

Reasons to Stay

Fuqizimi i shërbimit shëndetësor nëpërmjet fuqizimit të mjekëve të rinj në Shqipëri

Arsye për të qëndruar: Fuqizimi i shërbimit shëndetësor nëpërmjet fuqizimit të mjekëve të rinj në Shqipëri

Tiranë, 2024

Arsye për të qëndruar: Fuqizimi i sistemit shëndetësor nëpërmjet fuqizimit të mjekëve të rinj në Shqipëri

Ky dokument u zhvillua si pjesë e projektit kërkimor "Reasons to Stay", të zbatuar në Tiranë në periudhën tetor 2023 – shkurt 2024, i cili synonte të identifikonte arsyet që i bëjnë mjekët e rinj të largohen dhe arsyet që do t'i shtynin të qëndronin në Shqipëri. Qëllimi i këtij publikimi është të përmbledhë dhe analizojë gjetjet e projektit në një këndvështrim të gjerë të politikave dhe vendimmarrjes për shëndetësinë. Synohet që ai të arrijë te një audiencë e gjerë institucionesh, politikëbërësish dhe organizatash të shoqërisë civile.

Autorët

Përgatiti dhe redaktoi materialin
Xheni Borakaj M.D.

Përpunimi dhe këshillimi akademik
Prof. Asoc. Ilir Alimehmeti

Arti grafik: Eleni Panxhi
Këshillimi ligjor: Dhimitër Zguro

Drejtues kërkimorë: Prof. Asoc. Ilir Alimehmeti | Xheni Borakaj M.D.
Koordinatorë projekti: Xheni Borakaj M.D.
Asistente projekti: Sabiana Seferi
Asistente kërkimore: Kristina Karriqi
Koordinatorë për fokus-grupet: Eni Librazhdi

ISBN 9789928363725
Shtypur në shtypshkronjën "West Print"



©Konrad-Adenauer-Stiftung, zyra për Shqipërinë
Tiranë, 2024
Të gjitha të drejtat të rezervuara.

Projekti "Reasons to Stay" dhe publikimi i këtij dokumenti mbështeten nga Fondacioni "Konrad Adenauer", zyra për Shqipërinë.
Të gjitha informacionet, mendimet dhe pikëpamjet e shtjelluara në këtë raport janë qëndrime të autorëve dhe nuk përfaqësojnë në asnjë rast ato të Fondacionit "Konrad Adenauer".

Përmbajtja

1. Përmbledhje ekzekutive	12
2. Hyrje	16
2.1 Konteksti	17
2.2 Qëllimet dhe objektivat	17
2.3 Pyetjet kërkimore	18
2.4 Audienca dhe ndryshimet e pritura	18
3. Metodologjia	20
3.1 Përshkrim i hapave të ndjekur	21
3.2 Sfida	22
3.3 Kufizime	23
4. Analizë e gjetjeve	24
4.1 Përshkrim i pjesëmarrësve në studim	25
4.1.1 Pyetësi online	25
4.1.2 Fokus-grupet dhe intervistat	26
4.2 Rezultatet e pyetësit	27
4.2.1 Studentët	27
4.2.2 Mjekët e diplomuar në vitin 2023	37
4.2.3 Mjekët e përgjithshëm të licensuar	43
4.2.4 Specializantët	50
4.2.5 Mjekët specialistë	58
4.2.6 Mjekët jashtë vendit	63
4.3 Vendimi për t'u larguar	66
4.4 Pagat	67
4.4.1 Pagat e mjekëve të rinj të intervistuar	67
4.4.2 Pagat e mjekëve në Europë, SHBA, Kanada	69
4.4.3 Paga e mjekëve në raport me pagën mesatare në botë	69
4.4.4 Paga e mjekëve në raport me pagën mesatare në Shqipëri	70
4.4.5 Sa mjekë specializantë paguhen?	71
4.4.6 Pagat e propozuara nga mjekët e pyetur	73
4.5 Kushtet e punës	73
4.5.1 Kushtet si mundësi për t'i shërbyer pacientit	74
4.5.2 Kushtet si lehtësi në vendin e punës	74

4.5.3 Siguria fizike në punë	74
4.6 Siguria në ushtrimin e profesionit	75
4.6.1 Neglizhenca mjekësore	76
4.6.2 Gabimi mjekësor	76
4.6.3 Gabimi mjekësor dhe vlerësimi i performancës	79
4.6.4 Protokollet mjekësore	79
4.6.5 Mjekët dhe media	81
4.7 Marrëdhënia e perceptuar me pacientin dhe siguria në vendin e punës	82
4.8 Mundësia për rritje profesionale	84
4.8.1 Infrastruktura mjekësore	84
4.8.2 Programet akademike dhe cilësia e udhëheqjes profesionale	85
4.8.3 Mjeku i përgjithshëm dhe rritja profesionale	86
4.8.4 Mundësia për t'u formuar jashtë vendit	87
4.8.5 Kapacitetet për të formuar mjekë specialistë	88
4.9 Burokracia	90
4.10 Karriera akademike	93
4.11 Politikat ekzistuese	94
4.11.1 Platforma "Mjekë për Shqipërinë"	94
4.11.2 Programi i bonusit	95
4.11.3 Kreditë e buta për administratën publike	96
4.11.4 Ligji për shërbimin spitalor dhe mjekët	97
4.12 Ligji për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë	97
4.12.1 Një vështrim i përgjithshëm mbi ligjin	97
4.12.2 Pasojat e menjëhershme të ligjit	104
4.13 Puna në zona rurale	105
4.13.1 Pse nuk duan mjekët të punojnë në zona rurale?	106
4.13.2 Rekrutimi dhe mbajtja e mjekëve në zonat rurale	107
4.13.3 Studentët e mjekësisë dhe mjekësia rurale	108
4.14 Korrupsioni në shërbimin shëndetësor	109
4.15 Pasiguria për të ardhmen	111
4.16 Mundësi për t'u rikthyer	112
4.17 Të dhëna të tjera	113
4.18 Takime konsultuese me institucionet kyçe	114
4.18.1 Takim me Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë	114
4.18.2 Takim me Prof. Mira Rakacolli, Zv/Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	115
5. Rekomandime	117
5.1 Të përgjithshme	118
5.2 Studentët	118
5.3 Specializantët	119

5.4 Mjekët e përgjithshëm dhe mjekët e familjes.....	120
5.5 Mjekët specialistë.....	120
6. Përfundim	121
<hr/>	
7. Shtojca	124
<hr/>	
7.1 Shtojca 1.....	125
7.2 Shtojca 2.....	127
7.3 Shtojca 3.....	128
8. Bibliografia	129
<hr/>	

Lista e shkurtimeve

ACER - Albanian Center for Economic Research
BE - Bashkimi Evropian
BiPAP/BPAP - Bilevel positive airway pressure (presion pozitiv me dy nivele në rrugët e frymëmarrjes)
CPAP - Continuous positive airway pressure (presion pozitiv i vazhduar në rrugët e frymëmarrjes)
CT - Computed Tomography (tomografi e kompjuterizuar)
FM - Fakulteti i Mjekësisë
GJK - Gjykata Kushtetuese
IAL - Institucion i Arsimit të Lartë
INSTAT - Instituti i Statistikave
KMB - Kontrolli Mjekësor Bazë
KPI - Kontrolli dhe parandalimi i infeksioneve
KSHP - Kujdesi Shëndetësor Parësor
MFE - Ministria e Financave dhe Ekonomisë
MSHMS - Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
NJEF - Njësi Ekonomike Familjare
NJVKSH - Njësi Vendore e Kujdesit Shëndetësor
NSAID - Shqip: AIJS, anti-inflamator josteroid
OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë
OECD - Organization for Economic Cooperation and Development (Organizata për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim)
OSBE - Organizata për Siguri dhe Bashkëpunim në Evropë
OSHKSH - Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor
PCR - Polymerase Chain Reaction (reaksioni zinxhir i polimerazës)
PET - Positron Emission Tomography (tomografi me emision të pozitronëve)
QSUT - Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza"
QSHA - Qendra e Shërbimeve Arsimore
SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (koronavirusi i sindromës akute të rëndë respiratore 2)
UMSH - Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë
UMT - Universiteti i Mjekësisë Tiranë
UNDP - United Nations Development Programme (Programi i Kombeve të Bashkuara për Zhvillim)
UniKZKM - Universiteti Katolik "Zoja e Këshillit të Mirë"

Lista e grafikëve

	Faq.
Grafiku 1: Shpërndarja e moshës së pjesëmarrësve	25
Grafiku 2: Gjinia e pjesëmarrësve	25
Grafiku 3: Universiteti i pjesëmarrësve	26
Grafiku 4: Statusi profesional i pjesëmarrësve	26
Grafiku 5: Viti i studimeve	27
Grafiku 6: Përgjigjet ndaj pyetjes "A planifikon të punësohesh në Shqipëri pas studimeve?" - Studentët	28
Grafiku 7: Arsyet kryesore për zgjedhjen mbi vendin e punësimit - Studentët	29
Grafiku 8: Përgjigjet ndaj pyetjes "A planifikon të specializohesh në Shqipëri?" - Studentët	30
Grafiku 9: Perceptimet mbi faktorët që shtyjnë në moszgjedhjen e një	30

specializimi në Shqipëri – Studentët	
Grafiku 10: Përgjigjet ndaj pyetjes “A planifikon të largohesh nga Shqipëria” – Studentët	31
Grafiku 11: Përgjigjet ndaj pyetjes “A ke nisur përpjekjet, procedurat për t’u larguar?” – Studentët	32
Grafiku 12: Perceptimet mbi arsyet kryesore për t’u larguar – Studentët	33
Grafiku 13: Ndikimet kryesore në formimin e opinionëve mbi motivet për t’u larguar – Studentët	34
Grafiku 14: Perceptimet mbi ndryshimet që do t’i shtynin ta rikonsideronin Shqipërinë – Studentët	35
Grafiku 15: Perceptimet e studentëve në lidhje me një detyrim kontraktual 2-vjeçar për të punuar në një zonë të largët ose rurale kundrejt pagës 200.000 lekë të rinj	36
Grafiku 16: Perceptimet e studentëve në lidhje me detyrimin kontraktual pas studimeve për të punuar në një zonë të urbanizuar kundrejt pagës 80.000 lekë të rinj	36
Grafiku 17: Përgjigjet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi punësimin në Shqipëri	37
Grafiku 18: Arsyet kryesore për zgjedhjen mbi vendin e punësimit – Mjekët e diplomuar në 2023	38
Grafiku 19: Përgjigjet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi specializimin në Shqipëri	38
Grafiku 20: Faktorët që shtojnë në moszgjedhjen e një specializimi në Shqipëri – Mjekët e diplomuar në 2023	38
Grafiku 21: Përgjigjet për pyetjen “A planifikon të largohesh nga Shqipëria” – Mjekët e diplomuar në 2023	39
Grafiku 22: Përgjigjet ndaj pyetjes “A ke nisur përpjekjet, procedurat për t’u larguar?” – Mjekët e diplomuar në 2023	39
Grafiku 23: Perceptimet mbi arsyet kryesore për t’u larguar – Mjekët e diplomuar në 2023	40
Grafiku 24: Ndikimet kryesore në formimin e opinionëve mbi motivet për t’u larguar – Mjekët e diplomuar në 2023	41
Grafiku 25: Perceptimet mbi ndryshimet që do t’i shtynin ta rikonsideronin Shqipërinë – Mjekët e diplomuar në 2023	41
Grafiku 26: Perceptimet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi një detyrim kontraktual 2-vjeçar për të punuar në një zonë të largët ose rurale kundrejt pagës 200.000 lekë të rinj	42
Grafiku 27: Perceptimet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi një program specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual pune në rikthim për 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj	42
Grafiku 28: Statusi i punësimit – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	43
Grafiku 29: Punësimi nëpërmjet platformës “Mjekë për Shqipërinë” – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	43
Grafiku 30: Punësimi në sistemin publik/privat – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	44
Grafiku 31: Të dhëna mbi vendin e punësimit – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	44
Grafiku 32: Koha gjatë së cilës kanë qenë të papunë pas licensimit – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	45
Grafiku 33: Koha gjatë së cilës kanë qenë të punësuar në Shqipëri – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	45
Grafiku 34: Përgjigjet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi specializimin në Shqipëri	45
Grafiku 35: Perceptimet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi	46

sistemin kuotë e lirë/kuotë e mbuluar të specializimit	
Grafiku 36: Arsyet e zgjedhjes së opsioneve “Aspak dakord” dhe “Pak dakord” në pyetjen e grafikut 35	46
Grafiku 37: Përgjigjet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar nën pyetjen “A planifikon të largohesh nga Shqipëria?”	47
Grafiku 38: Përgjigjet ndaj pyetjes “A ke nisur përpjekjet, procedurat për t’u larguar?” – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	47
Grafiku 39: Perceptimet mbi arsyet kryesore për t’u larguar – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	48
Grafiku 40: Perceptimet mbi ndryshimet që do t’i shtynin ta rikonsideronin Shqipërinë – Mjekët e përgjithshëm të licensuar	48
Grafiku 41: Perceptimet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar në lidhje me një detyrim kontraktual 2- vjeçar për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendbanimit kundrejt pagës 200.000 lekë të rinj	49
Grafiku 42: Perceptimet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi një program specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual pune në rikthim për 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj	50
Grafiku 43: Perceptimet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi një program specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual pune në rikthim për 5 vjet, me pagë 200.000 lekë të rinj	50
Grafiku 44: Viti i studimit të specializantëve	51
Grafiku 45: Lloji i kuotës së specializimit	51
Grafiku 46: Koha gjatë së cilës kanë qenë të punësuar në sistemin shëndetësor shqiptar – Specializantët	52
Grafiku 47: Koha gjatë së cilës kanë qenë të papunë pas licensimit në Shqipëri – Specializantët	52
Grafiku 48: Qëndrimet në lidhje me kontratat e specializimit – Specializantët	52
Grafiku 49: Arsyet e zgjedhjes së opsioneve “Aspak dakord” dhe “Pak dakord” në pyetjen e grafikut 48	53
Grafiku 50: Përgjigjet ndaj pyetjes “A planifikon të largohesh nga Shqipëria” – Specializantët	54
Grafiku 51: Përgjigjet ndaj pyetjes “A ke nisur përpjekjet, procedurat për t’u larguar?” – Specializantët	54
Grafiku 52: Përzgjedhja e pesë motiveve kryesore për t’u larguar nga Shqipëria – Specializantët	55
Grafiku 53: Përzgjedhja e katër ndryshimeve që do t’i bënin të rikonsideronin Shqipërinë – Specializantët	56
Grafiku 54: Perceptimet e specializantëve mbi një fellowship jashtë vendit me detyrim kontraktual pune në rikthim për 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj	57
Grafiku 55: Perceptimet e specializantëve mbi punën afatgjatë në zona të thella kundrejt pagës 300.000 lekë të rinj	58
Grafiku 56: Koha gjatë së cilës kanë qenë të punësuar në sistemin shëndetësor shqiptar – Mjekët specialistë	59
Grafiku 57: Koha që kanë qenë të papunë pas marrjes së licensës në Shqipëri – Mjekët specialistë	59
Grafiku 58: Përgjigjet ndaj pyetjes “A planifikon të largohesh nga Shqipëria” – Mjekët specialistë	60
Grafiku 59: Përgjigjet ndaj pyetjes “A ke nisur përpjekjet, procedurat për t’u larguar?” – Mjekët specialistë	60
Grafiku 60: Përzgjedhja e pesë motiveve kryesore për t’u larguar nga Shqipëria – Mjekët specialistë	61
Grafiku 61: Përzgjedhja e katër ndryshimeve që do t’i bënin të rikonsidero-	61

nin Shqipërinë– Mjekët specialistë	
Grafiku 62: Perceptimet mbi punën afatgjatë në zona të thella kundrejt pagës 300.000 lekë të rinj – Mjekët specialistë	62
Grafiku 63: Statusi profesional – Mjekët jashtë vendit	63
Grafiku 64: Përzgjedhja e katër ndryshimeve që do t'i bënë mjekët jashtë vendit të rikonsideronin Shqipërinë	65
Grafiku 65: Perceptimet e mjekëve jashtë vendit në lidhje me ofertën e kthimit në Shqipëri për pagën 150.000 lekë të rinj	65
Grafiku 66: Perceptimet e mjekëve jashtë vendit në lidhje me ofertën e kthimit në Shqipëri për pagën 450.000 lekë të rinj	66
Grafiku 67: Qëndrimet mbi programin e bonusit – Specializantët	96

Lista e tabelave

Faq.

Tabela 1: Krahasim i pesë problematikave kryesore lidhur me sistemin e kuotave të specializimit - Mjekët e përgjithshëm dhe specializantët	53
Tabela 2: Pagat e mjekëve në Shqipëri në lidhje me pagën mesatare në 2023 dhe me shpenzimet mesatare për NJEF në 2022	71
Tabela 3: Numri i kuotave të mbuluara dhe të lira të specializantëve dhe përqindja e kuotave të mbuluara nga MSHMS në kohortet 2020-2024	72
Tabela 4: Analizë SWOT e përfshirjes së mundshme të spitaleve bashkiake dhe rajonale në specializimet	90
Tabela 5: Numri i kuotave për programin e studimit “Mjekësi e Përgjithshme” në UMT dhe numri i aplikuesve për vitet 2018-2023	105

Lista e figurave

Faq.

Figura 1: Përshtatur nga Reason, 2000. Gabimi njerëzor: modelet dhe menaxhimi, publikuar në British Medical Journal.	77
Figura 2: Disa tituj të mediave online ndër vite lidhur me dhunën ndaj mjekëve.	83
Figura 3: Ekstrakt nga Urdhër Nr. 529, datë 03.12.2014 Për Miratimin e Kontratës për Ndjekjen e Studimeve të Specializimit Afatgjatë pranë Universitetit të Mjekësisë.	111



Përmbledhje ekzekutive

Përmbledhje ekzekutive

Hyrje

“Arsye për të qëndruar” është një projekt kërkimor i hartuar në vitin 2022 dhe i zbatuar në periudhën tetor 2023 – shkurt 2024, i cili synon të hedhë dritë mbi mënyrat se si mund të plotësohen mungesat në rritje të mjekëve në Shqipëri, në afat të shkurtër, të mesëm dhe të gjatë. Objektivat e tij specifike janë: identifikimi i motiveve aktuale të mjekëve të rinj për t’u larguar nga Shqipëria, duke u përqendruar në një masë më të madhe në brezat akademikë të dhjetë viteve të fundit; veçimi i problematikave më akute dhe më vendimtare që çojnë në moszgjedhjen e një karriere mjekësore në Shqipëri; analizimi i qëndrimeve dhe perceptimeve të më shumë se 500 studentëve, mjekëve të përgjithshëm dhe specialistëve që janë arsimuar pjesërisht apo plotësisht në Shqipëri, duke u thelluar në temat dhe problematikat më thelbësore; rishikimi i strategjive të implementuara apo miratuara deri më sot, për të propozuar më pas politika që mund ta ndryshojnë gjendjen e stafit të shërbimeve shëndetësore në Shqipëri dhe në përgjithësi shërbimin shëndetësor.

Metodologjia

Qasja kërkimore e përdorur në këtë studim ishte një ndërthurje e metodave sasiore dhe cilësore. Nëpërmjet metodave sasiore, ne bëmë një vlerësim paraprak për të evidentuar temat ku do duhej të thelloheshim në fazat në vijim. Nëpërmjet metodave cilësore, ne zhvilluam një analizë përmbajtësore, ku identifikuam konceptet kryesore. Këto koncepte dhe tema i trajtuam në fokus-grupe e intervista dhe në rishikimin e literaturës dhe politikave ekzistuese.

Mbledhja e të dhënave u zhvillua në tri faza. Gjatë fazës së parë kryem një *desk research* dhe hartuam një skelet pyetjesh kërkimore për fazën e dytë të projektit. Faza e dytë konsistonte në hartimin dhe shpërndarjen e një pyetëso, në të cilin morën pjesë 524 të anketuar. Ata u pyetën mbi planet e tyre për të ardhmen dhe mbi problematikat që cilësonin më thelbësore në vendimmarrjet e tyre për të qëndruar apo për t’u larguar nga Shqipëria. Në fazën e tretë kërkimore, ne zhvilluam fokus-grupe dhe intervista, me prezencë dhe *online*. U zhvilluan tri fokus-grupe me studentë, tri intervista me specialistë në Shqipëri dhe tri intervista me mjekë jashtë vendit. Numri i studentëve dhe mjekëve pjesëmarrës në të dy fazat e mësipërme të marra së bashku ishte 553 (pesëqind e pesëdhjetë e tre).

Ne fazën e fundit, u konsultuam me *stakeholders*, grupe interesi dhe përfaqësues të shoqërisë civile. Në zhvilluam intervista me Prof. Mira Rakacolli, Zv/Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH dhe me Prof. Asoc. Zheni Gjergji, Kryetare e Komisionit Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë për të marrë *input*-in e tyre mbi çështjen. Gjithashtu, intervistuam përfaqësues nga komuniteti studentor dhe u konsultuam me burime nga organizata të shoqërisë civile që kanë publikime dhe të dhëna mbi temën.

Gjetjet kryesore

Në pyetësoin e shpërndarë *online*, ku u anketuan 524 studentë dhe mjekë, të pyetur “A planifikon të largohesh nga Shqipëria?”, 28.5% e studentëve kanë dhënë përgjigjen “Po”; 23% kanë dhënë përgjigjen “Jo”; 48.5% kanë dhënë përgjigjen “Jam në mëdyshje”. Edhe në kategoritë e tjera, përgjigjja “Jam në mëdyshje” zë ndërmyet 45 dhe 50% të përgjigjeve për pyetjen më sipër. Të pyetur “A ke nisur procedurat, përpjekjet për t’u larguar?”

13.2% (45 përgjigje) e studentëve janë përgjigjur "Po". Shteti i zgjedhur më shpesh është Gjermania. Një trend i ruajtur në të gjitha kategoritë është edhe ai nën pyetjen "Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:", ku përqindja më e lartë ruhej në çdo kategori nga këto artikuj: "Pagat"; "Mundësitë për rritje profesionale" pasuar nga "Infrastruktura e shërbimit shëndetësor" dhe "Siguria në punë". Në kategorinë "Specializant" marrin rëndësi edhe "Marrëdhënia e perceptuar me pacientin dhe perceptimet për mjekun në shoqëri"; "Zhvillimi i përgjithshëm i vendit dhe nevoja për përmbushje personale"; "Orët e zgjatura të paguara të punës"; "Siguria sociale dhe juridike".

Të pyetur mbi përzgjedhjen e vendit të punësimit, studentët kanë zgjedhur më shpesh Tiranën, ose Tiranën dhe vendlindjen e tyre. Kur janë pyetur për arsyet se pse do ta bënin këtë zgjedhje, arsyet sociale dhe të karakterit personal (balanca punë/jetë personale, arsye të tjera personale, mundësi për të kaluar kohën e lirë, disnivelet në zhvillimin e përgjithshëm, jetesë më e shëndetshme) mbizotëronin ndaj arsyeve profesionale (ndryshime në infrastrukturën shëndetësore mes vendeve të ndryshme, mundësia për t'u rritur profesionalisht). Sa u përket mjekëve jashtë vendit, të intervistuarit që tashmë ndodheshin në një fazë të konsoliduar të karrierës u shprehën të bindur se s'do ktheheshin për asnjë arsye, edhe nëse kushtet e punës do të ishin optimale. Ndërkohë, mjekët më të rinj, të larguar gjatë pesë viteve të fundit, shprehën dëshirën për t'u rikthyer nëse u krijohet mundësia për të punuar në specialitetin e tyre me kushtet dhe pagat e kërkuara.

Disa nga çështjet e ngritura jashtë anketimit, të cilat i eksploruam më tej në fokus-grupe dhe intervista ishin: pagat, kushtet e punës si lehtësi në vendin e punës dhe si mundësi për t'i shërbyer pacientit, mundësia për rritje profesionale, puna në zona rurale, siguria në ushtrimin e profesionit, marrëdhënia e perceptuar me pacientin dhe siguria në punë, cilësia e udhëheqjes profesionale, burokracia dhe karriera akademike. Specializantët në Shqipëri u shprehën se kishin nevojë të bënin përpjekje të mëdha për t'u aftësuar profesionalisht në specialitetin e tyre. Të regjistruarit si kuotë e lirë, u shprehën se specializantët në këto kuota kishin mangësi financiare që i detyrojnë të dypunësohen. Një problem për mjekët, i cili shihet si i tillë edhe prej studentëve, është çështja e dhunës ndaj mjekëve dhe kriza e besimit që ekziston ndaj personelit shëndetësor. Kur u pyetën se cila është paga neto që do t'i vendosnin vetes, të gjithë mjekët e pyetur deklaruan një pagë më të lartë se pagat aktuale në sistemin publik për kategorinë ku përkisnin. Një qëndrim i vërejtur shpesh, pavarësisht statusit profesional, ishte ai i pasigurisë për të ardhmen si pasojë e vendimeve, udhëzimeve dhe ligjeve të miratuara të cilat mund të ndikojnë paparashikueshëm në zgjedhjet jetësore të gjithsecilit.

Rekomandime

Rekomandimet në këtë dokument politikash shtrihen në disa pikëpamje: në rritjen e kënaqësisë në punë, duke marrë parasysh një tërësi faktorësh të identifikuar në këtë hulumtim; në politika të targetuara ndaj mjekëve të sapodiplomuar dhe studentëve, që ata të angazhohen në përvoja pune në Shqipëri; në politika për të përmirësuar shpërndarjen e mjekëve anëmbanë territorit dhe për të përmirësuar shërbimin shëndetësor.

Përtej vijimit të investimit në infrastrukturë dhe në kapacitetet e sistemit publik, rekomandojmë që t'i jepet përparësi qëndrueshmërisë së investimit në burimet njerëzore. Politikat e rekrutimit dhe mbajtjes së mjekëve duhet të shënjestrohen për grupe të veçanta, duke nisur nga studentët e specializantët, te mjekët e përgjithshëm dhe të familjes dhe te mjekët specialistë. Për të rritur gjasat e qëndrimit të mjekëve në një vend pune për një kohë të gjatë, politikat e ndjekura duhet të jenë shumëfaktoriale dhe të marrin parasysh së pari faktorë profesionalë, pasuar nga ata

financiarë, shoqërorë e personalë.

Përfundim

Me këtë studim theksohet rëndësia dhe kompleksiteti i adresimit të çështjes së largimit të mjekëve nga Shqipëria. Për këtë kërkohet përfshirja e politikëbërësve, vendimarrësve dhe institucioneve kyçe në një përpjekje të përbashkët dhe të qëndrueshme. Përmes këtij dokumenti politikash, ne synojmë të ftojmë në dialog një sërë institucionesh dhe grupesh interesi për të ndërmarrë veprime konkrete mbi çështjen, duke pasur në konsideratë se fuqizimi i mjekut është drejtpërdrejt i lidhur me përmirësimin e shërbimit shëndetësor.

Hyrje

2

Hyrje

Konteksti

Nëse do të kishte një çështje të lidhur me bluzat e bardha dhe shërbimet shëndetësore e cila tashmë është e përditshme në kronika, diskutime dhe në diskursin publik në përgjithësi, nganjëherë shumë e pranishme edhe në zhargonin mjek-pacient, do të ishte i ashtuquajtimi eksod i mjekëve. Ky diskutim tërhoqi vëmendjen më shumë se kurrë gjatë vitit 2023, kur qeveria vendosi të ndërhynte me shtrëngime ligjore ndaj ikjes së mjekëve, me një projektligj për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë.

Në sistemin shëndetësor në Shqipëri “mungojnë” mjekë – kjo nuk është e qartë në numra sa është tashmë e prekshme nga çdo qytetar. Disa spitale nuk janë të mbuluar me specialistë, në zona rurale mungojnë mjekët e familjes dhe potenciali i ri: mjekët e sapodiplomuar dhe specialistët e rinj dalin shpejt prej sistemit, thuajse pa u bërë kurrë pjesë e tij.

Sipas të dhënave të OBSH, në vitin 2020 në Shqipëri kishte 18.8 mjekë për 10.000 banorë, numër ky më i ulëti në rajon dhe në të gjithë Europën në vitin 2020 (ose në vitin e fundit kur ka të dhëna).[1] Ky raport mund të mos jetë plotësisht i saktë dhe aktual, por i referohemi atij në mungesë të të dhënave të Censit 2023, që pritet të publikohen në qershor 2024. Po në vitin 2020, sipas OBSH, Shqipëria kishte 3316 mjekë specialistë dhe 2081 mjekë të përgjithshëm që e praktikojnë profesionin mjekësor.[2][3] Për t'i vendosur këto vlera në perspektivë, sipas të dhënave të marra nga Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë, vetëm në periudhën 2018-2022 janë diplomuar 1,322 mjekë. Sidoqoftë, në të njëjtën kohë, 809 mjekë kanë tërhequr Certifikatën e Sjelljes së Mirë pranë UMSH, dokument ky që vlen vetëm për aplikimet jashtë vendit.[4]

Sipas një studimi të zhvilluar në vitin 2023 me diasporën e mjekëve shqiptarë, ku morën pjesë më shumë se treqind mjekë që jetojnë jashtë vendit, u vërejt një tendencë rritjeje e shpejtë e saj, sidomos në dhjetëvjeçarin e fundit. Kjo rritje e emigrimit u atribuohet kryesisht politikave lehtësuese të ndjekura nga Gjermania në fund të vitit 2015 për mjekët e arsimuar jashtë vendit.[4]

Mjekët po ashtu janë pjesë e dukurisë së përgjithshme të largimit në masë të profesionistëve dhe pjesës së arsimuar të shoqërisë, ku Shqipëria në vitin 2023 u rendit e nënta nga *The Global Economy* për indeksin më të lartë të “*brain drain*” në botë, duke u bërë një ndër 10 vendet¹ me vlerat më të larta të këtij indeksi.[5] Ndër vendet e Europës, Shqipëria është e dyta për këtë dukuri, renditur pas Ukrainës me vetëm 0.4 pikë më pak.[5]

Qëllimet dhe objektivat

“Arsye për të qëndruar” është një nismë që ka lindur prej nevojës për ta parë nga afër përvojën e mjekëve të rinj në Shqipëri dhe për t'u thelluar në motivet e tyre si profesionistë për t'u larguar. Pavarësisht prirjeve të përgjithshme të popullatës së re për të emigruar, që nuk janë objekt i këtij studimi, është e rëndësishme të diskutohen ndryshime që mund të ishin të dobishme për këtë problematikë në vetvete. Duke u përqëndruar në një masë të madhe në brezat e dhjetë viteve të fundit, në synojmë të identifikojmë arsyet më vendimtare që çojnë në moszgjedhjen e një karriere mjekësore në Shqipëri.

¹ Duke nisur nga vendi i parë: Samoa, Xhamajka, Palestina, Ukraina, El Salvador, Eritrea, Somalia, Afganistani, Shqipëria, Mikronezia.

Nëpërmjet këtij publikimi, i cili përfaqëson qëndrimet dhe perceptimet e më shumë se pesëqind studentëve dhe mjekëve të rinj të profileve të ndryshme, ne synojmë të sjellim në vëmendje problemet dhe mëdyshjet me të cilat përballen mjekët në fillimet e karrierës. Si një potencial njerëzor i cili ka dyzime mbi të ardhmen, por nuk ka marrë ende vendime, mundet me stimujt e duhur që ky potencial të investohet në vendin tonë.

Ky dokument mbulon një tërësi temash dhe nuancash, objektive dhe subjektive, që zgjerojnë tablon e kësaj çështjeje përtej retorikës politike dhe mediatike të ditës. Duke marrë në konsideratë ndikimin që kuadri ligjor dhe politikat e implementuara deri më sot kanë të mjekët e rinj, ne synojmë të ndërgjegjësojmë dhe të rritim nivelin e të kuptuarit te publiku i interesuar mbi vendimin e tyre për t'u larguar.

Pyetjet kërkimore

Pyetjet kryesore kërkimore që ne synojmë t'u përgjigjemi në këtë dokument janë: Cila është përvoja e vërtetë e një mjeku të ri në Shqipëri, me diplomimin si mjek i përgjithshëm?

A ka ai siguri për të ardhmen, nga pikëpamja financiare, profesionale dhe personale? Cilat janë mangësitë që ai identifikon?

Cila është perspektiva e rritjes profesionale dhe personale për mjekët dhe specialistët e rinj, ende në formim?

Cilat do të ishin motivet kryesore për t'u larguar dhe cilat do të ishin motivet që do të nxisnin qëndrimin apo rikthimin në Shqipëri?

A ka një ose disa probleme që janë adresuar tashmë nga institucionet përgjegjëse?

A ka nisma të ndërmarra aktualisht që i bëjnë mjekët të **zgjedhin** të qëndrojnë?

Nga njohja paraprake e përvojave të mjekëve shqiptarë brenda e jashtë vendit, hipoteza jonë është se nuk është bërë mjaftueshëm që qëndrimi në Shqipëri të kthehet në një zgjedhje. Shumë prej mjekëve që largohen marrin përsipër shpenzime dhe sfida personale e kulturore për të jetuar në vende të tjera, ndërkohë që po ata shprehen se u mungon sistemi i suportit dhe jeta sociale që do të kishin në Shqipëri. Kjo na shtyn të mendojmë se nuk është vetëm një çështje "ofertash" më të mira jashtë vendit. Përkundrazi, thelbi i vendimit për t'u larguar është vënia në peshore e sakrificave financiare, personale dhe profesionale për të qëndruar dhe sakrificave të tjera financiare e sociale për t'u larguar. Nga trendi i dhjetë viteve të fundit, duket se sakrificat për t'u larguar cilësohen si më të frytshme e të vlefshme.

Motivet dhe perceptimet konkrete të lidhura me sa më sipër do të eksploroohen në thellësi në këtë dokument.

Audienca dhe ndryshimet e pritura

Ky studim u drejtohet së pari studentëve të mjekësisë dhe mjekëve, që të përdoret prej tyre si pikë referimi për t'u njohur me temat kyçe për të cilat duhet të kenë informacion, qoftë në zgjedhjet e tyre personale, qoftë në avokimin për të ardhmen e tyre në Shqipëri.

Ai synon të informojë organizatat dhe aktorë të shoqërisë civile, pavarësisht spektrit të punës së tyre dhe të hapë një diskutim i cili nuk u përket vetëm mjekëve apo profesionistëve të shëndetësisë, por gjithë profesionistëve të rinj.

"Arsye për të qëndruar" fton në dialog me publikimin e tij aktorë të politikëbërjes dhe mbi të gjitha, institucionet kyçe që formojnë dhe punësojnë mjekë të rinj në Shqipëri.

Ne presim që të rritim ndërgjegjësimin mbi çështjen dhe të bashkëpunojmë me një

qasje konstruktive me të gjithë këta aktorë, për të propozuar politika dhe ndryshime që do t'i bëjnë mjekët të qëndrojnë dhe të rriten profesionalisht duke kontribuar në vendin e tyre, me qëllim final rritjen e cilësisë së shërbimit shëndetësor në Shqipëri.



Metodologjia

Metodologjia

Gjatë këtij studimi, synonym që të analizonim arsyet pse mjekët e rinj largohen nga Shqipëria, duke i vendosur ato në kontekstin e politikave aktuale. Gjithashtu, ne kishim për qëllim të analizonim raportet e arsyeve për t'u larguar dhe atyre për të qëndruar, për të vlerësuar se cilat ndryshime do të ishin më me ndikim në përgjigje të situatës.

Qasja e përdorur ishte një ndërthurje e metodave sasiore dhe cilësore. Nëpërmjet metodave sasiore, ne bëmë një vlerësim paraprak për të evidentuar temat ku do duhej të thelloheshim në fazat në vijim. Këto të dhëna nuk janë përdorur për të përgjithësuar mbi mjekët e rinj në tërësi, por kanë qenë statistikisht domethënëse si për të përvijuar hapat pasues, si për të nxjerrë disa interpretime. Analiza sasiore e të dhënave të marra në pyetësor është zhvilluar sipas statusit profesional të pjesëmarrësve, e ndarë në gjashtë pjesë.

Qasja cilësore ishte gjithsesi mbizotëruese në procesin kërkimor dhe në analizën e mëpasshme. Pas mbledhjes së të dhënave paraprake nga formulari, ne zhvilluam një analizë përmbajtësore ku identifikuam konceptet kryesore të nënvizuara – qoftë si trend në pyetjet me alternativa, qoftë si tema të trajtuara në pyetjet e hapura. Këto koncepte janë trajtuar në mënyrë tërësore për të gjithë studentët, mjekët në Shqipëri dhe mjekët jashtë vendit, duke ruajtur një qëndrim të ekuilibruar dhe shumëfaktorial.

Kjo metodologji u përzgjedh nga ne për disa arsye:

Së pari, kishim një panoramë të situatës në nisje të këtij studimi dhe ishte e rëndësishme që të vlerësonim perceptimet e vetë studentëve dhe mjekëve, për të ndërtuar raporte dhe hierarki ndërmjet temave dhe problematikave tashmë të njohura.

Së dyti, ne u përqendruam kryesisht në grupmoshën 18-35 vjeç si grupmoshë orientuese për studimin tonë, duke qenë se është pjesa e shoqërisë dhe profesionistëve të mjekësisë që ka më shumë mobilitet për të emigruar. Megjithatë, në këtë dritare moshore gjenden ndryshime domethënëse në perceptime dhe pritshmëri, gjë që do ta bënte një studim vetëm sasior i cili synonym të përgjithësojë jo të përshtatshëm. Po ashtu disa përgjigje të mjekëve të moshës mbi 35 vjeç nuk janë përfshirë, pasi nuk është parë e nevojshme që të kemi një qasje arbitrare në këtë pikëpamje. Edhe këta mjekë kanë arsyetuar po njëllëj zgjedhjet e tyre dhe në disa raste, kanë shprehur vullnetin për t'u larguar.

Së treti, pyetja më thelbësore kërkimore gjendet në vetë titullin e këtij projekti: arsye për të qëndruar. Ne kemi për qëllim që, duke analizuar arsyet pse mjekët largohen, të krijojmë një skicë të asaj që do t'i bënte të qëndronin në afatshkurtër dhe në afatgjatë.

Përshkrim i hapave të ndjekur

Projekti kërkimor "Arsye për të qëndruar" u zhvillua në tri faza. Gjatë fazës së parë, nëpërmjet bisedave informale dhe kërkimit sistematik të publikimeve akademike dhe të aktorëve të shoqërisë civile, qëndrimeve të studentëve së fundmi dhe mbulimit në media të çështjes ndër vite, ku u mbajtën në konsideratë 10 vitet e fundit, ne hartuam një skelet pyetjesh kërkimore për fazën e dytë të projektit.

Faza e dytë konsistonte në hartimin dhe shpërndarjen e një pyetësi *online*, në të cilin morën pjesë 524 të anketuar. Ai u plotësua nga studentë (N=340), mjekë të diplomuar në vitin 2023 (N=36), mjekë të përgjithshëm të licensuar (N=23), specializantë (N=71), mjekë specialistë (N=33) dhe mjekë të punësuar jashtë vendit (N=21). Të mësipërmet

ishin njëkohësisht gjashtë kategori të ndryshme në pyetësor, që drejtonin në seksione të ndryshme. Parakusht për të marrë pjesë në këtë fazë dhe në fazën e tretë të studimit ishte që studimet e masterit shkencor për mjekësi të përgjithshme të ishin përfunduar ose në proces në universitetet që ofrojnë këtë program studimi në Shqipëri (Universiteti i Mjekësisë Tiranë, Universiteti Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë”), përveç universiteteve private që e kanë hapur këtë program studimi në vitin akademik 2023-2024. Të anketuarit u pyetën mbi planet e tyre për të ardhmen dhe mbi problematikat që cilësonin më thelbësore për vendimet e tyre – si për të qëndruar, edhe për t’u larguar nga Shqipëria. Pyetjet me alternativa të përcaktuara nga kërkuesit u paraqitën me renditje rastësore automatike, për të shmangur sugjestionimin e përzgjedhjes së alternativave të renditura më lart se të tjerat. Në pyetjet që kishin nevojë për interpretim të mëtejshëm, u la një hapësirë përgjigjeje për të arsyetuar zgjedhjet. Qëllimi i pyetësorit ishte që të mblidhte të dhëna cilësore dhe të identifikonte temat më relevante nga pikëpamja e të anketuarve. Sidoqoftë, pjesëmarrja e gjerë veçanërisht e studentëve (340 përgjigje) dhe specialistëve (71 përgjigje) solli të dhëna statistikisht domethënëse edhe nga pikëpamja sasiore për grupin pjesëmarrës në studim.

Në fazën e tretë kërkimore, ne zhvilluam fokus-grupe dhe intervista, me prezencë dhe *online*. Dy fokus-grupe u zhvilluan me studentët e Universitetit të Mjekësisë – një me studentët e tri viteve të para (N=7) dhe një me studentët e tri viteve të fundit (N=9). Një fokus-grup u zhvillua me studentët të Universitetit “Zoja e Këshillit të Mirë” (N=6). Gjithashtu, ne zhvilluam tri intervista me specialistë në Shqipëri dhe tri intervista me mjekë jashtë vendit (mjek i përgjithshëm, specialist, mjek specialist). Si intervistat, edhe grupet e fokusuar kanë ndjekur një format të gjysmëstrukturuar, me ndërthurje të pyetjeve të parapërgatitura dhe spontane. Gjatë këtyre takimeve, studentët dhe mjekët pjesëmarrës janë pyetur në bazë të profilit të tyre (nivelit të eksperiencës dhe zgjedhjeve të bëra deri më tani) sipas një skeleti shpesh të bazuar në të dhënat e përgjigjeve të pyetësorit. Në disa raste janë përsëritur pyetje që ishin edhe në pyetësor, në trajtë ofertash punësimi. Çdo herë, në nisje pjesëmarrësit janë njohur me projektin dhe kanë dhënë dakordësinë e tyre nëpërmjet një deklarate konsenti, që ndër të tjera mbron privatësinë e tyre. Përgjatë gjithë këtij publikimi, emrat e pjesëmarrësve në takime dhe intervista janë pseudonime.

Në fazën e katërt të projektit, ne hartuam një dokument paraprak i cili përvijonte temën dhe qëllimet kryesore të projektit, si edhe metodologjinë e ndjekur dhe gjetjet e tij. Këtë dokument e shpërndamë me *stakeholders* dhe grupe interesi për të kërkuar *input*-in e tyre. Ne zhvilluam tri intervista, me përfaqësues nga institucione dhe organe vendimmarrëse, saktësisht me *Prof. Mira Rakacolli*, Zv/Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me *Dr. Fatmir Brahimaj*, President i UMSH dhe me *Prof. Asoc. Zheni Gjergji*, Kryetare e Komisionit Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë, sipas kornizës së punës të secilit institucion lidhur me temën.

Ne kontaktuam përfaqësues të komunitetit studentor në Fakultetin e Mjekësisë në UMT, ku zhvilluam një intervistë me *Dea Gurin*, studente e vitit të gjashtë dhe përfaqësuese e protestës së zhvilluar në periudhën qershor-tetor 2023 nga studentët e mjekësisë dhe *Henri Fero*, Drejtor Ekzekutiv i ACMS (*Albanian Committee of Medical Students*)¹, e cila është një ndër organizatat rinore që midis të tjerash operojnë me studentë të këtij fakulteti. Ata u pyetën mbi dinamikën e protestës, por edhe mbi qëndrime dhe perceptime që kanë hasur në komunitetin e studentëve.

Sfida

Gjatë punës për këtë studim kemi hasur në disa sfida. Projekti është përvijuar që në ni-

¹ Shoqata e Studentëve të Mjekësisë në Shqipëri.

sje të vitit 2023, por ndryshimi i beftë i situatës me prezantimin e projektligjit për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë [6], na detyroi të shtynim nisjen e punës kërkimore në terren.

Pas kthimit të studentëve në auditore (nëntor 2023), gjendja u paraqit më neutrale dhe mundëm të shpërndanim pyetëtorin. Një sfidë që hasëm në këtë fazë ishte qasja dyshuese me të cilën jemi përballur për shkak të gjendjes së tensionuar të krijuar në radhët e studentëve. Në këtë proces, hodhëm hapa të kujdesshëm në mbledhjen e të dhënave, për të ekuilibruar diskursin e protestës me kontekstin e gjerë të temave të projektit. Kjo na ka detyruar të tregohemi diskretë dhe ka ulur mundësitë për të marrë kampione përfaqësuese nga secili vit, apo për të pasur pjesëmarrje edhe më të gjerë.

Gjithashtu, ka qenë e vështirë të gjejmë studentë dhe mjekë specializantë që të kishin dëshirë të shpreheshin në fokus-grupe dhe intervista. Kemi kontaktuar një numër të madh specialistësh në disa kanale komunikimi, por jemi përballur me ngurrim që kishte të bënte kryesisht me mosbesimin për t'u shprehur. Fillimisht, ishte menduar që edhe specialistët të pyeteshin në një fokus-grup të përbashkët, por në disa raste hasëm në refuzim për t'u shprehur në prani të kolegëve të tyre dhe ruajtëm formatin e intervistave individuale.

Kufizime

Kufizimi kryesor ka qenë fryma e krijuar në studentët e mjekësisë gjatë zhvillimit të projektit, edhe pse asnjë fazë kërkimore nuk u zhvillua gjatë periudhës kur protestat ende ishin aktive. Thënë kjo, jemi munduar të shmangim gabimin sistematik në masën më të madhe të mundshme në kushtet e gjendura.

Një kufizim tjetër ka të bëjë me mungesën e të dhënave konkrete mbi zonat gjeografike, institucionet, qendrat shëndetësore dhe nivelet e shërbimit në tërësi të cilat kanë mungesë të stafit mjekësor në Shqipëri. Kjo kufizon mundësinë për të qenë konkretë në përfundime dhe propozime të caktuara që mund të kenë të bëjnë me politika të shënjestruara për zona të ndryshme, rurale apo urbane.



