacia – me nenin 10, paragrafi 5 i Ligjit për fekondimin e asistuar biomjekësor përcakton se trajtimi i infertilitetit me një procedurë fekondimi të asistuar mjekësor në kurriz të Institutit Kroat të Sigurimit Shëndetësor të personit të siguruar përfshin: - katër përpjekje për inseminim intrauterin (IUI), - gjashtë tentativa për inseminim jashtë trupor (IVF), me dy tentativa të detyrueshme për ciklin e natyrshëm.

A duhet të përjashtohen nga participimi disa grupe të caktuara të BGJPS-t?

Neni 34 i ligjit, si dhe programe të caktuara të qeverisë, parashikojnë përjashtime nga participimi të personave të siguruar, si masë mbrojtëse për personat në rrezik shëndetësor dhe socio-ekonomik (raste sëmundjeje ose gjendjeje, të ardhura të ulëta, moshë, etj.). Megjithatë, për barnat me recetë që mbulohen nga Fondi, ky përjashtim është vetëm për personat me nevoja të veçanta dhe personat me organe të transplantuara (por vetëm për dy barna).

Ndryshe nga barnat me recetë, kur bëhet fjalë për shërbimet shëndetësore, grupi i synuar i përfituesve dhe sfera e sëmundjeve që përjashtohen nga pagesa e participimit është shumë më e madhe (gratë shtatzëna, të porsalindur, persona me kancer, HIV, tuberkuloz, fruth, hepatit dhe sëmundje të tjera infektive, sëmundje progresive, nervore dhe muskulare, paraliza cerebrale, fibroza cistike, epilepsia, dhe sëmundje të tjera, pastaj personat me të ardhura më të ulëta familjare, persona që kanë tejkaluar një nivel të caktuar pagese vjetore, dhurues gjaku, përfitues të asistencës minimale të garantuar, d.m.th. persona të paafte për punë dhe përfitues të kujdesit jofamiljar, etj.).



Ndryshimet e propozuara:

Të zbatohen ndryshimet në ligj me qëllim të zgjerimit të fushës së përjashtimit nga participimi për barnat me recetë.

Botimi:

HERA – Asociacioni për Edukim Shëndetësor dhe Hulumtim

Redaktor:

Elizabeta Bozinoska, Gordana Stefkovska Veljanovska

Titulli i origjinalit:

Препораки за вклучување на родовата еднаквост и социјалната инклузија (РЕСИ) во Законот за здравствено осигурување Документ за јавни политики

Lekturimi:

Violeta Tancheva Zlateva

Dizajni:

Teano Kardula

Përkthimi nga gjuha maqedonase:

Gramoz Shabani

Vendi dhe viti i botimit:

Shkup, 2025

HERA – Asociacioni për edukim shëndetësor dhe hulumtim

www.hera.org.mk

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

305-055.1/.2:364.32(094.5)(497.7)

316.4.063.3:364.32(094.5)(497.7)

REKOMANDIME për integrimin e barazisë gjinore dhe përfshirjes sociale (BGJPS) në Ligjin për sigurim shëndetësor [Електронски извор] : dokument për politikë publike / [redaktor Elizabeta Bozinoska, Gordana Stefkovska Veljanovska ; përkthimi nga gjuha maqedonase Gramoz Shabani]. - Shkup : HERA – Asociacioni për edukim shëndetësor dhe hulumtim, 2025

Начин на пристапување

(URL): https://hera.org.mk/wp-content/uploads/2025/06/policy-brief_zakon-za-zdravstveno-osiguruvanje_alb.pdf.

- Превод на делото: Препораки за вклучување на родовата еднаквост и социјалната инклузија (РЕСИ) во Законот за здравствено осигурување : документ за јавни политики. - Текст во ПДФ формат, содржи 15 стр. - Наслов преземен од екранот. - Опис на изворот на ден 25.08.2025. - Фусноти кон текстот. - Публикацијата е во рамки на проектот: "Together for gender equality: Building support for gender-inclusive policies"

ISBN 978-608-4859-92-5

а) Родова еднаквост -- Вклучување -- Закон за здравствено осигурување -- Македонија б) Социјална инклузија -- Вклучување -- Закон за здравствено осигурување -- Македонија

COBISS.MK-ID 66741509



Ky produkt është përgatitur në kuadër të programit "Së bashku për barazi gjinore: Ndërtimi i mbështetjes për politikat gjithëpërfshirëse gjinore" i financuar nga Qeveria e Mbretërisë së Bashkuar me mbështetjen e Ambasadës Britanike Shkup. Përmbajtja e këtij publikimi nuk pasqyron domosdoshmërisht qëndrimin ose mendimet e Qeveria e Mbretërisë së Bashkuar.