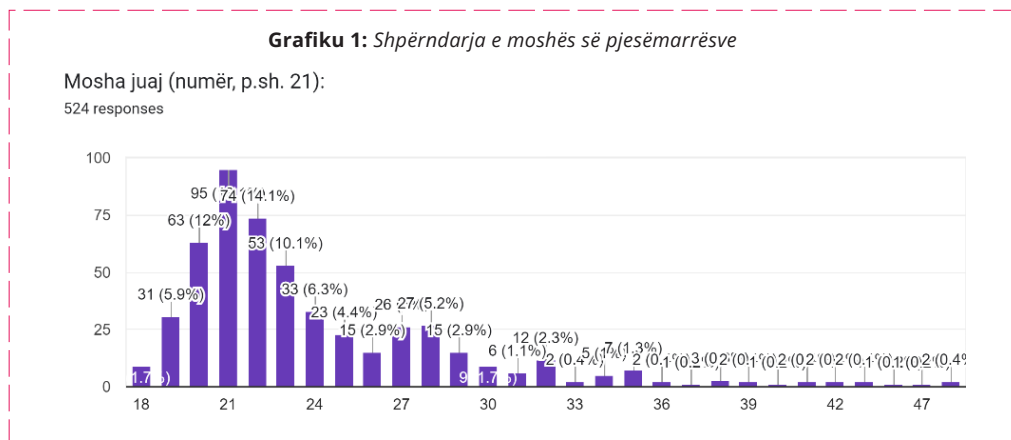
Analizë e gjetjeve

Analizë e gjetjeve

Përshkrim i pjesëmarrësve në studim

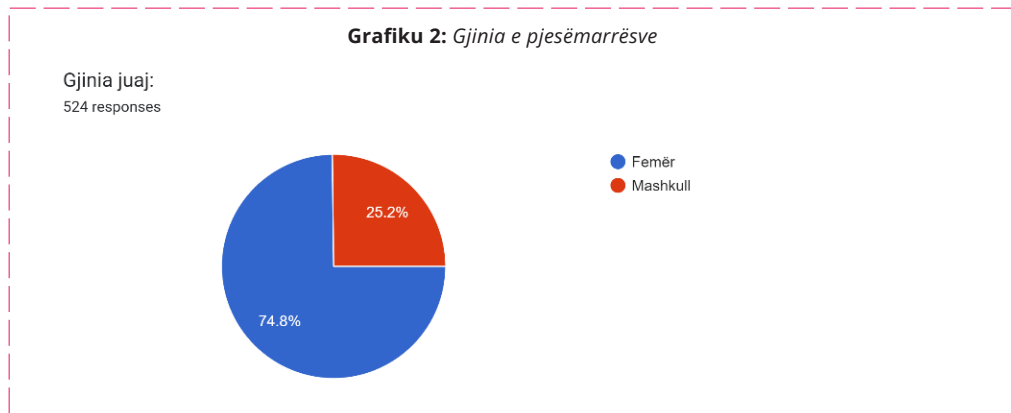
Pyetësi online

Në pyetësor morën pjesë 524 (pesëqind e njëzet e katër) të anketuar të moshave 18-53 vjeç. Moshë mesatare e pjesëmarrësve ishte 24 vjeç dhe ajo mediane 22 vjeç.

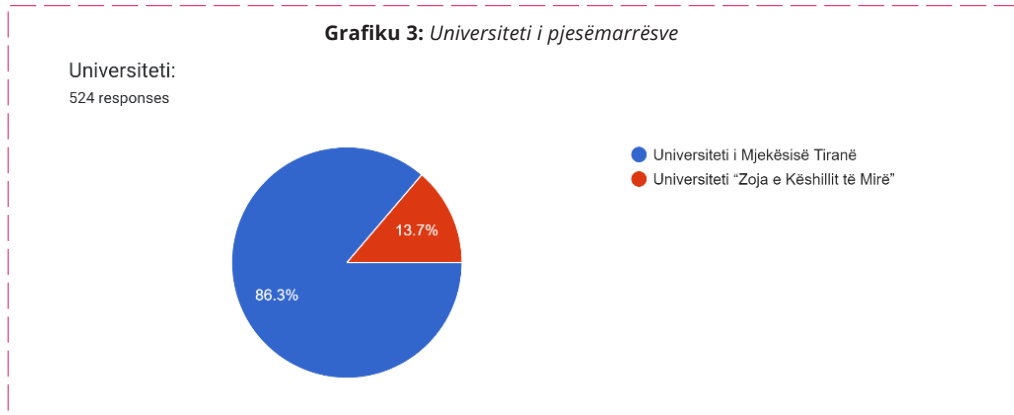


Korniza e përcaktuar për moshën e të anketuarve si fillim ishte 18 deri në 35 vjeç, por gjatë shpërndarjes virtuale të pyetësit pati një numër të vogël mjekësh të përgjithshëm, specialistësh dhe mjekësh të punësuar jashtë vendit që i përkisnin moshës 35-53 vjeç. Kësaj grupmoshe i përkisnin 19 mjekë, me moshë mesatare 41 vjeç. Meqenëse të dhënat nga pyetësi nuk janë përdorur për përfundime sasiore përgjithëse mbi grupin e marrë në studim, vendosëm të mos i përjashtojmë këto përgjigje të regjistruara, duke e mbajtur moshën në konsideratë sipas rastit.

74.8% (392 përgjigje) e të pyeturve ishin femra, kurse 25.2% (132 përgjigje) ishin meshkuj, që përputhet me strukturën gjinore të profesionit dhe është konsistente me studime të mëparshme të zhvilluara me mjekë në Shqipëri.[8]



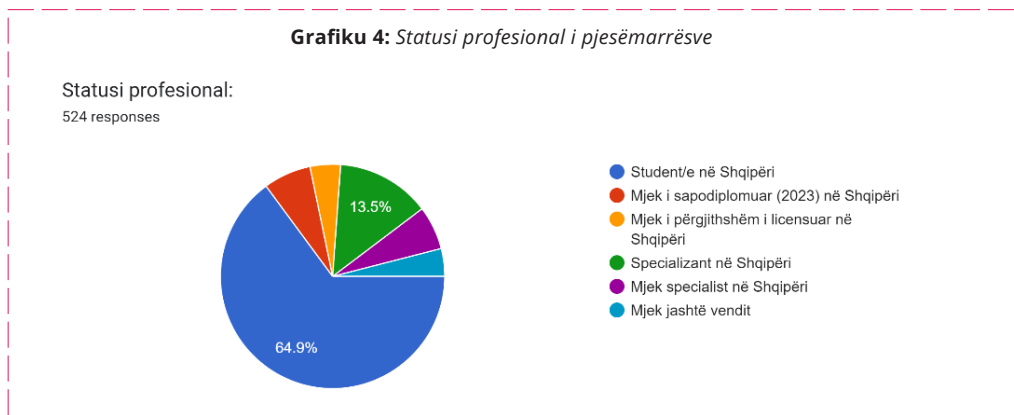
Universitetet ku të anketuarit kanë studiuar ose studiojnë, në ciklin gjashtëvjeçar të integruar “Mjekësi e Përgjithshme”, ishin Universiteti i Mjekësisë Tiranë (UMT) dhe Universiteti Katolik “Zoja e Këshillit të Mirë” (UniKZKM). Të qenit student ose i diplomuar në njërin prej tyre ishte kriter për të marrë pjesë në anketim.



Ata zgjedhën statusin e tyre profesional mes “Student në Shqipëri”; “Mjek i sapodiplomuar (2023) në Shqipëri”; “Mjek i përgjithshëm i licensuar në Shqipëri”; “Specializant në Shqipëri”; “Mjek specialist në Shqipëri”; “Mjek jashtë vendit”, ku secila prej gjashtë alternativave drejtonte në seksione të ndryshme të pyetësorit.

Në seksionin “Student” u regjistruan 340 përgjigje (268 studentë të UMT, 72 të UniKZKM).

Në seksionin “Specializant” u regjistruan 71 përgjigje; në atë “Mjek i diplomuar në vitin 2023” u regjistruan 36 përgjigje; në seksionin “Mjek specialist në Shqipëri” u regjistruan 33 përgjigje, kurse në seksionet “Mjek i përgjithshëm i licensuar në Shqipëri” dhe “Mjek jashtë vendit” u regjistruan përkatësisht 23 dhe 21 përgjigje.



Fokus-grupet dhe intervistat

U zhvilluan në tërësi tri fokus-grupe me prezencë dhe gjashtë intervista, me prezencë dhe *online*.

Në tri fokus-grupet e zhvilluara morën pjesë gjithsej 22 studentë, nga të cilët 16 studentë ishin nga Fakulteti i Mjekësisë në UMT dhe 6 studentë ishin nga Fakulteti i Mjekësisë në UniKZKM.

Në fokus-grupin e parë morën pjesë 9 studentë të viteve klinike (viti i katërt – viti i gjashtë) në UMT. Në fokus-grupin e dytë morën pjesë 7 studentë të viteve paraklinike (viti i parë – viti i tretë) në UMT, kurse i treti u zhvillua vetëm me studentë të UniKZKM.

Në intervistat morën pjesë tri specializantë të moshave 27-29 vjeç, me banim në Tiranë dhe të punësuar në shërbimet e dy spitaleve universitare në vend. Njëri prej specializantëve ishte regjistruar si kuotë e lirë, kurse dy të tjerët ishin të regjistruar si kuota të mbuluara nga MSHMS. Të gjitha takimet dhe intervistat e mësipërme janë zhvilluar nga afër.

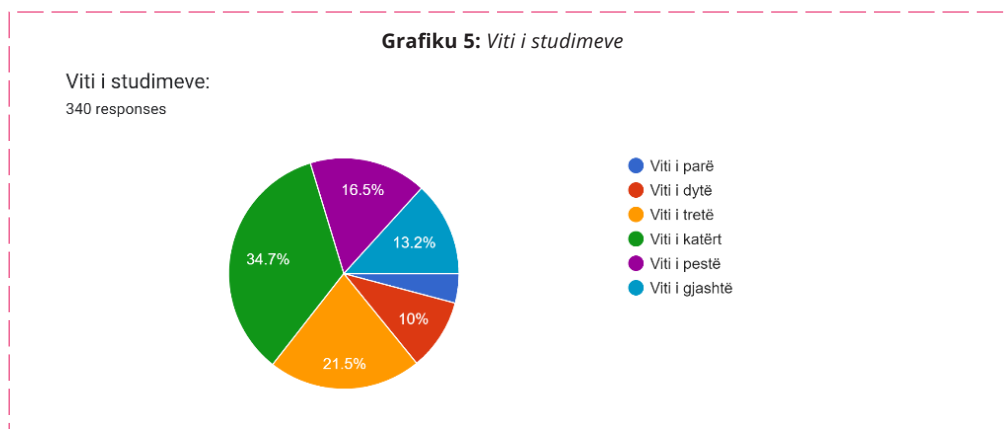
U intervistuan edhe tri mjekë që jetojnë jashtë vendit, me statuse profesionale të ndryshme nga njëri-tjetri, ku njëri ishte mjek i përgjithshëm i diplomuar së fundmi, njëri ishte specializant dhe njëri ishte mjek specialist prej afër 8 vitesh. Këto intervista u zhvilluan *online*, në platformën *Google Meet*.

Rezultatet e pyetësorit

Studentët në Shqipëri

Në seksionin “Student” u regjistruan 340 përgjigje (268 studentë të UMT, 72 të UniKZKM). Çdo student ende i regjistruar në ciklin e integruar “Mjekësi e Përgjithshme”, në UMT ose UniKZKM mund të merrte pjesë në anketim.

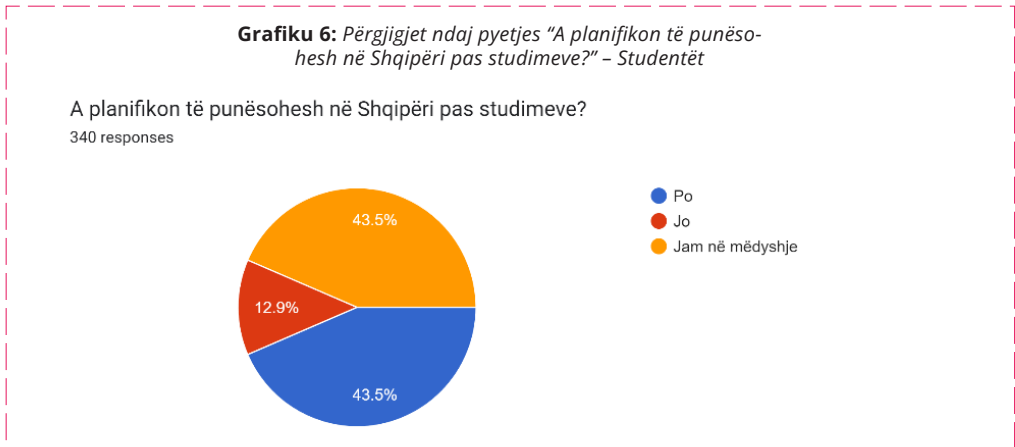
Përqindja më e lartë e përgjigjeve përbëhej nga studentë të vitit të katërt, të tretë, të pestë, të gjashtë, të dytë dhe të parë, në rend zbritës.



Punësimi në Shqipëri

Të pyetur: “A planifikon të punësohesh në Shqipëri pas studimeve?”, 43.5% e studentëve janë përgjigjur “Po”, 12.9% janë përgjigjur “Jo” dhe 43.5% janë përgjigjur “Jam në mëdyshe”.

Kjo pyetje u është drejtuar studentëve për të kuptuar planet e tyre për t’u punësuar në tërësi, duke përfshirë edhe mundësinë e një punësimi të përkohshëm.



Përgjithësisht, studentët e mjekësisë e projektojnë të ardhmen pas studimeve të gjashtëvjeçarit si një vazhdim i përpjekjeve për t’u formuar akademikisht e profesionalisht, por me ligjin e miratuar në vitin 2023¹ ata u prezantuan me rregulla të reja, që i bëjnë subjekt kryesor për plotësimin e mungesës së mjekëve, veçanërisht në zona rurale dhe/ose të largëta.

Kështu, në pyetjen pasardhëse ata janë pyetur nëse kanë preferenca punësimi për rrethe apo zona të ndryshme të vendit dhe nëse po, t’i specifikojnë ato. Përgjigjja e marrë më shpesh është Tirana, pasuar nga Tirana dhe një rreth tjetër, me përgjigje, si: Tiranë dhe Durrës, Tiranë dhe Vlorë, Tiranë dhe Korçë etj. Duke analizuar përgjigjet individuale, është vënë re se rrethet e tjera të listuara përveç Tiranës janë njëkohësisht vendlindja e të anketuarve, me gjasë edhe vendi ku banojnë familjarët e tyre.

Në vijim të kësaj pyetjeje, studentët janë pyetur se cila prej arsyeve të listuara do të konsiderohej për ta si më e rëndësishme në përzgjedhjen e këtij vendi për të punuar aty si mjekë. 26.2% e të anketuarve janë përgjigjur me “Balancë punë/jetë personale”; 23.5% janë përgjigjur me “Arsye personale (familja, partneri, etj)”; 21.2% janë përgjigjur me “Disnivelet në zhvillimin e përgjithshëm të vendit”; 17.1% janë përgjigjur me “Ndryshimet në infrastrukturën shëndetësore mes vendeve të ndryshme”; 5% janë përgjigjur me “Jetesë më e shëndetshme” dhe 3.8% janë përgjigjur me “Më shumë hapësira dhe mundësi për të kaluar kohën e lirë”. Një numër i vogël studentësh ka shtuar në rubrikën “Other:” përgjigje, si “Të gjitha alternativat më sipër”.

Nëse do t’i rigruponim këto përgjigje në arsye sociale ose të karakterit personal (balanca punë/jetë personale; arsye të tjera personale, mundësi për të kaluar kohën e lirë, disnivelet në zhvillimin e përgjithshëm, jetesë më e shëndetshme) dhe arsye profesionale (ndryshime në infrastrukturën shëndetësore mes vendeve të ndryshme, mundësia për t’u rritur profesionalisht), masa dërrmuese ka zgjedhur arsyet sociale apo të lidhura me cilësinë e jetës përpara atyre profesionale, prandaj duhet që të krijohen mundësi për optimizimin e së paku këtyre kushteve, si p.sh. puna në vendlindje, pranë familjes.

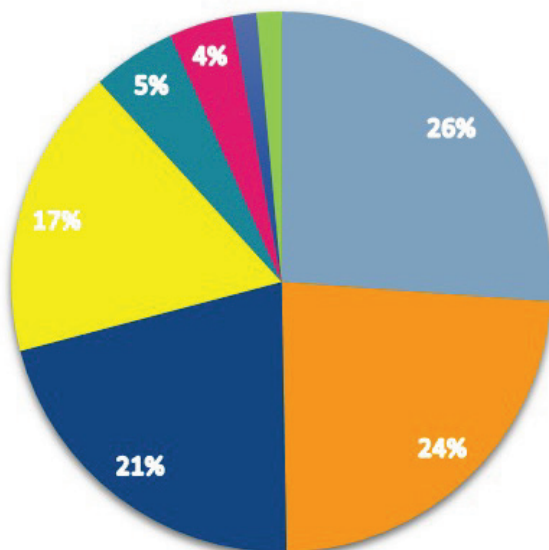
Duhet nënvizuar se ndoshta “Mundësia për rritje profesionale” do të ishte zgjedhur më shpesh në rast se do të ishte shtuar si alternativë nga ne, por nuk e kemi gjetur të arsyeshme ta shtojmë këtë opsion përgjigjeje. Pavarësisht vendndodhjes gjeografike, një mjek i përgjithshëm ka kufizime në rritjen profesionale kur nuk specializohet më tej.

¹ LIGJ Nr. 60/2023 PËR TRAJTIMIN E VEÇANTË TË STUDENTËVE QË NDJEKIN PROGRAMIN E INTEGRUAR TË STUDIMIT TË CYKILIT TË DYTË “MJEKËSI E PËRGJITHSHME” NË INSTITUCIONET PUBLIKE TË ARSIMIT TË LARTË

Objektivi i pyetjes sonë është të kuptojmë se çfarë do ta bënte tërheqës një vend pune në një çast të dhënë, jo domosdoshmërisht me projeksione për të ardhmen aty.

Grafiku 7: Arsyet kryesore për zgjedhjen mbi vendin e punësimit – Studentët

Cila do të ishte arsyeja kryesore për këtë zgjedhje?



- Balancë punë/jetë personale
- Arsyje personale (familja, partneri, etj)
- Disnivelet në zhvillimin e përgjithshëm të zonave të ndryshme
- Ndryshimet në infrastrukturën shëndetësore mes vendeve të ndryshme
- Jetesë më e shëndetshme
- Më shumë hapësira dhe mundësi për të kaluar kohën e lirë
- "Të gjitha" e shtuar në Other
- Përgjigje të tjera në Other, si "Mundësi për t'u rritur profesionalisht" etj.

Specializimi

Planet për specializim janë një ndër treguesit më domethënës për të treguar mbi planet afatgjata të studentëve. Specializimet zgjasin mesatarisht katër vjet nga regjistrimi deri në diplomim, një kohështrirje kur faktorë të tjerë socialë, kontrata e punës pas specializimit apo angazhime në spitale private mund të kenë krijuar një tërësi kushtesh që e bëjnë ikjen nga Shqipëria më pak të mundshme në përfundim të këtij katërvjeçari. Sidoqoftë, duhet theksuar se nuk janë të pakët mjekët që po largohen si specialistë, pra pas përfundimit të specializimit.

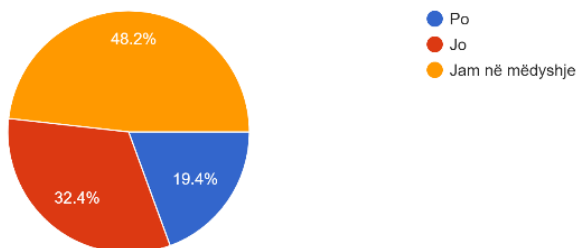
Të pyetur "A planifikon të specializohesh në Shqipëri?", 19.4% e studentëve kanë dhënë

përgjigjen “Jam në mëdyshje”. Përgjigja “Jam në mëdyshje” është një përgjigje e marrë shpesh dhe në interpretimin tonë kjo tregon se ka faktorë të ndryshëm pro dhe kundër specializimit këtu, që studentët ende janë duke i menduar.

Grafiku 8: Përgjigjet ndaj pyetjes “A planifikon të specializohesh në Shqipëri?” – Studentët

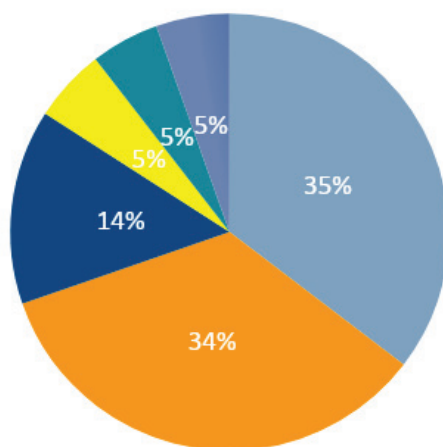
A planifikon të specializohesh në Shqipëri?

340 responses



Grafiku 9: Perceptimet mbi faktorët që shtynë në moszgjedhjen e një specializimi në Shqipëri – Studentët

Nëse përgjigja e pyetjes më sipër është “jo” ose “jam në mëdyshje”, zgjidh faktorin që konsideron si më të rëndësishëm në zgjedhjen tënde, ose shtoje në rubrikën other:



- Niveli i përgatitjes profesionale gjatë specializimit
- Mundësia për rritje profesionale gjatë/pas specializimit
- Pagat e specializantëve
- Kontratat pas specializimit
- Të gjitha (rubrika Other:)
- Të tjera (rubrika Other:)

Nën pyetjen “Nëse përgjigja e pyetjes më sipër është “jo” ose “jam në mëdyshje”, zgjidh faktorin që konsideron si më të rëndësishëm në zgjedhjen tënde, ose shtoje në rubrikën *Other*.” (277 përgjigje nga 340 studentë që kanë plotësuar pyetësorin) 35.4% e studentëve janë përgjigjur “Niveli i përgatitjes profesionale gjatë specializimit”; 34.3% janë përgjigjur “Mundësia për rritje profesionale gjatë/pas specializimit”; 14.4% janë përgjigjur “Pagat e specializantëve” dhe 5.4% janë përgjigjur “Kontratat pas specializimit”. Në rubrikën *Other* janë shtuar 14 përgjigje që shprehin “Të gjitha”, afër 5% e përgjigjeve. Njëra prej përgjigjeve po në rubrikën *Other* ka qenë:

“Niveli aktual akademik që lë për të dëshiruar, pagat e specializimeve, korrupsioni dhe burokracia.”

Kjo lidhje ndërmjet përvojës si student në Fakultetin e Mjekësisë (UMT) dhe pritshmërive të ulëta ndaj specializimit është hasur edhe në fokus-grupin me studentët e viteve klinike në UMT, ku ata janë shprehur se kanë një pamje të përvojës që do kenë si specializantë dhe kjo është për ta një arsye më tepër se pse nuk duan të specializohen në Shqipëri.

Planet për t’u larguar

Të pyetur “A planifikon të largohesh nga Shqipëria?”, 28.5% e studentëve kanë dhënë përgjigjen “Po”; 22.9% kanë dhënë përgjigjen “Jo”; 48.5% kanë dhënë përgjigjen “Jam në mëdyshje”.

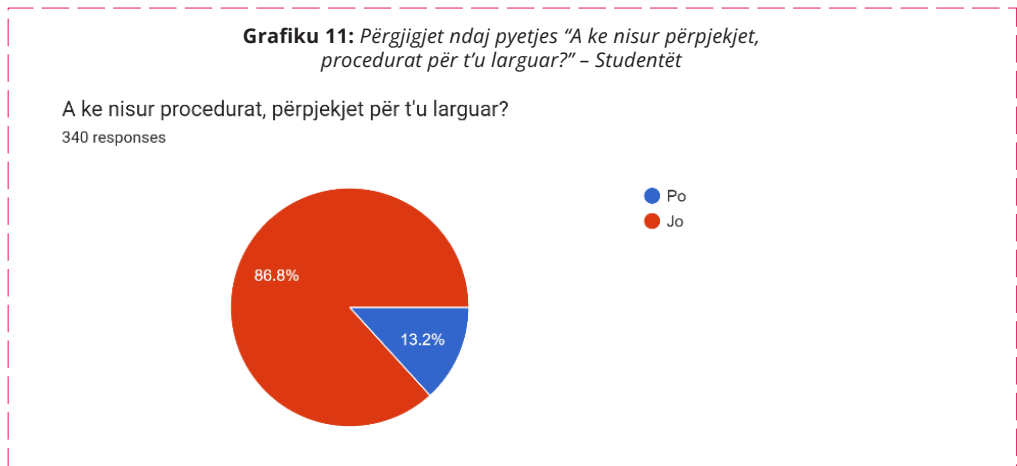


Në vijim, të pyetur “A ke nisur procedurat, përpjekjet për t’u larguar?”² 13.2% (45 përgjigje) e studentëve janë përgjigjur “Po”, kurse 86.8% (295 përgjigje) janë përgjigjur “Jo”. Mes përgjigjeve “Po” (45 studentë) ka pasur studentë nga të gjitha vitet, përveç vitit të parë: 10 studentë nga viti i gjashtë, ose 22.2% e studentëve nga viti i gjashtë që kanë plotësuar pyetësorin; 8 studentë nga viti i pestë ose 14.2% e studentëve nga viti i pestë; 14 nga viti i katërt, ose 11.8%; 7 studentë nga viti i tretë, ose 9.5% dhe 4 studentë nga viti i dytë, ose 11.7%.

Nëse do t’i përdornim këto të dhëna për të përgjithësuar, në kohortin e studentëve që do të diplomohen në vitet 2024-2028, mesatarisht 13.2% e tyre kanë ndërmarrë veprim.

²Pyetja është shoqëruar me sqarimin se përpjekje apo procedura për t’u larguar konsiderohen mësimi i një gjuhë të huaj me qëllim emigrimin, studimi për provime për të fituar të drejtën e ushtrimit të profesionit, aplikime për punë në institucione shëndetësore jashtë vendit etj.

me konkrete për t'u larguar në momentin e kryerjes së këtij studimi. Pa marrë parasysh numrin e studentëve ende në fillim të studimeve që mund ta marrin këtë vendim në vijim, nga afërsisht 1400 mjekë të diplomuar në Fakultetin e Mjekësisë në vitet 2024-2028, 185 mjekë janë duke u përgatitur që të largohen që tani. Megjithatë, duhet mbajtur parasysh se shumë studentë fillojnë të mësojnë një gjuhë të huaj në rast se vendosin të largohen, por jo gjithnjë largohen nga Shqipëria.



Nën rubrikën "Nëse po, specifiko shtetin:" janë përgjigjur 74 studentë, më shumë se 45 që janë përgjigjur "Po" në pyetjen më sipër, që do të thotë se ka studentë që kanë një shtet ndërmend, por nuk kanë nisur procedurat për të shkuar atje. Vendet e përmendura më shpesh janë Gjermania (36% e përgjigjeve), Italia dhe Anglia, të pasuara nga SHBA-të dhe Kanadaja, Franca, Vendet e Ulëta, Austria, Norvegjia etj.

Nën pyetjen "Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:", opsioni i zgjedhur më shpesh ka qenë "Pagat" (81.2% e studentëve kanë klikuar mbi këtë opsion), pasuar nga "Mundësitë për rritje profesionale" me 67.1% dhe "Infrastruktura e shërbimit shëndetësor" me 57.9%.

Një numër të lartë përzgjedhjes kanë marrë opsionet "Zhvillimi i përgjithshëm i vendit dhe nevoja për përmbushje personale" (42.4%); "Zhvillimi i pabarabartë në zona të ndryshme të vendit" (39.4%) dhe "Siguria në punë" (39.1%). Vetëm rreth 1.5% e studentëve (5 studentë) kanë zgjedhur pohimin "Nuk kam asnjë arsye për t'u larguar".

Në vazhdim studentët janë pyetur: "Listo ose zgjero më tej lidhur me pyetjen më sipër, nëse ka opsione që nuk i gjen të listuara:" dhe kanë dhënë këto përgjigje:

"Specializimet pa pagesë (shumica e kuotave të lira)"

"Trajtimi jo i duhur i figurës së mjekut"

"Pamundësia për rritje profesionale nëse nuk ke mbiemrin e njohur dhe të rëndësishëm nga paraardhësit e tu"

³ Studentët aktualisht në vitin e dytë, të tretë, të katërt, të pestë ose të gjashtë përbëjnë kohortet e mjekëve që do të diplomohen në 2024-2028.

Grafiku 12: Perceptimet mbi arsyet kryesore për t'u larguar – Studentët

Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:



“Mungesa e kërkimit shkencor”

“Korrupsioni për vendet e punës”

“Mungesa e sigurisë dhe mbështetjes”

“Meritokracia”

“Pamundësia për të ofruar shërbimin e duhur ndaj pacientit, për shkak të kushteve jo të duhura spitalore”

“Mjekët egoistë që nuk duan t'i mësojnë të rinjtë”

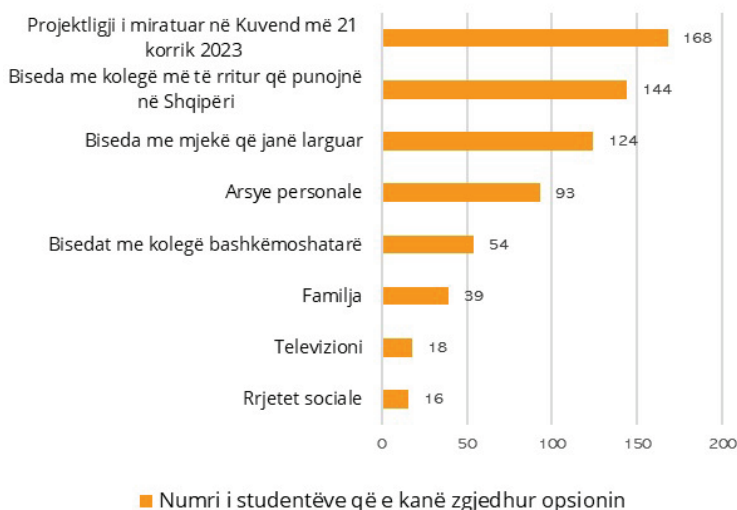
Duke mbajtur parasysh se studentët ende nuk kanë përvoja punësimi si mjekë, në vijim ata u pyetën mbi faktorët që i kanë orientuar perceptimet e tyre. Emigracioni është një dukuri që e tejkalon sektorin dhe faktorë e mentalitete jashtë tij u morën gjithashtu në konsideratë. Sidoqoftë, u reflektua, siç vërehet më poshtë, se mendimi i tyre mbi largimin ishte kryesisht i bazuar në eksperiencat e kolegëve.

Studentëve iu kërkua të zgjidhnin dy nga opsionet që i konsideronin si ndikim kryesor në formimin e opinioneve më sipër, në vijim të kësaj pyetjeje, ku alternativat ishin: “Biseda me kolegë bashkëmohatarë”; “Biseda me kolegë më të rritur që punojnë në Shqipëri”; “Biseda me mjekë që janë larguar”; “Televizioni”; “Rrjetet sociale”; “Familja”; “Arsye personale”; “Projektligji i miratuar në Kuvend më 21 korrik 2023 për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë”.

I përzgjedhur nga 49% e studentëve, ligji për studentët e mjekësisë është shtuar si opsion nga ne për të kuptuar nëse mund të ketë një lidhje shkakësore të situatës së krijuar prej tij dhe vendimit të mjekëve të rinj për t’u larguar. Kjo lidhje shkakësore nuk është aq e dukshme, madje është kundërintuitive, por duket se ekziston, siç dëshmohet nga përgjigjet. Kjo mund të ketë të bëjë me ndjenjën e pasigurisë për të ardhmen që këto ndryshime të befta në legjislacion krijojnë, por mund të jetë edhe një përzgjedhje “demonstrative” e studentëve për të treguar mospëlqimin ndaj këtij ligji.

Grafiku 13: Ndikimet kryesore në formimin e opinioneve mbi motivet për t’u larguar – Studentët

Zgjidh dy nga opsionet që i konsideron si ndikim kryesor në formimin e opinioneve më sipër:



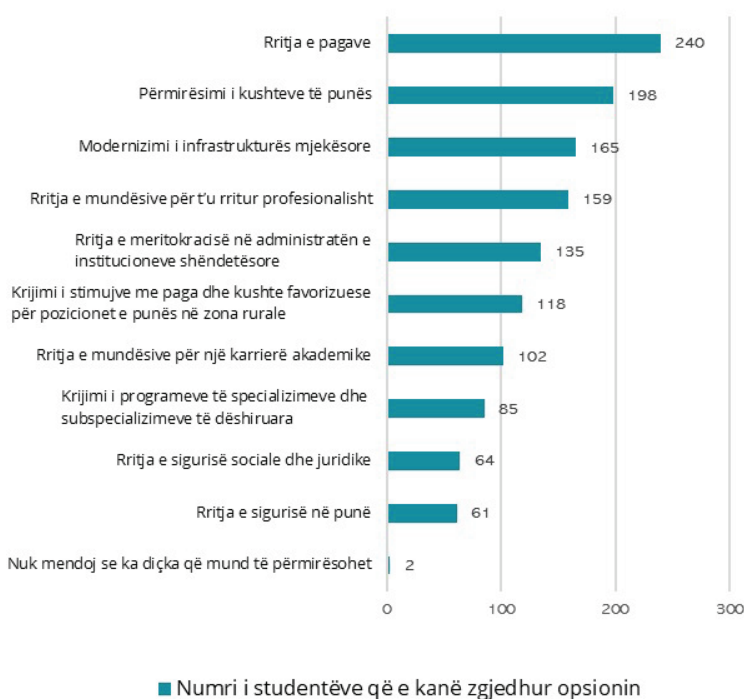
Në vijim, të pyetur “Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta rikonsideroje Shqipërinë në rast se planifikon të largohesh:”, ku alternativat ishin “Rritja e pagave”; “Rritja e mundësive për t’u rritur profesionalisht”; “Përmirësimi i kushteve të punës”; “Modernizimi i infrastrukturës mjekësore”; “Rritja e meritokracisë në administratën e institucioneve shëndetësore”; “Rritja e sigurisë sociale dhe juridike”; “Rritja e sigurisë në punë”; “Krijimi i programeve të specializimeve dhe subspecializimeve të dëshiruara që nuk i gjen këtu”; “Rritja e mundësive për një karrierë akademike”; “Krijimi i stimujve me paga dhe kushte favorizuese për pozicionet e punës në

zona rurale”; “Nuk mendoj se ka diçka që mund të përmirësohet”, u pasqyrua i njëjti trend si në arsyet për t’u larguar.

Mbizotëroi “Rritja e pagave” (70.5% e studentëve kanë klikuar mbi këtë opsion); “Përmirësimi i kushteve të punës” (58.2%); “Modernizimi i infrastrukturës mjekësore” (48.5%) dhe “Rritja e mundësive për t’u rritur profesionalisht” (46.7%).

Grafiku 14: Perceptimet mbi ndryshimet që do t’i shtynin ta rikonsideronin Shqipërinë – Studentët

Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta rikonsideroje Shqipërinë në rast se planifikon të largohesh:



Oferta punësimi

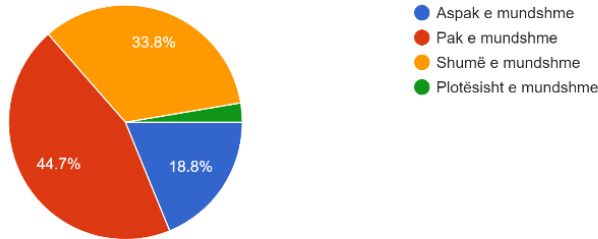
Për studentët janë formuluar dy oferta punësimi, njëra me rrogë më të lartë, në një zonë rurale dhe/ose të largët dhe njëra me rrogë afër rrogës mesatare, në një zonë të urbanizuar.

Të pyetur “Në rast se do t’ju ofrohej pas mbarimit të studimeve një kontratë dyvjeçare për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendlindjes dhe vendbanimit tuaj të tanishëm, me pagë 200.000 ALL (të reja), sa e mundur është që ta pranoni?” 18.8% e studentëve kanë zgjedhur “Aspak e mundshme”; 44.7% e studentëve kanë zgjedhur “Pak e mundshme”; 33.8% kanë zgjedhur “Shumë e mundshme” dhe 2.6% kanë zgjedhur “Plotësisht e mundshme”. 78.5% e studentëve janë në një zonë “gri”, ndërmjet pak dhe shumë të mundshmes.

Grafiku 15: Perceptimet e studentëve në lidhje me një detyrim kontraktual 2-vjeçar për të punuar në një zonë të largët ose rurale kundrejt pagës 200.000 lekë të rinj

Në rast se do t’ju ofrohej pas mbarimit të studimeve një kontratë dyvjeçare për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendlindjes dhe vendbani...0 ALL (të reja), sa e mundur është që ta pranoni?

340 responses



Në vijim, ata janë pyetur të zgjerojnë më tej se pse e kanë bërë këtë zgjedhje, në një pyetje të hapur, ku janë përgjigjur 58 studentë.

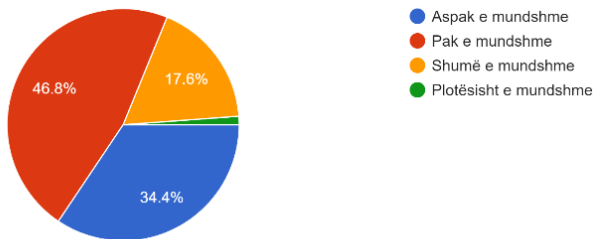
Ata kanë përshkruar një larmi kërkesash dhe faktorësh që duhet të merren parasysh. Disa prej tyre shprehen se paga në fjalë e justifikon sakrificën për të punuar larg familjes. Disa të tjerë shprehen se paga nuk është mjaftueshëm nëse do të mbulonin strehimin dhe transportin me shpenzime nga xhepi, duke marrë parasysh edhe infrastrukturën e dobët rurale.

Oferta e dytë për studentët ka qenë: “Në rast se do t’ju bëhej e njëjta ofertë si më sipër, por me pagë 80.000 ALL dhe në një zonë më të urbanizuar, sa e mundur është që ta pranoni?”.

Grafiku 16: Perceptimet e studentëve në lidhje me detyrimin kontraktual pas studimeve për të punuar në një zonë të urbanizuar kundrejt pagës 80.000 lekë të rinj

Në rast se do t’ju bëhej e njëjta ofertë si më sipër, por me pagë 80.000 ALL dhe në një zonë më të urbanizuar, sa e mundur është që ta pranoni?

340 responses



34.4% e studentëve janë përgjigjur “Aspak e mundshme”; 46.8% e studentëve janë përgjigjur “Pak e mundshme”, 17.6% janë përgjigjur “Shumë e mundshme” dhe 1.2% janë përgjigjur “Plotësisht e mundshme”. 81.2% e studentëve janë në krahun negativ të përgjigjeve, midis aspak dhe pak të mundshmes.

Njëjtë si më sipër, ata janë pyetur: “Jep sqarime për zgjedhjen tënde, nëse i sheh të nevojshme”.

Janë përgjigjur në këtë pyetje 53 studentë. Disa prej tyre shpjegojnë se pse është më e favorshme të punosh në një zonë të urbanizuar nga pikëpamja sociale dhe profesionale, por një numër i madh studentësh nënvizojnë se paga është shumë e ulët dhe nuk mjafton për të përballuar kostot e jetesës në qytet, si edhe nuk merr parasysh vitet dhe kostot e studimeve.

Një kopje e plotë e këtyre përgjigjeve të shtjelluara për të dyja ofertat e punësimit gjendet në **Shtojcën 1**.

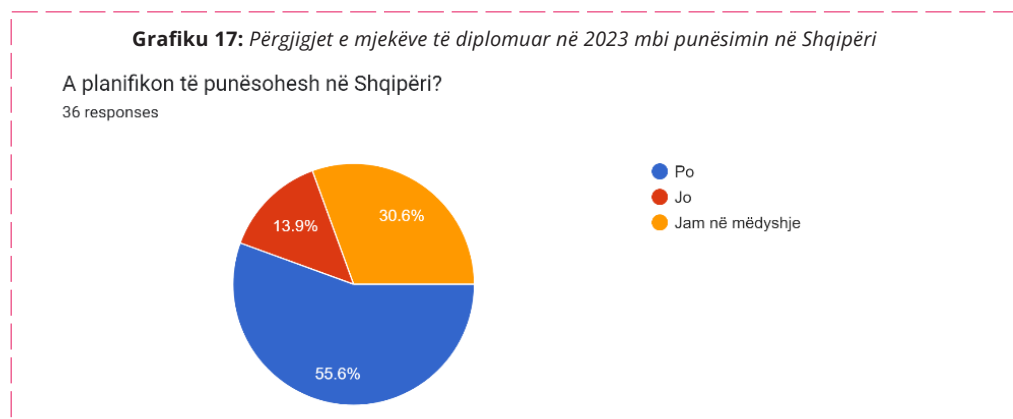
Mjekët e diplomuar në vitin 2023

Mjekët e përgjithshëm të diplomuar në 2023 kishin një seksion të dedikuar në pyetësor. U anketuan 36 mjekë të sapodiplomuar.

Në momentin e plotësimit të pyetësorit, ata ishin duke kryer rotacionet e praktikës profesionale dhe përfaqësojnë një urë lidhëse ndërmjet studentit ende pa përvoja pune dhe mjekut që merr vendime për të ardhmen.

Punësimi në Shqipëri

Të pyetur “A planifikon të punësohesh në Shqipëri?” 55.6% e mjekëve të sapodiplomuar kanë dhënë përgjigjen “Po”; 13.9% kanë dhënë përgjigjen “Jo”; 30.6% kanë dhënë përgjigjen “Jam në mëdyshje”.



Të pyetur “A ke preferenca për rrethe, zona të ndryshme të vendit? Specifiko (p.sh. Tiranë):” përgjigjja e dhënë më shpesh ka qenë “Tiranë” me 15 përgjigje. Ka pasur edhe rrethe të tjera, si Durrës, Fier e Korçë, njëkohësisht vendlindja e të pyeturve, të përmendura bashkë me Tiranën, ose rrethe të tjera, përsëri vendlindja e pjesëmarrësve. I vetmi vend “i zgjedhur” prej pjesëmarrësve në mungesë të rrethanave të tjera personale e familjare mbetet kryeqyteti, një tipar i cili ka mbetur konsistent përgjatë gjithë këtij studimi.

Të pyetur se cila do të ishte arsyeja kryesore për këtë zgjedhje, përgjigjet e dhëna më shpesh mbeten “Balancë punë/jetë personale” dhe “Arsye personale (familja, partneri etj.)”, me dy të tretën e përgjigjeve të dhëna, që pasqyron, njëllor si te studentët, që zgjedhja e vendit të punësimit bëhet më së shumti mbi këto rrethana sesa mbi kërkesat profesionale, që kalojnë në plan të dytë. Kjo mund të ketë të bëjë ndër të tjera me faktin se mjekët e rinj kanë shumë pak ose aspak të ardhura dhe janë të varur nga sistemi i suportit që kanë pasur gjatë studimeve, si prindërit, vëllezër apo motra, partneri etj.

Grafiku 18: Arsyet kryesore për zgjedhjen mbi vendin e punësimit – Mjekët e diplomuar në 2023

Cila do të ishte arsyeja kryesore për këtë zgjedhje?
36 responses



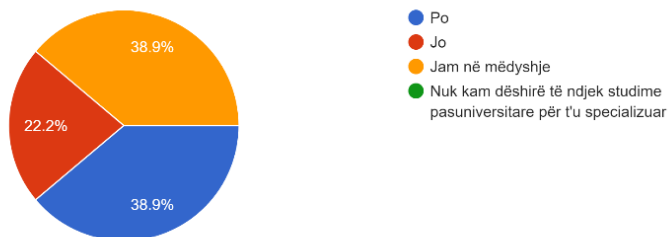
Specializimi

Të pyetur "A planifikon të specializohesh në Shqipëri?" 38.9% mjekë (14 përgjigje) janë përgjigjur "Po" dhe 38.9% janë përgjigjur "Jam në mëdyshje". 22.2% e të pyeturve janë përgjigjur "Jo".

Asnjë prej tyre nuk është përgjigjur "Nuk kam dëshirë të ndjek studime pasuniversitare për t'u specializuar".

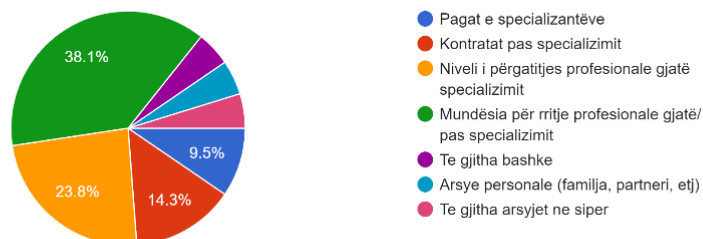
Grafiku 19: Përgjigjet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi specializimin në Shqipëri

A planifikon të specializohesh në Shqipëri?
36 responses



Grafiku 20: Faktorët që shtynë në moszgjedhjen e një specializimi në Shqipëri – Mjekët e diplomuar në 2023

Nëse përgjigjja e pyetjes më sipër është "jo" ose "jam në mëdyshje", zgjidh faktorin që konsideron si më të rëndësishëm në zgjedhjen tënde, ose shtojë në rubrikën "other":
21 responses

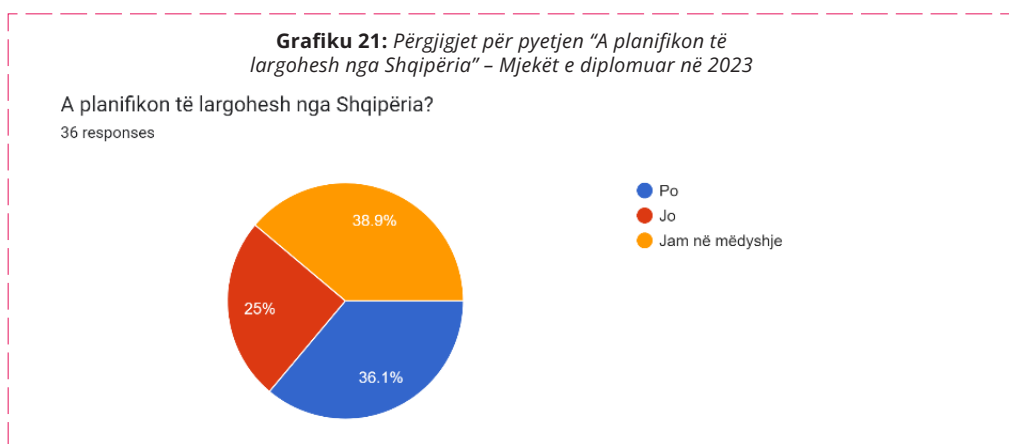


Mjekët që janë përgjigjur “Jo” ose “Jam në mëdyshje” janë pyetur mbi faktorin më të rëndësishëm në zgjedhjen e tyre, ku mbizotëron “Mundësia për rritje profesionale gjatë/pas specializimit” dhe “Niveli i përgatitjes profesionale gjatë specializimit”. Ndryshe nga zgjedhja e zonës ku duan të punësohen, ku rrethanat sociale janë më përcaktuese, stimul kryesor për vendimin e specializimit janë kërkesat profesionale.

Planet për t'u larguar

Të pyetur nëse planifikojnë të largohen nga Shqipëria, 13 mjekë janë përgjigjur “Po”, 9 mjekë janë përgjigjur “Jo” dhe 14 mjekë janë përgjigjur “Jam në mëdyshje”.

Të pyetur: “A ke nisur procedurat, përpjekjet për t'u larguar?”, një e treta, ose 33.3% e tyre janë përgjigjur “Po”, kurse pjesa e mbetur janë përgjigjur “Jo”.

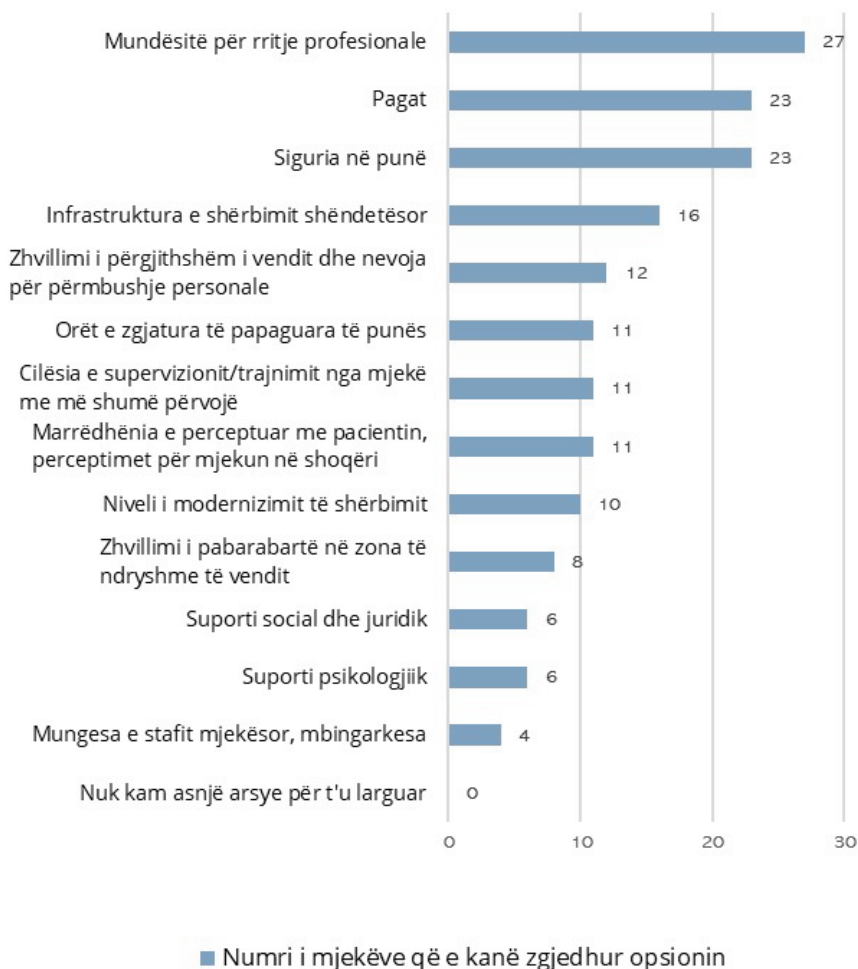


Shteti trend mbetet përsëri Gjermania, të cilën në pyetjen pasardhëse “Nëse po, specifikto shtetin:” e kanë shtuar 9 studentë, ose një e katërta e të anketuarve.

Nën kërkesën “Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyt e mëposhtme si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:” struktura e përgjigjeve mbetet e ngjashme me studentët, përveç faktit se mjekët e sapodiplomuar kanë zgjedhur më shpesh “Mundësitë për rritje

Grafiku 23: Perceptimet mbi arsyet kryesore për t'u larguar – Mjekët e diplomuar në 2023

Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:



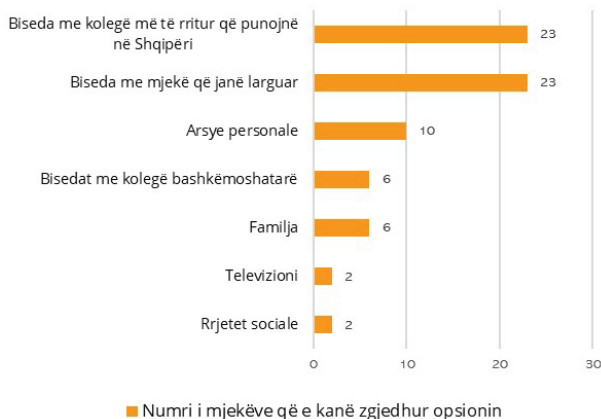
profesionale” sesa “Pagat”.

Të pyetur “Zgjidh dy nga opsionet e mëposhtme që i konsideron si ndikim kryesor në formimin e opinioneve më sipër:”, bisedat me kolegë më të rritur që punojnë në Shqipëri dhe bisedat me mjekë që janë larguar mbeten ndikim kryesor, të pasuara nga “Arsye personale”.

Të pyetur për katër ndryshimet që do t'i bënin ta rikonsideronin Shqipërinë, në rast se planifikojnë të largohen, mjekët e sapodiplomuar kanë zgjedhur në një masë të njëjtë “Rritja e pagave” dhe “Përmirësimi i kushteve të punës” (të përzgjedhura nga 23 herë), pasuar nga “Rritja e mundësive për t'u rritur profesionalisht”.

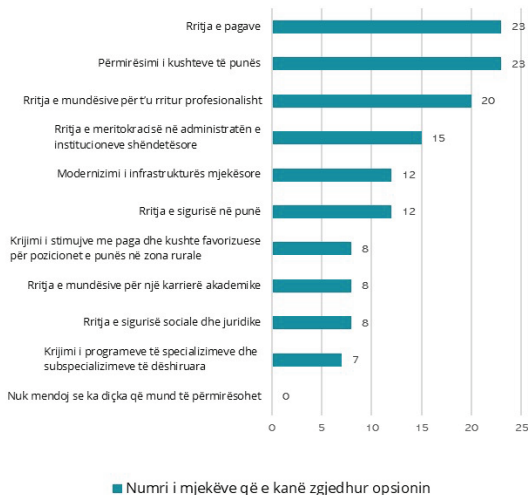
Grafiku 24: Ndikimet kryesore në formimin e opinionëve mbi motivet për t'u larguar – Mjekët e diplomuar në 2023

Zgjidh dy nga opsionet e mëposhtme që i konsideron si ndikim kryesor në formimin e opinionëve më sipër:



Grafiku 25: Perceptimet mbi ndryshimet që do t'i shtynin ta rikonsideronin Shqipërinë – Mjekët e diplomuar në 2023

Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta rikonsideroje Shqipërinë në rast se planifikon të largohesh



Oferta punësimi

Mjekët e diplomuar në 2023, si edhe mjekë të tjerë që u bënë pjesë e këtij pyetësi, janë pyetur mbi pagën që do t'i vendosnin vetes, me pyetjen: “Pa llogaritur burime të tjera të ardhurash dhe as joshjen nga ryshfetet gjatë punës, cila do të ishte paga mujore që do t'i vendosje vetes (përfshi specializimin):”.

Pas përjashtimit të një përgjigjeje invalide, mesatarja e pagës së propozuar prej tyre ka qenë **198,857 lekë të rinj neto**.

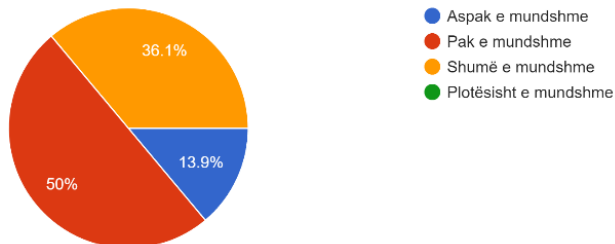
Të pyetur “Në rast se do t’ju ofrohej një kontratë dyvjeçare për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendlindjes dhe vendbanimit tuaj të tanishëm, me pagë 200.000 lekë të rinj, sa e mundur është që ta pranoni?” 50% e mjekëve janë përgjigjur “Pak e mundshme”, 36.1% janë përgjigjur “Shumë e mundshme” dhe 13.9% janë përgjigjur “Aspak e mundshme”.

Disa mjekë kanë shtjelluar më tej. Njëri prej tyre është shprehur se do ta pranonte si vend pune për të mbledhur disa kursime për të ardhmen. Një tjetër shprehet se mundësia për ta pranuar varet nga sa larg është kjo qendër shëndetësore nga vendbanimi i tanishëm. Një mjek shprehet:

“Dua të vazhdoj rritjen në karrierë në vazhdimësi dhe jo thjesht para”.

Grafiku 26: Perceptimet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi një detyrim kontraktual 2-vjeçar për të punuar në një zonë të largët ose rurale kundrejt pagës 200.000 lekë të rinj

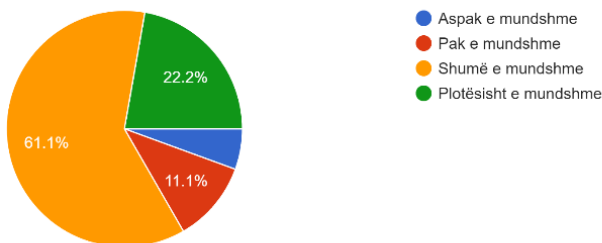
Në rast se do t’ju ofrohej një kontratë dyvjeçare për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendlindjes dhe vendbanimit tuaj të tanishëm, me pa...0 ALL (të reja), sa e mundur është që ta pranoni?
36 responses



Në vijim ata janë pyetur: “Nëse do t’ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punuar si specialist për të paktën 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?”. 61.1% e mjekëve janë përgjigjur “Shumë e mundshme”; 22.2% janë përgjigjur “Plotësisht e mundshme”, 11.1% janë përgjigjur “Pak e mundshme” dhe 5.6% janë përgjigjur “Aspak e mundshme”.

Grafiku 27: Perceptimet e mjekëve të diplomuar në 2023 mbi një program specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual pune në rikthim për 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj

Nëse do t’ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punu... të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?
36 responses



Lidhur me këtë, një ndër përgjigjet e dhëna në pyetjen pasardhëse “Jep sqarime për zgjedhjen tënde, nëse i sheh të nevojshme” ishte:

“Do merrja trajnim më të mirë jashtë dhe pagë shumë të kënaqshme në rikthim, prandaj për 3 vite do pranoja këtë kontratë.”

Mjekët e përgjithshëm të licensuar

Në pyetësor kishte një seksion të dedikuar edhe për mjekët e përgjithshëm të licensuar në Shqipëri, të cilët ushtrojnë ose jo profesionin në momentin e studimit. U përgjigjën 23 mjekë të përgjithshëm. Mosha mesatare e tyre ishte 29.1 vjeç, kurse ajo mediane 28 vjeç. Mosha më e madhe e të pyeturve ishte 41, kurse ajo më e vogël ishte 25.

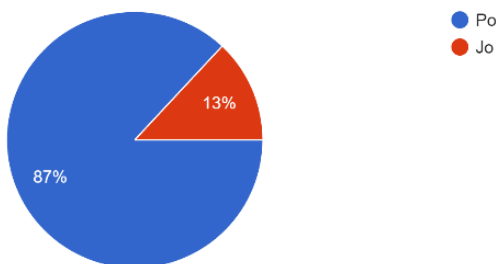
Gjendja e punësimit

20 prej tyre, ose 87% e mjekëve të pyetur ishin të punësuar si mjekë, 12 prej të cilëve ishin punësuar prej platformës “Mjekë për Shqipërinë”⁴.

Grafiku 28: Statusi i punësimit – Mjekët e përgjithshëm të licensuar

A je i/e punësuar si mjek?

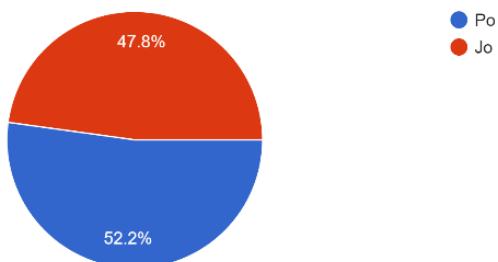
23 responses



Grafiku 29: Punësimi nëpërmjet platformës “Mjekë për Shqipërinë” – Mjekët e përgjithshëm të licensuar

A jeni punësuar nëpërmjet platformës “Mjekë për Shqipërinë”?

23 responses

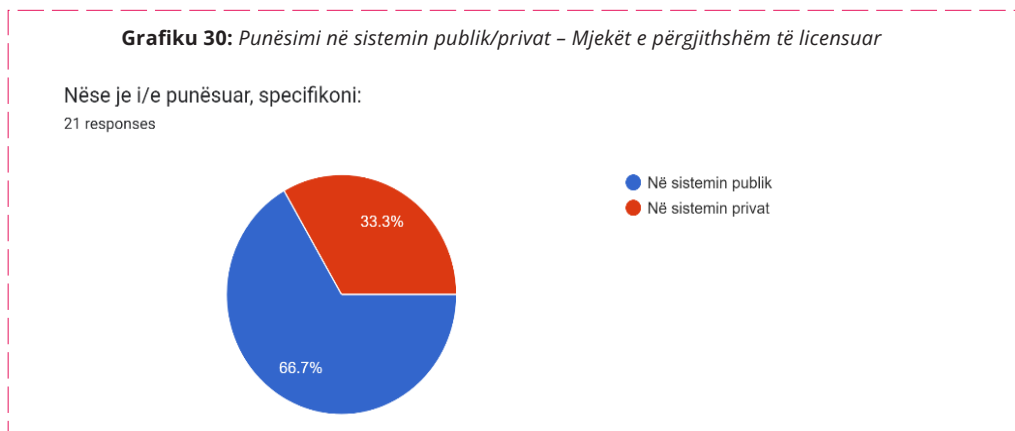


⁴<https://mjeke.shendetesia.gov.al/>

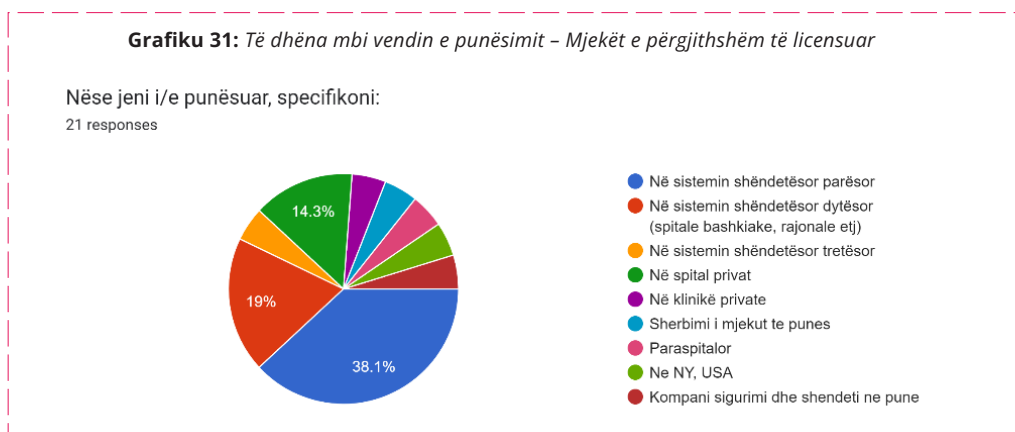
Pak më shumë se gjysma e mjekëve të pyetur kanë përdorur shërbimet e kësaj platforme konkurrimi për të gjetur një vend pune, ndërkohë që pjesa tjetër punonin në sektorin privat, në shërbimin paraspitalor etj.

Dhjetë prej mjekëve të pyetur ishin të punësuar në Tiranë, dy prej tyre ishin të punësuar në Elbasan, ndërkohë që kishte edhe mjekë të punësuar në Fier, Krujë, Lushnjë, Pogradec, Sarandë, Shkodër dhe Tepelenë.

14 mjekë, ose 66.7% ishin të punësuar në sistemin publik dhe 7 mjekë, ose 33.3% në sistemin privat.



Shumica e mjekëve të pyetur punonin në sistemin shëndetësor parësor, në atë dytësor (spitale bashkiake dhe rajonale) dhe në spitale private.



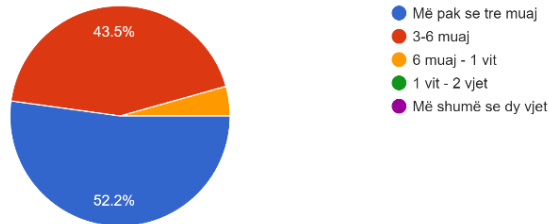
Duket se punësimi nuk ka qenë një problem në kuptimin e aksesit ndaj tij për mjekët e pyetur, gjë që reflektohet në grafikët më poshtë.

Të gjithë mjekët e pyetur kanë qenë të papunë për më pak se një vit.

Grafiku 32: Koha gjatë së cilës kanë qenë të papunë pas licensimit – Mjekët e përgjithshëm të licensuar

Për sa kohë në total keni qenë i papunë, pas marrjes së të drejtës për të ushtruar profesionin (licensës) në Shqipëri?

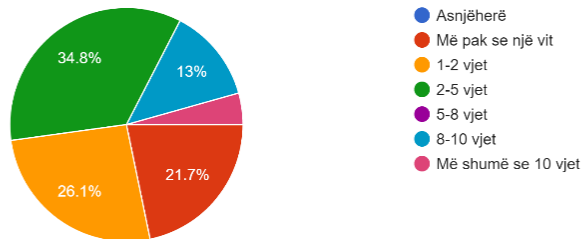
23 responses



Grafiku 33: Koha gjatë së cilës kanë qenë të punësuar në Shqipëri – Mjekët e përgjithshëm të licensuar

Për sa vite keni punuar në total në sistemin shëndetësor shqiptar (edhe nëse tani nuk punoni)?

23 responses



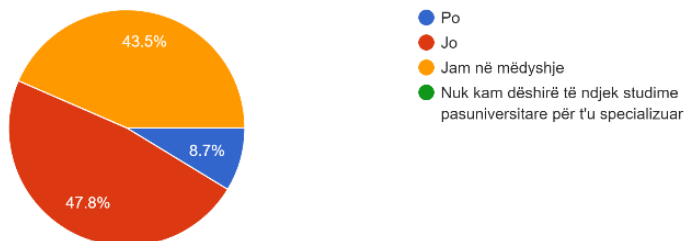
Specializimi

Të pyetur “A planifikon të specializohesh në Shqipëri?”, 8.7% e mjekëve të përgjithshëm janë përgjigjur “Po”; 47.8% janë përgjigjur “Jo” dhe 43.5% janë përgjigjur “Jam në mëdyshe”. Siç shihet, 91.3% e mjekëve kanë dhënë përgjigje negative ose jodefinite.

Grafiku 34: Përgjigjet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi specializimin në Shqipëri

A planifikon të specializohesh në Shqipëri?

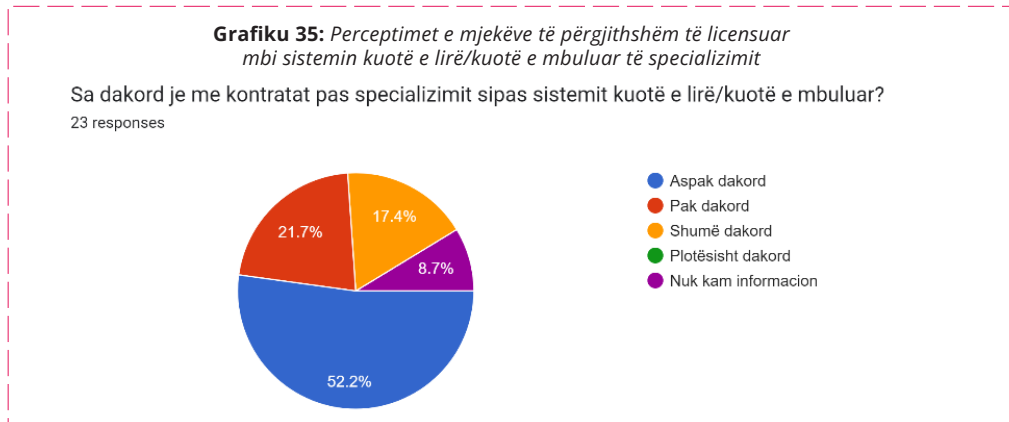
23 responses



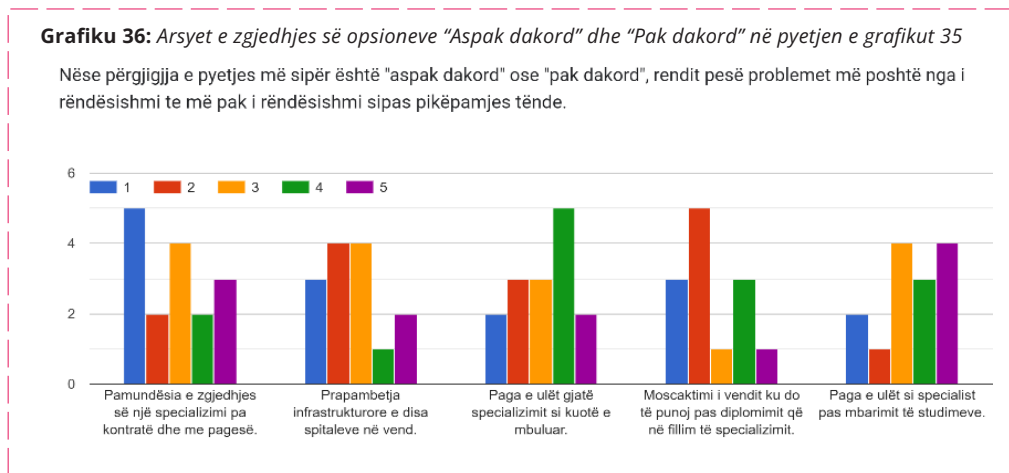
Mendojmë se ky rezultat reflekton një fakt joformal se mjekët e rinj që punësohen si mjekë të përgjithshëm janë në një masë të madhe duke ndjekur kurse gjuhe, procedu-

dura, provime për të emigruar si mjekë, ndërkohë që ushtrojnë profesionin. Kështu, një pjesë e atyre që punojnë në shërbimin parësor e bëjnë këtë, sepse puna si mjek familjeje u lë më shumë hapësirë për këto angazhime sesa specializimi, si edhe nuk përfshin detyrim kontraktual, siç ndodh me këtë të fundit.

Mjekët e përgjithshëm janë pyetur nëse janë dakord me kushtet aktuale të kuotave të specializimit. 52.2%, ose 12 prej të pyeturve kanë zgjedhur opsionin “Aspak dakord”, pasuar nga “Pak dakord” me 21.7% dhe “Shumë dakord” me 17.4%. Dy mjekë, ose 8.7% kanë dhënë përgjigjen “Nuk kam informacion”.



Në vijim, mjekëve që kanë zgjedhur “Aspak dakord” ose “Pak dakord” në pyetjen më sipër, u është kërkuar të renditin problemet nga më i rëndësishmi te më pak i rëndësishmi. Me rritjen e vlerave nga 1 në 5, kemi përlllogaritur një indeks për secilin, ku nga 1 nis më e rëndësishmja dhe në 5 është faktori më pak i rëndësishëm. Për përlllogaritjen e një mesatareje të kësaj renditjeje, kemi llogaritur mesataren e vlerave të shënuara prej tyre për secilin pohim (nga 1 në 5, ku 1 nënkupton “më e rëndësishme” dhe 5 nënkupton “më pak e rëndësishme”).

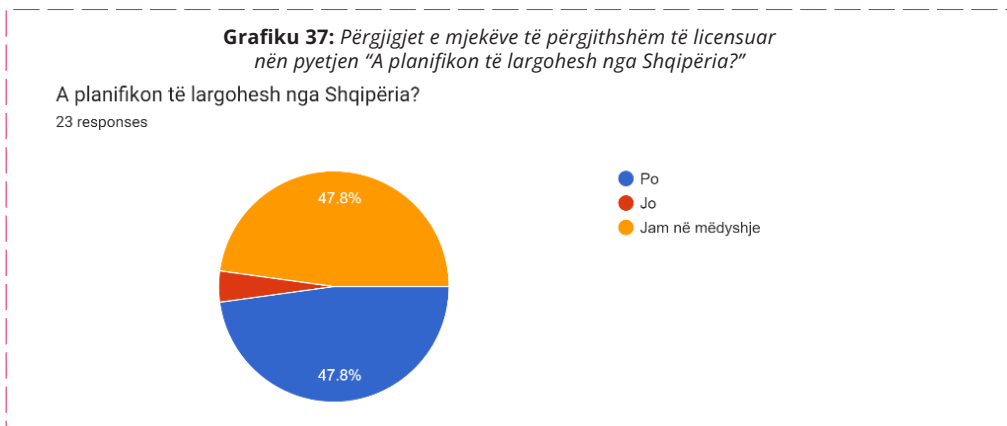


Pohimi me më shumë peshë sipas mjekëve është “Mosçaktimi i vendit ku do të punoj pas diplomimit që në fillim të specializimit” me indeks mesatar 2.53 e pastaj, në radhë

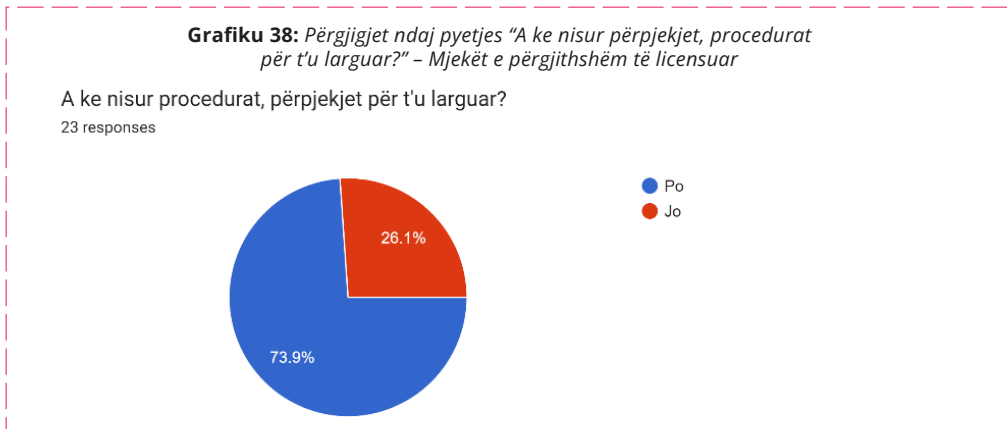
zbritëse për nga rëndësia janë “Pamundësia e zgjedhjes së një specializimi pa kontratë dhe me pagesë” me indeks mesatar 2.75; “Prapambetja infrastrukturore e disa spitaleve në vend” (2.78); “Paga e ulët gjatë specializimit si kuotë e mbuluar” (2.8); “Paga e ulët si specialist pas mbarimit të studimeve” (3.42).

Planet për t’u larguar

Të pyetur nëse planifikojnë të largohen nga Shqipëria, mbi 95% e mjekëve të pyetur janë përgjigjur “Po” ose “Jam në mëdyshje”. Vetëm një mjek i është përgjigjur “Jo” kësaj pyetjeje.



73.9% e mjekëve të pyetur përgjigjen se kanë nisur procedurat për t’u larguar. Pyetjes në vijim ku duhet të specifikojnë shtetin, pesë prej tyre i janë përgjigjur me “Gjermani”, katër të tjerë me SHBA dhe të tjerë me Angli, Norvegji, Spanjë.

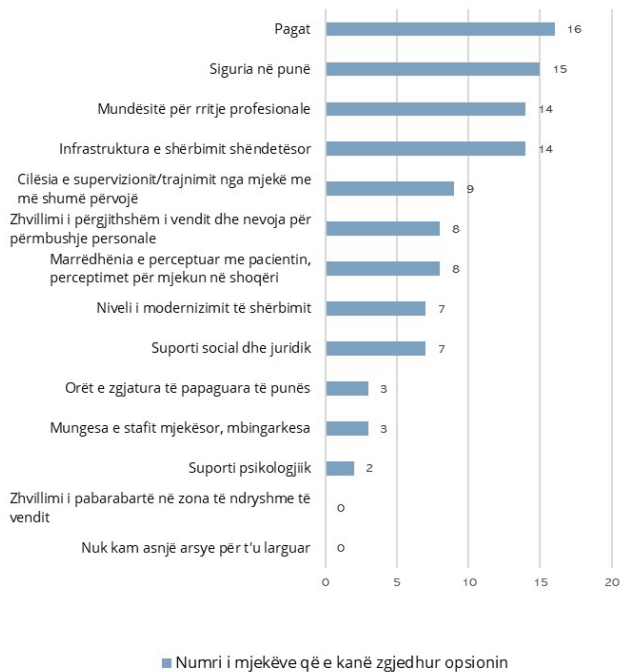


Të pyetur “Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme si motive kryesore për t’u larguar nga Shqipëria:” përgjigjet e dhëna më shpesh janë “Pagat”, “Siguria në punë”, “Infrastruktura e shërbimit shëndetësor”, “Mundësitë për rritje profesionale”.

Në pyetjen vijuese pasqyrohen probleme të ngjashme, ku mbizotërojnë përgjigjet “Përmirësimi i kushteve të punës”, pasuar nga “Rritja e pagave”, “Rritja e mundësive për t’u rritur profesionalisht”, “Modernizimi i infrastrukturës mjekësore”.

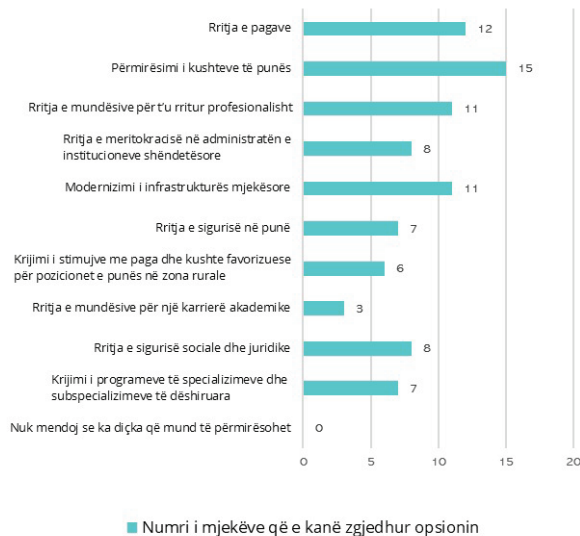
Grafiku 39: Perceptimet mbi arsyet kryesore për t'u larguar – Mjekët e përgjithshëm të licensuar

Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:



Grafiku 40: Perceptimet mbi ndryshimet që do t'i shtynin ta rikonsideronin Shqipërinë – Mjekët e përgjithshëm të licensuar

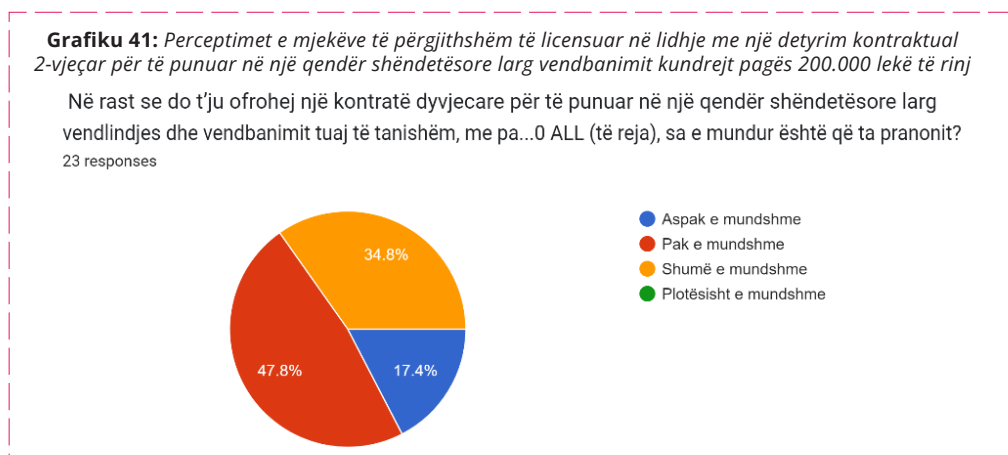
Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta rikonsideroje Shqipërinë në rast se planifikon të largohesh



Oferta punësimi

Të pyetur “Pa llogaritur burime të tjera të ardhurash dhe as joshjen nga ryshfetet gjatë punës, cila do të ishte paga mujore që do t’i vendosje vetes:”, mesatarja e pagës që mjekët kanë dhënë është **212,727 lekë të rinj, në vlerë neto**. Paga më e ulët e shënuar është 100,000 lekë të rinj dhe ajo më e lartë 500,000 lekë të rinj.

Të pyetur “Në rast se do t’ju ofrohej një kontratë dyvjeçare për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendlindjes dhe vendbanimit tuaj të tanishëm, me pagë 200.000 ALL (të reja), sa e mundur është që ta pranoni?”, 47.8% e mjekëve janë përgjigjur “Pak e mundshme”, 34.8% janë përgjigjur “Shumë e mundshme” dhe 17.4% janë përgjigjur “Aspak e mundshme”.



Përgjigjet që ata kanë dhënë për ta arsyetuar zgjedhjen e tyre kanë qenë të disa llojeve:

“Sepse zhvendosja në një vend të ri do të sillte kosto ekstra, si p.sh. shtëpia ku do jetosh, kosto që do të kompensoheshin me rrogën më të lartë.”

“Ku ka më mirë se të japësh shërbimin në vendin tënd?”

“Kam lindur dhe jam rritur në Tiranë, jetoj me prindër në pension. Është shumë e vështirë për t’u zhvendosur nga jeta që kam krijuar, të lë familjen vetëm dhe t’i heq vetes mundësinë për të vazhduar jetën sipas themeleve që kam hedhur prej vitesh në moshën që kam.”

“Unë kam punuar në Kavajë, kur jetoja në Tiranë. Kështu që do e bëja.”

“Justifikon rrugën, largësinë dhe mundin.”

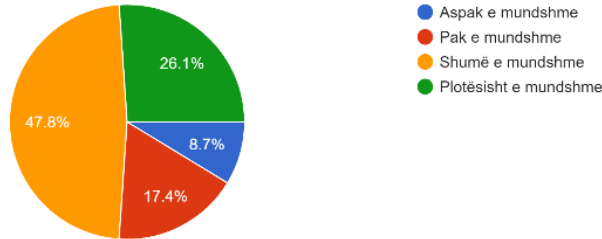
“Pamundësia e integritit të familjes.”

Mjekët janë pyetur gjithashtu “Nëse do t’ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punuar si specialist për të paktën 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?”. 47.8% e tyre janë përgjigjur “Shumë e mundshme” dhe 26.1% janë përgjigjur “Plotësisht e mundshme”, duke e bërë këtë ofertë pune një nga ofertat me përgjigjet më pozitive nga mjekët pjesëmarrës në këtë studim.

Grafiku 42: Perceptimet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi një program specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual pune në rikthim për 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj

Nëse do t'ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punuar... të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?

23 responses



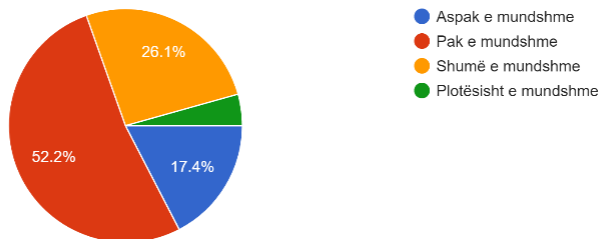
Me disa ndryshime në ofertën më sipër, ata u pyetën edhe “Nëse do t'ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punuar si specialist për të paktën 5 vjet, me pagë 200.000 lekë të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?”, ku përgjigjet anuan më shumë nga “Pak e mundshme” dhe “Aspak e mundshme”; “Shumë e mundshme”. Në arsyetimin më poshtë, njëri prej mjekëve shkruan:

“Me kostot e jetesës në Shqipëri sot, është një pagesë e pamjaftueshme për një specialist me orare të gjata pune, stres të lartë fizik dhe psikologjik si dhe një familje.”

Grafiku 43: Perceptimet e mjekëve të përgjithshëm të licensuar mbi një program specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual pune në rikthim për 5 vjet, me pagë 200.000 lekë të rinj

Nëse do t'ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi specializimi jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punuar... të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?

23 responses



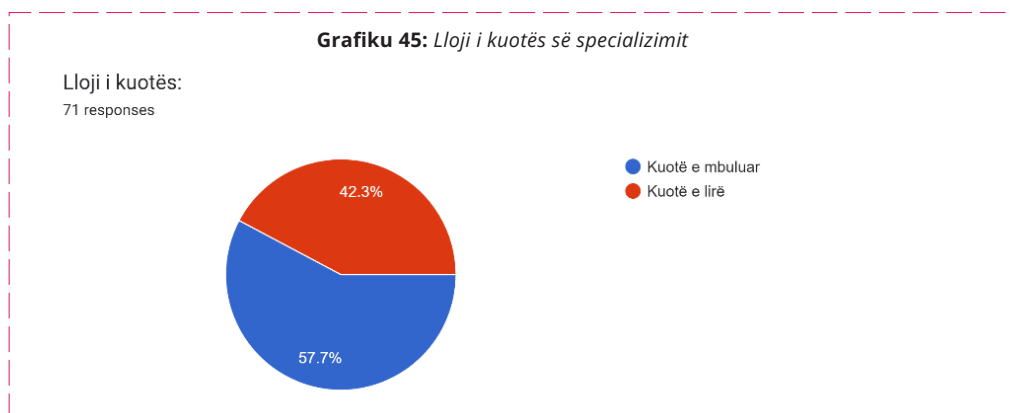
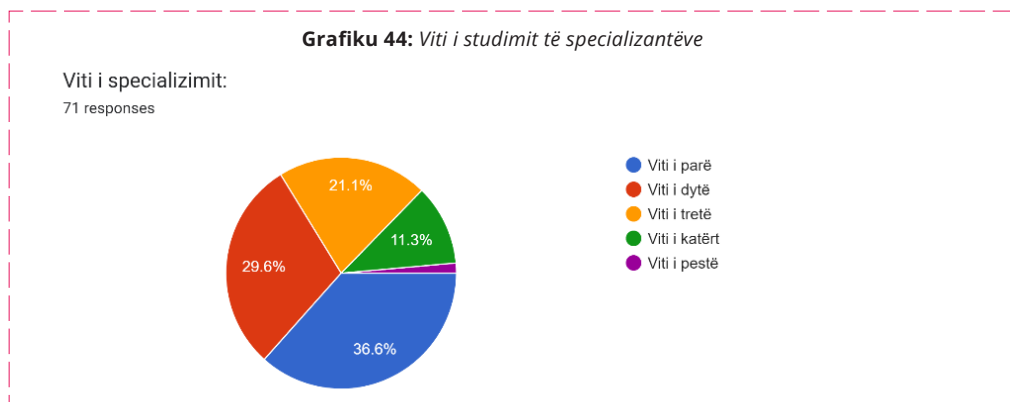
Specializantët

Specializantët janë nga subjektet më të rëndësishme për informacionin e mbledhur në këtë studim. Duke qenë një grup relativisht i ri mjekësh, i cili merr vendime të rëndësishme për karrierën profesionale, është e rëndësishme të merret këndvështrimi i tyre. Njëkohësisht, specializantët preken nga disa prej problematikave të vëna në dukje më shpesh nga mjekët, siç është puna e papaguar në kuotat e lira.

Në pyetësor u përgjigjën 71 specializantë. Moshë mesatare dhe njëkohësisht ajo mediane e tyre ishte 28 vjeç.

36.6% ishin specializantë të vitit të parë, 29.6% specializantë të vitit të dytë, 21.1% specializantë të vitit të tretë, 11.3% specializantë të vitit të katërt dhe 1.4% specializantë të vitit të pestë.

Dyzet e një prej tyre, ose 57.7% ishin të regjistruar si kuotë e mbuluar, kurse pjesa e mbetur si kuotë e lirë.

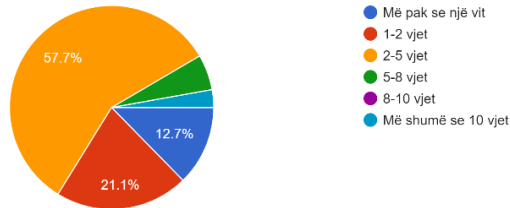


Sa i përket profilit, të pyetur mbi specialitetin, pjesëmarrësit kanë plotësuar: Kardiologji (19 specializantë), Gastrohepatologji (7), Pediatri (5), Endokrinologji (5), Diagnozë me imazhe, ose radiologji (5), Reumatologji (4), Kirurgji e përgjithshme (2), Anestezi-reanimacion (3), Sëmundje infektive (2), Mjekësi interne (2), Obstetrikë-gjinekologji (2), Kirurgji oromaksilofaciale (1), Nefrologji (2), Alergologji dhe imunologji klinike (1), Neurologji (1), Neurokirurgji (2), Kardiokirurgji (1), Ortopedi (1), Onkologji (2), Pneumologji (2), Psikiatri (1).

Të pyetur mbi vitet e punës dhe periudhën gjatë së cilës kanë qenë të papunë, edhe për specializantët duket se gjetja e një vendi pune nuk ka qenë problem, gjë që reflektohet në grafikët 46 dhe 47.

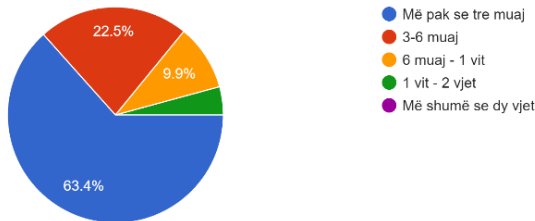
Grafiku 46: Koha gjatë së cilës kanë qenë të punësuar në sistemin shëndetësor shqiptar – Specializantët

Për sa vite keni punuar në total në sistemin shëndetësor shqiptar (përfshi vitet e specializimit)?
71 responses



Grafiku 47: Koha gjatë së cilës kanë qenë të papunë pas licensimit në Shqipëri – Specializantët

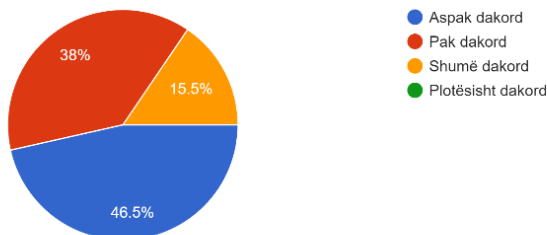
Për sa kohë në total keni qenë i papunë, pas marrjes së të drejtës për të ushtruar profesionin (licensës) në Shqipëri?
71 responses



Të pyetur: “Sa dakord je me kontratat pas specializimit sipas sistemit kuotë e lirë/kuotë e mbuluar, që aplikohen aktualisht në Fakultetin e Mjekësisë?” 46.5% e specializantëve janë përgjigjur “Aspak dakord”; 38% e tyre janë përgjigjur “Pak dakord” dhe 15.5% e tyre janë përgjigjur “Shumë dakord”.

Grafiku 48: Qëndrimet në lidhje me kontratat e specializimit – Specializantët

Sa dakord je me kontratat pas specializimit sipas sistemit kuotë e lirë/kuotë e mbuluar, që aplikohen aktualisht në Fakultetin e Mjekësisë?
71 responses



Ngjashëm me mjekët e përgjithshëm, në vijim ata janë pyetur “Nëse përgjigjja e pyetjes më sipër është “aspak dakord” ose “pak dakord”, rendit pesë problemet më poshtë nga

i rëndësishmi të më pak i rëndësishmi sipas pikëpamjes tënde”, ku janë përgjigjur 58 specializantë.

Për përlloraritjen e kësaj renditjeje, kemi llogaritur mesataren e vlerave të shënuara prej tyre për secilin pohim (nga 1 në 5, ku 1 nënkupton “më e rëndësishme” dhe 5 nënkupton “më pak e rëndësishme”). Pohimet me një vlerë më të ulët të indeksit mesatar konsiderohen edhe si ato më të rëndësishme. Kështu, “Prapambetja infrastrukturore e disa spitaleve në vend” zë vendin e parë me indeks 2.52, pasuar nga “Pamundësia e zgjedhjes së një specializimi pa kontratë dhe me pagesë” me indeks 2.77, “Moscaktimi i vendit ku do të punoj pas diplomimit që në fillim të specializimit” me indeks 2.89 “Paga e ulët si specialist pas mbarimit të studimeve” me indeks 2.98 dhe “Paga e ulët gjatë specializimit si kuotë e mbuluar” me indeks 3.28.

Grafiku 49: Arsyet e zgjedhjes së opsioneve “Aspak dakord” dhe “Pak dakord” në pyetjen e grafikut 48

Nëse përgjigjia e pyetjes më sipër është “aspak dakord” ose “pak dakord”, rendit pesë problemet më poshtë nga i rëndësishmi të më pak i rëndësishmi sipas pikëpamjes tënde.

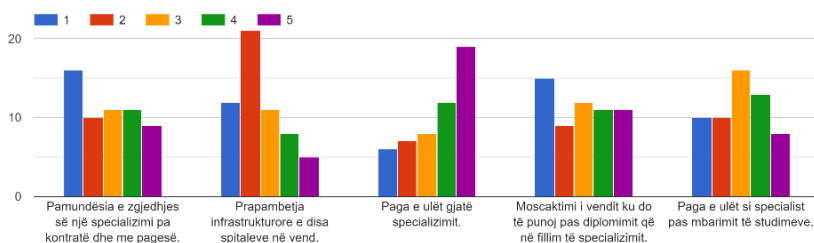


Tabela 1: Krahasim i pesë problematikave kryesore lidhur me sistemin e kuotave të specializimit - Mjekët e përgjithshëm dhe specializantët

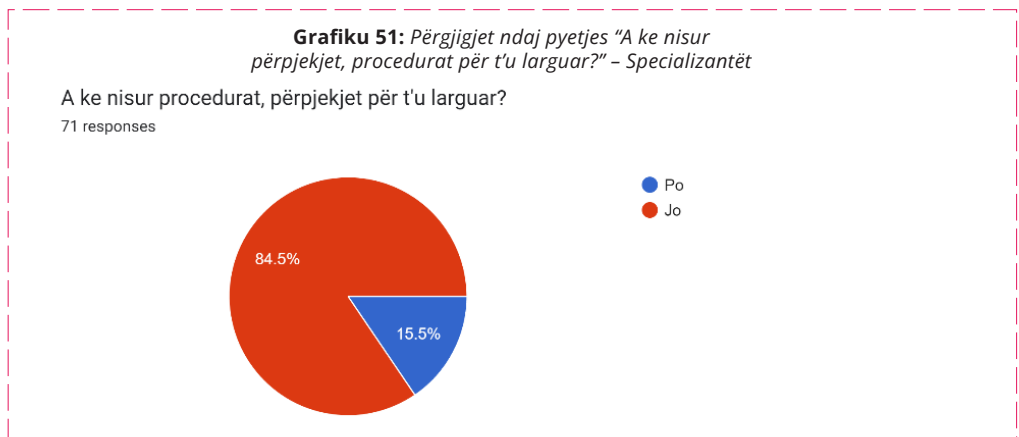
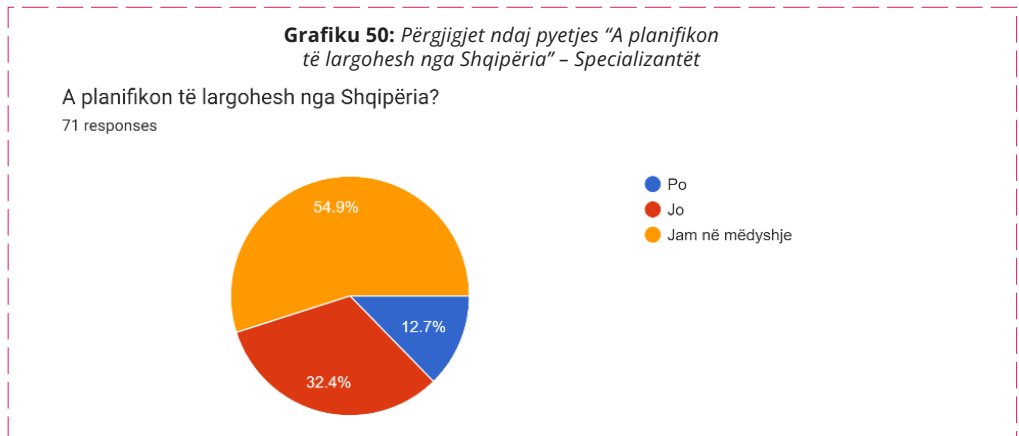
Mjekët e përgjithshëm	Specializantët	
Moscaktimi i vendit ku do të punoj pas diplomimit që në fillim të specializimit	Prapambetja infrastrukturore e disa spitaleve në vend	1
Pamundësia e zgjedhjes së një specializimi pa kontratë dhe me pagesë	Pamundësia e zgjedhjes së një specializimi pa kontratë dhe me pagesë	2
Prapambetja infrastrukturore e disa spitaleve në vend	Moscaktimi i vendit ku do të punoj pas diplomimit që në fillim të specializimit	3
Paga e ulët gjatë specializimit si kuotë e mbuluar	Paga e ulët si specialist pas mbarimit të studimeve	4
Paga e ulët si specialist pas mbarimit të studimeve	Paga e ulët gjatë specializimit si kuotë e mbuluar	5

Më e rëndësishme

Më pak e rëndësishme

Planet për t'u larguar

Të pyetur "A planifikon të largohesh nga Shqipëria?", 54.9% e të pyeturve janë përgjigjur "Jam në mëdyshje"; 32.4% janë përgjigjur "Jo" dhe 12.7% janë përgjigjur "Po".



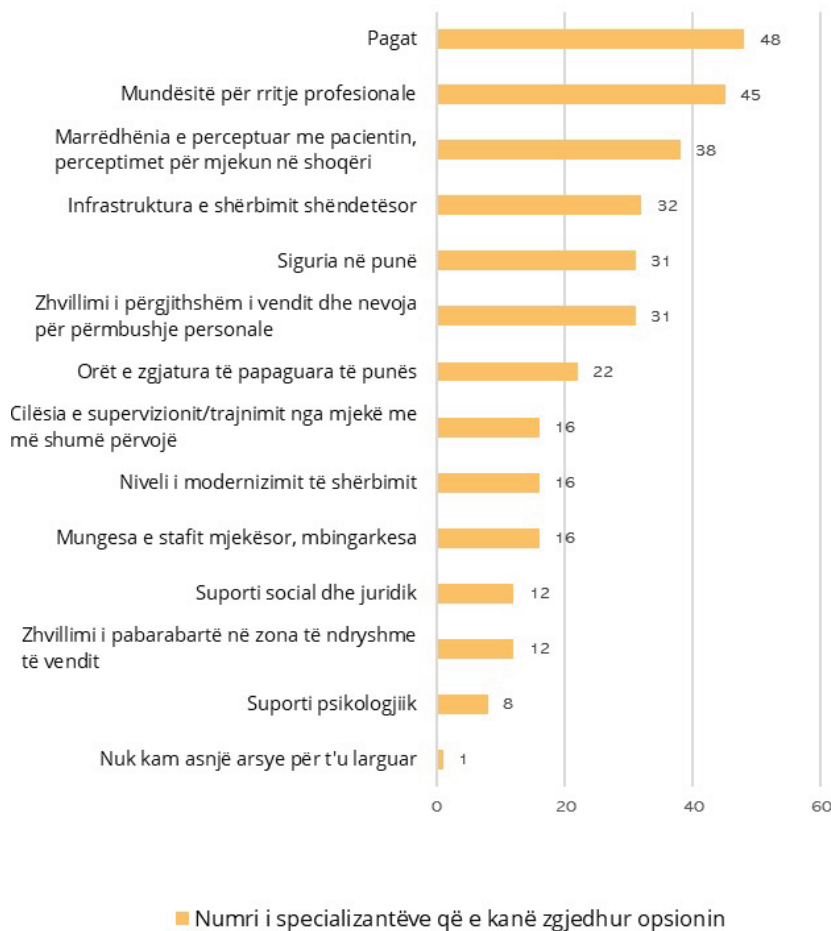
Në pyetjen në vijim, 84.5% e specializantëve thonë se nuk kanë nisur procedura për t'u larguar nga Shqipëria, kurse 15.5% shprehen se po. Shteti trend për këtë mbetet Gjermania, me gjysmën e përgjigjeve në pyetjen vijuese "Nëse po, specifiko shtetin".

Të pyetur "Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:", alternativa e zgjedhur më shpesh nga specializantët ka qenë "Pagat" me 48 përzgjedhje, ose 67.6% të të anketuarve, pasuar nga "Mundësitë për rritje profesionale" e zgjedhur 35 herë, sa 63.4% e kampionit. Mjaft e rëndësishme duket se është "Marrëdhënia e perceptuar me pacientin dhe perceptimet për mjekun në shoqëri" me 53.5% të të anketuarve, "Infrastruktura e shërbimit shëndetësor", "Siguria në punë" dhe "Zhvillimi i përgjithshëm i vendit dhe nevoja për përmbushje personale".

Te specializantët, marrëdhënia e perceptuar me pacientin merr më shumë rëndësi se në të gjitha grupet e tjera të anketuara. Në intervistat e zhvilluara me specializantë për këtë studim, disa prej tyre kanë treguar se situatat e vështira të krijuara prej qasjes së pacientëve ndaj mjekëve janë një sfidë e zakonshme profesionale.

Grafiku 52: Përzgjedhja e pesë motiveve kryesore për t'u larguar nga Shqipëria – Specializantët

Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:



Në pyetjen në vijim "Listo ose zgjero më tej lidhur me pyetjen më sipër, nëse ka opsione që nuk i gjen të listuara:" janë përgjigjur 8 specializantët:

"Pabarazia në punë."

"Personat që drejtojnë dhe kanë fuqinë e ndryshimit refuzojnë të zgjidhin situatën."

"Mungesa e financimeve nga spitali dhe ministria për trajnime dhe nënspecializime jashtë vendit."

"Specializantët kuotë e lirë - problem madhor për ne është mospagesa dhe shfrytëzimi ekstrem që na bëhet."

"Mungesa e vendeve të punës për specialitetin e kardiokirurgjisë."

“Mungesa e meritokracisë.”

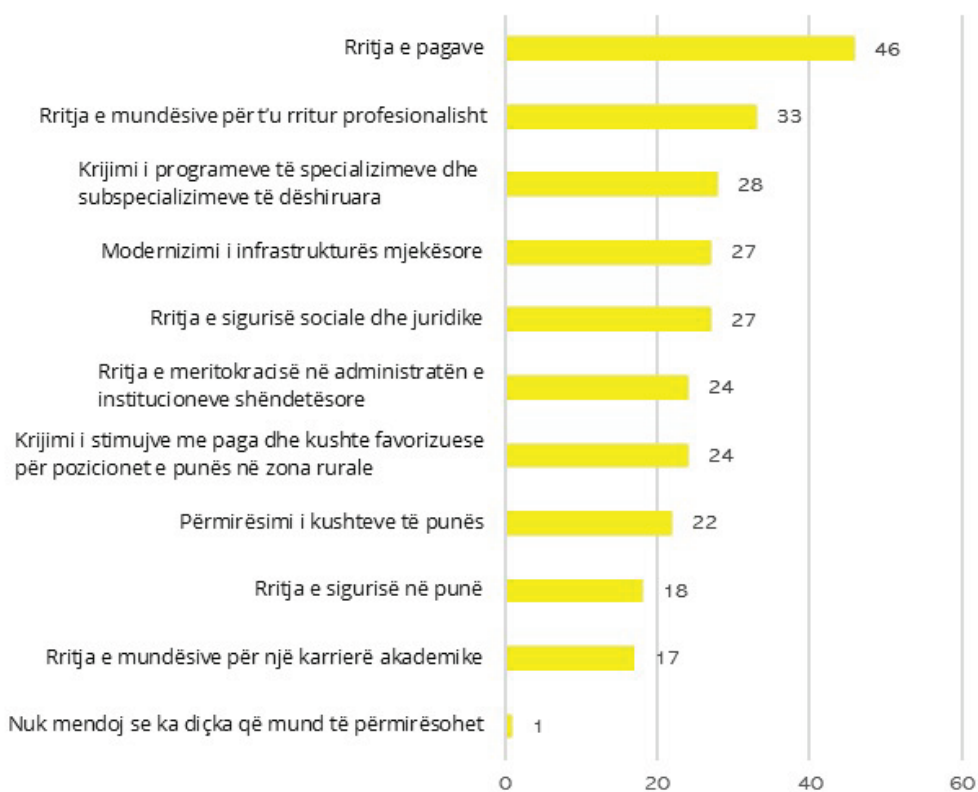
“Paga më e mirë, jetesa dhe arsimimi.”

“Shfrytëzimi i specialistëve në maksimum dhe mbi të gjitha pa pagesë, vecanërisht në shërbimin e imazherisë, specialistëve nuk u paguhen as turnet roje 24-orëshe dhe as ditët e javës paradite gjatë të cilave bëjnë detyrat e mjekut primar.”

Të pyetur mbi katër ndryshimet që do t'i bënin ta rikonsideronin Shqipërinë, një pjesë e mirë e specialistëve zgjedhin “Rritja e pagave” (64.8%) dhe “Rritja e mundësive për t'u rritur profesionalisht” (46.5%), kurse opsionet e tjera janë zgjedhur në mënyrë thuajse uniforme, përveç “Nuk mendoj se ka diçka që mund të përmirësohet”.

Grafiku 53: Përzgjedhja e katër ndryshimeve që do t'i bënin të rikonsideronin Shqipërinë – Specialistët

Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta rikonsideroje Shqipërinë në rast se planifikon të largohesh



■ Numri i specialistëve që e kanë zgjedhur opsionin

Punësimi

Specializantët u pyetën se sa orë në javë punojnë mesatarisht dhe nën këtë pyetje u morën 71 përgjigje. Mesatarja e përllogaritur e orëve të punës që ata deklaruan është **55.8 orë**, ndërkohë që vlerat e dhëna variojnë nga 37 orë në 100 orë punë në javë. Vlera e dhënë më shpesh është 50 orë në javë.

Të pyetur “Pa llogaritur burime të tjera të ardhurash dhe as joshjen nga rryshfetet gjatë punës, cila do të ishte paga mujore që do t’i vendosje vetes si specializant:”, vlera mesatare në lekë neto e dhënë prej specializantëve ka qenë **154,929 lekë të rinj**. Vlera më e ulët e pagës së propozuar ka qenë ajo e 60,000 lekëve, kurse ajo më e lartë ajo e 500,000 lekëve.

Edhe pse punojnë si mjekë me kohë të plotë në një qendër spitalore universitare, specializantët kanë mesataren më të ulët të pagës së propozuar për veten. Mendojmë se kjo ndodh për shkak se disa prej tyre, gati gjysma e të anketuarve në këtë rast, nuk paguhen (janë të regjistruar si kuotë e lirë) dhe vendosin së paku pagën e kolegëve të tyre që punojnë si kuota të mbuluara. Gjithashtu, për shumë prej tyre është pikë referimi paga e mjekëve primarë⁵, që është po ashtu afërsisht 150,000 lekë neto.

Të pyetur “Nëse do t’ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi *fellowship*⁶ etj. jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punuar si specialist për të paktën 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?” 53.5% janë përgjigjur “Shumë e mundshme”; 33.8% janë përgjigjur “Plotësisht e mundshme”; 8.5% janë përgjigjur “Pak e mundshme” dhe 4.2% janë përgjigjur “Aspak e mundshme”.

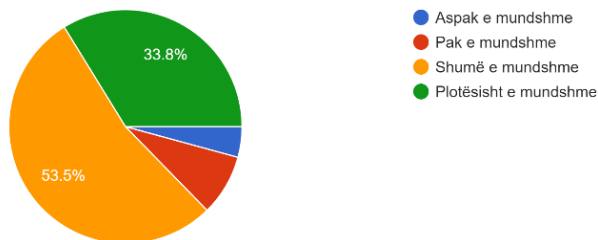
Në pyetjen në vijim, disa specializantë kanë arsytuar ngjashëm zgjedhjen e tyre dhe janë shprehur se do t’ia shpërblenin këtë investim profesional vendit të tyre, duke pasur parasysh edhe pagën që e konsiderojnë të kënaqshme:

“Nëse vendi yt investon që ti të perfeksionohesh, absolutisht do rikthehesha për të implementuar njohuritë e reja, normalisht kundrejt një pagese të lartë.”

Grafiku 54: Perceptimet e specializantëve mbi një *fellowship* jashtë vendit me detyrim kontraktual pune në rikthim për 3 vjet, me pagë 400.000 lekë të rinj

Nëse do t’ju ofrohej të bëheshit pjesë e një programi *fellowship* etj. jashtë vendit, me detyrim kontraktual që të riktheheni në Shqipëri për të punu... të rinj në muaj, sa e mundur është që ta pranoni?

71 responses

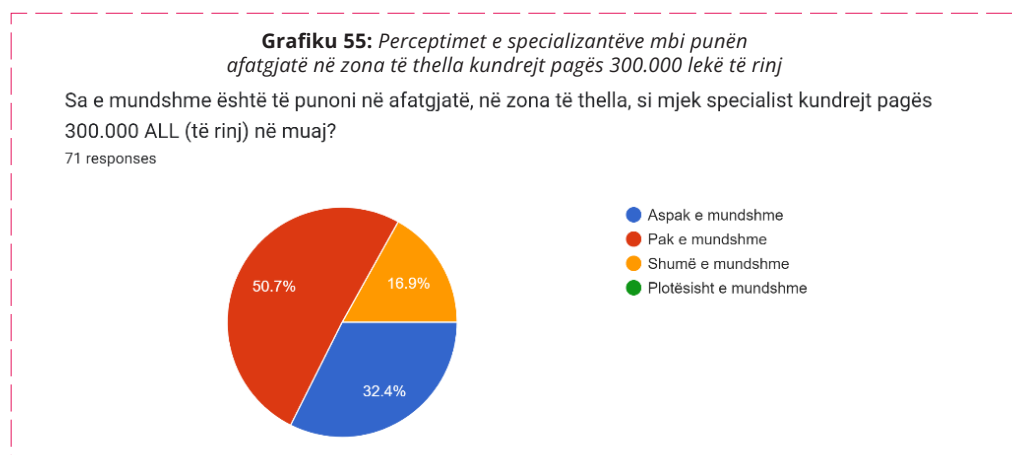


⁵ Mënyrë për t’iu referuar mjekëve të punësuar në spitalet universitare ku zhvillohen specializimet, që ndër të tjera shërbejnë si udhëheqës për specializantët.

⁶ Trajtime mjekësore të mëtejshme për mjekët që kanë përfunduar një program specializimi dhe duan të nënspecializohen më tutje në fushën e tyre. Një e tillë mund të jetë kardiologjia pas mjekësisë interne. Zakonisht zgjasin jo më pak se një vit.

“Nëse shteti kontribuon në formimin tim si specialist, është detyrë morale mbi të gjitha që investimi të kthehet mbrapsht kur edhe pagesa e mirë të stimulon për të kontribuar në vendin tënd.”

Të pyetur: “Sa e mundshme është të punoni në afatgjatë, në zona të thella, si mjek specialist kundrejt pagës 300.000 ALL (të rinj) në muaj?” 50.7% e specialistëve janë përgjigjur “Pak e mundshme”; 32.4% janë përgjigjur “Aspak e mundshme” dhe 16.9% janë përgjigjur “Shumë e mundshme”.



Në vijim ata kanë shpjeguar më tej zgjedhjen e tyre, njëloj si më sipër.

“Pamundësia për t’u rritur profesionalisht, mungesa e kushteve për krijimin e familjes aty.”

“Mungesa e infrastrukturës do të më kufizonte të ushtrroja atë për të cilën jam duke u trajnuar.”

“Në zonat e thella, pavarësisht pagës, mundësitë për të ushtruar profesionin sipas protokolleve janë të limituara.”

“Jeta është zgjedhje. Personalisht kam arsye familjare dhe e mendoj jetën vetëm në Tiranë. E shoh si më shumë mundësi punësimi, karriere, specializimi.”

“Nuk ka kardiokirurgji në zona të thella dhe asnjë qytet tjetër përveç Tiranës.”

Mjekët specialistë

Në pyetësor morën pjesë 33 mjekë specialistë të moshave 29-43 vjeç. Mesatarja e moshës së pjesëmarrësve ishte 35.2 vjeç.

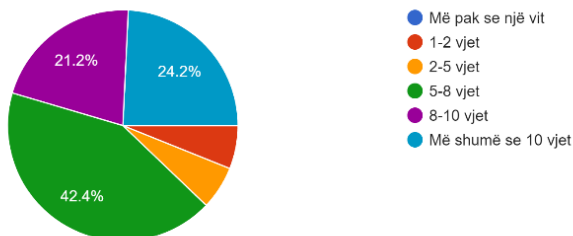
Pjesëmarrësit ishin të specialiteteve: mjekësi interne, alergologji dhe imunologji, kardiologji, psikiatri, ortopedi-traumatologji, pediatri, radiologji, sëmundje infektive, kirurgji e përgjithshme, otorinolaringologji, neurologji, onkologji, obstetrikë-gjinekologji, nefrologji, mjekësi laborator.

Eksperienca e tyre në sistemin shëndetësor varioonte nga 1-2 vjet punë në më shumë se

Grafiku 56: Koha gjatë së cilës kanë qenë të punësuar në sistemin shëndetësor shqiptar – Mjekët specialistë

Për sa vite keni punuar në total në sistemin shëndetësor shqiptar (përfshi vitet e specializimit)?

33 responses



10 vjet punë në sistemin shëndetësor në Shqipëri, përfshi vitet e specializimit.

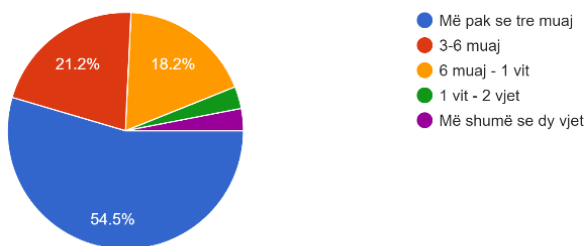
Përqindjen më të madhe e zinin pjesëmarrësit me 5-8 vjet punë (42.4%), pasuar nga më shumë se 10 vjet punë (24.2%) dhe 8-10 vjet punë (21.2%).

Në vijim ata janë pyetur për periudhën që kanë qenë të papunë pas marrjes të së drejtës për të ushtruar profesionin në Shqipëri, ku përsëri është i vogël numri i mjekëve që kanë ndenjur të papunë për më shumë se një apo dy vjet.

Grafiku 57: Koha që kanë qenë të papunë pas marrjes së licensës në Shqipëri – Mjekët specialistë

Për sa kohë në total keni qenë i papunë, pas marrjes së të drejtës për të ushtruar profesionin (licensës) në Shqipëri?

33 responses

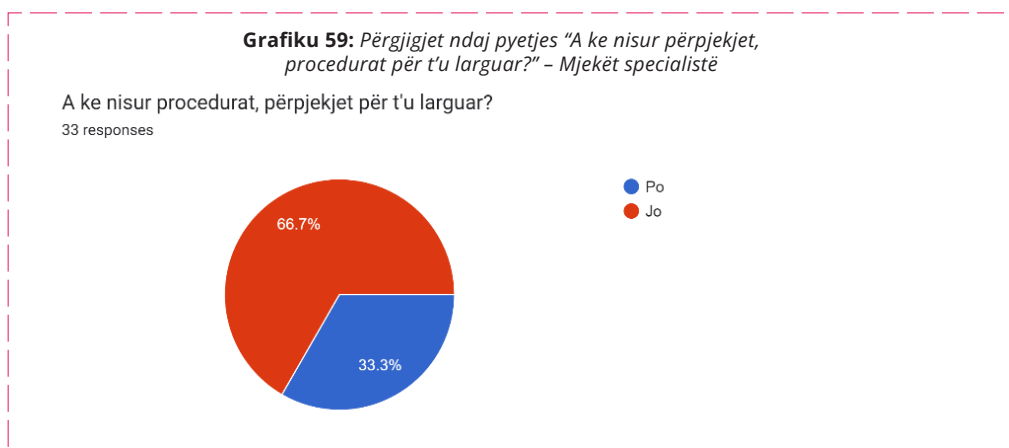
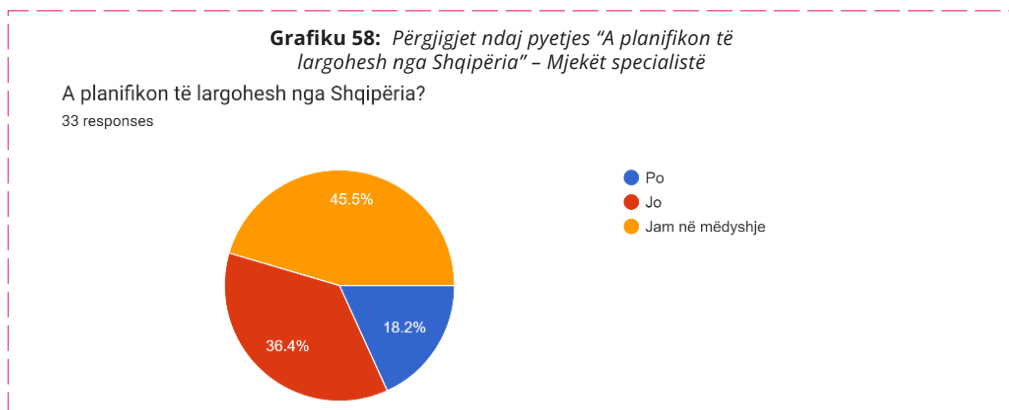


Planet për t'u larguar

Të pyetur "A planifikon të largohesh nga Shqipëria?", 45.5% e mjekëve specialistë kanë zgjedhur "Jam në mëdyshje"; 36.4% kanë zgjedhur "Jo" dhe 18.2% kanë zgjedhur "Po".

Nën pyetjen "A ke nisur procedurat, përpjekjet për t'u larguar?" 66.7% të anketuarit janë përgjigjur "Jo", kurse pjesa e mbetur, 33.3% ose një e treta janë përgjigjur "Po".

Në vijim, dhjetë prej tyre janë përgjigjur mbi shtetin, ku trend ishte sërish Gjermania (4 përgjigje) dhe Anglia, SHBA-të, Kanadaja dhe Suedia, Norvegjia.



Arsyet e zgjedhura më shpesh për t'u larguar nga mjekët specialistë ishin pagat (75.8% e të anketuarve e kanë zgjedhur këtë opsion), pasuar nga "Infrastruktura e shërbimit shëndetësor" me 63.6% dhe "Mundësitë për rritje profesionale" me 60.6% të të anketuarve.

Në hapësirën për të shtuar opsione të tjera që nuk i gjejnë të listuara ose perceptime të ndryshme, mjekët kanë shkruar:

"Niveli i ulët i modernizimit; mungesa e stafit mjekësor; imazhi i keq që mjekët kanë në shoqëri."

"Trajtimi i mjekut nga ana e qeverisë si kamerier që duhet të jetojë nga bakshishet."

"Mungesa e mbështetjes nga shteti."

"Marrëdhënia e perceptuar me pacientin, pamundësia për t'u mbrojtur nga instancat e tjera në rast padrejtësie, sulmi mediatik."

"Mungesa e protokolleve mjekësore."

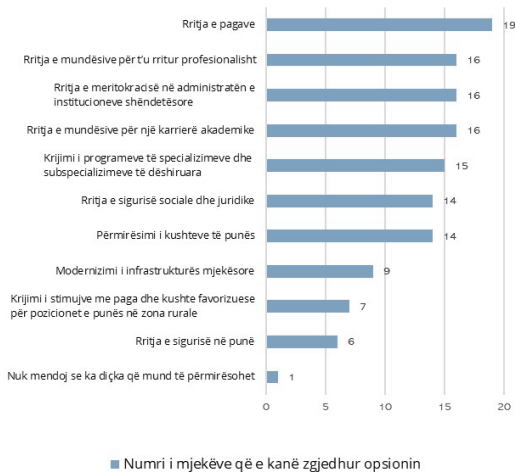
Grafiku 60: Përzgjedhja e pesë motiveve kryesore për t'u larguar nga Shqipëria – Mjekët specialistë

Zgjidh deri në 5 (pesë) nga arsyet e mëposhtme që i percepton si motive kryesore për t'u larguar nga Shqipëria:



Grafiku 61: Përzgjedhja e katër ndryshimeve që do t'i bënin të rikonsideronin Shqipërinë- Mjekët specialistë

Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta rikonsideroje Shqipërinë në rast se planifikon të largohesh



Të pyetur mbi ndryshimet që do t'i bënin ta rikonsideronin Shqipërinë, "Rritja e pagave" mbizotëroi, por pa shumë diferencë nga "Rritja e mundësive për t'u rritur profesionalisht", "Rritja e meritokracisë në administratën shëndetësore", "Krijimi i programeve të specializimeve dhe subspecializimeve që nuk i gjen këtu", "Përmirësimi i kushteve të punës", "Rritja e sigurisë sociale dhe juridike për mjekët".

Oferta punësimi

Mesatarja e rrogave të propozuara prej 33 mjekëve specialistë nën pyetjen "Pa llogaritur burime të tjera të ardhurash dhe as joshjen nga ryshfetet gjatë punës, cila do të ishte paga mujore që do t'i vendosje vetes?" ishte **328,787 lekë të rinj neto**.

Të pyetur: "Sa e mundshme është të punoni në afatgjatë, në zona të thella, si mjek specialist kundrejt pagës 300.000 ALL (të rinj) në muaj?" 51.5% e mjekëve specialistë u përgjigjën "Pak e mundshme"; 30.3% u përgjigjën "Aspak e mundshme"; 15.2% u përgjigjën "Shumë e mundshme" dhe 3% u përgjigjën "Plotësisht e mundshme".

Në pyetësor janë regjistruar arsyetime për përgjigjet e dhëna, që kanë qenë të ndryshme:

"Nuk ka infrastrukturë mjekësore."

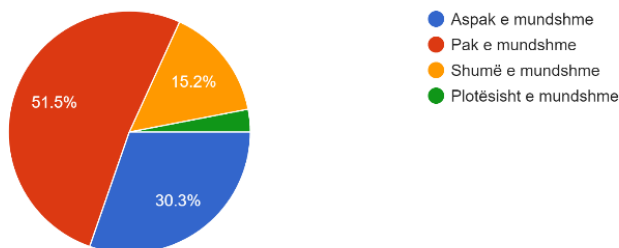
"Paga që vendosa më sipër⁷ është në mendimin tim minimalja nëse punon në qytete të 'zhvilluara'. Por aktualisht kam përfunduar specializimin dhe më thuhet të aplikoj në portal, ndërkohë që portali s'ka vend të lirë pune në asnjë qytet të Shqipërisë. Nëse do të kishte kërkesa në një zonë apo qytet jashtë vendbanimit, sigurisht me kushte të përshtatshme pune spitalore, laboratorike dhe imazherike, patjetër që është e mundur të punohet kudo përkundrejt një page të kënaqeshme që të justifikojë kostot shtesë të jetesës."

"Është problem për fëmijën që e kam në shkollë filllore."

Grafiku 62: Perceptimet mbi punën afatgjatë në zona të thella kundrejt pagës 300.000 lekë të rinj – Mjekët specialistë

Sa e mundshme është të punoni në afatgjatë, në zona të thella, si mjek specialist kundrejt pagës 300.000 ALL (të rinj) në muaj?

33 responses



⁷I anketuari ka vendosur pagën 200.000 lekë të rinj nën pyetjen "Pa llogaritur burime të tjera të ardhurash dhe as joshjen nga ryshfetet gjatë punës, cila do të ishte paga mujore që do t'i vendosje vetes?".

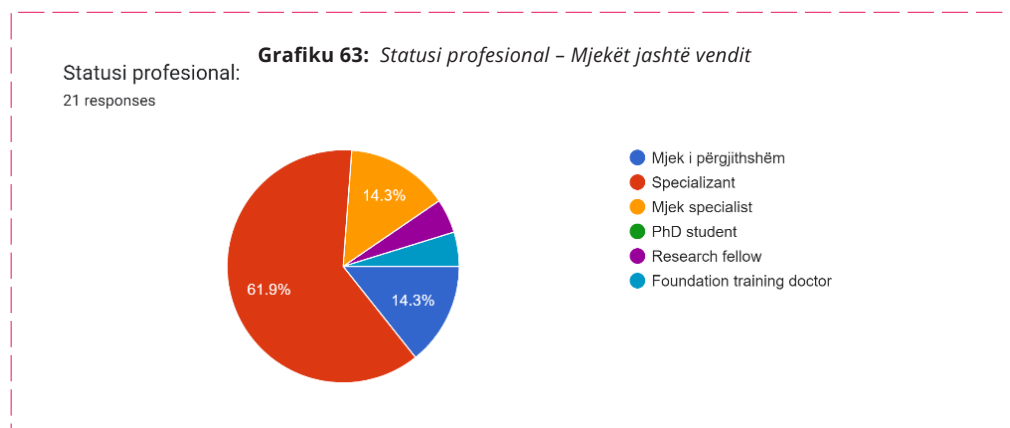
“Mungesa e jetës sociale, numër i pakët i mjekëve në zonë, nivel i ulët arsimor i zonës, mungesa e aparaturave, pagesa e ulët dhe orë të zgjatura pune.”

Mjekët specialistë, njëlloj si ata specialistë, ngurrojnë për ta pranuar këtë ofertë pune, me motiv kryesor largësinë dhe kushtëzimet familjare, si dhe mungesat infrastrukturore të spitaleve në zonat e largëta dhe rurale. Megjithatë, një specialist dhe një mjek specialist kanë sjellë në vëmendje edhe një problem tjetër, atë të pamundësisë për t’u punësuar në specialitetin e tyre.

Në rastin e parë kjo vjen si pasojë e faktit se asnjë spital jashtë qytetit të Tiranës nuk ka shërbim të kardiokirurgjisë, kurse në rastin tjetër, atë të mjekut specialist më sipër, thuhet se nuk ka vend pune për atë specialitet. Mjekja e cila ka dhënë këtë përgjigje ka specialitetin “Alergologji dhe Imunologji Klinike”, një specialitet i një kërkese mesa duket jo të lartë, për të cilin gjithsesi hapen kuota çdo vit.

Mjekët jashtë vendit

Në këtë anketim morën pjesë 21 mjekë që punojnë jashtë vendit. Mosha mesatare e tyre ishte 30.9 vjeç.



Shumica prej tyre ishin specialistë, pasuar nga mjekë specialistë e mjekë të përgjithshëm. Kishte edhe të anketuar që ishin të angazhuar në kërkim shkencor.

Nëntë prej pjesëmarrësve në pyetësor jetonin në Gjermani, tre në Itali, pesë në SHBA, dy në Angli, një në Skoci dhe një në Zvicër.

Të pyetur se sa orë në javë punonin, mesatarisht ata punonin **44.4 orë** në javë.

Ata u pyetën gjithashtu “Sa është paga mujore bazë për punën që bëni aktualisht, në vendin ku jetoni?”. Paga më e lartë e regjistruar ka qenë ajo e një mjeku specialist në SHBA, 450,000 dollarë në vit, ose 37,500 dollarë në muaj. Për të dhënë një panoramë të qartë, ne kemi vendosur që të shënojmë pagat individuale sipas statusit profesional dhe vendit ku jeton secili i anketuar:

- 4900 euro, specializant, Gjermani
- 4000 euro, specializant Gjermani
- 37.500 dollarë, mjek specialist SHBA

- 4800 euro, mjeke e përgjithshme Gjermani
- 4100 dollarë, specializant, SHBA
- 1600 euro, specializante, Itali
- 7000 euro, mjeke specialiste, Zvicër
- 1650 euro, specializant, Itali
- 3150 euro, specializant, Gjermani
- 4000 dollarë, mjeke e përgjithshme, SHBA
- 3500 paund, mjeke e përgjithshme, Angli
- 2000 euro, specializant, Itali
- 3000 euro, specializant Gjermani
- 5000 dollarë, specializante, SHBA
- 3000 euro, specializant Gjermani
- 6000 paund, mjek specialist, Skoci
- 3050 euro, specializante, Gjermani
- 3500 euro, specializant, Gjermani
- 1200 euro, specializante, Gjermani (ka deklaruar vetëm 10 orë pune)
- 2400 paund, Foundation Training doctor, Angli

Rroga mesatare e specializantëve jashtë vendit që morën pjesë në këtë studim është rreth **3088 euro**⁸, kurse mjekët e përgjithshëm paguhen mesatarisht **4100 euro**. Mjekët e anketuar u pyetën mbi arsyet pse janë larguar dhe u është kërkuar të përshkruajnë deri në tre prej tyre. Përgjigjet e marra kanë qenë të gjatësive dhe perceptimeve të ndryshme. Një kopje e plotë e tyre gjendet në **Shtojcën 2**.

Në një analizë përmbajtësore së cilës do t'i kthehemi më hollësisht në kapitujt në vijim, arsye mbizotëruese e largimit mbetet specializimi, nga pikëpamja e cilësisë dhe strukturës së kuotave. Kushtet e punës po ashtu përmenden në gati gjysmën e përgjigjeve, së bashku me pamundësinë për zhvillim profesional.

Një përgjigje e zgjeruar ishte “Mungesë vizioni dhe mundësish për të nxitur formimin e një qendre të mirëfilltë terciare akademike - mbushja e “spitaleve” rajonale me mjekë të rinj specialistë të cilët nuk kanë asnjë stimul intelektual për t’u zhvilluar profesionalisht, por bëhen pjesë e një sistemi të paralizuar që ofron mjekësi të standardeve të 70 viteve më parë në Europë, mungesë meritokracie në çdo qelizë të sistemit, pamundësi për t’u subspecializuar.”

Nën pyetjen “Zgjidh 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta konsiderojë kthimin në Shqipëri:”, edhe për mjekët jashtë vendit mbetet e rëndësishme rritja e mundësive për t’u rritur profesionalisht, rritja e pagave, përmirësimi i kushteve të punës dhe modernizimi i infrastrukturës mjekësore.

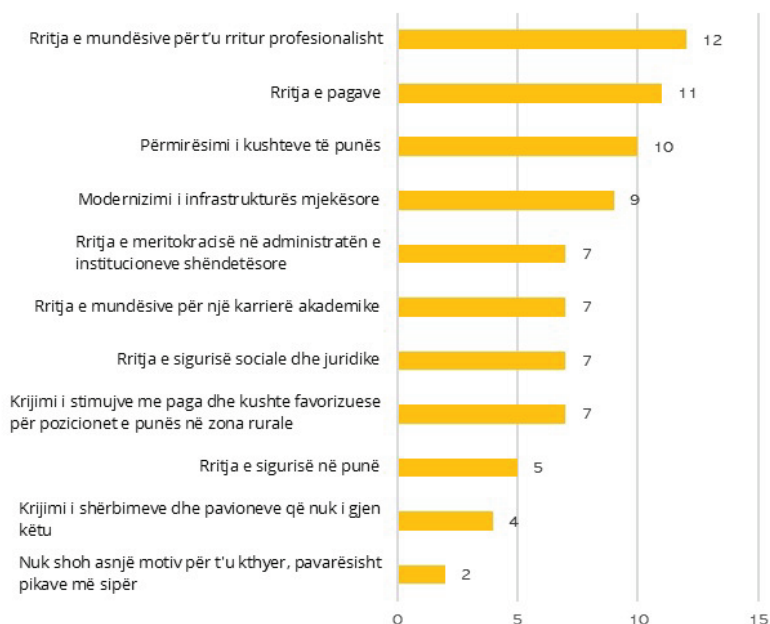
Mjekëve jashtë vendit u janë bërë dy propozime pune, vetëm me ndryshim në pagën, nga 150.000 lekë të rinj (paga e mjekut specialist në spitalet universitare) në 450.000 lekë të rinj (një pagë e krahasueshme me pagën në vendin ku punojnë).

Pyetjes “Sa e mundur është që të ktheheni për të punuar në Shqipëri si specialist kundrejt pagës 150.000 ALL (të rinj) në muaj?”, 57.1% e mjekëve jashtë vendit i janë përgjigjur “Aspak e mundshme”; 38.1% i janë përgjigjur “Pak e mundshme” dhe 4.8% ka dhënë përgjigjen “Shumë e mundshme”.

⁸Ne kemi vendosur monedhën Euro për rrogën mesatare, meqë ka një shumicë dërrmuese të të anketuarve në këtë seksion që paguhen me këtë monedhë.

Grafiku 64: Përzgjedhja e katër ndryshimeve që do t'i bënin mjekët jashtë vendit të rikonsideronin Shqipërinë

Zgjidh deri në 4 (katër) nga ndryshimet e mëposhtme që do të të bënin ta konsideroje kthimin në Shqipëri:

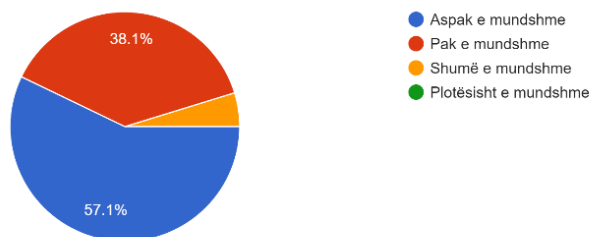


■ Numri i mjekëve që e kanë zgjedhur optionin

Grafiku 65: Perceptimet e mjekëve jashtë vendit në lidhje me ofertën e kthimit në Shqipëri për pagën 150.000 lekë të rinj

Sa e mundur është që të ktheheni për të punuar në Shqipëri si specialist kundrejt pagës 150.000 ALL (të rinj)* në muaj?

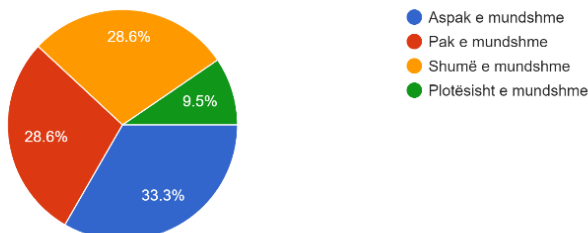
21 responses



Ofertës së punës kundrejt një page më të lartë, 33.3% e mjekëve janë përgjigjur “Aspak e mundshme”; 28.6% janë përgjigjur “Pak e mundshme”; 28.6% janë përgjigjur “Shumë e mundshme” dhe 9.5% janë përgjigjur “Plotësisht e mundshme”.

Grafiku 66: Perceptimet e mjekëve jashtë vendit në lidhje me ofertën e kthimit në Shqipëri për pagën 450.000 lekë të rinj

Sa e mundur është që të ktheheni për të punuar në Shqipëri si specialist kundrejt pagës 450.000 ALL (të rinj)* në muaj?
21 responses



Duket se ka një qasje më të mirë ndaj një oferte me pagë më të lartë, sidoqoftë gati 57% e mjekëve jashtë vendit kanë zgjedhur midis pak dhe aspak të mundshmes. Kjo ka të bëjë së pari me faktin që shumë prej tyre deklarojnë se paga nuk është problem kryesor dhe së dyti, me faktin që pavarësisht ndryshimeve që mund të pësojë sistemi, tani e shohin shumë pak të mundur rikthimin në Shqipëri për një tërësi faktorësh personalë, socialë e familjarë.

Të pyetur “Jep sqarime për zgjedhjen tënde, nëse i sheh të nevojshme.”, disa prej tyre kanë dhënë këto përgjigje:

“Nuk jam larguar për arsye ekonomike. Në këtë stad të formimit profesional, është e pamundur të realizohem në Shqipëri. Do ta konsideroja kthimin (mbase të pjesshëm) pas 10-15 vitesh për të risjellë eksperiencën e krijuar në USA.”

“Vizion, dinjitet, infrastrukturë, meritokraci. Këto do një mjek për të punuar në Shqipëri, riformulim i akademizimit, drejtues profesionalë dhe me peshë akademike.”

“Në momentin që je student mendon se të qenit mjek do jetë diçka e bukur, por kur del në terrenin e punës në Shqipëri dhe injoranca të shkel profesionin, jetën e përditshme, administrata shtetërore të shkel si punëtor të rëndomtë, atëherë edhe për 4500 euro nuk kthehesh. Morali është motori për shoqëri të pazhvilluara, për shoqëritë perëndimore është përfitimi financiar dhe eficientia.”

Vendimi për t'u larguar

Arsyet pse mjekët emigrojnë për të ushtruar profesionin e tyre diku tjetër, pavarësisht sjelljeve dhe prirjeve individuale, ndajnë motivacione të përbashkëta. Në një kërkim sistematik të literaturës nga disa studiues britanikë mbi arsyet pse mjekët në Mbretërinë e Bashkuar largohen për në vende si SHBA-të, një gjetje ishte se shumë prej shkaqeve kryesore të migrimit të mjekëve **për në** Mbretërinë e Bashkuar ishin njëkohësisht faktorë që i shtynin mjekët të largoheshin **nga** Mbretëria e Bashkuar. Këta faktorë përfshinin: kushte jo të mira pune, mundësi punësimi, mundësi më të mira për t'u trajnuar dhe zhvilluar profesionalisht, cilësi e përmirësuar e jetës, dëshirë për një ndryshim në jetë dhe përfitime të shtuara financiare.[7]

Thënë kjo, Mbretëria e Bashkuar dhe vendet e Europës Perëndimore po bëhen një mje-

dis *push-and-pull*⁹ për mjekët, ku teksa humbasin mjekë vendas të cilët emigrojnë për në vende ku paguhen më mirë dhe gjejnë më shumë mundësi për t'u rritur profesionalisht, mundohen të krijojnë efektin *pull* për mjekë nga vende në zhvillim. Një ndër vendet që ka optimizuar procedurat për t'u punësuar si mjek i trajnuar jashtë vendit, duke zvogëluar pengesat e njësitit të diplomave dhe punësimit është Gjermania, që edhe në këtë studim ra në sy si një prej destinacioneve kryesore të pjesëmarrësve.

Kjo pikëpamje është ndarë me ne edhe nga *Dr. Fatmir Brahimaj*, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, gjatë një interviste të zhvilluar me të në kuadër të këtij studimi. *Dr. Brahimaj* u shpreh se "*doctors following money*"¹⁰ është një dukuri globale. Duke qenë se për të punuar si mjek duhen vite të gjata studimi me kosto të mëdha financiare e sociale, mjekët janë gjithnjë në kërkim të pagave më të larta, pavarësisht vendit ku ata jetojnë, për të rritur cilësinë e jetës dhe për të fituar më shumë në një kohë më të shkurtër. Ai u shpreh gjithashtu se edhe kushtet e punës mbeten përcaktuese në këtë fluks lëvizjeje, ku burimet dhe infrastruktura për të zhvilluar profesionin *lege artis*¹¹ dhe për t'u rritur profesionalisht janë pjesë mjaft thelbësore e vendimit për të emigruar.

Sipas një studimi sasior të kryer nga *Together for Life* dhe *Friedrich-Ebert-Stiftung* në vitin 2018, ku morën pjesë 1000 mjekë, arsyet ekonomike dhe profesionale zinin vendin e parë për mjekët ndër motivet për largimin e mundshëm të tyre nga Shqipëria. Ata raportuan gjithashtu mangësi në shërbimet ku punojnë, pasiguri në punë, pasiguri financiare, mungesë të seriozitetit në punë (përmbledhte respektin për të tjerët, komunikimin efektiv, punën e suksesshme në grup dhe përpjekjet për zhvillim profesional) dhe pasiguri për të ardhmen.[8]

Gjatë një analize përmbajtësore të përgjigjeve të pyetësorit, me një fokus të veçantë në pyetjet e hapura, ne identifikuam disa tema dhe koncepte kryesore edhe në këtë studim, që i eksploruam më tej në intervista dhe fokus-grupe dhe në kërkimin e literaturës.

Pagat

Pagat e mjekëve të rinj të intervistuar

Paga bazë e specialistëve të regjistruar si kuota të mbuluara ka qenë 72,916 lekë të rinj bruto dhe prej vitit 2023 është 122,916 lekë bruto, pa llogaritur shërbimin e rojës.[9]

Specializantët e regjistruar si kuota të lira nuk paguhen, por i paguajnë një tarifë vjetore studimi Fakultetit të Mjekësisë, që është 115,000 lekë të rinj. Edhe specializantët e regjistruar si kuota të mbuluara e paguajnë këtë tarifë.[10]

Gjatë intervistave të zhvilluara me specialistë në Shqipëri (me pagë dhe pa pagë) ata u pyetën nëse të ardhurat mujore u mjaftonin.

Njëra prej tyre u shpreh se paga i mjafton për stilin e jetesës që ka në këtë moment, por nuk justifikon as kontratën së cilës duhet t'i nënshtrohet për tre vjet në mbarim të specializimit dhe as pagën që do të ketë si specialiste.

⁹ Një koncept i lidhur me faktorët *push*, ose shtytës për t'u larguar nga vendi i origjinës dhe faktorët *pull*, që krijojnë një klimë tërheqëse për emigrantët dhe kapacitetet njerëzore të profesionëve të ndryshme nga vende të tjera

¹⁰ Mjekët ndjekin parandë, fitimin.

¹¹ Nga latinishtja: *ligji i artit*; pjesë e fjalorit mjekësor që i referohet praktikës klinike sipas të gjithë rregullave, në mënyrën e duhur.

Klea¹²: *Paga për momentin është e kënaqshme nga pikëpamja financiare. Unë, me aq sa shpenzoj dhe me stilin tim të jetës, edhe kursej.*

I¹³: *E justifikon kjo pagë 3-vjeçarin e kontratës? Po pagën që do të kesh si specialiste?*

Klea: *Jo, për mendimin tim jo. Kurse si specialiste sigurisht që jo, do të kem pak a shumë të njëjtën pagë që kam tani në specializim.*

Një tjetër specializante, po e regjistruar si kuotë e mbuluar, u shpreh: *“Paga kur je ende specializant mendoj se të duhet më tepër për të ndjekur trajnime, workshop-e, konferenca. Për shembull, nëse dua të shkoj jashtë shtetit për një konferencë, mund të më duhen 1 milion lekë (të vjetra). Nëse do kisha një pagë më të lartë, nuk do ishte e vështirë për mua të ndiqja këto evente. Një rrogë së paku 1 milion e pesëqind mijë lekë (të vjetra) pa rojet do më krijonte shumë mundësi.”*

Ndërsa në intervistën me një mjek specializante të regjistruar si kuotë e lirë, e pyetur mbi mendimin e saj për sistemin e kuotave dhe pagat, ajo u përgjigj:

“Sistemi kuotë e lirë/e mbuluar është pa sens, sepse nëse bën një punë duhet të paguhesh për punën që bën. Ka mënyra si mund të rregullohet për të favorizuar specializantët me kontratë, për shembull, ai që dëshiron të bëjë kontratë të paguhet më shumë. Por jo që disa të mos paguhen fare, pasi kuota e lirë të detyron të bësh një punë dytësore. Kjo e fundit është e vështirë të gjendet edhe nga orari 8 me 4 që supozohet se je në specializim. Është penalizuese. P.sh. në Maqedoni¹⁴ kuota e lirë në specializim është e paguar; ka një pagë minimale. Nëse unë nuk kam një rrogë për t’u ushqyer, normalisht që do të kërkoja për një punë në privat dhe do ta lija mënjanë specialitetin.”

Gjatë intervistës së zhvilluar me një specializant të vitit të parë në Gjermani, ai u pyet edhe për pagën, ku u shpreh:

I: *A paguhesh për specializimin dhe nëse po, sa?*

Ardit: *Shumë pyetje e bukur; nuk është specializim, është punë. Quhet specializim sepse në fund del si mjek specialist, por është punë dhe si kudo në botë, në Shqipëri apo Gjermani specializantët bëjnë punë dhe mbajnë spitalin në këmbë. Këtu paguhesh që nga dita e parë që punon, ashtu si një mjek gjerman. Është statusi i specializantit që të mundëson që të paguhesh për atë që ti ofron. Edhe pagat janë transparente online dhe standarde. Nëse je në një stad të mëvonshëm specializimi, ke mundësinë e negociimit të pagës në varësi të asaj që ti ofron për spitalin. Një mjek që sapo ka dalë nga bankat e shkollës¹⁵ merr diku te 5400 euro bruto dhe neto janë 3500 euro, pra pas taksave. Besoj që ky është trefishi i rrogës së një primari¹⁶ specialist në QSUT.*

I: *Sa orë në javë punon?*

Ardit: *40 orë në javë, orari standard i punës duke hequr rojet. Rojet janë pjesë e sistemit dhe ka një numër të caktuar, nuk e kalojnë 50-60 orë në javë që të mos privohesh nga jeta sociale.*

¹² Të gjithë emrat e të intervistuarve janë pseudonime nga autorët.

¹³ Intervistuesi.

¹⁴ Maqedonia e Veriut.

¹⁵ I intervistuari ishte specializant i vitit të parë në momentin e intervistimit, dhjetor 2023.

¹⁶ Mënyrë e referimit ndaj mjekut specialist me kompetenca të plota në shërbimin përkatës, që udhëheq specializantët.

Pagat e mjekëve në Europë, SHBA, Kanada

Në vitin 2020 (ose në vitin e fundit për të cilin ka të dhëna), pagat vjetore bruto të specialistëve në vendet e BE-së varionin midis 20,200 euro në Poloni në 258,552 euro në Luksemburg.[11] Për krahasim, paga vjetore bruto e mjekut specialist në Shqipëri¹⁷ është 17,188 euro¹⁸ në vit, rreth 3000 euro më e ulët se e Polonisë, që ka pagën më të ulët se të gjithë vendet e BE-së. Në vendet e Europës ku mjekët shqiptarë emigrojnë më shpesh, siç janë Gjermania dhe Mbretëria e Bashkuar, pagat vjetore bruto të mjekëve specialistë janë përkatësisht 146,200 euro (12,183 euro në muaj) dhe 136,375 paund (11,364 paund në muaj).[11]

Për sa u përket mjekëve në Shtetet e Bashkuara, ata paguhen shumë më shumë sesa mjekët në Europë, sipas një studimi nga *Medscape* që mori në studim pagat e mjekëve në 11 vende të Amerikës së Veriut, asaj Jugore dhe Europës. Mjekët në SHBA paguheshin mesatarisht 352,000 dollarë në vit, të ndjekur nga Kanadaja me mesatarisht 273,000 dollarë në vit. Në Gjermani, që kishte pagat më të larta midis vendeve europiane të marra në studim, mjekët paguheshin mesatarisht 160,000 dollarë në vit.[12] Ky hendek ndërmjet pagave ekziston së pari sepse në përgjithësi, në SHBA dhe Kanada paga e punonjësve të mirarsimuar dhe me aftësi të certifikuar profesionale është mjaft e lartë. Gjithashtu, në këto vende ka më pak mjekë për banorë sesa në vende të tjera të zhvilluara dhe mungesat rritin natyrshëm kompensimin nëpërmjet pagës.[12]

Paga e mjekëve në raport me pagën mesatare në botë

Sipas një raporti të OECD-së¹⁹, në të gjitha vendet anëtare të saj paga e mjekëve (atyre të përgjithshëm dhe specialistëve) ishte qartësisht më e lartë sesa rroga mesatare e një punonjësi me kohë të plotë në cilindo sektor ekonomik. Në vitin 2021, mjekët e përgjithshëm fitonin mesatarisht dy deri në pesë herë më shumë se paga mesatare në vendet e OECD-së, ndërkohë që specialistët fitonin së paku dy herë më shumë, por në disa raste edhe më tepër se gjashtë herë më shumë se paga mesatare.[13]

Për ilustrim, paga mesatare për të gjitha profesionet në vitin 2021 në Gjermani ishte 46,499 euro bruto²⁰ në vit, ose 3,874 euro në muaj bruto. [14] Një mjek specialist me pagë fikse paguhej 3.4 herë më shumë se paga mesatare (13,171 euro në muaj bruto), kurse një specialist i vetëpunësuar paguhej 5.6 herë më shumë se paga mesatare, 21,694 euro **në muaj** bruto – një shifër rreth 4000 euro më e lartë se të ardhurat **vjetore** bruto nga rroga të mjekut më të paguar specialist në sistemin publik në Shqipëri. Mjekët e përgjithshëm në Gjermani, të cilët shpesh kanë një aktivitet ekonomik të lirë dhe janë të vetëpunësuar, paguhen rreth 5 herë më shumë se rroga mesatare, duke i çuar të ardhurat e tyre mujore bruto në afërsisht 19,370 euro.

Anglia mbetet po ashtu një destinacion i rëndësishëm për mjekët. Rroga mesatare vjetore në Mbretërinë e Bashkuar është 34,963 paund, që përkthehet në 2,913 paund bruto në muaj.[15] Mjekët specialistë të punësuar paguhen rreth 3.3 herë sa kjo vlerë, [13] ose 9,612 paund në muaj bruto, që e çon pagën e mjekut specialist pas taksave²¹ pak më shumë se 6 mijë paund në muaj.

Grafikët e plotë të pagave të mjekëve të vendeve të OECD-së në raport me pagën mesatare, si edhe rritja reale e pagave të mjekëve në këto vende (2011-2021) duke

¹⁷ Sipas pagës 148,600 lekë bruto në muaj.

¹⁸ Kursi: 0.0096 Euro për 1 Lek, shkurt 2024.

¹⁹ *Organization for Economic Cooperation and Development*, ose Organizata për Bashkëpunim Ekonomik dhe Zhvillim.

²⁰ Përqindja mesatare që zbritet si taksa mbi të ardhurat dhe sigurime nga paga bruto në Gjermani është rreth 35%. Kjo e ul pagën mesatare në rreth 2,518 euro neto në muaj.

²¹ Paga neto është sa rreth 63% e pagës bruto.

marrë parasysh inflacionin gjendet në **Shtojcën 3**.

Paga e mjekëve në raport me pagën mesatare në Shqipëri

Paga mesatare mujore bruto për një të punësuar me pagë, gjatë tremujorit të dytë 2023 në Shqipëri ishte 70,905 lekë.[16]

Në vitin 2022, shpenzimet mesatare mujore për konsum për një Njësi Ekonomike Familjare (NJEF), e përbërë mesatarisht nga 3.7 persona, u vlerësuan me 88,367 lekë, 4,5% më të larta se në vitin 2021. Këto shpenzime përfshijnë çdo blerje produktesh dhe shërbimesh për të plotësuar nevojat individuale të NJEF-ve dhe individëve me përfshirje të blerjeve për pajisje afatgjatë, investimeve kapitale, parave për të tretët dhe qirasë së imputuar.[17]

Siç shihet edhe në tabelën 2, raporti i pagave të mjekëve me pagën mesatare në Shqipëri nuk përkon aspak me raportin e pagave 2 deri në 6 herë më të larta se paga mesatare të mjekëve në Gjermani, Angli dhe vende të tjera të BE, të cilët në përgjigje të mungesës së mjekëve kanë aplikuar rritje të ndjeshme të pagës dhe janë bërë tërheqëse edhe për mjekë nga vende të tjera.

Është parë se në Shqipëri ky raport disa herë më i lartë se paga mesatare është tërësisht i mundur për disa kategori të tjera të të punësuarve. Deputetët përfituan në vitin 2023 një rritje të pagave me 98%, duke e çuar pagën bruto në 310,250 lekë, 4.37 herë sa paga mesatare në vend. Një rritje të ngjashme pësoi edhe paga e ministrave dhe gjyqtarëve e prokurorëve.

Ndërkohë, pagat e administratës publike, si edhe pagat e punonjësve të shëndetësisë, kanë pësuar një rritje të moderuar pas një stacioni shumëvjeçar – rritje kjo gjithsesi jo e bazuar në matës apo indikatorë. Indikatorët mund të ishin të lidhur me vitet e nevojshme të trajnimit si mjek i përgjithshëm apo specialist, me trajnimet e tjera pasuniversitare, me certifikime të ndryshme, me vitet e eksperiencës apo me sisteme vlerësimi të performancës brenda institucioneve dhe mungojnë tërësisht në logjikën e hierarkisë së pagave të profesionistëve të ndryshëm në Shqipëri.

Për t'u nënvizuar është fakti se, nëse marrim në konsideratë pagën neto të mjekut specializant (rreth 93,000 lekë të rinj), diferenca me shpenzimet mesatare për NJEF (88,367 lekë) mbetet afërsisht 4,600 lekë të rinj – që e bën mjaft të vështirë të qenit burim kryesor të ardhurash për familjen apo kryefamiljar gjatë periudhës së specializimit. Ndërsa mjekët e përgjithshëm në shërbimin shëndetësor parësor kanë një deficit nga kjo vlerë krahasuar edhe me pagën bruto (0.98 e NJEF), që ulet shumë kur krahasimi bëhet me pagën reale, atë neto.

Një raport mjaft pozitiv i pagës me pagën mesatare është parë edhe për mjekë të punësuar po në sistemin publik, saktësisht *"punonjësit e personelit të caktuar nga pala turke në Spitalin Rajonal 'Memorial' Fier dhe për punonjësit e personelit të palës turke"*, ku mjeku specialist ka një pagë mujore 306,000 lekë të rinj, ose sa 4.31 e pagës mesatare. [18] Nuk është e qartë se mbi cilat specifikime është bërë një përlogaritje e tillë që paga e këtyre mjekëve të jetë sa dyfishi i pagës së mjekëve specialistë në spitalet më të mëdha universitare në vend, që kanë një numër mjaft më të madh shtretërisht dhe diplomojnë rreth 300 mjekë të rinj specialistë në vit.

Spektori privat mbetet sidoqoftë një alternativë e mirë punësimi, sidomos për mjekët specialistë. Pagat janë mjaft më të larta se në sektorin publik, edhe pse nuk ka të dhëna zyrtare për këtë. Megjithatë, ndryshimi i skemës tatimore për profesionet e lira nga 1

Tabela 2: Pagat e mjekëve në Shqipëri në lidhje me pagën mesatare në 2023 dhe me shpenzimet mesatare për NJEF në 2022

Kategoria	Paga bruto në lekë nga prilli i vitit 2023 ²²	Raporti i pagës bruto me pagën mesatare bruto në tremujorin e dytë të 2023 (INSTAT) - 70,905 lekë	Raporti i pagës bruto me shpenzimet mesatare mujore për NJEF (mesatarisht 3.7 persona) gjatë 2022 (INSTAT) – 88,367 lekë
Mjek i përgjithshëm në parësor (NJVKSH)	87,100 ²³	1.22	0.98
Specializant (kuotë e lirë)	0	-	-
Specializant (kuotë e mbuluar)	122,916 ²⁴	1.73	1.39
Mjek specialist në spital rajonal, bashkiak, psikiatrik ²⁵	132,300	1.86	1.49
Mjek specialist në në strukturat shëndetësore universitare, në spitalet e nivelit terciar dhe në Njësinë Mjekësore Ushtarake pranë Spitalit Universitar të Traumës ²⁶	148,600	2.09	1.68

janari i vitit 2024 pritet të prekë edhe spitalet, klinikat dhe sipërmarrjet mjekësore private dhe efektet mund të jetë negative edhe për pagat e profesionit të mjekut. [19]

Sa mjekë specializantë paguhen?

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale planifikon një numër kuotash të mbuluara për specializantët çdo vit, në varësi të nevojave për specialistë të ndryshëm në vend. Disa specialitete mund të kenë deri në njëzet kuota të mbuluara, kurse të tjera asnjë. Këta specializantë paguhen, pasi nënshkruajnë një kontratë për detyrim punësi-mi për tre vjet pas mbarimit të studimeve, sipas nevojave të sistemit publik.

²² Rritja e pagave e vitit 2023 është prezantuar si pjesë e një plani dyvjeçar të rritjes së pagave të personelit shëndetësor, që do të thotë se pritet të vijohet me rritjen e targetuar të pagave në vitin 2024 edhe për kategori të tjera të personelit shëndetësor, më konkretisht, për mjekët e përgjithshëm dhe për infermierët në të gjithë sistemin shëndetësor, por kjo rritje ende nuk është specifikuar. Në vitin 2023 pagat e mjekëve specialistë u rritën me 50.000 lekë të rinj, duke rritur edhe pagën e specializantit, që është sa 80% e pagës së specialistit, si edhe u rritën me 7% pagat e mjekëve të përgjithshëm dhe infermierëve.

²³ Vlera e pagës është përlogaritur sipas Vendimit të Këshillit të Ministrave Nr. 245, datë 20.04.2023 [19], duke marrë parasysh vetëm pagën sipas grupit të diplomës universitare (grupi 1) dhe shtesën për pozicion. Nuk janë marrë parasysh shtesat për vjetërsi pune (2%), shtesat për titujt akademikë dhe shtesat për vështirësi pune sipas specialitetit, që gjithsesi nuk krijojnë rritje të konsiderueshme.

²⁴ Sa 80% e pagës bruto të mjekut specialist. Këtu është vendosur paga e specializantëve sipas të dhënave nga MFE.

^{25,26} Mjek specialist i thjeshtë pa pozicione drejtuese, si shef shërbimi etj.

Për sa u përket specializantëve si kuota të lira që nuk kanë detyrime kontraktuale, deri më sot nuk është gjetur i përshtatshëm as aplikimi i një page simbolike, të krahasueshme me pagën minimale të lejuar (40,000 lekë bruto)²⁷ [16] apo me një suport financiar sipas disa modeleve që kanë llogaritur minimumin jetik për frymë²⁸, vlerë që nuk i kalon 20,000 lekë të rinj. Duhet kujtuar se këta specializantë ndajnë të njëjtat detyra akademike dhe profesionale me specializantët e tjerë.

Megjithatë, në Fakultetin e Mjekësisë vazhdon të ketë çdo vit një numër kuotash specializimi për mjekë specializantë që nuk paguhen, ku përfshihen kuotat e lira, kuotat e transferimeve dhe kuotat e mbuluara nga disa Ministri të tjera (Tabela 3). Me udhëzimet e Senatit Akademik për brezin e 2023-2024 të specializantëve, është ulur edhe më ky raport ndërmjet kuotave të mbuluara nga MSHMS (102 kuota) me ato të lira e të papaguara (170 kuota).[104] Pra, edhe këtë vit më shumë se gjysma e kuotave të specializimit do të jenë për mjekë që nuk trajtohen me pagë.

Gjithashtu, duke qenë se numri i kuotave të mbuluara parashikohet nga Ministria në përputhje me nevojat dhe kapacitetet e spitaleve në vend, ndodh që specializantët e regjistruar si kuotë e lirë për degë ku nuk ka kuota të mbuluara, të kenë vështirësi në

Tabela 3: Numri i kuotave të mbuluara dhe të lira të specializantëve dhe përqindja e kuotave të mbuluara nga MSHMS në kohortet 2020-2024

Viti akademik	Numri total i kuotave	Kuota të mbuluara nga MSHMS	Kuota të mbuluara nga Ministria e Drejtësisë, Ministria e Mbrojtjes apo Ministria e Brendshme ²⁹	Kuota të lira	Kuota transferimesh nga jashtë	Përqindja e kuotave të mbuluara nga MSHMS
2019-2020 ³⁰	296	113	30	153	-	38.1%
2020-2021	285	104	31	145	5	36.4%
2021-2022	319	125	12	179	3	39.1%
2022-2023	325	140	19	161	5	43%
2023-2024 [104]	272	102	17	143	10	37.5%
Totali për të gjitha vitet	1,497	584	109	781	23	39%

²⁷ Sipas MFE, synohet që paga minimale e miratuar gjatë vitit 2024 të arrijë vlerën 45,000 lekë të rinj.[9]

²⁸ Në një studim për minimumin jetik për frymë në Shqipëri nga ACER për vitin 2015, ai u llogarit se ishte 16,000 lekë në muaj. [20] Në një raport të UNDP të vitit 2021, vlera e minimumit jetik për frymë për vitin 2019 në Shqipëri u përllogarit përafërsisht në vlerën 17,875 lekë. [21]

²⁹ Kuotat nga Ministrinë e tjera janë kuota të parashikuara për një numër të kufizuar specialitetesh. Edhe pse quhen kuota të mbuluara, këta specializantë nuk paguhen.

³⁰ Viti akademik nis me vitin paraardhës të regjistrimit, p.sh. të regjistruarit e vitit 2020 i përkasin vitit akademik 2019-2020.

gjetjen e një vendi pune pas specializimit. Kjo dukuri është sjellë në vëmendje edhe gjatë anketimeve të kryera për këtë studim, ku një i anketuar shprehej se nuk kishte vende pune për kardiokirurgë, ndërkohë që një mjeke alergologe shprehej se nuk po gjente punë në sistemin publik për specialitetin e saj.

Në Tabelën 3 paraqitet shpërndarja e kuotave për mjekët që janë aktualisht në specializim, nga kohorti i regjistruar në specializim në verën e vitit 2020, deri në atë që pritet të regjistrohet në vitin 2024. Pa llogaritur disa specialitete që nuk plotësohen me të gjitha kuotat, 61% e mjekëve që po ndjekin specializimin apo që pritet të hyjnë në specializim, ose 913 mjekë, pritet të punojnë me kohë të plotë për mesatarisht 4 vjet pa asnjë shpërblim financiar, përkundër 39% që do të paguhen nga MSHMS. Nga bisedat informale dhe nga disa të intervistuar për këtë projekt, ne jemi në dijeni se një pjesë e mirë e specializantëve punojnë edhe në orët e pasdites në spitale dhe klinika private për të përballuar jetesën në Tiranë.

Pagat e propozuara nga mjekët e pyetur

Kur u pyetën mbi pagën që do t'i vendosnin vetes, mjekët që morën pjesë në pyetësor u përgjigjën në këto vlera mesatare:

Mjekët e sapodiplomuar (2023): 198,857 lekë të rinj neto.
Mjekët e përgjithshëm të licensuar: 212,727 lekë të rinj neto.
Specializantët: 154,929 lekë të rinj neto.
Mjekët specialistë: 328,787 lekë të rinj neto.

Në studimin e zhvilluar nga *Together for Life* [8] me mjekë në vitin 2018, rezultoi se për të hequr shpërblimin në dorë, mjekët sugjerorin që të bëhej një rritje e pagave që variojnë në:

- 30-50% më e lartë për një mjek familjeje;
- 50-90% më e lartë për një mjek në qendër shëndetësore;
- 100% më e lartë për mjekët që punojnë në spitalet bashkiake dhe rajonale;
- Më shumë se 100% më e lartë për mjekët që punojnë në spitale universitare.

Kushtet e punës

Kushtet e punës kanë qenë një faktor i kudogjendur hap pas hapi të këtij projekti. Shpeshherë ato janë përmendur në mënyrë përgjithësuese dhe kjo ka kërkuar nga ne që së pari të thellohem tek ajo që përfaqësonin kushtet e punës për pjesëmarrësit në studim.

Të pyetur mbi këtë, studentët e viteve klinike nga UMT kanë dhënë perceptime të ndryshme në fokus-grupin e zhvilluar me ta:

Iris: *Ambienti, që kushtet për të kryer punën time të jenë në rregull dhe të sakta. Oraret e punës dhe pagat të jenë të arsyeshme.*

Klaudia: *Edhe kushtet për pacientin në mënyrë që mungesat të mos i faturohen mjekut.*

Ema: *Kushtet spitalore ndihmojnë për të parandaluar, rregullsia dhe gjërat bazë si higjiena, konstruksioni i ndërtesës si gjëra elementare që i shërbejnë edhe mjekut, edhe pacientit.*

Në përgjithësi, ka pasur dy linja ku studentët dhe mjekët janë shprehur sa u përket kushteve: kushtet si mundësi për të ushtruar profesionin dhe për t'i ofruar shërbim shëndetësor pacientit dhe kushtet si orari, vendi i punës dhe lehtësi të tjera të lidhura me të.

Kushtet si mundësi për t'i shërbyer pacientit

I pyetur mbi eksperiencën e tij si mjek urgjence³¹ në një spital rajonal gjatë vitit 2021, Arditi, tashmë specializant në Gjermani, u shpreh se ka pasur shumë kufizime në shërbimin që mundej të ofronte për pacientët.

I: Gjatë punës tënde në urgjencë, të është dashur të referoje për në Tiranë raste që nëse do kishte kushtet e duhura, do të mundje t'i trajtoje atje?

Ardit: Po, është e trishtë që sidomos aksidentet cerebrovaskulare i nisnim të gjithë në Tiranë dhe ngeleshin invalidë, sepse nuk arrihej koha e trombolizës dhe ne nuk i kishim kushtet për ta ofruar. E dyta, është absurde, por nuk kishte ortoped që të fiksonte një frakturë. Të gjitha frakturat shkonin në QSUT. Nuk kishte as kirurg që të mund të trajton-te urgjencat kirurgjikale. Edhe pacientët që unë mund t'i trajtoja, spitali nuk kishte kapacitet t'i mbante, kështu që pasi stabilizoheshin shkonin përsëri në shtëpi. Pra, i shpëtoje jetën, por nuk mund t'i ofroje përmirësim situatës dhe nuk e merrje dot në pavion.

Kushtet si lehtësi në vendin e punës

Një specializante në Shqipëri, e pyetur mbi kushtet e punës, u shpreh:

"Kryesorja është mungesa e infrastrukturës, që ndikon në zhvillimin profesional. Por ka edhe të tjera, p.sh. mungesa e një mense në shërbim, një dhomë ku të pushojmë. Te dhoma e mjekut roje nuk presim të jemi si në hotel, por nuk ka as tualet brenda. Detyrohem që pas turnit 24-orësh, në mëngjes që mund të jem ndotur me gjak, pus³², dal me peshqirë e gjërat e mia personale nëpër pacientë dhe familjarë për të kërkuar një derë të mbyllur me kyç, që i kërkoj sanitares ta hapë, pasi vetëm aty mund të përdor tualetin. Mungesa e ngrohjes është një tjetër problem."

Siguria fizike në punë

Një pikëpamje tjetër e kushteve të punës është ajo e sigurisë në punë, duke nisur që nga ekspozimi ndaj infeksioneve dhe sëmundjeve profesionale, për të përfunduar te konfliktet që çenojnë drejtpërdrejt sigurinë e jetës, të cilat do t'i trajtojmë në vijim.

Në një studim të zhvilluar në qendrat shëndetësore të kujdesit primar në Shqipëri gjatë prillit të vitit 2021, ku u anketuan 505 mjekë me një pyetësor të përgatitur nga OBSH për masat e marra mbi kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve (KPI), rreth 47% e faciliteteve nuk kishin një fokus të dedikuar ndaj KPI, mungesa e standardit "një pacient për shtrat" ishte e evidente në 37% të faciliteteve, si edhe mbajtja e një distance të përshtatshme nga shtrati në shtrat mungonte në 25% të rasteve.

Furnizimi me ujë ishte 24-orësh vetëm në 63% të faciliteteve, kurse një numër i përshtatshëm tualetesh ishte i disponueshëm në 53% të tyre. Një nga katër facilitete nuk kishin stacione për higjienën e duarve dhe/ose energji elektrike të mjaftueshme. Ajrosja e përshtatshme ishte e pranishme në 51% të faciliteteve. Katër nga pesë facilitete i kishin materialet për të pastruar mjediset e qendrës gjatë gjithë kohës, ndërkohë që vetëm 49% kishin veshje dhe mjete mbrojtëse gjithmonë të aksesueshme. Kontenerët për mbetjet funksionale spitalore ishin të pranishme në 90% të rasteve, por vetëm 4 nga 5 prej tyre ishin të etiketuara sipas udhëzimeve.[22]

Një rast tjetër i cënimit të sigurisë në punë ishte zjarri në shërbimin e ri të urgjencës në

³¹ Disa mjekë të përgjithshëm punësohen si mjekë urgjence në rrethe, në mungesë të këtyre të fundit.

³² Rrjedhje nga vatra e infektuar, qelb.

QSUT, në 11 shkurt 2024. Është mësuar se shkak për zjarren është bërë një defekt në bateritë e serverëve, të cilët ndodheshin në katin -1.[23] Kanë qenë forcat zjarrfikëse që kanë vënë flakët në kontroll dhe fatmirësisht asnjë person nuk ka mbetur i lënduar. Po ashtu, personeli shëndetësor është angazhuar shpejt për të evakuar pacientët dhe për t'i transferuar ata në shërbime të tjera.

Mirëpo, ky rast zjarri nxori në pah disa probleme:

Së pari, nuk ka trajnim të mjaftueshëm të personelit shëndetësor mbi zjarret në vendin e punës. Pavarësisht alarmit të ngritur, flakët në këtë rast nuk kanë qenë jashtë kontrollit dhe zjarri është perceptuar vetëm si tym në momentin e detektimit. Nuk është e sigurt nëse situata do të ishte mbyllur pa dëmtime për personelin dhe pacientët në një rast zjarri masiv dhe të vështirë për t'u kontrolluar.

Së dyti, u komunikua nga titullarët e QSUT se shërbimi i urgjencës u transferua përkohësisht në Spitalin "Shefqet Ndroqi" dhe në Spitalin Universitar të Traumës. Kjo lë vend për pikëpyetje, pasi nuk kuptohet nëse ky transferim është pjesë e një plani kontingjence në rast rreziku madhor apo thjesht improvizim pas mbylljes së urgjencës së spitalit më të madh në vend, që njëkohësisht është objekt strategjik.

Siguria në ushtrimin e profesionit

Gjatë një fokus-grupi me studentët e mjekësisë në UMT, një student u shpreh:

"Si publik, kam kuptuar që para se të hyja në fakultet se pasiguria në punë lidhet me kriminalizimin e gabimit mjekësor. Çdo gabim i faturohet mjekut në mënyrë penale."

Në të vërtetë, gabimi mjekësor në Shqipëri nuk dënohet penalisht, por ky perceptim i studentit mund të ketë të bëjë me faktin se ka një paqartësi dhe mbivendosje mes gabimit mjekësor dhe neglizhencës mjekësore në Shqipëri, e krijuar nga një kornizë ligjore e paplotë dhe një nxitim për të dënuar mjekun nga opinioni publik, që përforcohet nga diskursi politik e mediatik.

Gjithashtu, shpeshherë edhe fatkeqësitë mjekësore, ku pavarësisht veprimeve të mjekut, pacienti është përballur me një pasojë fatkeqe të lidhur me probabilitete të cilat nuk kontrollohen dot nga profesionistët e shëndetësisë, i "faturohen" gabimit apo neglizhencës.

Në legjislacionin shqiptar ka dy nene në Kodin Penal që dënojnë veprat penale në praktikën mjekësore:

Neni 96

Neglizhenca në trajtimin mjekësor (Shtuar paragrafi i dytë me ligjin nr. 8733, datë 24.1.2001, ndryshuar me ligjin nr. 44/2019, datë 18.7.2019)

Neglizhenca në trajtimin mjekësor të të sëmurëve nga ana e profesionistit shëndetësor, kur ka rrezikuar jetën e personit, apo ka dëmtuar rëndë shëndetin e tij, dënohet me gjobë ose me burgim deri në një vit. Po kjo vepër, kur ka shkaktuar vdekjen e personit, dënohet me burgim deri në dy vjet.

Neni 97

Mosdhënia ndihmë

Mosdhënia e ndihmës, pa shkaqe të arsyeshme nga ana e personit që me ligj ose për shkak të detyrës detyrohej ta jepte atë, kur si pasojë e saj është shkaktuar dëmtimi i

rëndë i shëndetit, rrezikimi i jetës ose vdekja, përbën kundërvajtje penale dhe dënohet me gjobë ose me burgim gjer në dy vjet.”[24]

Neglizhenca mjekësore, e cila është akuzë më e shpeshtë ndaj mjekëve në ngjarjet e padëshiruara të cilat përfundojnë me dëmtime apo fatalitete, është e paqartë në përkufizimin e saj dhe lë vend për interpretime.

Gabimi mjekësor, nga ana tjetër, në vendin tonë është një përcaktim etiko-deontologjik që nuk ka implikime ligjore, por ka mbetur si domen gati virtual i praktikës klinike, i cili nuk identifikohet, nuk matet dhe as përdoret as për të përmirësuar shërbimin shëndetësor.

Neglizhenca mjekësore

Neglizhenca mjekësore përkufizohet shpesh nga autorët si dështimi nga ana e mjekut për të siguruar shkallën e kujdesit shëndetësor që një klinikist tjetër në të njëjtin pozicion, me të njëjtat kredenciale profesionale do të kishte ofruar, dështim që ka çuar në dëmtime të pacienti.[25]

Në Shtetet e Bashkuara, një pacient që akuzon për neglizhencë apo praktikë të gabuar duhet përgjithësisht të provojë katër elemente apo kërkesa ligjore për të ngritur një pretendim të qëndrueshëm për neglizhencë mjekësore: (1) ekzistenca e një detyrimi ligjor nga ana e mjekut për t’i shërbyer pacientit në fjalë; (2) një kundravajtje ndaj këtij detyrimi prej dështimit të mjekut trajtues në sigurimin e standardeve të profesionit (3) një marrëdhënie shkakësore ndërmjet kësaj kundravajtjeje dhe një dëmi pasues të pacienti dhe (4) ekzistenca e dëmeve nga kjo kundravajtje të tilla që sistemi ligjor mund të ofrojë dëmshpërblim.[25][26]

Një shembull i neglizhencës mjekësore, dikur e sanksionuar në legjislacionin tonë si “mjekim i pakujdesshëm” dhe e njohur në gjuhën angleze si “*malpractice*” është dhënia e një medikamenti i cili është jashtë protokolleve të trajtimit për sëmundjen në fjalë dhe nuk do ishte zgjedhur nga një mjek tjetër me një trajnim të ngjashëm. Një rast tjetër do të ishte keqdiagnostikimi apo vonesa e pajustificuar në diagnostikim, kur një mjek tjetër me të njëjtat të dhëna të mbledhura prej ekzaminimeve dhe me një nivel kompetence të arsyeshëm për pozicionin e tij do të kishte dhënë diagnozën e saktë. Sidoqoftë, në të dy këto raste duhet të ketë një marrëdhënie shkakësore ndërmjet veprimit apo mosveprimit të mjekut trajtues dhe një dëmi të shkaktuar të pacienti – të vërtetueshëm dhe që mund të jetë subjekt për dëmshpërblim nga mjeku apo institucioni, sipas legjislacionit në fuqi.

Në Shqipëri ndodh shpeshherë që këto elemente të mos merren parasysh dhe të kemi çështje të bujshme mediatike të neglizhencës mjekësore, pa qenë ende të sigurt nëse kjo e fundit ka ndodhur dhe pa respektuar kohën e nevojshme për kryerjen e ekspertizës përkatëse.

Gabimi mjekësor

Gabimi mjekësor përkufizohet si dështimi për të përfunduar sipas parashikimit apo qëllimit një veprim të planifikuar, apo përdorimi i një plani të gabuar për të arritur një qëllim të caktuar mjekësor. Ndryshe nga neglizhenca mjekësore, gabimi mjekësor mund të ketë ose jo pasoja të pacienti dhe përsëri të cilësohet si i tillë, pasi në thelb nuk përbën një penalitet. Ai lidhet me gjykimin dhe vendimmarrjen në situata të caktuara dhe me papërsosmërinë njerëzore në procese të ndryshme të punës.[27]

Në të vërtetë, pasojat e padëshiruara të trajtimit apo mostrajtit përfaqësojnë vetëm një fraksion të kufizuar të gabimeve mjekësore. Ka një sërë gabimesh që mund të ndodhin dhe duhet kërkuar në tërësinë e proceseve që i shkaktojnë, pavarësisht nëse ato kanë pasur efekt të padëshiruar te pacienti.[27] Prandaj, janë dizenuar një larmi protokollësh dhe kornizash teknike për të kufizuar efektin e gabimit mjekësor, duke marrë parasysh se elementi njerëzor, pra gabimi, është i mundshëm, por duhet të jenë një sërë “pikash kontrolli” të cilat zvogëlojnë dhe shmangin pasojat e tij.

Sipas një modeli të krijuar nga *James Reason*, mjediset dhe sistemet komplekse të punës kanë një sërë shtresash mbrojtëse që shmangin pasojat e padëshiruara të një gabimi fillestar. Për shembull, nëse rreziku do të ishte një incizion³³ në vendin e gabuar gjatë kirurgjisë, shtresat mund të ishin së pari identifikimi i saktë i anës së paraqitur në imazheri, një protokoll për të shënuar vendin e incizionit gjatë takimit të parë mes kirurgut operues dhe pacientit dhe një protokoll i dytë për të rishikuar të dhënat mjekësore dhe për të gjetur vendin e paracaktuar të incizionit në sallën operatore.[28]

Pavarësisht këtyre pengesave mbrojtëse, ekzistojnë papërsosmëri ose “vrime” të depërtueshme në secilën. Dëmi ndodh vetëm kur rrethanat i vendosin të gjitha këto shtresa në një pozicion të tillë që ato të lejojnë që gabimi fillestar të depërtojë secilën prej tyre dhe të kthehet në efekt të padëshiruar te pacienti. Për këtë arsye, ky model ka marrë emrin nga autori i tij “*the Swiss cheese model*”, ose modeli i djathit zviceran, që vizualizohet si një sërë pengesash të një sistemi kompleks ndaj gabimeve njerëzore, shpeshherë të pavetëdijshme.[27][29][30] Që efekti i padëshiruar të ndodhë, jo vetëm që duhet të ekzistojnë pika të dobëta në secilën pengesë, por duhet edhe që rastësia apo faktorë të tjerë t’i bëjnë të gjitha gjërat “të shkojnë keq” në të njëjtën kohë, gjë që në një sistem të mirorganizuar është pak e mundshme.

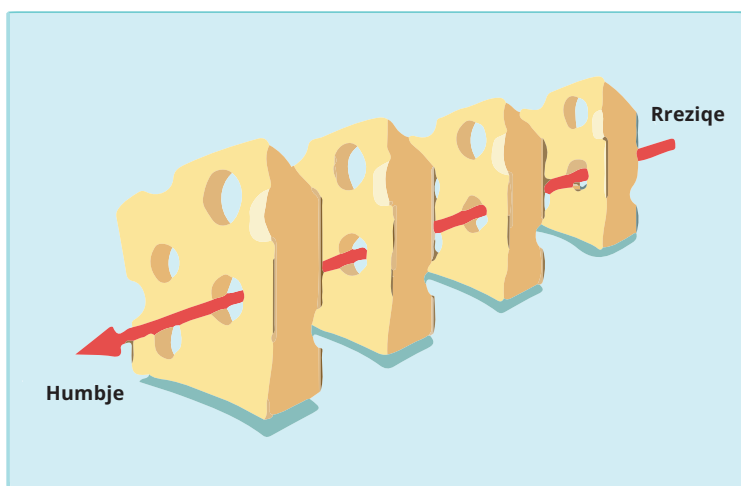


Figura 1: Përshtatur nga Reason, 2000. Gabimi njerëzor: modelet dhe menaxhimi, publikuar në *British Medical Journal*. [31]

Thënë kjo, duhet pasur parasysh se në sistemet tona spitalore dhe në qendrat shëndetësore mungojnë një sërë “siguresash” të kësaj natyre. Së pari duhet nisur nga protokollet dhe trajnimi i personelit për t’i ndjekur ato, së dyti duhet vijuar me bazën materiale

³³ Prerje e lëkurës gjatë ndërhyrjes kirurgjikale, për të ekspozuar organin që do të operohet. Një incizion i gabuar është dëmtim i panevojshëm, i cili shton stresin kirurgjikal dhe pasojat estetike të ndërhyrjes.

që mundëson ndjekjen e protokollit, së treti duhet krijuar një ekip multidisiplinar³⁴, i pranishëm apo i aksesueshëm në rrugë virtuale që mundet ta identifikojë gabimin në kohë dhe me kompetencë.

Për ilustrim, në rastin e një pacienti 68-vjeçar me insuficiencë kardiake, i cili paraqitet në urgjencë në oraret e pikut për një krizë të kolikës renale³⁵ mjaft të dhimbshme, mjeku i urgjencës, i mbingarkuar dhe në presion kohe, vendos që si fillim të menaxhojë dhimbjen duke i injektuar pacientit një NSAID (antiinflamator jo-steroid)³⁶ për ta qetësuar dhe për të vijuar më pas me ekzaminimet. Mjeku e pyet pacientin për sëmundje apo alergji, por pacienti me raste i pamundur të flasë prej dhimbjes nuk referon asgjë me rëndësi, përveçse që “vuan nga tensioni”. Në fakt, administrimi i antiinflamatorit sjell një efekt të shpejtë depresionues mbi parametrat e zembrës, duke ulur funksionin kardiak dhe duke precipituar gjendjen hemodinamike të pacientit në mënyrë dramatike. Ai transferohet me nxitim në reanimacion për t’u stabilizuar.

Kjo ngjarje potencialisht vdekjeprurëse për pacientin dhe traumatizuese e penalizuese për mjekun, sidomos në rast fataliteti, do të ishte shmangur nëse:

1. Do të kishte një protokoll të miratuar për menaxhimin e pacientëve me insuficiencë kardiake në shërbimin e urgjencës, ku përfshihen ndërveprimet bar-sëmundje dhe bar-bar, që do të rriste ndërgjegjshmërinë e personelit për raste të tilla.
2. Do të kishte një regjistër elektronik të të dhënave të pacientit nga mjeku i familjes, si rezultatet në check-up-in e fundit dhe regjimi i mjekimit në të cilin ndodhet, sëmundjet dhe interventet e kaluara etj, që mjeku, infermieri apo mjekë praktikan-të mund ta aksesojnë shpejt, edhe nëse pacienti nuk e referon sëmundjen.
3. Do të kishte staf të mjaftueshëm për të kryer një ekzaminim të plotë përpara administrimit të barnave apo ndërmarrjes së veprimeve të tjera diagnostike/tera-peutike.
4. Do të kishte bazë materiale në urgjencë që merr parasysh ndërveprimet e barnave dhe ofron alternativa të ndryshme mjekimi – në këtë rast ndaj NSAID-ve që mund të përkeqësojnë gjendjen e pacientëve me insuficiencë kardiake.

Nga përvoja e mjekëve në Shqipëri, mungojnë në masë të madhe barrierat të tilla që shmangin fatalitetet dhe efektet e padëshiruara te pacienti. Kështu, në një sistem të prirur drejt mbingarkesës, sidomos në spitalet universitare, mjekët shpeshherë procedohen penalisht për neglizhencë, pra ofrim të një standardi të ulët shërbimi. Në të vërtetë, në një numër të madh rastesh, ata mundet thjesht të jenë duke kryer një gabim njerëzor në kushtet e gjendura dhe standardi i ulët i shërbimit nuk ofrohet prej mjekut në vetvete, por prej sistemit në tërësi.

Siguria e pacientit, sidoqoftë, është gjëja më e rëndësishme dhe më e kërcënuar nga kjo situatë. Një këndvështrim që gjithnjë e më shumë po përqafohet lidhur me gabimin mjekësor është qasja e prirur ndaj procesit. Gabimet të cilat nuk pasohen me dëme duhet të mbahen njëlloj parasysh dhe duhen trajtuar nga supervisorët dhe autoritetet drejtuese si ngjarje paralajmëruese, që duhen shfrytëzuar për të përsosur sistemin dhe për të rritur ndërgjegjësimin.[27] Kjo do të thotë se duhet të përqendrohemi në proceset që çojnë në gabime dhe jo “të kujtohem” se ato ndodhin kur përballemi me pasojat.

³⁴ Ekipet multidisiplinare në mjekësi kryesisht u referohen rasteve kur specialistë të ndryshëm duhet të konsultohen për një pacient. P.sh. një dyshim diagnostik i gabuar i një mjeku neurolog pas vërejtjes së një lezioni në CT-skaner mund të korrigohet shpejt pas konsultës me mjekun radiolog, nëse ky i fundit është i pranishëm në shërbim. Në urgjencë shpejtësia dhe eficientia e këtij komunikimi është thelbësore për pacientin, pasi gjasat janë më të mëdha që gabimi mjekësor të ketë pasojë serioze.

³⁵ Krizë dhimbjesh të forta e shkaktuar prej gurëve në veshka. Rasti është hipotetik dhe sillet vetëm me qëllim ilustrues.

³⁶ Mjekime që përdoren gjerësisht pa recetë për uljen e temperaturës dhe/ose qetësimin e dhimbjes.

Një mjek specialist i cili tashmë jeton dhe punon në Skoci, i intervistuar nga ne mbi eksperiencën si specialist në Shqipëri, u shpreh:

“Ka probleme nga më të ndryshmet: je më i ekspozuar – kryesisht nga mungesa e protokolleve – në raport me pacientët, në raport me drejtësinë. Kështu që në të gjitha format je i ekspozuar; është një sektor shumë problematik dhe mjeku është i pari që përballet me pacientin. Këto të gjitha ndikojnë në cilësinë e jetës tënde.”

Gabimi mjekësor dhe vlerësimi i performancës

Për të parë anën tjetër të medaljes, një sistem funksional, i cili i krijon të gjitha barrierat teknike dhe kapacitetet njerëzore për të ulur gjasat e dështimeve si pasojë e gabimit, nuk shërben vetëm për të “mbrojtur” mjekun.

Nëse mjekët do të kenë kushtet dhe bazën materiale për të vepruar sipas praktikave më të mira, si dhe do të kenë linja të qarta veprimi për shumicën e rasteve me të cilat përballen, është mjaft e lehtë që të matet edhe performanca e tyre. Në një editorial të *Dr. Fatmir Brahimaj* në Buletinin e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, ai thekson rëndësinë e disiplinimit të rutinës në praktikën mjekësore, fillimisht me skema apo algoritme mjekimi, e më tej me udhërrëfyes dhe protokolle, si diagnostike dhe terapeutike. Këto metoda përmirësojnë cilësinë e shërbimit, duke rritur saktësinë dhe efikasitetin, por rritin edhe përgjegjshmërinë e mjekut. Nga ana tjetër, kur zbaton me korrektësi një praktikë të vendosur nga ekupe multidisciplinare të specializuara, pavarësisht nga rezultati, mjeku trajtues është i mbrojtur edhe kur nuk arrihet rezultati i parashikuar dhe i pritur.^[32]

Duke vlerësuar për secilin klinikist kohën e diagnostikimit (duke marrë parasysh numrin e rasteve dhe ngarkesën e shërbimit apo qendrës ku punon), rastet kur ai ka keqdiagnostikuar, rastet kur ka trajtuar me regjime jo adekuate ose me barnat e gabuara, kur ka përdorur metoda jo të përshtatshme kirurgjikale për sëmundjen dhe faktorë të tjerë konstitucionalë etj. mundet që brenda institucionit të krijohet një sistem njohjeje dhe vlerësimi për personelin, i cili të përdoret mbi të gjitha për të rritur cilësinë e shërbimit.

Kjo mund të bëhet duke adresuar praktikat jo të duhura të ndjekura prej disa mjekëve, por edhe duke stimuluar me bonuse financiare mjekët që vazhdimisht tregojnë përkushtim dhe përgjigje optimale në kohë dhe burime, sipas indikatorëve përkatës.

Klaudia, studente e vitit të pestë, u shpreh në një fokus-grup: *“Mendoj ndonjëherë që disa mjekë janë më të sigurt se ç’duhet, sepse nuk ekziston një platformë ose sistem që pacientët të ankohen për shërbimin mjekësor dhe për administratën.”*

Një praktikë e tillë e vlerësimit të performancës do të mund të ndiqej lehtësisht nëse do të kishte një sistem i cili së pari vërteton se pacienti është trajtuar nga mjeku dhe institucioni përkatës dhe mundet të shoqërojë ankesën me dokumente që e vërtetojnë.

Protokollet mjekësore

Në anketimin e kryer me mjekët specialistë dhe ata jashtë vendit, ka një numër të madh përgjigjesh që vendosin theksin te mungesa e protokolleve mjekësore.

Përvoja lidhur me protokollet varion sipas nivelit të kujdesit shëndetësor. Kujdesi shëndetësor parësor ka të aksesueshme disa protokolle dhe udhërrëfyes klinikë, sipas paketës bazë të kujdesit shëndetësor parësor. Mjekët e familjes mund të përdorin manuale për kujdesin për diabetin, hipertensionin arterial, dislipidemitë, astmën, kujd-

esin për të moshuarit etj. Ato nuk janë të zyrtarizuara, por janë të aksesueshme dhe mund të përdoren sipas zgjedhjes së lirë nga të gjithë mjekët e punësuar në kujdesin parësor.[33][34]

Gjithashtu, mjekët e familjes kanë një detyrim për plotësimin e kuotës mujore dhe për rrjedhojë vjetore të kontrollit mjekësor bazë. Në rang vendi, sipas kontratës me koncesionarin, paguhet për 475,000 kontrole mjekësore bazë në vit dhe mjekët e familjes në kujdesin primar duhet të përmbushin projeksionet përkatëse.[35] Gjatë vitit 2022, janë realizuar në total 454,828 kontrole mjekësore bazë, ose 96% e atyre të parashikuara në nenin 3 dhe 4 të kontratës së financimit mes koncesionarit dhe FSDKSH, ku dyshemeja, për të cilat bëhet pagesa është 475,000 raste në vit. Bazuar në këtë shifër vjetore, projektohet me bazë mujore, nga ku për çdo muaj të vitit parashikohen të kryhen së paku 39,583 KMB.[36] Në rast mospërmbushjeje të këtyre projeksioneve, qendrave shëndetësore u tërhiqet vëmendje nga FSDKSH dhe kërkohet informacion i mëtejshëm nga mjekët që nuk kanë një përqindje të kënaqshme të kontrolleve në raport me projeksionin dysheme. Nuk është i qartë arsyetimi nga pikëpamja e praktikës shëndetësore për vendosjen e një projeksiioni për numrin e KMB-ve të kryera, ndonëse kjo është një ngarkesë dhe përgjegjësi direkte për mjekët e familjes.

Nga ana tjetër, në spitalet rajonale dhe bashkiake nuk ka një protokoll të përbashkët trajtimi, pasi ka mungesa dhe diferenca të mëdha në shërbime, bazën materiale dhe në burimet njerëzore. Disa spitale kanë kirurg, por nuk kanë një ekip të sallës operatore për ta asistuar në raste urgjencash. Të tjera nuk kanë disa ekzaminime laboratorike apo imazherike për të ndjekur si duhet një protokoll diagnostik. Kjo është e lidhur edhe me faktin se spitalet rajonale dhe bashkiake mbulojnë zona që variojnë shumë për nga numri i popullsisë.

Mangësitë e protokolleve në spitalet rajonale u vërejtën gjatë pandemisë së COVID-19, ku trajtimi i sëmundjes u krye shpeshherë në thyerje të protokolleve që po ndiqeshin në tri spitalet COVID-19 në Tiranë, në kushtet e mungesave të theksuara në staf dhe pajisje mjekësore. Spitalet rajonale e bashkiake u autorizuan që të kryejnë triazhimin e pacientëve të dyshuar si dhe të prisnin pacientët post-COVID, që kishin ende nevojë për oksigjen dhe kujdes shëndetësor. Në një reportazh në spitalin e Elbasanit, përshkruhej se si një pacient përgatitej për t'u transportuar me urgjencë në Tiranë me sasi oksigjeni të pamjaftueshme për rrugën.[37]

Po ashtu, në një raport monitorimi nga *Together for Life* për menaxhimin spitalor të COVID-19 gjatë pandemisë, u vërejt se protokollat e depistimit (testimi PCR³⁷, ose tamponi), trajtimit dhe referimit ishin të ndryshme e jo konsistente ndërmjet spitaleve të ndryshme rajonale në vend. Ndër të tjera, rezultoi se vetëm spitalet e Vlorës dhe Fierit kishin protokoll depistimi të personelit mjekësor, duke kryer testimin PCR një herë në dy javë, ndërsa pesë spitale të tjera (Kukës, Dibër, Lezhë, Berat dhe Gjirokastrë) nuk kishin protokoll depistimi. Sa i përket protokolleve të trajtimit, edhe nëse ato do të ishin të unifikuara, do të qe e vështirë të zbatoheshin në disa raste, pasi u identifikuan mungesa në mjekë infeksionistë dhe reanimatorë. Gjithashtu, edhe baza materiale mungonte në disa raste, ku disa spitale nuk posedonin BIPAP/CPAP dhe pajisjet për ventilim mekanik.[38]

Spitalet universitare dhe terciare, që janë të ndara në klinika dhe shërbime të cilat duhet të trajtojnë një numër të madh pacientësh, të ndërveprojnë vazhdimisht me njëra-tjetrën dhe të përballojnë mangësitë e kujdesit shëndetësor parësor dhe dytësor, hasin po ashtu sfida në aspektin e ndjekjes së protokolleve. Për më tepër, as në këto

³⁷ PCR – Polymerase Chain Reaction.

spitale nuk përjashtohet mungesa e bazës materiale për ndjekjen e protokolleve të ndryshme diagnostike e terapeutike. Zakonisht, protokollet në spitalet universitare miratohen në bazë shërbimi, p.sh. në Shërbimin e Djegie-Plastikës në QSUT.[39]

Në një intervistë të *Report TV* në janar të vitit 2023 me *Dr. Kliti Pilika*, mjek neuroanestezist dhe reanimator në spitalin e neurokirurgjisë në QSUT, ai u shpreh se mungesa e protokolleve është e pranishme dhe penalizuese në shumë aspekte. Ndër të tjera, ai veçon se ndërhyrjet neurokirurgjikale shpeshherë shoqërohen me risk të lartë, gjë që në mungesë të bazës materiale për të ndjekur protokollin, e vendos ekipin operator përpara vështirësive në raport me pacientët dhe ligjin. *Dr. Pilika* u shpreh se profesioni i kirurgut nuk është një profesion me fitime të pakta në Shqipëri dhe arsyet pse këta specialistë largohen s'janë të lidhura me paranë sa janë të lidhura me mungesën e sigurisë dhe mbrojtjes profesionale.[40]

Në një rast të denoncuar nga Avokati i Popullit, është vërejtur se në pranimin e një pacienteje të paidentifikuar në QSUT, ka pasur një ndjekje jo të volitshme të situatës, në mungesë të protokolleve dhe procedurave për t'u ndjekur në këto raste. Kjo ka çuar në konfuzion të personeli shëndetësor dhe është pasuar sipas Avokatit të Popullit me shkelje të të drejtave të njeriut nga instancat përkatëse për rastin në fjalë, ku pacientja e ndjerë nuk ishte identifikuar as nga bluzat e bardha, por as nga policia, pavarësisht se sipas familjarëve, ata kishin bërë denoncimin për humbjen e saj pak muaj më parë. Identifikimi i saj është bërë i mundur vetëm pas publikimit të fotos në media.[41]

Diçka që duhet nënvizuar është se kur pacientët “dalin” nga sistemi publik dhe mangësitë e tij i plotësojnë me ekzaminime dhe procedura në sistemin privat, përsëri paqartësitë në protokolle mund të kenë efekte hipotetike negative – siç mund të jetë kryerja e ekzaminimeve të kushtueshme pa indikacionin përkatës, vetëm me qëllim fitimi. Në dijeninë tonë më të mirë, nuk ka ndonjë informacion zyrtar për këtë dhe as politika që sigurojnë kufizimin e kësaj dukurie. Nuk duhet harruar që përgjegjësia e orientimit të praktikës klinike drejt fitimit po ashtu i “faturohet” mjekut.

Mjekët dhe media

Media audiovizive dhe *online* luan një rol tejet thelbësor në formimin e qëndrimeve dhe perceptimeve për shërbimin shëndetësor. Problemet shëndetësore janë ndër temat më të prekshme dhe sensitive për publikun e gjerë. Ato janë jo vetëm universale, por edhe shumë të ndikueshme nga disavantazhi ekonomik e social. Temat mjekësore, sëmundjet, trajtimet e reja dhe në fund ngjarjet e lidhura me fushën tërheqin audiencë dhe angazhim në mediat sociale dhe ky “potencial” nuk ka mbetur i pashfrytëzuar as nga mediat në Shqipëri.

Në një studim të zhvilluar nga disa studiues britanikë me gazetarë dhe reporterë që mbulonin tema mjekësore, ata identifikuan te gazetarët në pyetësorët dhe fokus-grupet e mbajtura nëntë barriera kryesore që ulin vlerën informuese të gazetarisë mjekësore: mungesa e kohës, hapësirës dhe njohurive; konkurrimi për audiencë; vështirësitë terminologjike; vështirësi për të gjetur burime dhe për t'i përdorur ato; probleme me redaktorët dhe komercializmin.[42] Ky studim është zhvilluar përpara masivizimit të përdorimit të internetit dhe përpara konceptit të medias sociale, ku mund të komentohej dhe ndërveprohet në kohë reale nën lajmet dhe artikujt. Thënë kjo, është mëse e pritshme që të gjitha mangësitë e mësipërme të jenë theksuar edhe më shumë. Tanimë nuk ka as nevojë që informacioni apo mesazhi të jetë “i përfunduar”, mjafton që të gjenerojë angazhim dhe klikime, duke ulur mjaft kërkesat ndaj cilësisë së informacioneve të publikuara. Në një qasje tjetër të lidhur me lajmet e rreme në mjekësi, disa studiues shprehen se pjesë e problemit në një shkallë të gjerë janë gazetatat dhe revistat ku nuk ruhen standardet shkencore.

Duke qenë se mungon një rishikim shkencor para publikimeve, ata lejojnë publikimin e artikujve që mund edhe të klasifikohen si “fake news”. Një propozim është që, në rast se të gjitha masat e tjera jo penale janë të paefektshme, “kushdo që shpërndan publikisht informacion dukshëm në kundërshtim me njohuritë aktuale mjekësore duhet të jetë subjekt i penaliteteve”.^[43]

Ky “vakum” në llogaridhënien e medias lidhur me lajmet mjekësore u bë evident gjatë pandemisë së SARS-CoV-2, kur jo vetëm që pati një keqinformim të publikut, por ka të dhëna se vetëm keqinformimi mund të ketë rritur numrin e vdekjeve nga COVID-19.^[44] Menaxhimi i qasjeve të tilla, veçanërisht në kohë krize, kërkon angazhimin e autoriteteve dhe vendimmarrësve në përforcimin e legjislacionit dhe praktikave që frenojnë efektet negative të medias sociale në sjelljet dhe perceptimet mbi shëndetin.

Në një vëzhgim të mbulimit mediatic sa u përket mjekëve dhe shërbimit shëndetësor në Shqipëri, vetëm në 10 vitet e fundit ka dhjetëra raste të fatkeqësive mjekësore dhe ngjarjeve të tjera me implikim ligjor mes mjekut dhe pacientit, ku brenda 24 orëve nga ndodhia, ka pasur publikime të panumërta në median *online*, jo rrallë të shoqëruara me emisione *prime time* për të folur mbi ngjarjen. Shpeshherë në këto emisione ka pasur një shumicë të panelistëve apo të të ftuarve që nuk kanë autoritet shkencor për të gjykuar mbi ngjarjen, duke e trajtuar temën njëjloj si të ishte temë politike apo e aktualitetit.

Në këtë kuptim, duke pasur parasysh të gjithë faktorët më sipër, duhet forcuar legjislacioni ndaj lajmeve dhe përmbajtjes mediatike mjekësore edhe në vendin tonë, për të kontribuar në mbrojtjen e shëndetit të popullatës dhe harmonisë mes personelit dhe pacientëve.

Marrëdhënia e perceptuar me pacientin dhe siguria në vendin e punës

E pyetur mbi marrëdhënien me pacientin dhe shpeshtinë e situatave të papëlqyeshme në punë, një specializante e obstetrikë-gjinekologjisë tregoi se kjo varet shumë nga specialiteti.

“Nuk është njëjloj të punosh në anestezi-reanimacion dhe në dermatologji”³⁸, u shpreh ajo. “Te specialiteti im janë të rralla rastet kur pacientët vijnë të axhituar. Zakonisht janë pozitivë, të lumtur, vijnë me lule, arusha, ëmbëlsira. Nëse ke konflikte normalisht që janë më të mëdha se në shumicën e specialiteteve të tjera, sepse është e papritur për pacientin që të futesh në maternitet dhe të përballësh me fatalitete; ka efekt shumë të madh psikologjik... Mendoj që duhet të shohim edhe nga vetja dhe jo gjithmonë drejt sistemit sepse ne jemi pjesë e sistemit; nëse unë them që sistemi nuk bëhet, por unë jam mjeke, jam paciente, jam familjare dhe sillem në një mënyrë jo të duhur për të funksionuar sistemi, nuk ka për të pasur përmirësim dhe ndryshim.”

Ka qenë e ndryshme eksperiencia e ndarë me ne nga një specializante tjetër, e cila na tregoi edhe një ngjarje me të cilën është përballur në shërbim.

Fatjona: *Më duket se është krijuar një lloj gjuetie shtrigash ndaj mjekëve, ka pasur edhe raste që jam përballur me kërcënime. Jam ndier e cënuar nga pikëpamja e dinjitetit dhe ajo fizike. Ndiheh vetëm në këto raste.*

I: Ke rast konkret që të ka ndodhur tani si specializante?

³⁸ Ndryshon shumë ngarkesa në punë dhe graviteti i sëmundjeve që paraqiten.

Fatjona: Po, tani si specializante. Duke qenë se sistemi i referimit nuk funksionon shumë mirë dhe në urgjencën tonë paraqiten shumë njerëz që nuk janë urgjenca, kur ti i referon për në shërbim, bëhen agresivë dhe mendojnë se nuk dëshiron t'u japësh ndihmën. Një ditë kishte shumë njerëz, shërbimi i urgjencës ishte plot. U paraqit një grua e moshuar me një djalë adoleshent, i cili ishte pacienti³⁹. Nuk ishte urgjencë dhe nuk mund t'i jepja përparësi në atë moment. Pacienti dhe familjarja që e shoqëronte më akuzuan se dikë e kisha futur pa radhë me korrupsion. Këtë zonja e bëri me shumë arrogancë dhe ulërime, mora kërcënime nga pacienti ("të tërheq zvarrë", kapje nga bluza). Është marrë policia në telefon ndaj meje. Policia (erdhën tre efektivë) ushtroi presion mbi mua dhe më kërcënoi po ashtu ("ti do ta vizitosh, në të kundërt gjërat do bëhen shumë keq për ty"; "nëse nuk e viziton, do lësh shërbimin dhe do vish me ne në komisariat"). Nuk isha e informuar në atë moment mbi faktin që nuk ka një ligj i cili justifikon që policia mund të arrestojë dhe të ndërpresë mjekun nga shërbimi i urgjencës. Kolegia ime kishte pasur gjithashtu një rast të tillë, ishte vonuar doktori sepse kishte pasur një rast në pavion – bëhej fjalë për vizitë ambulatorie, jo urgjencë – i kishte ardhur policia (Shqiponjat). Prandaj them se nuk është vetëm paga. Mund të paguhesh shumë mirë dhe sërish të duash të largohesh."

Ndikimi që këto situata kanë mbi gjendjen psikologjike të mjekëve, veçanërisht në mjekët e rinj që nisin me pritshmëri më të larta, ndoshta edhe prej mungesës së eksperiencës, është jashtëzakonisht i madh. Ka disa studime që tregojnë se kushtet e dobëta psikosociale mund të kenë një ndikim të rëndësishëm në shëndetin e vetëraportuar nga mjekët. Përveçse ndikojnë në shëndetin e mjekut, këto kushte ndikojnë në cilësinë dhe sigurinë e shërbimit që mjeku i ofron pacientit.[45][46]

Përtej reagimeve dhe sjelljeve të pacientit, që ndonjëherë është e vështirë të ndryshohen, pasi varen në masë të madhe nga niveli socio-kulturor i individit, është e pajustificuar nga pikëpamja ligjore që mjeku të kërcënohet nga organet e rendit se do të dëbohet nga shërbimi pas një konflikti. Aq më tepër, në rastin më sipër, ku sipas pretendimeve, mjeku është kanosur dhe është vënë në pikëpyetje siguria e tij fizike. Mbajtja e një qëndrimi të tillë nga institucionet vetëm sa i inkurajon sjelljet e dhunshme. Në fakt, nuk ka qenë e pazakontë që dhuna të shkojë përtej kanosjes. Rastet e dhunës ndaj mjekëve në 10 vitet e fundit kanë qenë të shumta e në rritje, duke u dhunuar fizikisht shpeshherë edhe gra dhe vajza që punojnë si mjekte.



Figura 2: Disa tituj të mediave online ndër vite lidhur me dhunën ndaj mjekëve.

³⁹Jep disa detaje mbi paraqitjen klinike për të argumentuar rastin, por për të ruajtur privatesinë e së intervistuarës kjo pjesë është hequr.

Duket se për këtë nuk ka mjaftuar as forcimi i masave në Kodin Penal⁴⁰ për veprat “goditje për shkak të detyrës” dhe “kanosje për shkak të detyrës”. Shpeshherë kërcënimet verbale, kanosjet dhe sjelljet e dhunshme të pacientëve dhe familjarëve neglizhohen dhe nuk trajtohen sipas parashikimeve ligjore nga organet ligjzbatuese. Kjo kontribuon në pandëshkueshmërinë e individëve që kryejnë këto vepra dhe në krijimin e një mjedisi pune të pasigurt për mjekët. Gjithashtu, edhe profesionistët shëndetësorë shpesh zgjedhin të mos i referojnë pranë autoriteteve sjelljet e kundërligjshme të pacientëve apo familjarëve të tyre, në jo pak raste për shkak të një mpirjeje dhe normalizimi të këtyre sjelljeve.

Mbrojtja e mjekëve prej vitesh tashmë është kryesisht fizike, ku strukturat spitalore në Shqipëri pajisen me roje të policive private, të cilët pengojnë hyrjen e individëve që nuk respektojnë oraret apo shfaqin sjellje të veprime të dhunshme. Nevoja për të pasur personel përforcues për sigurinë mjafton për të treguar se mjedisi i punës nuk është i sigurt, sidomos në repartet e urgjencës dhe reanimacionit.

I pyetur mbi sigurinë në punë, Arditi u shpreh mbi çështjen e mbrojtjes fizike në spital.

I: Të ka munguar ndonjëherë siguria?

Ardit: Juridike – nuk jam përballur, s’kam pasur padi. Kam pasur kolegë me padi dhe ka zgjatur me vite. Siguria në punë po, se këtu është dhe një paradoks tjetër. Në Gjermani nuk ka roje në spitale, se njerëzit e dinë që nuk mund të futen. Atje (në Shqipëri) ka roje dhe shumë mirë që ka. Megjithatë, çdo person me vullnetin e tij të keq për t’u futur në spital mund të futet dhe jam konfliktuar në dhjetëra raste. Ndonjëherë më është dashur të marr policinë për të nxjerrë jashtë atë person që nuk e nxirrnin dot rojet dhe i kam çuar edhe në komisariat. Konflikt fizik nuk kam pasur, por mund të përshkallëzohej sigurisht. Kam pasur kolegë të mi që edhe janë goditur. Siguria në punë është zero, duhet të ruash veten se nuk të ruan njeri.

Mundësia për rritje profesionale

Artikulli “Mundësia për rritje profesionale”, së bashku me pagat, ishin në të gjitha grupet e anketuara në pyetësonin *online* faktorët kryesorë që i shtynin mjekët të largoheshin.

Edhe në fokus-grupet dhe intervistat e zhvilluara, rritja profesionale ka dalë vazhdimisht si një ndër shqetësimet kryesore të studentëve dhe mjekëve të rinj.

Infrastruktura mjekësore

Mjaft shpesh studentët dhe mjekët i janë referuar infrastrukturës mjekësore dhe kushteve të punës si pengesë kryesore për rritjen e tyre profesionale.

Ema, studente e vitit të pestë në UMT, u shpreh: **“Kam frikë që duke mos i pasur disa gjëra sot, nuk do të di t’i ofroj nesër si profesioniste.”**

“Formimi profesional nuk është i njëjtë, sepse në Shqipëri gjërat ecin shumë ngadalë si nga pjesa e mjeteve diagnostikuese, si nga pjesa e terapive”, - u shpreh Alba, një mjekë e përgjithshme që është zhvendosur në Gjermani.

Në këtë pjesë nga intervista me Klean, specializante në imazheri, ajo tregon mbi

⁴⁰Neni 237: “Goditjet për shkak të detyrës” dhe neni 238: “Kanosja për shkak të detyrës”.

mangësitë që ndien në këtë pikëpamje:

Klea: *Kryesorja ndër arsytet për t'u larguar është zhvillimi profesional, baza materiale. Edhe nëse e ke diçka, duhet të kalosh nëpër burokraci për t'i pasur në praktikë.*

I: *Nga pikëpamja e bazës materiale, sa përçind të asaj që pritet mund të zhvillojë ju në klinikën tuaj universitare? P.sh. nisur nga ultratingujt, deri te PET scan⁴¹.*

Klea: *PET nuk e kemi, as shintigrafinë⁴²- thuhet që është e vështirë për t'i siguruar materialet. Eko, rezonanca, biopsia janë në rregull. Pjesa kryesore është e mbuluar, por për gjëra specifike varet, jo gjithnjë.*

I: *Pra mendon se QSUT është në rregull, e ka bazën materiale?*

Klea: *Unë pres më shumë. Jemi pak mbrapa në përpunimin e imazheve, kur e krahasojmë veten me ata jashtë – në konferenca që kemi kontakt. Jashtë i nxjerrin krejt ndryshe.*

Për më tepër, ka ndërhyrje dhe trajtime të cilat nuk ofrohen në strukturat spitalore universitare. P.sh. transplantimi renal në pacientët me sëmundje renale të avancuar ofrohet vetëm në struktura private, duke u hequr aksesin mjekëve specializantë përkatës ndaj kësaj ndërhyrjeje, ndonëse kjo procedurë hyn në paketat kirurgjikale të mbuluara nga FSDKSH.[35] Po ashtu, trombektomia vazhdon të ofrohet vetëm në struktura private.

Dr. Henri Fero, Drejtor Ekzekutiv i ACMS, Shoqatës së Studentëve të Mjekësisë në Shqipëri, e cila ndër të tjera ndërmjetëson programe disajvare shkëmbimesh studentore me spitale e universitete jashtë vendit, shprehet se këto programe janë shumë të kërkuara nga studentët pikërisht sepse ata kanë dëshirë të kenë përvoja mësimi në struktura spitalore me standarde më të larta infrastrukturore.

Programet akademike dhe cilësia e udhëheqjes profesionale

Gjatë bisedës me Klean, ajo u intervistua edhe mbi përvojën e të mësuarit gjatë specializimit.

I: *A ka specializimi juaj një program akademik? Një strukturë?*

Klea: *Jo në të vërtetë, kemi një program jo të detajuar: thjesht me cikle, jo me tema specifike. Nuk kemi objektiva të të mësuarit, është e gjitha autodidakte. Pra, mësojmë vetëm në praktikë. Ka mungesë të njohurive teorike dhe udhëheqjes akademike që të plotësohesh. Edhe në specializim mësohet. Do mësohesh praktikën e përditshme të punës, por është edhe ana teorike. Rastet në teori jo gjithnjë do të të vijnë aty dhe do t'i hasësh.*

Kur u pyet mbi qëndrimin e mjekëve udhëheqës, ose primarë, Klea u përgjigj se ata janë zakonisht të gatshëm për t'iu përgjigjur pyetjeve dhe për të diskutuar raste me specializantët.

Ema, studente e vitit të pestë, u shpreh:

"Për ta cekur pak edhe faktorin e përgatitjes profesionale, pasi është një faktor që ndikon në zgjedhjet tona. Mungesa e organizimit dhe që specializantët nuk trajnohen siç duhet ndikon në faktin se si ata nesër-pasnesër mund të punojnë në mënyrë të pavarur. Në disa

⁴¹PET (positron emission tomography). Një ekzaminim imazherik që përdor materiale radioaktive. Përdoret shpesh në diagnozën e sëmundjeve malinje dhe në ndjekjen e tyre në dinamikë.

⁴² Shërbimi i mjekësisë nukleare

spitale në Gjermani p.sh., një mjek kardiolog trajnohet të kryejë p.sh. 30 herë një koronarografi dhe pasi e ka kryer këtë, mund të vazhdojë të përgatitet për intervente të tjera. Pra specializohen në një, e përsërisin derisa të shohin që arrijë ta kryejnë siç duhet dhe pastaj vazhdon në gjëra të tjera më të vështira. Dhe mungesa e kësaj përgatitjeje bën që të thellohet mungesa e aftësisë profesionale dhe futemi në një cikël vicioz, ku faji dhe përgjegjësia i ngelet mjekut.”

Po lidhur me dinamikën e të punuarit në spital dhe rritjen profesionale gjatë specializimit, ka pasur eksperiencën të ndryshme të ndara me ne:

“Nuk e ndiej rritjen profesionale. Mund të kalojë një kohë shumë e gjatë që të shohësh një ndryshim të vetja dhe kjo jo prej programit, por prej aftësive të tua dhe sepse je munduar me 100 mënyra për ta arritur. Del specialist pa ditur të bësh gjërat bazë në krye të katër viteve. Nuk të mësojnë, nuk të lejojnë, varet nga durimi, motivimi për përfitimin personal. Bëhen të gjitha bashkë dhe shkojnë në rrethë specialistë pa aftësitë e duhura, që kombinuar me mungesën e infrastrukturës atje, sjellin rrëmujën ku të gjitha rastet dërgohen në Tiranë.”- Fatjona, specializante në Shqipëri.

“Kjo është shumë personale. Varet sa i përkushtohesh ti punës. Ka specializantë që vijnë dhe përmushin vetëm orarin e vendosur. Ka që qëndrojnë gjithë ditën, ose që shkojnë dhe gjatë fundjavave. Nuk të detyron askush të punosh me orë të zgjatura, por në specialitetin tim të lejohet dhe të hapen dyert për të punuar vetëm nëse ti përkushtohesh maksimalisht. Duhet përkushtim, të ndjekësh pacientin në vijimësi, të krijosh besim dhe siguri që ti e bën punën dhe merr përgjegjësi. Është marrëdhënie që krijohet me mjekët primarë, duhet t’u fitosh besimin.”- Lorela, specializante në Shqipëri.

“Është e vërtetë që nuk ‘të merr njeri prej dore’ të të mësojë. Mjekësia është një profesion që ‘vidhet’ dhe është individuale dëshira dhe interesi që ti shpreh. Ka nga ata që janë shumë të dedikuar, ka nga ata që nuk e kanë me shumë dëshirë dhe kjo të selekton, por ndryshimi është që në Shqipëri nuk ke motivim në shumë aspekte – qoftë edhe ekonomikisht nuk vlerësohesh për atë që bën. Je i detyruar të punosh diku tjetër, duke lënë pas dore specializimin.” – Arbri, mjek specialist jashtë vendit që ka zhvilluar specializimin në Shqipëri si kuotë e lirë.

Mjeku i përgjithshëm dhe rritja profesionale

Një studente nga UniKZKM, e pyetur mbi punën si mjek familjeje në një zonë rurale me një kontratë trevjeçare, u shpreh:

“Gjatë kontratës fikse, nëse do kisha mundësi të merresha me kërkim shkencor do ishte një plus për mua, ose të më paguheshin konferencat jashtë. Paga e mirë është stimul, por do doja të kisha mundësi të zhvilloja veten në mënyrë që karriera ime të mos rrijë e ngrirë gjatë atyre viteve.”

E pyetur mbi kthimin në Shqipëri si mjek e përgjithshme, Alba, mjek e përgjithshme e diplomuar së fundmi që jeton në Gjermani, u përgjigj:

“Jo si mjek e përgjithshme. Në Shqipëri nuk është i vlerësuar pozicioni i mjekut të përgjithshëm, ndërsa këtu (në Gjermani) kam vënë re që nuk është keq të jesh mjek i përgjithshëm apo intern. Ke të njëjtat mundësi dhe rritje financiare si mjekët e tjerë, janë shumë të ngjashëm, madje në disa raste mund të jenë edhe më mirë. Ndërsa në Shqipëri mjeku i përgjithshëm nuk është aq i vlerësuar dhe nuk ke aq mundësi.”

Duke punuar shpesh në qendra shëndetësore ku nuk kanë udhëheqje profesionale, mjekët e përgjithshëm vetëmësohen për të ushtruar profesionin e gjerë të mjekut të

familjes. Një sërë sëmundjesh që mund të trajtohen nga mjeku i përgjithshëm kur ai ka suportin dhe trajnimin e duhur, delegohen te specialisti, duke e bërë punën si mjek i përgjithshëm vetëm një “stacion” përpara specializimit apo ikjes për shumicën e mjekëve të rinj. Pikëpamjet mbi punën si mjek i përgjithshëm dhe pagat e mjekëve në Kujdesin Shëndetësor Parësor, si dhe mundësia për të punuar si mjek familjeje pa pasur specializimin përkatës për shkak të mungesave në këtë specialitet, mund të kenë ulur edhe më interesin për të punuar në kujdesin parësor, sidomos për mjekët e rinj që kanë më shumë ambicie profesionale.

Gjithashtu, duket se kanë munguar incentivat për ta bërë tërheqës specialitetin e mjekut të familjes, qofshin këto financiare apo të një natyre tjetër. Në prill të vitit 2023, u shpall *Udhëzimi Nr.8 “Për Disa Ndryshime në Udhëzimin Nr.1, Datë 03.05.2017 “Për Mënyrën e Pagesës dhe Shpërblimit për Punonjësit e Qendrave Shëndetësore nga Skema e Detyrueshme e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, Të Ndryshuar”* nga FSDKSH, ku specifikohet se shtesa e pagës për mjekët e qendrave shëndetësore me specializimin “Mjekësi e Familjes” do të ishte 45,000 lekë të rinj. Mirëpo kjo politikë e përshëndetur nga mjekët e familjes, u pasua nga një udhëzim tjetër (*Udhëzimi nr. 9 Për Një Ndryshim në Udhëzimin Nr.1, Datë 03.05.2017, Për Mënyrën e Pagesës dhe Shpërblimit për Punonjësit e Qendrave Shëndetësore nga Skema e Detyrueshme e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, Të Ndryshuar*), i cili ndryshonte të njëjtën pikë dhe e bënte shtesën 15,000 lekë të rinj, tri herë më pak se shtesa fillestare.

Në një letër të hapur ndaj Kryeministrit, i cili ishte propozues i rritjes së pagës së këtyre specialistëve, mjekët e familjes shprehen të fyer nga ndryshimi pasues në trajtimin me pagë që menduan se do të kishin. Për më tepër, ata shprehen se ky trajtim i mjekut të familjes karshi specialistëve të tjerë është diskriminues ndaj tyre dhe se ai nuk merr parasysh barazinë në punë kundrejt arsimimit.^[103] Pavarësisht se mjekët e përgjithshëm kryejnë të njëjtat detyra në shërbimin parësor me mjekët e familjes të cilët kanë një specializim 3-vjeçar, sipas mjekëve të familjes, ata vetë nuk mund të trajtohen si të mos kenë një specialitet përtej masterit shkencor në mjekësi të përgjithshme. Për më tepër, duke mos pasur një favorizim me pagë të mjekëve të familjes me specializim, as mjekët e përgjithshëm të rinj që punojnë si mjekë familjeje nuk kanë arsye për ta zgjedhur dhe për t'u investuar te ky specialitet. Megjithatë, mbetet për t'u parë si do të preken mjekët specialistë të familjes nga rritja e pagave që pritet të aplikohet për mjekët e përgjithshëm në KSHP në vitin 2024.

Mundësia për t'u formuar jashtë vendit

Gjatë të gjitha fazave të studimit, pjesa më e madhe e studentëve dhe mjekëve të pyetur e ka mirëpritur idenë e një specializimi apo nënspecializimi jashtë vendit dhe rikthimin me kontratë pune.

! Nëse do të të ofrohej të bëheshe pjesë e një fellowship-i jashtë vendit, me kontratë 3-vjeçare, me pagë 400.000 lekë të rinj neto do doje të punoje ku të të dërgojnë?

Fatjona: Po, do ta pranoja. Mendoj që është e pranueshme: çdo gjë ka një kosto dhe në situatën kur nuk ke mundësi më të mira për t'i përballuar, kjo më duket diçka e drejtë. Shkon diku ku mund të aftësohesh dhe tre vjet nuk më duket kohë e gjatë nga eksperiencia që marr. S'mund të rrinë të gjithë në Tiranë. E mendoj këtë edhe pa pasur një detyrim kontraktual.

Po ashtu, një mjeke tjetër specializante shprehu se sa e rëndësishme është për të një përvojë pune jashtë, edhe pse nuk ka dëshirë të largohet në afatgjatë:

I: Thamë që ti nuk planifikon të largohesh nga Shqipëria.

Lorela: Jo, unë vetë nuk e planifikoj dhe nuk e përfytyroj dot të jetoj dhe përshtatem diku tjetër. Unë mendoj se për sa kohë kam familjarët e mi këtu, miqtë e mi dhe të ardhurat e mjaftueshme për të përballuar jetesën, nuk mendoj se ka arsye përse të largohem afatgjatë jashtë për të krijuar jetën time. Pastaj për internship-e, eksperiencë, network, seminare, fellowship-e, rritje profesionale jam gati të lëviz që nesër. Patjetër që duhet të investoj në atë që unë po bëj përditë.

I pyetur po mbi këtë mundësi hipotetike, Arditi, specialist në Gjermani, u shpreh:

I: Nëse në 2020-ën do dije se do kishe një mundësi të merrje një specializim këtu dhe pastaj një mundësi fellowship-i jashtë me kosto të mbuluara dhe me kontratë për t'u kthyer këtu 3 vjet, siç e kanë kuotat e mbuluara do ta konsideroje?

Ardit: Shumë e vështirë, se nëse do shkoja atje dhe do shihja kontrastin mes atyre që kam mësuar dhe aplikuar në Shqipëri dhe çfarë bëhej në atë vend atëherë do ndiheshja edhe më keq që të rikthehesha në ato kushte. Nuk është ide e keqe të aplikohet, sepse duhet ky program. Por dalim përsëri te mënyra e trajtimit të specialistit në Shqipëri dhe a do doja fillimisht të isha specialist në Shqipëri?

Kapacitetet për të formuar mjekë specialistë

Një problem i ngritur vazhdimisht, informalisht dhe gjatë këtij studimi, është shpeshtësia e aplikimeve për specializimet afatgjata. Ato janë hapur çdo vit në tetë vitet e fundit. Megjithatë, në karrierën mjekësore koha është një faktor i cili duhet të jetë në favorin e mjekëve të rinj, pasi deri në marrjen e së drejtës së ushtrimit të profesionit, kanë kaluar afro shtatë vite vetëm nga regjistrimi në Fakultetin e Mjekësisë.

Humbja e mundësisë për të ndjekur një specializim për shkak se ka pak kuota (ose ka vetëm kuota të lira apo vetëm kuota të mbuluara për një specialitet) e shtyn rikonturimin për specializimin me një vit tjetër, gjatë të cilit janë të pakta gjasat që mjeku të rrijë në pritje për të njëjtën procedurë dhe provim, pa bërë përpjekje për t'u larguar jashtë vendit.

Dy nga specialistet e intervistuar nga ne janë vendosur para një zgjedhjeje të tillë dhe kanë vepruar të detyruara nga kushtet ku janë gjendur:

I: Je kuotë e lirë apo e mbuluar?

Klea: E mbuluar, sepse nuk kisha mundësi zgjedhjeje. Të vetmet kuota nga të cilat mund të zgjidhja ishin ato të mbuluara. Ose do ndryshoja specialitet, ose do prisja edhe një vit dhe vitin në vijim nuk dihej se ç'ndodhte, kishte kuota të lira apo jo.

Ndërkaq specialistja tjetër, ishte regjistruar si kuotë e lirë në një specialitet të cilin nuk e kishte preferencë fillestare, pasi nuk kishte arritur të merrte një vend në specialitetin e pëlqyer, vetëm për shkak se *“nuk dihej se ç'ndodhte në vitin pasardhës”* dhe se *“nëse nuk futej këtë vit, nuk do të specializohej fare në Shqipëri dhe do të vazhdonte me planin e ikjes në Gjermani”*.

Në disa vende europiane si Gjermania, nisja e rezidencës⁴³, ose specializimit bëhet me aplikim në cdo kohë të vitit në qendra të ndryshme spitalore të autorizuara për të formuar mjekë specialistë dhe sa herë që ka vende vakante, ata njoftohen mbi pozicio-

⁴³ Mjeku specialist quhet ndryshe rezident në shërbimin spitalor përkatës, p.sh. rezident në gastroenterologji.

nin dhe mund të zgjedhin ndërmjet mundësive ku kanë aplikuar. Ky proces është i shpejtë dhe i efektshëm – një faktor tjetër që e bën Gjermaninë tërheqëse për mjekët e rinj që emigrojnë.

Megjithatë, kapacitetet e Gjermanisë për të ndjekur këtë sistem janë shumë më të mëdha, si edhe janë krijuar kushtet për të pasur një sistem të decentralizuar dhe të pavarur për specializimet. Nga kërkimi ynë mbi kapacitetet e Fakultetit të Mjekësisë për të formuar specializantë, duhet thënë se ky sistem, duke qenë i vetmi në Shqipëri është mjaft i ngarkuar dhe nuk mund ta ndjekë një praktikë të tillë. Thënë ndryshe, ata mund të "presin" specializantë të rinj sa herë që diplomohet një brez specializantësh, pra çdo vit.

Mirëpo kjo nuk përjashton faktin se mund të merret në konsideratë krijimi i një sistemi më të shpërndarë të marrjes së specialiteteve, duke përdorur shërbimin shëndetësor dytësor, pra spitalet rajonale dhe bashkiake. Po ashtu, nëse do ndiqej një logjikë gjithëpërfshirëse, edhe spitalet private në një të ardhme mund të "licensoheshin" për të ofruar disa programe specializimi, me një numër të kufizuar vendesh në secilin vit.

E pyetur mbi sistemin e specializimit, Lorela, specializante e regjistruar si kuotë e mbuluar, u shpreh:

"Nëse do tregohesha objektive, do të thoja që e mira do ishte të kishte edhe kuota të mbuluara të tilla që që ky staf specializantësh të shpërndahet nëpër spitalet bashkiake dhe rajonale. Duke folur si mjeke që jam pjesë e sistemit, normalisht mua nuk më intereson që të bëj hapa pas, d.m.th. të largohem nga Tirana, sepse unë e kam krijuar këtu rrjetin tim. Në momentin që unë e kam krijuar këtë rrjet, më thuhet që tani duhet të lëviz dhe këtu unë nuk jam dakord. Në dijeninë time, asnjë nga specializantët nuk është dakord."

...Sistemi im ideal do ishte i tillë: secili nga ne duhet të bëjë një zgjedhje. Nëse unë dua të vazhdoj për Obstetrikë-Gjinekologji, duhej të kisha mundësinë të konkurroja ose aplikojta jo vetëm në spitalin e Tiranës, por dhe në maternitetet nëpër rrethe ku do kishte nevojë. Do të thotë që unë të mbuloja një hapësirë në një spital të rrethit dhe do qëndroja rreth një vit që të marr maksimumin e eksperiencës në atë maternitet. Krijoj edhe një rrjet atje, që e bën shumë më probabël rikthimin për të punuar në atë spital pas diplomimit. Më pas kur dua të avancoj, të vij të bëj vitin e tretë dhe të katërt në një qendër terciare në Tiranë. Nëse do të doja të subspecializohesha, të më krijonte shteti këtë mundësi me para apo bursë për të studiuar në perëndim dhe pastaj sigurisht, të kthehem në vendin tim me kontratë."

Një propozim i tillë, i cili është marrë në konsideratë prej nesh, vjen me disa sfida dhe përfitime. Tabela 4 paraqet një analizë SWOT, e cila i referohet konkretisht: **aplikimit të një politike e cila lejon trajnimin e specializantëve në fillesat e specializimit në spitalet bashkiake dhe rajonale, vetëm në hapat e parë dhe për një formim klinik bazë, për ta vazhduar më pas në spitalet universitare në dy vitet e fundit të specializimit.** Spitali bashkiak/rajonal të jetë në përputhje edhe me spitalin në kontratën e punës pas specializimit, nëse bëhet fjalë për kuota të mbuluara.

Ne kemi diskutuar një mundësi të tillë edhe me Zv/Ministren e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Znj. Mira Rakacolli, e cila është shprehur se infrastruktura e nevojshme për këtë është ndërtuar dhe po ndërtohet në disa spitalet tjera jashtë kryeqytetit, siç është Spitali "Memorial" Fier, si dhe Spitali i Durrësit, Shkodrës dhe Elbasanit. Megjithatë, ajo u shpreh se stafi akademik i tutorëve dhe udhëheqësve klinikë për specializantët do të duhet të plotësohet nga UMT.

Tabela 4: Analizë SWOT e përfshirjes së mundshme të spitaleve bashkiake dhe rajonale në specializimet

	Ndihmuese	Penalizuese
Të brendshme	<p>Fuqi Specializantët janë mbështetjet për stafin e spitaleve rajonale dhe bashkiake dhe përmirësojnë mbulimin me shërbim shëndetësor.</p> <p>Nëse ka një numër më të ulët specializantësh, cilësia e praktikës klinike <i>firsthand</i>⁴⁴ dhe shkalla e përgjegjësisë së marrë është e rritur.</p>	<p>Dobësi Disa shërbime nuk janë të pranishme në spitalet bashkiake dhe rajonale. P.sh. materniteti apo reparti i pediatriisë është një pjesë integrale e shumicës së këtyre strukturave, por ka specialitete të tjera që mungojnë ose përfaqësohen vetëm nga një ose dy mjekë primarë brenda një shërbimi të integruar me shumë specialitete. Disa spitale janë spitale ditore, të cilat kryejnë procedura dhe ekzaminime me kohëzgjatje shtrimi që nuk i kalon 24 orë.</p> <p>Infrastruktura e shërbimit shëndetësor në spitalet rajonale dhe bashkiake është më e varfër se ajo e spitaleve universitare.</p> <p>Stafi i mjekëve specialistë në shumë prej spitaleve rajonale dhe bashkiake nuk plotëson kriteret akademike në nivel institucioni dhe si udhëheqës klinikë në një pjesë të rasteve.[47]</p>
Të jashtme	<p>Mundësi Stafi i spitaleve rajonale e bashkiake mund të nxitet dhe t'i krijohen lehtësi për të pasur një karrierë akademike dhe për të ngritur kapacitetet e qendrave përkatëse spitalore për të formuar mjekë të rinj.</p> <p>Spitalet rajonale dhe bashkiake mund të bëhen më të qëndrueshme në kohë nga pikëpamja e burimeve njerëzore dhe gjasat për të punuar aty për një kohë të gjatë do të rriten, duke rritur edhe cilësinë e shërbimit.</p>	<p>Kërcënime Në fillimet e aplikimit të saj, një politikë e tillë mund të sjellë uljen e cilësisë së formimit profesional të specializantëve, për shkak të:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infrastrukturës së pamjaftueshme për të ushtruar specialitetin; - Numrit të ulët të pacientëve dhe shtretërve; - Uljes së motivimit për të mësuar dhe për të qenë proaktiv. <p>Për ta implementuar mund të kërkoen ndryshime në kornizën ligjore, për të lejuar spitale të tjera përveç atyre universitare që të formojnë specialistë, gjë që kërkon një studim të hollësishëm mbi implikimet negative që kjo mund të ketë.</p>

Burokracia

Në mbarim të studimeve të Masterit Shkencor në “Mjekësi të Përgjithshme”, studentët e mjekësisë i nënshtrohen një praktike profesionale 3-mujore, që ndahet midis disa shërbimeve kryesore të spitaleve universitare, apo atyre rajonale e bashkiake në varësi të vendbanimit dhe rregullohet nga UMSH si kusht për të marrë të drejtën e ushtrimit të profesionit. Për të diplomuarit në sezonin e korrik-gushtit, ky stazh fillon në shtator dhe përfundon në fillimdhjetor.

Gjithashtu, me publikimin nga Sekretaria e FM të orarit të vitit akademik 2023-2024, ra në sy se vitit të gjashtë, pra vitit të fundit i është shtuar një praktikë profesionale para

⁴⁴ Të dorës së parë, në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientin.

diplomimit, i cili shtyhet për në fund të muajit gusht në datën më të afërme, ndërkohë që studentët japin provimet e semestrit, ato të mbartura dhe përmirësime, si edhe përgatitin temën e diplomës. Pas diplomimit, do të ketë përsëri praktikë profesionale tremujore, që kërkohet nga UMSH për të marrë licencën.

Përpara praktikës profesionale

Mjekët e sapodiplomuar dorëzojnë në shtatorin pas mbarimit të studimeve një sërë dokumentesh për në regjistrin provizor të UMSH, i cili shërben për regjistrimin e të gjithë mjekëve të sapodiplomuar që i nënshtrohen praktikës profesionale dhe pas përfundimit të saj, provimit të shtetit (provimit të licencës).[48]

Mjekët duhet të dorëzojnë brenda afatit:

1. Kërkesë me shkrim për anëtarësim
2. Vetëdeklarim sipas formatit të përcaktuar nga Urdhri i Mjekëve
3. Fotokopje të pasaportës ose letërnjoftimit
4. Dokument zyrtar që vërteton studimet universitare, listë notash (zakonisht në mungesë të diplomës, studentët posedojnë një vërtetim diplome dhe një vërtetim notash të lëshuar nga Sekretaria e FM)
5. Tri fotografi.

Në mbarim të këtij procesi, UMSH e pajis mjekun me një certifikatë provizore për të ushtruar praktikën profesionale.

Marrja e diplomës

Zakonisht, diploma lëshohet si dokument nga Sekretaria e FM në fund të vitit kalendarik ose në fillim të vitit pasardhës kalendarik, pasi përfundojnë zyrtarisht studimet të gjithë diplomantët, edhe ata të cilët diploma u shtyhet me një sezon.

Për marrjen e diplomës duhet dorëzuar certifikata e gjuhës së huaj (ose noterizim i origjinales) në nivel B2, ku njihen disa gjuhë të huaja dhe një mandat arkëtimi për kartonin dhe suplementin e diplomës.

Provimi i shtetit

Për t'u regjistruar në provimin e shtetit për të marrë të drejtën e ushtrimit të profesionit, duhen dorëzuar pranë UMSH:[48]

1. Libreza e praktikës profesionale e plotësuar
2. Kërkesë me shkrim për regjistrim
3. Fotokopje e letërnjoftimit
4. Fotokopje e noterizuar e diplomës së studimeve universitare (ose vërtetim diplome në mungesë të tij)
5. Fotokopje e noterizuar e suplementit të diplomës e lëshuar nga institucioni i arsimit të lartë, në mungesë të tij lista e notave e noterizuar
6. Raporti mjeko-ligjor
7. Dëshmi penaliteti
8. Vërtetim nga prokuroria që nuk është në ndjekje penale
9. Dy fotografi
10. Dëshmia e kursit të ndihmës së shpejtë (pagesë me vlerë 2600 lekë të rinj pranë Kryqit të Kuq).

Për llogari të QSHA⁴⁵, duhet kryer një pagesë me vlerë 10.000 lekë të rinj, e nevojshme për të hyrë në provim.[49]

Marrja e licencës

Për t'u plotësuar me dokumentacionin e licencës, pas marrjes së rezultatit kalues në provim, duhet pritur deri në dy muaj.

Për t'u pajisur me kartonin e licencës dhe për t'u anëtarësuar në UMSH, pranë UMSH duhet të dorëzohen:[48]

1. Diplomë e noterizuar
2. Listë notash e noterizuar
3. Suplement diplome (kopje)
4. Jetëshkrim
5. Formular regjistrimi
6. Mandat pagesë për: hapje dosjeje, licencë, kuotë anëtarësie dhe ID me vlerë 19.600 lekë të rinj.

Provimi i konkurrimit për specializim

Për të aplikuar për të konkurruar për specializimet afatgjata, duhet plotësuar dokumentacioni i mëposhtëm:[50]

1. Formular aplikimi
2. Letër motivimi
3. Fotokopje e dokumentit të identifikimit
4. Kopje e noterizuar e diplomës
5. Kopje e noterizuar e certifikatës së gjuhës së huaj
6. Kopje e noterizuar e licencës dhe e dëshmisë së regjistrimit në UMSH
7. Dëshmi penaliteti
8. Letër mbështetëse për aplikimet pranë ministrisë përkatëse
9. Dy foto
10. Mandat pagesë për tarifën e aplikimit me vlerë 5000 lekë të rinj.
11. Mandat pagesë për llogari të QSHA, për regjistrimin në provim me vlerë 5000 lekë.

Nëse supozojmë që një student prezanton diplomën apo jep provimin e diplomës në fund të muajit korrik⁴⁵ dhe synon të konkurrojë për specializim në pranverën pasuese, ai duhet:

1. Të presë së paku pesë-gjashtë muaj për të marrë diplomën universitare.
2. Të presë së paku gjashtë muaj për të hyrë në provimin e parë të licencës dhe deri në dy muaj të tjerë për t'u pajisur me të drejtën për të ushtruar profesionin.
3. Të dorëzojë tri herë një kopje të noterizuar të listës së notave dhe dy herë kopje të noterizuar të diplomës.
4. Të dorëzojë dy herë kopje të noterizuar të certifikatës së gjuhës së huaj, edhe pse ky certifikim është i nevojshëm për të tërhequr diplomën dhe ka raste kur nuk kalojnë as dy-tre muaj nga përgatitja e këtyre dokumentacioneve (pajisje me diplomë/aplikim për specializim).
5. Të kryejë tre muaj stazh që është kusht për të marrë licencën, por nuk njihet në asnjë formë si eksperiencë pune apo trajnim.
6. Të kryejë, me njoftimet e reja, një praktikë tjetër tremujore para diplomimit, potencialisht në të njëjtat institucione që mund të kryejë stazhin pas diplomimit.
7. Të kryejë pagesë (2600 lekë të rinj) dhe të ndjekë kursin e ndihmës së shpejtë të Kryqi i Kuq Shqiptar, edhe pse ka rezultuar minimalisht kalues në dy lëndë: Ndihmë e Parë (viti i parë) dhe Urgjencë (viti i pestë) që përfshijnë provim teorik dhe praktik për dhënien e ndihmës së shpejtë.
8. Të kryejë disa herë pagesa me vlerë të përafërt 40,000 lekë të rinj (duke llogaritur vetëm shifrat e cilësuar më lart, pa llogaritur kostot e provimit të gjuhës së huaj, noterizimeve etj.) në një periudhë të shkurtër kohe, gjatë së cilës supozohet se

⁴⁵ Qendra e Shërbimeve Arsimore, ku kryhen provimet e shtetit për disa profesione të rregulluara me ligj.

⁴⁶ Me ndryshimet e bëra për vitin akademik 2023-2024, kjo shtyhet për në periudhën gusht-shtator.

mjeku nuk ka të drejtën të punojë. Lidhur me temën e burokracisë është shprehur edhe *Znj. Zheni Gjergji*, Deputete dhe Kryetare e Komisionit Parlamentar për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë, gjatë intervistës që zhvilluam me të. Ajo nënvizoi se mjekët e rinj përballen me burokraci dhe japin provime në secilin hap të karrierës, duke i bërë gjërat të kërkojnë më tepër kohë se ç'do të duhej për një sistem që ka nevoja për mjekë.

Karriera akademike

Të pyetur mbi karrierën akademike, një numër studentësh dhe mjekësh kanë shprehur se kanë ambicie në fushën e kërkimit shkencor dhe angazhimit akademik, por nuk e shohin të realizueshme në Shqipëri.

Disa thonë se kërkimi shkencor nuk është në nivelin e duhur, apo se ka mangësi në kapacitetet për ta zhvilluar, kurse të tjerë thonë që edhe fushat kërkimore për të cilat është mundësia të zhvillohen studime nuk lëvrohen mjaftueshëm.

Megjithatë, për të arsyetuar do të duhet të marrim parasysh faktorë që ndikojnë në motivimin aktual të mjekëve të përgjithshëm dhe specialistë për të ndjekur një karrierë akademike me mundësitë që ofron vendi ynë aktualisht.

Ka disa kriterë ligjore të cilat duhen plotësuar për të kërkuar titullin “Doktor”. Gjatë periudhës së studimeve të doktoratës, përpara paraqitjes në provimin e doktoratës, studenti duhet të ketë plotësuar kushtet e mëposhtme:[51]

- a. Të ketë realizuar, së paku, tri referime ose paraqitje (poster) shkencore, nga të cilat një referim ose paraqitje duhet të jetë mbajtur në një veprimtari shkencore ndërkombëtare (simpozium, konferencë, kongres) i pranuar në bazë të një vlerësimi paraprak shkencor dhe i botuar në *Conference Proceedings*, të indeksuar me kod ISBN-je.
- b. Të ketë botuar, si autor i parë, së paku tre artikuj shkencorë në revista shkencore. Së paku, njëri prej artikujve duhet të jetë botuar ose pranuar për botim në një revistë shkencore ndërkombëtare, me bord editorial.
- c. Të ketë përgatitur dhe paraqitur në Këshillin e Profesorëve të fakultetit disertacionin, së bashku me një përmbledhje, të miratuar nga udhëheqësi shkencor. Struktura e disertacionit dhe e përmbledhjes së tij përcaktohen në rregulloren e studimeve të doktoratës.[51]

Po cilat janë kostot financiare për të kërkuar dhe fituar titullin “Doktor”?

1. Kosto të udhëtimeve dhe përgatitjeve për në konferenca (afërsisht 1,000 euro për udhëtim dhe tarifë pjesëmarrjeje);
2. Kosto të publikimeve në revista shkencore (këto kosto variojnë sipas revistës dhe fushës, por mund të jenë po aq të larta);
3. Kosto të kërkimit shkencor, i cili nuk mbështetet financiarisht;
4. Tarifa vjetore e studimeve të doktoraturës, që është 200,000 lekë të rinj në vit.

Kështu, mesatarisht, puna dhe arritjet akademike mund të kushtojnë rreth 1,000,000 lekë të rinj të investuara nga paga dhe të ardhurat mujore të mjekut.

Kjo jo vetëm që e kufizon iniciativën për t'u angazhuar akademikisht, por e “rezervon” atë vetëm për mjekë që kanë një karrierë relativisht të gjatë dhe fitime të konsiderueshme, ndërkohë që një mjek i ri e ka shumë të vështirë t'i përballojë kostot e karrierës akademike. Kjo e fundit bëhet edhe më e vështirë dhe jo e volitshme për mjekët e rinj të punësuar në qytete të tjera përveç Tiranës.

Gjithashtu, ka një mungesë të angazhimit akademik për studentët e shkëlqyer të Fakultetit të Mjekësisë, gjë që, edhe në rast pakënaqësie apo dëshire për t'u larguar, do t'u jepte një mundësi që do t'i shtynte të kontribonin në vendin e tyre. Duhet nënvizuar se mundësia për karrierë akademike nuk ka të bëjë vetëm me zhvillimin individual të mjekut, por edhe me zhvillimin e sistemit dhe shërbimit shëndetësor në tërësi.

Pavarësisht nga sa më sipër, angazhimi dhe puna në kërkim shkencor është detyrim për specializantët, të cilët në mbarim të studimeve duhet të prezantojnë një temë eksperimentale-studimore [47], si dhe të kenë publikime në revista shkencore. Kjo shton shpenzimet për ata, edhe pse në mbarim të specializimit nuk u njihet asnjë atribut apo titull akademik, pasi specializimet afatgjata janë cikël profesional dhe jo shkencor. Gjithashtu, cilësia e punimeve lë për të dëshiruar në mjaft raste, duke qenë se shumë prej specializantëve nuk kanë kohë fizike dhe burime për t'u angazhuar në punë akademike.

Politikat ekzistuese

Platforma “Mjekë për Shqipërinë”

Platforma “Mjekë për Shqipërinë” është sistemi zyrtar i rekrutimit dhe punësimit të mjekëve nga MSHMS prej vitit 2019.[52][53] Ky sistem punësimi *online* rekruton mjekë të përgjithshëm dhe specialistë për shërbimin parësor, dytësor dhe tretësor të sistemit shëndetësor publik. Ndër mjekët e përgjithshëm të anketuar në këtë studim, 52.2% e tyre ishin punësuar nëpërmjet kësaj platforme, gjë që tregon se ajo përdoret dhe shumica e mjekëve të rinj e mbajnë në referencë për t'u punësuar pas studimeve.

Megjithatë, kjo platformë gjatë kërkimit tonë ka rezultuar se ka disa mangësi:

Së pari, është një burokraci e shtuar, ku mjeku duhet të dorëzojë edhe njëherë këto dokumente:

- a. Jetëshkrim
- b. Kopje e kartës së identitetit
- c. Diplomë universitare
- d. Listë notash
- e. Leje të ushtrimit të profesionit
- f. Certifikatë të gjuhës së huaj
- g. Librezë pune
- h. Certifikata kualifikimesh/trajnimesh

Këto dokumente ngarkohen së pari në *website*, sipas NJVKSH-së apo spitalit përkatës dhe në një njoftim pasardhës, mjekët kontaktohen për dorëzimin e dosjes fizike pranë OSHKSH (Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor). Dosja e secilit mjek pikëzohet sipas një sistemi pikësh, nëse është e rregullt. Me procesimin e dosjes fizike dhe online, kandidatët supozohet të thirren në një proces interviste, për të cilin gjithashtu vlerësohen me pikë.

Së dyti, ky sistem punësimi penalizon në mënyrë të tërthortë mjekët e rinj krahasuar me mjekët që kanë vite eksperiencë pune, pasi librezja e punës në sistemin shëndetësor ka pikë shtesë që bëjnë diferencën (5 pikë). Për më tepër, ai nuk njeht asnjë trajnim me kohëzgjatje nën tre muaj, edhe pse mjekët e rinj nuk kanë certifikim as për praktikën profesionale pas diplomimit dhe e kanë të vështirë të marrin një certifikim mbi tre muaj në sistemin privat pa punuar aty me kohë të plotë. Për më tepër, mjekë që kanë pasur angazhime jashtëkurrikulare brenda fushës dhe që kanë marrë pjesë në aktivitete shkencore, duke qenë studentë apo pas diplomimit, barazohen me mjekë që kanë

rezultate të njëjta në mësim dhe nuk kanë asnjë përvojë profesionale, vullnetare apo të paguar në CV-në e tyre.

Së treti, procesi i intervistës zhvillohet në trajtë provimi me gojë për disa konsiderata legislative dhe rregullatore. Pyetjet e intervistës qarkullojnë ndërmjet profesionistëve dhe ata përgatiten përmendësh për ditën e intervistës.

Së katërti, “Mjekë për Shqipërinë” është një centralizim i sistemit të punësimit, ku qindra mjekë konkurrojnë për disa pozicione pune. Në parim, ky centralizim siguron më shumë meritokraci dhe ul mundësinë për akte korruptive për të fituar vendin e punës. Megjithatë, sistemi i seleksionimit nuk është aq cilësor dhe diferencues sa duhet për një sistem ku konkurrojnë kaq shumë profesionistë. Në listat e pritjes, shpeshherë ka dhjetëra mjekë me numër të njëjtë pikësh, të cilët janë vlerësuar ekzaktësisht njëllor dhe ka qëlluar që janë edhe në të njëjtën fashë të mesatares së studimeve. Në fakt, për mjekët e rinj shpeshherë vetëm kjo e fundit bën ndryshimin. Kjo vë në pikëpyetje si efektshmërinë, edhe besueshmërinë e punësimit me meritë nëpërmjet këtij portali.

Programi i bonusit

Programi i bonusit për mjekë specialistë është një sistem rekrutimi dhe punësimi i ngjashëm me “Mjekë për Shqipërinë”. Vendet vakante në spitale të ndryshme bashkiake dhe rajonale publikohen në faqen përkatëse të MSHMS dhe mjekët e interesuar duhet të jenë me vendbanim në një largësi të caktuar nga vendi vakant i punës, si edhe duhet të kenë një leje me shkrim nga institucioni ku punojnë, nëse ai është institucion publik, për të aplikuar në programin e bonusit.[54]

Sipas Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 23, datë 18.01.2023, pika 17: *“Për raste të veçanta të mungesës së mjekut specialist në shërbime të ndryshme të spitaleve rajonale e bashkiake, ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, brenda numrit të përgjithshëm të personelit spitalor, urdhëron kontraktimin, për një periudhë të caktuar, të mjekëve specialistë, sipas nevojave. Këta mjekë të specialiteteve të ndryshme, përveç pagës, trajtohen financiarisht me një bonus deri në 250,000 lekë të rinj në muaj. Vlera e bonusit përcaktohet, rast pas rasti, nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”.*[55][56] Është e paqartë se si përcaktohen këto raste të veçanta të mungesës së specialistëve dhe si vendoset trajtimi financiar për secilin rast.

Të pyetur mbi programin e bonusit, 52.1% e specializantëve të pyetur janë përgjigjur “Nuk kam informacion dhe nuk di si ta aksesoj që të mund të përfitoj”; 23.9% janë përgjigjur “Nuk kam informacion dhe nuk jam i/e interesuar”; 21.1% janë përgjigjur “Jam i familjarizuar, por nuk e shoh me interes” dhe vetëm 2.8%, ose 2 specializantë janë përgjigjur “Jam mjaft i/e familjarizuar dhe po mendoj të bëhem pjesë në përfundim të specializimit”.

Më shumë se gjysma e specializantëve shprehën se janë të painformuar mbi mënyrën si mund ta aksesojnë programin e bonusit. Një arsye pse mund të ketë mungesë informacioni është fakti se ky program nuk është “i gatshëm” për t’u aksesuar nga mjekët specialistë që sapo diplomohen. Ai është një orientim i punësimit të specialistëve të ndryshëm në vende të caktuara për të cilat ka stimul financiar, por nuk është e qartë se pse është zgjedhur një format i tillë i shpërblyerit financiar, kur mundet që të rriten në tërësi pagat në spitalet rajonale dhe bashkiake, me një rritje më të konsiderueshme në zonat rurale/të largëta. Në atë rast, mjekët specialistë sipas rrethanave të tyre familjare e personale mund të konkurrojnë dhe të punësohen në këto zona, madje në mënyrë afatgjatë.

Grafiku 67: Qëndrimet mbi programin e bonusit – Specializantët

Sa i/e familjarizuar je me programin e bonusit?

71 responses



E pyetur mbi programin e bonusit, Lorela, specializante si kuotë e mbuluar, u shpreh:

“Kam kolegët e mi që di të kenë marrë bonusin. Kolegu im erdhi nga një rreth tjetër në rrethin tim (Fier) dhe kishte marrë pagën e bonusit, sepse ka bërë këtë transferim. Nuk mendoj se mjekët do ta bënin për një rreth tjetër që është një spital më i vogël, ose një spital bashkiak i largët që nuk të krijon mundësi për t’u zhvilluar apo për t’i krijuar mundësi edhe familjes. Edhe nëse e zgjedh, do të ishte afatshkurtër si periudhë derisa arrin qëllimin ekonomik për të kursyer një shumë të caktuar dhe pastaj largohesh. Nuk mund ta dënosh familjen të jetojë në një vend të largët vetëm sepse ti merr një rrogë më të lartë aty. Zhvillimi duhet të jetë i njëtrajtshëm kudo. Ka mangësi në zhvillimin e mëtejshëm profesional dhe gjithashtu dhe në jetën personale jashtë spitalit.”

Kreditë e buta për administratën publike

Një politikë mjaft pozitive e propozuar dhe e implementuar që nga viti 2023, është vendimi për trajtimin me kredi të lehtësuar të të punësuarve në administratën publike për blerjen e banesës, nga e cila përfitojnë mjekë të sistemit shëndetësor, punonjës të Policisë së Shtetit dhe ushtarakë të Forcave të Armatosura.^[57]

Ndonëse kredia e butë është një nismë motivuese për punësimin e mjekëve në Shqipëri, ka disa anë të saj të cilat në mendimin tonë duhen rishikuar, në mënyrë që ajo të ketë më shumë impakt dhe efektshmëri:

- Duhet rritur numri i të punësuarve që përfitojnë nga kjo nismë. Momentalisht nga kreditë e buta për strehimin përfitojnë njëqind punonjës për secilën nga kategoritë më sipër, pra treqind në total. Krahasuar me numrin e mjekëve në Shqipëri, ky është një numër shumë i vogël, që ul gjasat për të përfituar.
- Duhet konsideruar një skemë që e ofron edhe për mjekë që jetojnë përkohësisht në Tiranë si specializantë, por janë të regjistruar në një rreth tjetër. Çmimet e banimit në Tiranë janë mjaft më të larta dhe një lehtësim financiar i tillë krijon mundësi për investim dhe mbështetje financiare shtesë, edhe nëse mjeku punësohet pas specializimit jashtë Tiranës.

Fatjona, specializante, u shpreh: *“Një lehtësi për mua do ishte kredia e butë – do ishte një arsye që të lidhesha me vendin tim. Ishin mbyllur aplikimet. E ofrojnë aty ku ke vendin e banimit sipas regjistrimit, jo aty ku punon. Unë jam e regjistruar diku tjetër, ndërkohë që po specializohem në Tiranë.”*

Ligji për shërbimin spitalor⁴⁷ dhe mjekët

Ndryshimet në Ligjin për Shërbimin Spitalor të propozuara dhe miratuara në vitin 2022, prezantuan një koncept të ri në shërbimin spitalor, atë të autonomisë spitalore. Duke u shprehur për projektligjin përpara miratimit të tij në Kuvendin e Shqipërisë, ish-Ministria e Shëndetësisë, Znj. Ogerta Manastirliu, u shpreh se një risi e ligjit ka të bëjë me praktikën dyfishë, e cila parashikon që mjekët e spitaleve publike⁴⁸ të mundën që përtej normave dhe kohës së punës, të ushtrorjnë në mënyrë private profesionin e tyre. [58][59]

“Kjo do të sjellë që ne t’i kemi mjekët më shumë brenda spitaleve tona për t’u kujdesur shumë më shumë për pacientët, edhe përtej kohës së punës. Do të krijojë për pacientët që duan të kenë konsulta ambulatorie jashtë sistemit të referimit, një akses më të drejtpërdrejtë në shërbime”, - tha znj. Manastirliu.[59]

Momentalisht, një pjesë e mirë e mjekëve të punësuar në struktura publike, sidomos në zona urbane, kanë një angazhim në spitale apo klinika private pas orarit të punës ose në ditë të caktuara të javës.

Kjo ngre dy pikëpyetje mbi përfitimin e drejtpërdrejtë të mjekëve nga ky ligj:

- A do t’u sigurojë angazhimi në orët e pasdites në spitalin publik autonom të njëjtat të ardhura me angazhimin në sipërmarrje apo spitale private, për një ngarkesë të ngjashme pune?
- A do të jenë kushtet e ofruara në spitalet autonome në standardin e sistemit privat ku mjekët japin shërbim?

Megjithatë, ky ndryshim në shërbimet spitalore është ende duke u pilotuar dhe rezultatet e tij nga këndvështrimi i stafit shëndetësor mbeten për t’u parë në të ardhmen.

Ligji për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë

Një vështrim i përgjithshëm mbi ligjin

Dinamika e ngjarjeve

Më datë 6 mars 2023, Kryeministri Edi Rama gjatë fjalës së tij në Kongresin e Parë të Shëndetësisë, të organizuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale paralajmëroi një nismë ligjore që do të synonte ndalimin e fenomenit të largimit të mjekëve të sapodiplomuar. Sipas Kryeministrit, një student i mjekësisë paguan një të gjashtëm-bëdhjetën e kostos reale të studimeve, kështu shteti shqiptar nuk mund të vazhdojë të financojë studimet për sistemin shëndetësor gjerman.[60]

Ndërkaq më datë 16 qershor 2023, Ministret Evis Kushi dhe Ogerta Manastirliu, përkatësisht Ministër i Arsimit dhe Sportit, dhe Ministër i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, zhvilluan në ambientet e Universitetit të Mjekësisë Tiranë, në prani të Rektorit të këtij universiteti, Prof. Arben Gjata, një takim gjatë të cilit u shprehën: *“Një ide e jona është që secili prej jush, të gjithë studentët e programit mjekësi e përgjithshme, duke filluar nga viti i ardhshëm është që të nënshkruhet një marrëveshje paraprakisht me universitetin dhe dy ministritë, që pas studimeve ju do të qëndroni të jepni minimumi tre vite kontribut për Shqipërinë, për shoqërinë, për atdheun. Se është edhe patriotike veç të tjerave. Nëse ka nga ata që nuk janë dakord me këtë alternativë, mund ti propozohet çmimi real, kostoja reale, pra të paguajnë tarifën”*.[61]

⁴⁷ Ligj nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”.

⁴⁸ Në ligj, spitalet autonome janë spitale publike të tipit të parë.

Gjatë një interviste me Dea Gurin, përfaqësuese e protestës së studentëve të mjekësië, na është bërë e ditur se në këtë takim të datës 16 qershor ka pasur një kontestim të propozimit të dy Ministreve dhe të Rektorit Gjata nga studentët e pranishëm, ku rreth dhjetë prej tyre kanë marrë fjalën për të kundërshtuar. Edhe në një seancë dëgjimore me Komisionin për Edukimin dhe Mjetet e Informimit Publik më datë 18 korrik 2023, studentët e përshkruan këtë dinamikë, duke nënvizuar në atë kohë se nuk kishin pasur një draft i cili t'i orientonte për tarifën që do duhej të paguanin dhe kushte të tjera të projektligjit: *“U kërkua një mbledhje me vitet e katërta dhe të pesta, në këtë mbledhje morën pjesë studentët, u propozohet projektligji dhe u thuhet se kemi një draft, por nuk u paraqit në asnjë moment. Studentët menjëherë u angazhuan që të flasin dhe të organizohen me njëri-tjetrin për të gjetur draftin, që të dinin ku të bazoheshim për ato që ishin folur në mbledhje. U bë një kërkesë zyrtare, po të doni unë mund t’jua paraqes kërkesën, pasi është e publikuar kudo. Më pas, u thirr një mbledhje e dytë me vitet e para deri tek të tretat, ku, në fakt, u tha se do të ishte vetëm me Rektorin dhe nuk u tha që do të ishin të pranishme edhe Ministret. Ministret erdhën në mbledhje dhe nuk gjetën vetëm studentë nga vitet e para, të dyta apo të treta, por studentë nga të gjitha vitet, ku të gjithë njëzëri kundërshtuan këtë projektligj. Ajo çfarë na u tha në mbledhje ishte: “Ne nuk kemi një draft, jemi ende në kuadër bisedimesh, propozimesh, mendimesh dhe diskutimesh.”*

Në vijim, studentët e programit “Mjekësi e Përgjithshme” në UMT, vijuan me një aksion protestash që kishin për qëllim mosmiratimin e nismës së qeverisë.[62]



Foto 1 dhe 2: Studentët e mjekësisë në dy nga protestat e zhvilluara⁴⁹

Megjithë reagimet kundër të studentëve, më datë 5 korrik 2023, Këshilli i Ministrave miratoi propozimin e projektligjit *“Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e Përgjithshme’ në institucionet e arsimit të lartë”*. Në përfundim të mbledhjes së Këshillit të Ministrave, Kryeministri deklaroi si vijon:

“Çdo student i mjekësisë që do të hyjë në universitetin e mjekësisë do të duhet paraprakisht të njihet me faktin që studimet i ka aq sa janë dhe për t’u pajisur me diplomë do duhen dhe 5 vite në shërbim të këtij populli. Për ata në proces vitet janë më të ulëta, të përshkallëzuara, por është absolutisht zgjedhja e tyre. Nuk është vetëm një zgjedhje. Për ata që do hyjnë në vitin e parë ka vetëm një zgjedhje. Nëse do duhet të studiojnë mjekësi në universitetin publik do duhet të pranojnë këtë kusht. Nuk është një kusht, por është formati i ri i universitetit të ri të mjekësisë për sa i përket marrjes së diplomës. Nuk ndryshon asgjë në thelb për të drejtën e ushtrimit të profesionit sepse ajo bëhet menjëherë pasi mbaron studimet, por këtu. Për këtë paguan populli taksa.” [63]

⁴⁹ Foto të shprehura me celularë personale, kortezi e studentëve.

Këshilli i Ministrave, në të njëjtën ditë, që miratoi propozimin e projektligjit, depozitoi dhe projektligjin pranë Kuvendit të Shqipërisë.[64] Me kërkesë të Këshillit të Ministrave, u propozua që projektligji të shqyrtohej dhe të miratohej me procedurë të përshpejtuar. Ky përshpejtim nga ana e Këshillit të Ministrave, u argumentua me nevojën emergjente për hyrjen në fuqi të ligjit përpara fillimit të procedurave për aplikimin dhe regjistrimin e kandidatëve për studentë në fushën e mjekësisë.[65]

Sipas Raportit të Vlerësimit të Ndikimit, objektivat kryesore të propozimit të projektligjit, ndër të tjera, ishin: (i) nxitja e kandidatëve/studentëve të mjekësisë që të kontribuojnë në sistemin shëndetësor vendas; (ii) sigurimi i burimeve njerëzore për kryerjen e shërbimeve të shëndetit publik në institucionet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë; (iii) zhvillimi i vazhdueshëm i karrierës së studentëve të fushës së mjekësisë, duke e kthyer sektorin e shëndetësisë në një sektor sa më atraktiv dhe të konkurrueshëm.[65]

Në të njëjtën linjë, Relacioni përcaktonte se qëllimi i projektligjit ishte përcaktimi i rregullave për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë "Mjekësi e Përgjithshme", kur plotësohen kushtet e vendosura, si dhe sigurimi i burimeve njerëzore për kryerjen e shërbimeve të shëndetit publik.[66] Në vijim, përcaktohej se projektligji ka ardhur si nevojë e përmirësimit në mënyrë të vazhdueshme të akademike të studentëve, përmirësimit të cilësisë së arsimit të lartë, si dhe një mbështetje për të rritur dhe përmirësuar statusin ekonomik të studentëve.[66]

Pas përfshirjes së projektligjit në programin e punës së Kuvendit dhe në kalendarin e punës së Komisionit për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë, si një komision për dhënie mendimi, ky i fundit zhvilloi një seancë dëgjimore më datë 14 korrik 2023 me një grup studentësh të Fakultetit të Mjekësisë. Përmbledhtazi, studentët parashtruan përpara Komisionit se, projektligji, në vetvete, i vendoste studentët përballë një detyrimi, si pranimi i nënshkrimit të kontratës, pasi ata gjenden në kushtet e pamundësisë financiare për të përballuar koston e studimit.[67] Po ashtu, studentët argumentuan se projektligji nuk do të zgjidhte problemin e largimit masiv të mjekëve. Pavarësisht kundërshtimeve të studentëve dhe përfaqësuesve të opozitës, Komisioni për Punën, Çështjet Sociale dhe Shëndetësinë, votoi projektligjin me shumicën e votave dhe ia përcolli atë komisionit përgjegjës.[67]

Në të njëjtën mënyrë, më datë 17 korrik 2023, Komisioni për Çështjet Ligjore, Administratën Publike dhe të Drejtat e Njeriut, pavarësisht kundërshtimeve të opozitës të cilët e cilësuan ligjin si antikushtetues, me shumicën e votave vendosi miratimin e projektligjit në parim, nen për nen dhe në tërësi.[68]

Po më datë 17 korrik 2023, është mbajtur mbledhja e Komisionit për Edukimin dhe Mjetet e Informimit Publik, në rendin e ditës të të cilit, ka qenë diskutimi në parim i projektligjit "Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë 'Mjekësi e Përgjithshme' në institucionet e arsimit të lartë".[69] Mes ministrit përgjegjës për arsimin dhe përfaqësuesve të opozitës janë zhvilluar debate në lidhje me kushtetueshmërinë e ligjit dhe jo vetëm. Pas kësaj mbledhjeje, më datë 18 korrik, është zhvilluar seanca dëgjimore me një përfaqësi të një grupi studentësh të Universitetit të Mjekësisë, si dhe është vijuar me shqyrtimin e projektligjit në fjalë.[70] Pavarësisht parashtrimeve të studentëve, me nëntë vota pro, shtatë kundër dhe një abstenim, Komisioni vendosi miratimin në tërësi të projektligjit.[70]

Më datë 21 korrik 2023, Kuvendi i Shqipërisë, me 72 vota pro, 23 kundër dhe asnjë abstenim, vendosi miratimin e ligjit nr. 60/2023 "Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë 'Mjekësi e Përgjithshme' në institu-

cionet publike të arsimit të lartë.[71] Ky ligj është botuar në Fletoren Zyrtare nr. 123, më datë 16.08.2023.[72] Në referim të nenit 11, të ligjit nr. 60/2023, që përcaktonte se ligji hynte në fuqi 15 ditë pas botimit në Fletoren Zyrtare, vlen të theksojmë se ligji ka hyrë në fuqi më datë 31.08.2023.

Pas hyrjes në fuqi, në bazë dhe për zbatim të nenit 5, të ligjit nr. 60/2023 *“Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë”*, Këshilli i Ministrave miratoi vendimin nr. 527, datë 07.09.2023 *“Për përcaktimin e metodologjisë së kostos së studimeve për programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë dhe çdo mbështetje tjetër për studentët e këtij program studimi.”* [73]

Në mbështetje të vendimit të Këshillit të Ministrave, më datë 09.10.2023, me vendimin nr. 62, datë 09.10.2023, Bordi i Administrimit vendosi të miratojë vlerën prej 248,975 lekë si koston e studimit për student. Më herët, më datë 06.10.2023, Senati Akademik me vendimin qarkullues nr. 109, miratoi të njëjtën tarifë si kosto për secilin student.[74]

Më datë 19 tetor 2023, një grup studentësh të Fakultetit të Mjekësisë, dhe një grup deputetësh të Kuvendit të Shqipërisë, depozituan pranë Gjykatës Kushtetuese një kërkesë me objekt: *“1. Shfuqizimi i nenit 4, pikat 1, shkronja ‘c’, 2, shkronja ‘b’, 3, shkronja ‘b’ dhe nenit 5, fjalia e parë, të ligjit nr. 60/2023 ‘Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e Përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë’, si të papajtueshëm me Kushtetutën e Republikës së Shqipërisë. 2. Pezullimi i ligjit nr. 60/2023 ‘Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e Përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë’, deri në hyrjen në fuqi të vendimit të Gjykatës Kushtetuese.”*[75]

Në vijim të kërkesës së studentëve për pezullimin e ligjit deri në hyrjen në fuqi të vendimit të Gjykatës Kushtetuese, kjo e fundit, më datë 14 nëntor 2023, në mbledhjen e Gjyqtarëve të Gjykatës Kushtetuese, vendosi pranimin e kërkesës për pezullimin e zbatimit të ligjit nr. 60/2023 *“Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e Përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë”*. [76]

Vështrim mbi aspekte të kushtetueshmërisë së ligjit

Së pari, në vlerësimin tonë, ligji nr. 60/2023 *“Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë”* çënon parimin e sigurisë juridike. Siguria juridike, në referim të doktrinës dhe jurisprudencës kushtetuese, nënkupton, ndër të tjera, edhe besueshmërinë e qytetarëve tek shteti dhe pandryshueshmërinë e ligjit për marrëdhëniet e rregulluara. Besueshmëria e qytetarëve tek shteti, sipas Gjykatës Kushtetuese, lidhet me bindjen e individit se nuk duhet të shqetësohet vazhdimisht për ndryshueshmërinë e ligjit dhe pasojat negative të akteve juridike, që mund të çënojnë jetën e tij private ose profesionale dhe të përkeqësojnë një gjendje të vendosur me akte të mëparshme. (*Vendimi nr. 31, datë 18.06.2010 i Gjykatës Kushtetuese; Vendimi nr. 1, datë 16.01.2017 i Gjykatës Kushtetuese.*)

Megjithatë parimi i sigurisë juridike nuk mund të prevalojë në çdo rast, veçanërisht në ato raste kur rregullimi ligjor ndryshe i një marrëdhënieje juridike diktohet drejtpërdrejt nga një interes i rëndësishëm publik. Në analizën ndërmjet interesit publik të mbrojtur që, sipas Këshillit të Ministrave dhe Kuvendit, lidhet me detyrimin e shtetit për të ofruar



Foto 3: Fjala pas depozitimit të padisë në Gjykatën Kushtetuese

kujdes shëndetësor, duhet mbajtur veçanërisht në konsideratë, deri në çfarë mase dhe deri ku besimi që ka qytetari në situatën e favorshme ligjore paraqitet i rëndësishëm për t'u mbrojtur dhe cilat janë arsyet për një mbrojtje të tillë. (Vendimi nr. 31, datë 18.06.2010 i Gjykatës Kushtetuese; Vendimi nr. 1, datë 16.01.2017 i Gjykatës Kushtetuese.)

Në rastin konkret, rritja e tarifës së studimit, përmes nenit 5, të ligjit nr. 60/2023, duke përfshirë në të dhe shpenzimet kapitale dhe ato korrente, të cilat nuk lidhen drejt-përdrejt me studentin, por me mbarëvajtjen e veprimtarisë administrative të institucionit të arsimit të lartë, tejkalon çdo pritshmëri dhe sfidon besimin e studentëve që ndjekin studimet në programin "Mjekësi e Përgjithshme" tek autoritetet shtetërore, të cilat deri në momentin e miratimit të këtij ligji, në referim të vendimit nr. 288, datë 21.05.2018 "Për miratimin e kufirit maksimal të tarifës vjetore të shkollimit për studentët që ndjekin studimet në institucionet publike të arsimit të lartë, në një program të ciklit të parë të studimeve, në një program të integruar të studimeve ose në një program të studimeve profesionale me kohë të plotë", mund të paguanin një tarifë maksimale të barabartë me vlerën prej 45,000 Lekë për vit akademik.

Së dyti, ligji nr. 60.2023 "Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë 'Mjekësi e përgjithshme' në institucionet publike të arsimit të lartë", në vlerësimin e autorëve të këtij punimi, paraqet probleme kushtetuese dhe në drejtim të cënimit të të drejtës për arsim.

Në Relacionin shoqërues të projektligjit, por dhe në diskutimet parlamentare, nga ana e përfaqësuesve të qeverisë është mbajtur qëndrimi i mëposhtëm:

"Në nenin 57 të Kushtetutës përcaktohet e drejta për arsim, si një e drejtë universale, kushtetuese, që i takon çdo qytetari në çdo shoqëri, e cila garantohet edhe përmes këtij projektligji, pasi përmbajtja e tij nuk cenon thelbin e kësaj të drejte kushtetuese, duke qenë se çdo subjekt i zbatimit të saj ka të drejtën e zgjedhjes nëse dëshiron të përfitojë nga lehtësitë që krijohen me nënshkrimin e marrëveshjes ndërmjet ministrisë përgjegjëse për arsimin, ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë dhe institucionit të arsimit të lartë publik për të punuar në profesionin e mjekut pas përfundimit të studimeve në institucionet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë apo nëse nuk pranon për të lidhur këtë marrëveshje, duke iu përgjigjur detyrimeve që lindin për pagesën e tarifave të studimit

deri në nivelin e kostos së përlogaritur për ndjekjen e këtyre studimeve.”.

Pika 1, e nenit 57 të Kushtetutës përcakton të drejtën për arsim, si një e drejtë universale kushtetuese, që i garantohet dhe i takon kujtdo. Megjithatë, Kushtetutbërësi ka përcaktuar dhe kufizimet që mund të bëhen ndaj kësaj të drejte. Kështu, ndër të tjera, në paragrafin e katërt, të këtij neni parashikohet se arsimi i lartë mund të kushtëzohet vetëm nga **kritere aftësie**. Megjithatë, në çdo rast, në referim të nenit 17, të Kushtetutës, këto kufizime duhet të bëhen me ligj për një interes publik dhe duhet të jenë në përpjestim me gjendjen e diktuar.

Ligji nr. 60/2023 *“Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë”* shton në mënyrë indirekte një kriter tjetër për ndjekjen e arsimit të lartë, dhe që lidhet me pagimin e një kostoje reale të studimeve, e cila përcaktohet sipas metodologjisë të parashikuar në VKM-në përkatëse, dhe jo me tarifën e studimit, të përcaktuar në ligjin nr. 80/2015 *“Për arsimin e lartë dhe kërkimin shkencor në institucionet e arsimit të lartë në Republikën e Shqipërisë”*.

Në vetvete, vendosja e tarifave për ndjekjen e studimeve në institucionet e arsimit të lartë nuk është e papajtueshme me Kushtetutën dhe nuk e çënon apo kufizon të drejtën në arsim. Por tarifën në çdo rast duhet të jenë modeste dhe duhet të mbajnë në konsideratë gjendjen financiare të studentëve. (Vendimi nr. 2019-809 QPC, datë 11.10.2019 i Këshillit Kushtetues të Republikës së Francës.) Gjendja financiare e studentëve përfshin dhe mundësinë për të përfituar nga ndihmat financiare shtetërore si kredia studentore, e cila aktualisht rregullohet në bazë të vendimit nr. 440, datë 19.07.2023 *“Për përcaktimin e skemës së kreditimit studentor”*. Ky vendim përcakton, ndër të tjera, se financimi i kredisë bëhet me këste dhe financimi i çdo kësti bëhet vetëm pas konfirmimit nga institucioni i arsimit të lartë, që studenti kredimarrës ka shlyer tarifën vjetore të shkollimit akademik.

Në të tilla kushte, kur dhe gjendja financiare e studentëve është e tillë që pamundëson përballimin e kostos reale të studimeve, si dhe po të mbahet në konsideratë se kredia studentore është një mjet jo efektiv për pagimin e kostos së plotë të studimeve në kushtet kur ajo mund të lëvrohet vetëm pas pagimit të tarifës pranë IAL-së, ligji nr. 60/2023 *“Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë ‘Mjekësi e përgjithshme’ në institucionet publike të arsimit të lartë”*, në vlerësimin tonë, është i papajtueshëm me Kushtetutën.

Së treti, megjithëse e drejta për arsim dhe e drejta për punësim janë dy të drejta kushtetuese jo absolute, që mund t’i nënshtrohen kufizimeve, këto të fundit duhet të jenë në përputhje me Kushtetutën e Shqipërisë. Në referim të nenit 17, të Kushtetutës, kufizimet e të drejtave kushtetuese mund të bëhen vetëm me ligj, për interes publik dhe duhet të jenë në përpjestim me gjendjen që i ka diktuar. Për të evituar zgjatjet e panevojshme, përmbledhtazi, vlerësojmë se përsa i takon kriterit të ligjshmërisë, ky i fundit plotësohet në rastin konkret, pasi Kuvendi me ligj, ka vendosur të kufizojë të drejtën për arsim dhe punësim të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë *“Mjekësi e Përgjithshme”*. Në vlerësimin tonë, plotësohet edhe kushti i interesit publik, pasi ofrimi i kujdesit shëndetësor është një detyrim kushtetues që autoritetet shtetërore kanë. Pavarësisht plotësimin të dy kushteve të para, në këndvështrimin tonë, ligji, në tërësinë e tij, nuk arrin të plotësojë dhe përmbushë kriterin e proporcionalitetit.

drejtën për arsim dhe punësim të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë *“Mjekësi e Përgjithshme”*. Në vlerësimin tonë, plotësohet edhe

kushti i interesit publik, pasi ofrimi i kujdesit shëndetësor është një detyrim kushtetues që autoritetet shtetërore kanë. Pavarësisht plotësimit të dy kushteve të para, në këndvështrimin tonë, ligji, në tërësinë e tij, nuk arrin të plotësojë dhe përmbushë kriterin e proporcionalitetit.

Fillimisht, vlen të sqarohet se ligjvënësi kur vendos kufizimin me ligj, për arsye të interesit publik, të një të drejte kushtetuese duhet të respektojë raportin e drejtë ndërmjet ndërhyrjes dhe gjendjes/situatës që e ka diktuar ndërhyrjen. E thënë ndryshe, ligjvënësi duhet të evidentojë nevojën reale të ndërhyrjes në të drejtat individuale në një situatë konkrete duke zbatuar mjete ligjore që janë efektive dhe të përshtatshme për realizimin e synimeve që kërkohet të arrihen. *(Vendimi nr. 2, datë 18.01.2017 i Gjykatës Kushtetuese; Vendimi nr.52, datë 01.12.2011 të Gjykatës Kushtetuese; Vendimi nr. 9, datë 23.03.2010 i Gjykatës Kushtetuese.)*

Në këtë kontekst, përdorimi i mjeteve ligjore duhet të jetë i domosdoshëm, çka nënkupton se synimi nuk mund të arrihet me mjete të tjera, më pak të dëmshme për subjektet që u cënohen të drejtat dhe liritë e caktuara. *(Vendimi nr. 2, datë 18.02.2013 i Gjykatës Kushtetuese.)*

Duke mbajtur në konsideratë analizën e mësipërme ligjore, është e qartë se kufizimi i të drejtës për arsim duke vendosur si detyrim për pagimin e kostos së plotë të studimeve në vend të tarifës së studimit, është tërësisht joproporcional me gjendjen e diktuar. Pavarësisht nevojave të vendit për mjekë dhe numrit të mjekëve që largohen nga sistemi shëndetësor në Republikën e Shqipërisë apo të atyre mjekëve që plotësojnë moshën për të dalë në pension, një detyrim i tillë nuk mund të jetë proporcional, pasi shteti shqiptar nuk ka ndërmarrë asnjë iniciativë reale, konkrete dhe efektive, për të parandaluar largimin e mjekëve apo për të përmirësuar kushtet e shërbimit shëndetësor në Shqipëri, kërkesa këto, të cilat janë parashtruar dhe nga studentët.

Në të njëjtën arsyetim, dhe detyrimi i studentëve për të punuar për afate kohore të zgjatura si pesë, tre apo dy vjet, në varësi të viteve të mbetura të studimit pranë Fakultetit të Mjekësisë, është joproporcional dhe nuk bazohet në nevojën imediate të pretenduar për mjekë në sistemin shëndetësor shqiptar, të paktën jo për sa kohë kjo nevojë nuk është e argumentuar në shifra me një studim të plotë të nevojave të sistemit.

Vendimi i Gjykatës Kushtetuese

Më datë 21.12.2023, Gjykata Kushtetuese mori në shqyrtim në seancë plenare publike çështjen që kishte lidhje me konstatimin si të papajtueshëm me Kushtetutën e Republikës së Shqipërisë të dispozitave të ligjit nr. 60/2023 "Për trajtimin e veçantë të studentëve që ndjekin programin e integruar të studimit të ciklit të dytë 'Mjekësi e Përgjithshme' në institucionet publike të arsimit të lartë", si të papajtueshëm me Kushtetutën e Republikës së Shqipërisë". Pas pothuajse një muaji nga seanca plenare publike, Gjykata Kushtetuese:

"(...) vlerësoi se dispozitat e kundërshtuara sjellin kufizim të të drejtave për arsim dhe punësim, të garantuara nga nenet 49 dhe 57 të Kushtetutës. Kufizimi është vendosur me ligj dhe për interes publik, i cili lidhet me detyrimin e shtetit për të garantuar kujdes shëndetësor ndaj shtetasve, të parashikuar nga neni 55 i Kushtetutës. Megjithatë gjatë procesit nuk u provua se kufizimi është proporcional në drejtim të afateve dhe kohëzgjatjes së shlyerjes së detyrimeve për punësim, pasi afati 5-vjeçar i parashikuar nga neni 4 i ligjit rezultoi më i ashpër se sa nevoja për të përmbushur objektivin legjitim. Duke u nisur nga premisa që afati 5-vjeçar nuk është proporcional dhe duke marrë në konsideratë eksperiencën e vendeve të tjera, ku ky afat nuk tejkalon gjysmën e kohëzgjatjes së studimeve, u gjykua që të rishikohen edhe afatet e tjera 3-vjeçare dhe 2-vjeçare të

përcaktuara në të njëjtin nen.”[77]

Po ashtu, Gjykata Kushtetuese, në kuadër të testit të proporcionalitetit, konstatoi, se neni 6 i ligjit ka ometim ligjor në drejtim të mungesës së kriterëve objektive të punësimit me prioritet, trajtimit financiar në kuadër të sigurimit të mjeteve të nevojshme të jetesës, sipas nenit 49 të Kushtetutës, si dhe përlllogaritjen e periudhës në pritje në kohëzgjatjen e detyrimit për punësim.[77]

Përsa më sipër, Gjykata Kushtetuese, me shumicë votash, vendosi:

1. *“Pranimin pjesërisht të kërkesës.*
2. *Shfuqizimin e fjalëve “5 (pesë) vjet” në nenin 4, pika 1, shkronja “b”, “5-vjeçar” në nenin 4, pika 1, shkronja “c”, “3 (tre) vjet” në nenin 4, pika 2, shkronja “a”, “3-vjeçar” në nenin 4, pika 3, shkronja “b”, “2 (dy) vjet” në nenin 4, pika 3, shkronja “a”, “2-vjeçar” në nenin 4, pika 3, shkronja “b”, të ligjit nr. 60/2023.*
3. *Konstatimin e ometimit ligjor në nenin 6 të ligjit nr. 60/2023 lidhur me mungesën e kriterëve objektive të punësimit me prioritet, trajtimin financiar në kuadër të sigurimit të mjeteve të nevojshme të jetesës, si dhe përlllogaritjen e periudhës në pritje në kohëzgjatjen e detyrimit për punësim.*
4. *Detyrimin e Kuvendit të Republikës së Shqipërisë që të miratojë ndryshimet e nevojshme ligjore brenda 3 muajve nga hyrja në fuqi e këtij vendimi.*
5. *Heqjen e masës së pezullimit të ligjit.”.*

Gjykata Kushtetuese shpalli më 26 shkurt 2024 vendimin e arsyetuar për sa më sipër.[102] Në referim të nenit 26, të ligjit nr. 8577, datë 10.2.2000 “Për organizimin dhe funksionimin e Gjykatës Kushtetuese të Republikës së Shqipërisë”, vendimi hyn në fuqi në ditën e publikimit në Fletoren Zyrtare. Brenda tre muajve nga ky moment, Kuvendi i Shqipërisë duhet të miratojë ndryshimet e nevojshme ligjore.

Për vitin akademik 2023-2024, tarifa e studimeve ka mbetur e njëjtë për studentët në Fakultetin e Mjekësisë, sipas shkallëzimit të tarifave të propozuar në Paktin për Universitetin në vitin 2019.[78] Gjithsesi, mbetet për t'u parë se cilat do të jenë zhvillimet në vijim të publikimit të këtij dokumenti lidhur me këtë çështje.

Pasoja e menjëhershme të ligjit

Ende pa hyrë në fuqi, kur maturantët përgatiteshin për të aplikuar për në IAL të ndryshme, ligji për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë ndikoi në numrin e maturantëve që e zgjodhën këtë program studimi.

Mjekësia e përgjithshme ka qenë, në secilin sistem të renditjes të maturës shtetërore, një ndër programet e studimit më konkurruese dhe të kërkuara, të cilat ishin të mundura për t'u arritur vetëm për nxënësit me rezultatet më të larta në rang vendi. Në vitet 2016-2022 të regjistruarit janë bërë pjesë e programit me mesataren e rezultateve të maturës shtetërore, të gruplëndëve orientuese dhe të mesatares aritmetike të tri viteve të gjimnazit. Në vitin 2023, aplikantët iu nënshtruan një testimi të informatizuar pranë QSHA. Sidoqoftë, edhe në vitin 2023 u ruajt sistemi i aplikimit për dhjetë programe studimi përpara seleksionimit për në fazën tjetër.

Ajo që ra në sy në vitin 2023 ishte gati përgjysmimi i aplikuesve për të studiuar mjekësi të përgjithshme. Nëse në vitin paraardhës 360 kuotat për këtë program studimi përbënin vetëm 11.3% e sipërm të maturantëve aplikues, në vitin 2023 ata përbënin 22%. Ndërsa para vitit 2022, më pak se 10% e aplikuesve fillestarë e kanë fituar këtë program studimi. Kjo do të thotë se mund të ketë një rënie të cilësisë së studentëve që

Tabela 5: Numri i kuotave për programin e studimit “Mjekësi e Përgjithshme” në UMT dhe numri i aplikuesve për vitet 2018-2023

Viti akademik	Numri i kuotave	Numri i aplikantëve në programin e studimit “Mjekësi e Përgjithshme” në UMT [79-84]	Raporti fitues të programit/aplikues në total
2018-2019	260	2877	9%
2019-2020	260	3205	8.1%
2020-2021	260	3205	8.1%
2021-2022	260	3040	8.5%
2022-2023	360	3183	11.3%
2023-2024	400	1813 ⁵⁰	22%

regjistrohen në këtë program studimi në vitet në vazhdim, nëse do të vijojmë me një trend të tillë.

Po ashtu, rritja vit pas viti e numrit të kuotave për programin “Mjekësi e Përgjithshme” në Fakultetin e Mjekësisë nuk është shoqëruar me rritje të kapaciteteve, duke nisur që nga numri i pedagogëve, për të përfunduar te klasat dhe mjedise të tjera mësimore. Edhe në spitalin e ri të sëmundjeve të brendshme, ku zhvillohen disa lëndë klinike, këto mjedise sipas studentëve nuk janë të mjaftueshme. Rritja e kuotave mund të jetë një politikë e cila për të njëjtin raport të mjekëve që largohen me ata që qëndrojnë plotëson nevojat për mjekë, por në thelb ajo ul cilësinë e mësimdhënies dhe përzgjedhshmërinë që duhet të ketë programi, për vetë vështirësinë që mbart.

Puna në zona rurale

Mangësitë e shërbimit shëndetësor në zona rurale si pasojë e një numri të ulët mjekësh që praktikojnë profesionin në këto zona janë një problem i njohur në nivel botëror, sidomos në shtetet me një shtrirje të konsiderueshme gjeografike.

Në SHBA, rreth 20% e popullsisë është e vendosur në zona rurale, por më pak se 10% e mjekëve ushtrojnë profesionin në këto zona. Parashikohet se në vitin 2025, shkurtesa në mjekë të kujdesit primar në zonat rurale atje do të shkojë në 20,000.[86][87]

⁵⁰ Ky numër është numri i aplikuesve në total dhe nuk është numri real i studentëve që u futën në provimin e informatizuar të konkursit, që është 1021 studentë. Në këtë kuptim, nga 1021 studentë që iu nënshtuan provimit në vitin 2023, 39% e tyre arritën të fitojnë për këtë program studimi.[85] Megjithatë, duke qenë se për vitet e tjera janë marrë parasysh rezultatet e renditjes së raundit të parë, kur jo të gjithë e kanë mjekësinë e përgjithshme zgjedhjen përfundimtare, nuk është mbajtur ky raport.

Ndërkohë, sipas modelit të ri të praktikës të sjellë në vëmendje prej një projekti për të ardhmen e mjekësisë së familjes në SHBA, raporti i arsyeshëm mjek/popullatë duhet të jetë në vlerat 1:1200.[87][88] Nëse do të bazoheshim në shifrat e OBSH, ku Shqipëria në vitin 2020 kishte 1.88 mjekë për 1000 banorë [1] apo në fjalën e Ministres Manastirliu në 2022, ku kishim 1.93 mjekë për 1000 banorë, raporti mjek/popullatë në Shqipëri do të ishte 1:532 në 2020 dhe 1:518 në 2022.

Duhet mbajtur në konsideratë, sidoqoftë, se ende nuk janë publikuar të dhënat e Censit 2023, që pritet të rezultojë me një numër të ulur të popullsisë. Gjithsesi, është fakt se edhe në Shqipëri zonat rurale kanë mjaft më pak staf mjekësor në raport me nevojat e tyre, gjë që në është konfirmuar edhe nga Zv/Ministrja e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, *Znj. Mira Rakacolli*.

Edhe në Shqipëri, mungesa e mjekëve, qoftë të përgjithshëm apo specialistë është shumë herë më e ndjeshme në zonat rurale dhe i privon ato nga aksesit bazë në shërbim shëndetësor. Kjo dukuri është më e theksuar në mjekët e rinj, gjë që ka detyruar shpeshherë që të zgjatet koha e daljes në pension për mjekë të vjetër që punojnë në këto zona, duke ditur se me gjasë askush s'do t'i zëvendësojë. Në fakt, në tërësi, stafi mjekësor i përket në masë më të madhe grupmoshës 55-65 vjeç, çka do të thotë se ky hendek do të thellohet në vitet në vazhdim.[89]

Për të plotësuar nevojat për shërbim parësor në zonat e nënshërbyera, në vitin 2024 rreth 50% e kuotave të mbuluara të specializimit nga MSHMS i përkasin mjekësisë së familjes dhe mjekësisë së urgjencës. Aplikuesit mund të hyjnë në këto dy specializime pa konkursin me testim të informatizuar. Mbetet për t'u parë shkalla e përzgjedhjes dhe përmirësimi eventual i shërbimit në këto zona me anë të kësaj politike. [104]

Pse nuk duan mjekët të punojnë në zona rurale?

Problemi i mjekësisë rurale është një sfidë e hasur shpesh në vendet ku ka disnivele ndërmjet zonave urbane, suburbane dhe rurale, që theksohet kur ka një largësi gjeografike të konsiderueshme ndërmjet tyre. SHBA-ja dhe Kanadaja janë vende veçanërisht të prekura nga kjo problematikë dhe me gjithë politikat e ndjekura, vazhdojnë të hasin vështirësi. Duhet nënvizuar edhe se në këto vende, faktori i largësisë është një faktor tejet i rëndësishëm.

Mjekët e kujdesit primar në zona rurale nuk kanë mbështetjen e specialistëve, mjekëve spitalorë, mjekëve të urgjencës etj. dhe për pasojë u duhet të trajtojnë një tërësi sëmundjesh, sindromash dhe simptomash me akses më të kufizuar në teknologji. Pacientët qëndrojnë pak në qendra të tilla shëndetësore, duke u trajtuar vetëm për problemet më emergjente. Situatat e ndërlikuara thuajse dërgohen gjithmonë për në qendra më të specializuara. Gjithashtu, ka më shumë gjasa që mjekët të punësohen në zonën ku janë trajnuar. Universitetet mjekësore kryesisht ndodhen në zona të urbanizuara, ku natyra e praktikës klinike ngjason shumë pak me praktikën klinike në zona rurale.[86]

Një problem tjetër është se pacientët në zona rurale duhet shpeshherë të udhëtojnë për të marrë shërbim shëndetësor dhe për këtë arsye jo rrallë i neglizhojnë problemet shëndetësore. Në vizitën te mjeku ata paraqesin një kompleksitet simptomash dhe janë më delikatë për t'u menaxhuar e trajtuar, gjë që e shton përgjegjësinë e mjekut që punon ndërkohë edhe pa suportin e kolegëve.[86] Për shkak të mungesës së specialistëve, mjekët ruralë jo vetëm që duhet të performojnë një numër dhe larmi më të madhe procedurash, por duhet njëkohësisht që të arrijnë dhe të ruajnë një rang të gjerë kompetencash, pavarësisht izolimit nga kolegët dhe nga mundësitë për të mësuar.[90]

Rekrutimi dhe mbajtja e mjekëve në zonat rurale

Pavarësisht se rekrutimi dhe retensioni (mbajtja) e mjekëve në zona rurale diskutohen si një problem i përbashkët, faktorët që e bëjnë një mjek të zgjedhë të punojë në një zonë rurale janë mjaft të ndryshëm prej faktorëve që e shtynë atë të qëndrojë aty në afatgjatë. Edhe përpjekjet e suksesshme për rekrutim mund të mos rezultojnë në shtimin e një mjeku për zonën, pasi ai mund të largohet shpejt pas nisjes së punës aty si pasojë e mospërshtatjes me mënyrën e jetesës. Prandaj, do të qe mirë që këto probleme të trajtohen të ndarë nga njëri-tjetri.[87]

Në një studim të vitit 2020 i cili kreu një rishikim sistematik të literaturës mbi faktorët përcaktues për retensionin e mjekëve në zona rurale, u identifikuan gjashtë kategori faktorësh që ndikojnë në mbajtjen e mjekëve në zona rurale dhe të nënzhvilluara: financiare, profesionale, të kushteve të punës, të kushteve të jetesës, kulturorë dhe personalë.[91]

Faktorë financiarë

Incentivat dhe shpërblimet financiare kanë një efekt domethënës në largimin dhe qëndrimin e mjekëve në këto zona, sepse është e kuptueshme që të parapëlqehet puna në një zonë urbane krahasuar me një zonë rurale, kur bëhet fjalë për të njëjtin fitim. Në shumicën e studimeve të marra në shqyrtim, paga e ndikonte dukshëm nivelin e retensionit të mjekëve në zonat rurale. Gjithashtu, mjekët në zona rurale kishin më pak mundësi për të punuar në sektorin privat dhe kjo i bënte të pakënaqur me të ardhurat e tyre.

Kushtet e jetesës

Niveli i kufizimeve në një zonë të caktuar kishte një ndikim të drejtpërdrejtë në prirjen e mjekëve për qëndruar apo për t'u larguar prej saj. Mungesa e furnizimit me ujë dhe elektricitet, akomodimit të duhur, sistemeve të komunikimit dhe internetit, hapësirave argëtuese, si edhe largësia ndaj qendrave të zhvilluara tregtare për të plotësuar nevojat e tyre materiale ishin raportuar po ashtu si faktorë ndikues.

Faktorë profesionale

Disa mjekë që punonin në zona rurale, shpreheshin se aktiviteti ditor në zona rurale i privonte ata nga aftësimi profesional. Sipas të dhënave, faktorët e përgatitjes profesionale ishin faktorët më vendimtarë në lidhje me zgjedhjen e vendit të punës nga mjeku.

Kushtet e punës

Mungesat në pajime kirurgjikale dhe në barna të nevojshme për praktikën ishin faktorë shkurajues për punën e mjekëve të rinj në zonat rurale dhe jo të zhvilluara. Po ashtu, të dhënat treguan se kishte një korrelacion negativ ndërmjet nivelit të specializimit të mjekut dhe zgjedhjes së vendit të punës në një zonë rurale. Specialistët e përgatitur në spitale me teknologji të përparuara refuzonin të punonin në këto zona.

Faktorë personalë

Këta faktorë ishin të përmendur në një numër të kufizuar studimesh. Megjithatë, në disa prej tyre ata konsideroheshin edhe më të rëndësishëm se faktorët financiarë. Seksi luante një rol domethënës, ku mjekët e gjinisë femërore kishin më pak gjasa të shërbenin në këto zona. Kjo mund të ketë të bëjë me ndjenjën e pasigurisë fizike, kufizimet dhe përgjegjësitë familjare në gratë etj.

Faktorë kulturorë

Në një numër studimesh, edhe faktorët kulturorë renditen si ndikues në këtë proces. Ata mund ta bëjnë një vend tërheqës, ose e kundërta, t'i bëjnë mjekët të mos integrohen dot në të.[91]

Në një studim tjetër të vitit 2021 mbi faktorët që mund t'i mbajnë mjekët në zona rurale në afatgjatë, rezultoi se një prejardhje rurale e vetë mjekut, ekspozimi pozitiv ndaj përvojave të punës në zona rurale që në fillimet e karrierës dhe mbështetja personale e profesionale mund të konsiderohen si faktorë universalë për mbajtjen e mjekëve në këto zona.[92]

Incentivat financiare ndikonin më pak në mbajtjen e mjekëve krahasuar me rekrutimin, por kjo ndryshonte ndërmjet vendeve me të ardhura të larta, të mesme dhe të ulëta. Disa strategji të suksesshme ishin përzgjedhja e studentëve nga zona rurale me programe prioritizuese që në nisje të studimeve për mjekësi dhe trajnimi pas diplomimit në një mjedis rural. Sidoqoftë, ndërhyrje të shumanshme do të ishin më efektive se një ndërhyrje e vetme.[92]

Studentët e mjekësisë dhe mjekësia rurale

Në Kanada aplikohen disa kontrata të quajtura *Return of Service contracts (ROS)*,[93] të ngjashme me kontratat e kuotave të mbuluara të specializimit në Shqipëri. Këto kontrata përdoren për të rritur numrin e mjekëve në zonat me mangësi në shërbime. Ato nënshkruhen nga mjeku në fillim të specializimit, gjë që e vendos atë përballë detyrimit për të punuar në një zonë të caktuar, për një periudhë të caktuar pas specializimit. Kjo strategji është ndjekur sidomos me mjekët e diplomuar në vende të tjera (*International Medical Graduates - IMGs*), që e përdorin mjekësinë rurale si një "pikë hyrjeje" dhe si mundësi për licensim të plotë në Kanada.

Sidoqoftë, në një *position paper* drejtuar institucioneve përgjegjëse, Federata e Studentëve të Mjekësisë në Kanada ngre shqetësimin për ekzistencën e këtyre kontratave. Studentët e kundërshtojnë këtë politikë – që në një pikëpamje mund të jetë e nevojshme – me disa argumente, ku ndër të tjera ata shprehen se nuk ka të dhëna kërkimore se këto kontrata si përfundim rritin numrin e mjekëve që rrinë në këto zona dhe se kontratat ROS mund të jenë vetëm një zgjidhje afatshkurtër, "*band-aid*"⁵¹ që nuk është e qëndrueshme në kohë. Gjithashtu, ata vënë në dukje se stimujt për të punuar në zona rurale të bazuar vetëm në detyrime kontraktuale i japin një ngjyrim negativ, "ndëshkues" mjekësisë rurale.[94]

Të pyetur mbi punën në zonat rurale, studentët e mjekësisë në Shqipëri kanë pasur disa pikëpamje:

Noel: *Kur flasim për kushtet e punës, ne duhet të marrim parasysh kushtet në çdo rajon të Shqipërisë. Një ekzaminim apo procedurë të caktuar mund ta bëjnë në Tiranë, por ka studentë që duan të punojnë në vendlindjen e tyre dhe nuk kanë kushtet e duhura për ta kryer punën e mjekut ashtu si duhet.*

I: *Nese do t'ju ofrohej një kontratë 2-vjeçare larg vendlindjes dhe vendbanimit, me pagë neto 200.000 lekë të rinj, sa e mundshme është që ta pranoni?*

Noel: *Shumë e mundshme, për faktin se paga është një aspekt shumë motivues dhe ato dy vite i shikon si mundësi për eksperiencë.*

Alisa: *Mendoj se nuk merr shumë eksperiencë, duke qenë se do të jetë një qendër shëndetësore larg, ku mund të mos ketë shumë pacientë. Por duke qenë se sapo ke mbaruar studimet, pa një bazë monetare, një pagë më e lartë se mesatarja është mundësi e mirë.*

⁵¹ Ankerplast, leukoplast.

Noel: Duke qenë se sapo ke dalë nga bankat e shkollës, sado pak të mësosh mund të konsiderohet eksperiencë.

Sara: Pacientë ka gjithandej. Unë do ta konsideroja.

Një student tjetër i viteve klinike u shpreh:

Enis: Paga është çështja kryesore dhe cdo gjë tjetër është dytësore. Mendoj se ka probleme të tjera, por ekziston një pagë që tejkalon të gjitha problemet. Rrogën e përcakton tregu duke vendosur një ofertë të caktuar. Vazhdojmë ta rrisim derisa të kemi mjekë dhe kërkesa për atë rol që të mund ta mbushësh. Mendoj që këtu në Shqipëri kjo vlerë nuk do shkonte shumë, sepse mjekët shqiptarë shkojnë në Gjermani të punojnë për 5000 euro, kur ndërkohë kanë një kosto të lartë jetese, pra do jetë më poshtë dhe më e ulët se aq.

Të pyetur mbi një mundësi punësimi në zona rurale për tre vjet pas diplomimit, e cila më pas t'u garantonte specializimin me pagë në specialitetin e dëshiruar, studentët u shprehën:

Bora: Unë do pranoja, por duhet që gjatë atyre 3 viteve të paguhem në mënyrë të arsyeshme.

Enis: Do të ishte më mirë që në këto raste, personat që e zgjedhin të kishin përparësi dhe jo garanci për sigurimin e specializimit.

Korrupsioni në shërbimin shëndetësor

Në gjetjet e Eurobarometrit 2023 për korrupsionin nga Komisioni European, i bazuar në anketime me qytetarë të 27 vendeve anëtare të BE, sipas 29% të të intervistuarve, shërbimi shëndetësor është një ndër sektorët më të prirur për korrupsion.^[95]

Ryshfetet në shërbimin shëndetësor mbizotërojnë sidomos në sistemet shëndetësore të vendeve post-komuniste si Shqipëria, që karakterizohen nga një kulturë e rrënjosur e pagesave informale. Vepra të tilla mund të duken të vogla të marra individualisht, por në shkallë të gjerë, ato përfaqësojnë një tërësi ndërveprimesh negative që minojnë përpjekjet për të përmirësuar shëndetin e popullatës.^[96]

Në një kërkim dhe hartëzim të nevojave mbi ndikimin gjinor të korrupsionit në shërbimin shëndetësor në Shqipëri, të realizuar nga OSBE në vitin 2021, intervistat e zhvilluara demonstuan se nuk kishte pengesa institucionale kundër ryshfeteve të rëndomta në dhënien e shërbimit shëndetësor, ku pagesat informale me para në dorë kundrejt kërkesave indirekte apo direkte nga mjekët janë jashtëzakonisht të përhapura. Gjithash-tu, sistemi shëndetësor në Shqipëri vuan nga mungesë serioze e kapaciteteve, gjë që krijon një hapësirë për dhënien e pagesave informale dhe për prirjen e qytetarëve për t'u mbështetur në mënyra të padrejta për të marrë shërbimin.^[97]

Në databazën e fundit të publikuar prej OBSH, ku për cdo shtet është vlerësuar përqindja e shpenzimeve direkte nga xhepi në totalin e shpenzimeve për shëndetin, vlera për Shqipërinë është 59.7%.^[98]

Duke iu referuar të dhënave që datojnë që nga viti 2004, kjo përqindje paraqitet vetëm në rritje për vendin tonë, dhe ka qëndruar në vlerën afërsisht 60% në 10 vitet e fundit. Maqedonia e Veriut ka vlerën më të lartë në rajon pas Shqipërisë me 41.7%, pasuar nga Mali i Zi me 38%, Serbia me 35.7%, Bosnja & Hercegovina me 30%, Kroacia me 9.4%,

kurse Greqia është në vlerën 33.3% dhe Italia në 21.9%.⁵²[98]

Numëruesi i këtij raporti është shpenzimi për shëndetin nga xhepi, si një mënyrë për të përjashtuar të gjitha format e tjera të shpenzimit, si siguracionet, kontributet apo taksa të ndryshme, që janë të dizenuara për të mbuluar shpenzimet në rast sëmundjeje. Pagesat nga xhepi, përfshijnë të gjitha pagesat formale dhe joformale të familjeve, kur ato përdorin shërbime apo të mira shëndetësore nga cilido lloj ofruesi, publik apo jopublik, që mund të jetë subjekt rimbursimi nga një palë e tretë.[99]

Me fjalë më të thjeshta, pagesë nga xhepi konsiderohen edhe vizitat, konsultat dhe ekzaminimet në sistemin privat, blerjet e medikamenteve jo të rimbursueshme në farmaci, dhe në fund ryshfetet ndaj personelit shëndetësor, përfshi këtu mjekët. Nuk është hamendësim të thuhet se pacientët “mbulojnë” me pagesat e tyre nga xhepi një pjesë të mirë të të ardhurave të mjekëve në sistemin publik.

Në një raport të vitit 2020 nga zyra rajonale e OBSH për Europën, u soll në vëmendje se pagesat informale në Shqipëri ishin të përhapura, veçanërisht për kujdesin spitalor dhe mund të imponojnë një barrë tepër të rëndë financiare për familjet më të varfra. Ekzistojnë disa dëshmi që sugjerojnë se ato kanë rënë me kalimin e kohës dhe kjo mund të pasqyrojë disa fushata intensive informimi që u prezantuan në vitin 2013 kundër pagesave informale.[100]

Në fokus-grupet dhe intervistat e zhvilluara, tema e korrupsionit dhe ryshfeteve është sjellë disa herë nga pjesëmarrësit, kryesisht si një diskutim i lidhur me dinjitetin dhe perceptimin e marrëdhënies me pacientin.

Në një fokus-grup me studentët e viteve klinike, një student solli temën e korrupsionit gjatë diskutimit mbi sigurinë në punë.

Albert: E dyta, ka të bëjë me një problem shqiptar, që është korrupsioni në vlera të mëdha ose të vogla; me apo pa dëshirë.

I: Si ndikon kjo te siguria në punë?

Albert: Ndikon, sepse çënohet dinjiteti i mjekut në punë. Kemi parë kamera që futen me të infiltuar që i fusin lekë mjekut në xhep, me qëllim arrestimin e mjekut. Mjeku në vijim del i fajshëm ose i pafajshëm, por del me dinjitet zero. Mjeku e ka humbur figurën dinjitoze që ka pasur dikur.

E pyetur mbi këtë temë, Lorela, specializante, u shpreh:

Lorela: Nëse nga tri çështje investigative në televizor, dy janë për kryqëzimin e mjekut që e filmuan duke pranuar 500 lekë të rinj, normal që ndikon tek populli. Del figura e keqe e mjekut dhe fajësimi i plotë i tij.

I: Si është opinioni yt mbi çështjen e ryshfeteve?

Lorela: Ryshfeti dhe dhurata janë dy koncepte të ndryshme që ne i kemi të ngatërruara me njëra-tjetrën. Ryshfet është kur të mohojnë shërbimin mjekësor kundrejt një pagese të caktuar. Dhurata pranohet kudo. Ti e ke bërë shërbimin dhe në fund të ditës dikush është mirënjohës dhe dëshiron të të bëjë një dhuratë.

⁵² Të dhënat i përkasin vitit 2021 për shumicën e vendeve.

I: A është normalizuar pak dhurata, pikërisht sepse mjekët pranojnë, apo sepse janë të pakënaqur me pagat? Mendon që ndikon dhe paga apo është çështje mentaliteti?

Lorela: Sërish ndryshojnë njëra nga tjetra. Ryshfeti mund të bëhet prej pagës së keqe. Unë nuk mundem të detyroj pacientin të më japë një pagesë të caktuar kundrejt një shërbimi. Gabimi më i madh që mund të bëjë një mjek.

Një pyetje mbi ryshfetet iu drejtua edhe Arditit, që tanimë jeton në Gjermani:

I: A mendon se duke u normalizuar brenda profesionit dhurata apo ryshfeti, pra që mjekët janë mësuar që të ardhurat e tyre vijnë dhe nga kjo?

Ardit: Kjo është jo normale, përvese jo etike dhe e jashtëligjshme. Sigurisht që s'ka faj mjeku. Ka faj ai që e jep mendoj unë, sepse është krijuar mendësia në popull që nëse nuk jep lekë, nuk të prek njeri me dorë. Por kjo nuk është e vërtetë, nëse ti më ofron lekë nuk do e lë pacientin të vdesë. Fajin e kanë ata që japin, jo ata që marrin. Ata që marrin janë mësuar ashtu që kur ka nisur të ekzistojë sistemi shëndetësor në pluralizëm në Shqipëri. Kjo nuk është një arsye për t'u kthyer në Shqipëri; për të pritur për lekët e pacientëve. Përkundrazi një arsye për të ikur dhe për të shpëtuar nga duart nëpër xhepa.

Pasiguria për të ardhmen

Studentët e mjekësisë, në njërin nga fokus-grupet e organizuara me ta, u pyetën mbi një program hipotetik me kontratë ku, nëse punonin për tre vite pas diplomimit si mjekë të përgjithshëm, t'u ofrohej specializim si kuotë e mbuluar pa kontratë punësimi pas diplomimit si specialist. Shumica prej tyre u përgjigjën se kjo do të ishte me interes dhe "garancia" e specializimit me pagë e justifikonte deri diku.

Megjithatë, njëri prej studentëve nënvizoi: **"Vetëm nëse në kontratë do të kisha mundësinë të përcaktoja edhe specializimin që do të merrja në fund të këtij trevjeçari".**

- d. Brenda 30 ditëve pas përfundimit të studimeve, mjeku i specializuar paraqet në Ministrinë e Shëndetësisë dokumentacionin e plotë, për të filluar procedurën e emërimit të tij sipas kontratës.
- e. Pas përfundimit të specializimit, mjeku ka detyrimin të punojë në shërbimin shëndetësor publik për një periudhë kohore jo më pak se 3(tre) vjet, sipas parashikimit në këtë kontratë.
- f. Ministri përgjegjës për Shëndetësinë, ka të drejtë që në përputhje me nevojat që paraqet Sistemi Shëndetësor Publik, të caktojë periudha të tjera kohore më pak se 3(tre) vjet, gjatë së cilës mjeku i specializuar duhet të punojë sipas emërimit.

Neni 7 Penalite për moszbatimin e kontratës

1. Me përfundimin e procedurës së emërimit të mjekut të specializuar, ai/ajo është i/e detyruar të paraqitet në punë brenda 30 ditëve nga data e emërimit. Në rastet kur mjeku/mjekja nuk paraqitet në punë, si dhe kur shmanget nga ky detyrim pa plotësuar një periudhë minimale prej 3 (tre) vitesh pune, detyrohet t'i kthejë Ministrisë së Shëndetësisë pesëfishin e shumës së pagave të marra gjatë kohës së specializimit, shumë e cila arrin në vlerën 2.000.000 (dy milionë) lekë.
2. Për rastet e ndërprerjes të periudhës së studimeve dhe të ndërprerjes së parakohëshme të periudhës së detyrueshme të punës në kundërshtim me parashikimet në këtë kontratë, mjeku i ndalohet të konkurojë për punësim në strukturat shëndetësore publike për një periudhë 5 (pesë) vjeçare.

Figura 3: Ekstrakt nga Urdhër Nr. 529, datë 03.12.2014 Për Miratimin e Kontratës për Ndjekjen e Studimeve të Specializimit Afatgjatë pranë Universitetit të Mjekësisë [101]

Në fakt, kjo reflekton një pasiguri të përgjithshme për të ardhmen, që është krijuar duke nisur së pari me kontratat e specializimit. Në kontratën e nënshkruar mes specializantëve të regjistruar si kuota të mbuluara nga MSHMS, vendi i punës së tyre nuk bëhet i ditur në fillim të kontratës.

Po ashtu, duhet thënë se pjesa e kontratës së vitit 2014, e përshkruar në Figurën 3 nuk përputhet me kontratën e nënshkruar nga specialistët në vitet e fundit, të cilën ne e kemi siguruar duke i kontaktuar ata individualisht. Në këtë kontratë, penaliteti si për ndërprerje të studimeve, si për moskryerje të punës me detyrim pas specializimit, është sa pesëfishi i rrogave të marra (vetëm për një vit specializim kjo vlerë është afërsisht 6,000,000 lekë të rinj). Kështu, vendimi për t'u regjistruar si kuotë e mbuluar merret për 6-8 vitet e ardhshme, pa asnjë mundësi për ta ndryshuar atë pa penalitete. Kjo kontratë nuk është e aksesueshme online dhe specialistët njihen me kushtet për vitin përkatës vetëm pasi kanë zgjedhur specializimin pranë Fakultetit të Mjekësisë. "Kthimi pas" në këtë proces do të thotë se humbasin vitin akademik.

"Çdo gjë që na bën të lëvizim nga një vend në një vend tjetër nuk mendoj se janë as faktorët socialë, as ekonomikë, por është pasiguria që ne kemi. Kur unë jam 30 vjeçe dhe nuk kam asnjë siguri se ku do përfundoj, ku do punësohem, nuk kam mundësinë të krijoj asnjë plan afatgjatë për jetën time personale. Kjo gjë të shtyn të largohesh tek një shtet tjetër, i cili t'i garanton të gjitha këto dhe ndërkohë të lë hapësirën për t'u bërë një mjekë e aftë dhe për të dhënë shërbimin." - u shpreh Lorela, specializante si kuotë e mbuluar.

Ky përjetim u shtua edhe më me miratimin e ligjit për trajtimin e veçantë të studentëve të mjekësisë, që shtoi efektin psikologjik të pasigurisë dhe ndoshta përshpejtoi vendimin për t'u larguar. Në mënyrë paradoksale, largimi dhe përballja me realitete të reja shihen nga mjekët si mundësi për të krijuar një të ardhme të qëndrueshme e të sigurt.

Mundësi për t'u rikthyer

Mbi 15% e mjekëve shqiptarë që jetojnë jashtë vendit duan të kthehen në vendin e tyre, 31.6% thonë se janë të pavendosur dhe 52.8% deklarojnë se nuk duan të kthehen në Shqipëri. Teorikisht, rikthimi i këtyre mjekëve me përvoja, trajnim dhe njohuri të specializuara mund të rritë standardin e praktikës mjekësore në Shqipëri.[4] Megjithatë, pritshmëritë e tyre janë të larta, duke qenë se tanimë janë përballur me një standard tjetër të të punuarit.[4]

Gjithnjë Shqipëria, sipas mjekëve të pyetur, do të ketë disavantazhe nga këndvështrimi profesional. Arsyet që do t'i bënin mjekët të ktheheshin janë kryesisht të një karakteri social e familjar dhe në disa raste kemi kuptuar se ata e perceptojnë si më të frytshëm kontributin në vendin e tyre dhe më përmbushës në sensin e qëllimit vetjak. I pyetur mbi kthimin, Arditi, specialist në Gjermani, u shpreh:

***Ardit:** Unë shoh mundësi për t'u kthyer, pasi kam familjen atje dhe të gjithë që vijnë këtej nuk e hedhin poshtë pjesën e jetës që kanë kaluar në Shqipëri, duke u rritur dhe arsimuar. Arsyet për t'u kthyer mund të jenë shumë, por kushtet për t'u kthyer nuk ekzistojnë akoma. Në Shqipëri ana sociale është më e mirë se në Gjermani apo çdo vend tjetër si emigrant, por shtysat duhet të jenë profesionale, financiare dhe sociale.*

***I:** Sa e mundur është të kthehesh për të punuar në Tiranë kundrejt pagës 150,000 lekë të rinj në muaj?*

***Ardit:** Shumë pak e mundur, sepse është një rrogë e ulët. Le të themi kështu, një mjek specialist në Tiranë me aq para do të arrinte që me familjen e tij të mbijetonte dhe të paguante faturat. Por nuk mjaftojnë për të siguruar një standard që do e kishte kudo në botë, jo vetëm në Gjermani. Vetëm me rrogën e shtetit flasim se e dimë që ka edhe punë private, por nuk punojnë të gjithë në privat. Nëse të them rrogën aktuale do të ishte katërfishi i rrogës së specialistit në Shqipëri. Dhe rroga si specialist do të ishte diku të gjashtëfishi. Pra, nuk mund të heq dorë nga 5/6 për të marrë 1/6 në Shqipëri.*

I: Po me rrogë 450,000 lekë të rinj neto, do ktheheshe?

Ardit: Do ta konsideroja. Edhe pse do ishte më pak se aq sa marr këtu, janë të gjitha motivet e tjera që të bëjnë të punosh në vendin tënd. Zbritja nga 8000 euro neto në 4500 euro mund të justifikojë deri diku motivet e tjera.

Rikujtojmë se paga bënte ndryshim edhe në përgjigjet e mjekëve jashtë vendit në pyetësonin online, kur ata u pyetën mbi kthimin me pagën 150,000 lekë dhe atë 450,000 lekë (grafikët 65 dhe 66, faqe 65-66). Ofertës së punës kundrejt një page më të lartë, 28.6% i janë përgjigjur "Shumë e mundshme" dhe 9.5% i janë përgjigjur "Plotësisht e mundshme", përgjigje këto mjaft më pozitive se për pagën 150,000 lekë të rinj.

Në gjykimin tonë, nuk është jorealiste të thuhet se ka mjekë që, nëse u ofrohet një pagë ndoshta më e ulët se paga në vendin ku jetojnë, por që gjithsesi u lejon një standard të kënaqshëm jetese në Shqipëri, mund të kthehen për të kontribuar në vendin e tyre.

Të dhëna të tjera

Gjatë pyetësorit të zhvilluar me studentët, disa prej tyre vunë në dukje mungesë të meritokracisë në seksionet e lira të pyetësorit. Kjo çështje u prek edhe nga mjekë brenda dhe jashtë vendit, duke iu referuar midis të tjerash drejtimin të institucioneve shëndetësore. Veçanërisht studentët e lidhin këtë me nepotizmin.

I: Na ka rënë në sy që disa studentë kanë prekur të pasurit e një mbiemër të njohur dhe sa shumë dyer të hap kjo. Pse është krijuar një ide e tillë që në fakultet?

Enis: Sepse numri i mbiemrave të njëjtë është më i lartë se mund të shpjegojë shansi.

Kludia: Kjo shfaqet dhe te notat.

I: Dhe ju mendoni se po njëjloj do të jetë dhe pas fakultetit, po për specializimin?

Ema: Mbetet po njëjloj.

Alisa: Degët e specializimit nuk shpërndahen me meritokraci.

Një tjetër mjek që tashmë punon jashtë vendit u shpreh se sistemi shëndetësor në Shqipëri sipas tij është "**shumë i politizuar**".

Një pyetje për meritokracinë iu drejtua studentëve të viteve të para, për të parë nëse ky perceptim është krijuar edhe tek ata.

I: Disa studentë kanë dhënë përgjigje si arsye për t'u larguar që ka mungesë meritokracie, nepotizëm. Ju keni informacion që ky është realitet dhe pasi të diplomoheni, apo thjesht e mendoni kështu?

Sara: Po, mendoj se është e njëjta gjë. Nuk kam informacion të drejtpërdrejtë, por është një frymë që qarkullon, ky ka qenë reputacioni që në vit të parë.

Romina: Nuk ekziston vetëm këtu (në Fakultet), por kudo; do jetë gjithmonë edhe në punë e në vazhdim.

Takime konsultuese me institucionet kyçe

Në kuadër të këtij studimi, kemi zhvilluar intervista me përfaqësues të disa institucioneve. Më poshtë gjendet një përmbledhje e *input*-eve kryesore të ndara me ne nga *Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë* dhe *Prof. Mira Rakacolli, Zv/Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale*. Këto intervista nuk janë zhvilluar në trajtë konsultimi mbi gjetjet e studimit, por si një bisedë për të plotësuar kornizën e punimit me këndvështrimin e institucioneve kryesore që monitorojnë dhe/ose hartojnë politikat për mbështetjen e mjekëve në Shqipëri.

Takim me Dr. Fatmir Brahimaj, President i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë

Gjatë një interviste të zhvilluar më 15 janar 2024, ne kemi folur mbi një sërë aspektesh të gjetjeve tona me Dr. Fatmir Brahimaj, President i UMSH.

I pyetur së pari mbi çështjen e emigrimit të mjekëve, Dr. Brahimaj u shpreh se ky është një proces tashmë botëror, ky mjekët synojnë drejt vendeve me paga më të larta dhe kushte më të mira. Në Shqipëri, ky emigrim ka pasur disa valë, apo grupe: mjekët që u larguan gjatë viteve 1990 dhe 2000, si pjesë e lëvizjes masive të shqiptarëve drejt vendeve të tjera; mjekët që emigruan si pasojë e lehtësimit të procedurave dhe njohjes së diplomave nga vende të tjera (kryesisht pas vitit 2015); mjekë që kanë lindur dhe janë rritur jashtë vendit; mjekë që janë larguar për kualifikime të mëtejshme dhe nuk janë rikthyer në Shqipëri.

Ai u shpreh se në Shqipëri mbrojtja ligjore ndaj mjekut është e paplotë dhe jo e duhur, ndonëse me heqjen e nenit për mjekimin e pakujdesshëm në Kodin Penal është pakësuar ai që në të shkuarën mund të cilësohej edhe si kriminalizim i gabimit mjekësor. Dr. Brahimaj përmendi se në vitin 2016 në SHBA vendin e tretë ndër shkaqet e vdekjes e zinin gabimet mjekësore dhe mjekët e burgosur ishin tre. Në Shqipëri ishin burgosur po në të njëjtin vit dymbëdhjetë mjekë. Sipas tij, në këtë kontribon edhe mbulimi në media jo i drejtë dhe i keqinformuar, gjë që ka krijuar interpretime të gabuara mbi neglizhencën dhe gabimin mjekësor. Ai sugjeroi ndër të tjera adoptimin e një politike të siguracionit profesional, i cili gjatë kohës që vepron mbron mjekun nga përgjegjësia civile në rast gabimi. Si shembull, në Itali të gjithë mjekët e regjistruar duhet të pajisen me siguracionin e Përgjegjësisë Civile Profesionale. Kjo është e detyrueshme për të gjithë mjekët, qoftë të punësuar në institucione, të kontraktuar si konsulentë apo ushtrues të lirë të profesionit dhe i mbron ata nga çdo kërkesë për kompensim që palë të treta mund të bëjnë gjatë kohës që ai është i mbuluar. Në thelb, kjo politikë është miratuar për ta mbrojtur mjekun nga gabimet mjekësore dhe pasojat e tyre.

Z. Brahimaj vuri në dukje problemin e shpërndarjes së mjekëve në Shqipëri, duke nënvizuar gjithsesi se UMSH nuk ka një informacion konkret mbi mungesat në mjekë, pasi nuk mbulon çështjet e punësimit. Ai u shpreh se në zonat rurale mungon shpeshherë motivimi për të punuar ndër të tjera sepse mjekët ndihen sikur u mungon siguria fizike e sociale, sidomos për një profesion ku rreth 70% e të diplomuarve janë vajza dhe gra. Gjithashtu, dr. Brahimaj u shpreh se është e paqartë se cilat janë nevojat konkrete për mjekë në zona të ndryshme, duke përmendur se ka raste ku ka një investim të madh, por numri i pacientëve është i vogël. Sipas tij, duhen realizuar studime mbi popullatën, grupmoshat, grupet e riskuara nga sëmundje të ndryshme, incidencën dhe prevalencën, në mënyrë që shërbimet të krijohen në bazë të nevojave.

Për sa u përket protokolleve mjekësore, Dr. Brahimaj u shpreh se janë hartuar dhe

miratuar protokolle, por jo të gjitha nozologjitë¹ i kanë ato. Sipas tij, edhe nëse do të kishte protokolle, shpeshherë mungojnë kushtet për t'i zbatuar. Ai shtoi se në sferën diagnostike dhe terapeutike, këto të fundit kanë shumë rëndësi, pasi mungesa e protokolleve në letër zgjidhet lehtësisht.

Në mbyllje të intervistës, Presidenti i UMSH Brahimaj, u shpreh se mund ta përmirësojmë sistemin në disa drejtime, për ta bërë Shqipërinë më tërheqëse për mjekët: duke përforcuar faktorët që i përmbushin mjekët nga ana profesionale; duke siguruar mbrojtje ligjore për mjekët dhe duke përmirësuar marrëdhënien mjek-pacient.

Takim me Prof. Mira Rakacolli, Zv/Ministre e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

Në një takim të zhvilluar më 28 shkurt 2024 në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me Prof. Mira Rakacolli, Zv/Ministre, u trajtuan disa politika ekzistuese dhe të synuara të MSHMS lidhur me mjekët, si dhe disa problematika të veçuara gjatë analizës.

E pyetur mbi largimin e mjekëve, Zv/Ministrja Rakacolli u shpreh se kjo dukuri është pjesë e lëvizjes së lirë të mjekëve, gjë që ndodh në të gjithë botën. Sipas saj, problem kryesor është **shpërndarja** e mjekëve të përgjithshëm dhe specialistë në të gjithë territorin. Kështu, MSHMS, përveç politikave për rritjen e numrit të përgjithshëm të mjekëve, i jep rëndësi edhe shpërndarjes së tyre për të ofruar mbulim shëndetësor universal për popullatën, të aksesueshëm dhe pranë vendbanimit. Për këtë arsye, sipas Znj. Rakacolli, është përmirësuar infrastruktura në mbi 300 qendra shëndetësore, janë ndërtuar disa spitale të reja (Spitali "Memorial" Fier, Spitali Qendror në Tiranë, Spitali Bashkiak i Laçit, Mirditës, Spitali i Pediatriisë QSUT, etj), janë rikonstruktuar një numër spitalesh rajonale (materniteti i ri në Lezhë, Korçë, Berat, Sarandë), janë shtuar pajisjet mjekësore të diagnozës imazherike në spitalet rajonale dhe bashkiake (rezonancë magnetike në Tiranë dhe disa rrethe dhe CT-skaner në spitalet rajonale dhe dy spitale bashkiake), si dhe janë rritur kapacitetet për teknika moderne kirurgjikale në disa spitale qendrore dhe rajonale (angiografia, laparoscopia). Znj. Rakacolli nënvizoi se përmirësimi i kushteve të punës patjetër që ka ndikuar dhe ndikon pozitivisht në mbajtjen e mjekëve.

Sipas Zv/Ministres, edhe organizimi i specializimeve me bazë meritokracie ka rritur besimin te studentët. Për të ofruar shërbimin në zona të largëta, kontratat trevjeçare pas specializimit karshi pagesës gjatë viteve të specializimit kanë ofruar zgjidhje në shumë raste në afatgjatë, duke i mbajtur mjekët në këto vende pune edhe pas kontratës. Znj. Rakacolli shtoi se këtyre mjekëve, gjatë kohës që zbatojnë kontratën, u paguhen edhe 15,000 lekë të rinj në muaj për qiranë apo kostot e banimit. Përpos kësaj, për mjekët specialistë që aplikohet programi i bonusit, bonusi mbi rrogën shkon deri në vlerën 250,000 lekë. Sipas saj, sot për këto arsye ofrohen të gjitha specialitetet në të gjitha spitalet rajonale dhe në një pjesë të atyre bashkiake. Megjithatë, Zv/Ministrja Rakacolli shtoi se numrat e specialistëve duhen rritur në vijim.

Ajo renditi edhe disa politika të tjera të ndjekura, si rritja e pagave për mjekët specialistë me 50,000 lekë të rinj në vitin 2023 dhe rritja që do të aplikohet në vitin 2024 për mjekët e përgjithshëm; kreditë e buta për mjekët e rinj; punësimi me portalin "Mjekë për Shqipërinë" mbi bazë meritokratike i cili garanton punësim transparent etj. Lidhur me rritjen e cilësisë së shërbimit në kujdesin parësor, Znj. Rakacolli ndau shqetësimin e MSHMS për faktin që nuk përzgjidhet specialiteti i mjekut te familjes, ndonëse Strategjia Kombëtare e Shëndetësisë 2020-2030 dhe ajo e Kujdesit Shëndetësor Parësor 2020-2025 parashikojnë një rritje të funksioneve e të ofrimit të shërbimeve

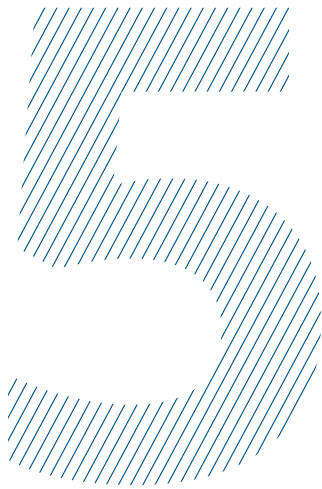
¹ Degë e mjekësisë që studion përkufizimin dhe klasifikimin e sëmundjeve. Këtu: grup sëmundjesh, patologji të ndryshme.

nga ana e mjekut të përgjithshëm. Sipas Zv/Ministres, këtë vit në bashkëpunim me UMT, janë përcaktuar disa kushte favorizuese për ata që do të zgjedhin specialitetin e mjekut të familjes, si dhe të mjekut të urgjencës. Po ashtu, krijimi i Qendrave të Mjekësisë Familjare nga ana e MSHMS për trajnimin e mjekëve të familjes pritet të ndikojë pozitivisht që këtë drejtim.

E pyetur mbi unifikimin e protokolleve, Znj. Rakacolli u përgjigj se ka udhëzues që hartohen nga shoqatat e profesionistëve dhe protokollat hartohen e miratohen mbi bazën e këtyre udhëzuesve, por nuk mund të jenë të unifikuara për shkak të veçorive e mundësive që ka çdo spital. Çdo spital bën protokollat e veta mbi bazën e aparatave diagnostikuese, burimeve njerëzore e buxhetit që ka. Pasja e protokolleve mjekësore është pjesë edhe e standardeve të akreditimit të institucioneve shëndetësore.

Edukimi në vazhdim është një prej prioriteteve të MSHMS sipas Zv/Ministres. Për ta ndjekur këtë proces është krijuar Agjencia e Akreditimit dhe Edukimit në Vazhdim, si bashkim i njësisë së akreditimit dhe edukimit në vazhdim. Kjo agjenci ndjek edhe zbatimin e detyrimeve që rrjedhin nga Ligji për Kujdesin Shëndetësor në të gjitha institucionet shëndetësore. Në shërbimin parësor, është krijuar eksperiencia e grupeve të kolegëve për edukimin në vazhdim, e cila po shtrin zbatimin në të gjithë vendin. MSHMS e sheh edukimin në vazhdim si sfidë të rëndësishme në politikën e saj.

Me Znj. Rakacolli u diskutua mundësia e formimit të specialistëve edhe në rrethe të tjera jashtë Tiranës. Ajo u shpreh se që të formohen mjekët si duhet, ka disa normativa mbi bazën e të cilave akreditohen edhe universitetet, ku shumë e rëndësishme është infrastruktura. Në kushtet e tanishme, QSUT sipas saj, nuk ka mundësi për të përgatitur një numër më të madh specialistësh. Për këtë arsye, ka një marrëveshje mes MSHMS dhe UMT, ku MSHMS ofron infrastrukturën e përshtatshme për përgatitjen e specialistëve, që deri tani e ka realizuar në Spitalin "Memorial" Fier, Spitalin Rajonal Durrës, Spitalin Rajonal të Shkodrës dhe atë të Elbasanit, kurse përzgjedhja e personelit akademik dhe sigurimi i standardeve për këtë do të përcaktohet nga UMT.



Rekomandime

Rekomandime

Për shkak të një numri të madh temash të sjella në vëmendje, rekomandimet në këtë punim janë të shumta në numër. Ato i kemi kategorizuar në të përgjithshme dhe sipas shkallëve profesionale. Ndërmjet rekomandimeve mund të veçohen sipas rastit zgjidhje dhe propozime që shihen si më të rëndësishme në raport me çështjet kryesore të përfshira në studim. Thënë kjo, qëllimi ynë në këtë seksion është të pasqyrojmë sa më gjerësisht panoramën e krijuar me gjetjet tona, pa lënë mënjanë faktin se secili rekomandim apo gjetje në vetvete mund të kërkojë një vlerësim të mëtejshëm.

Të përgjithshme

1. Të përmirësohen kushtet e punës për mjekët në dy drejtime kryesore:
 - Si bazë materiale për të ushtruar profesionin;
 - Si mjedis i punës dhe si tërësi e faciliteteve që ndikojnë në plotësimin e nevojave vetjake dhe në uljen e stresit fizik dhe psikologjik.
2. T'i jepet përparësi ndërtimit të infrastrukturës së shërbimit shëndetësor dhe formimit të profesionistëve të rinj në bazë të nevojave shëndetësore të popullatës.
3. Të prioritetizohet edhe më tej modernizimi i infrastrukturës dhe zgjerimi i rangut diagnostik dhe terapeutik në sistemin publik.
4. Të inkurajohet menaxhimi i vizitave ambulatorë dhe ndjekjes në dinamikë nga mjeku i familjes, personeli i qendrave shëndetësore apo spitaleve në kujdesin dytësor, para kalimit në spitalet terciare, për të shmangur mbingarkesën e këtyre të fundit.
5. Të rishikohet niveli i përpilimit, përditësimit dhe zbatimit të protokolleve mjekësore në të gjithë sistemin shëndetësor, publik dhe jopublik, dhe të ndërhyhet sipas nevojës.
6. Të rishikohen protokollat për disa situata të veçanta me implikime ligjore/etiko-deontologjike për mjekët.
7. Të rishikohet niveli i trajnimit dhe i burimeve në sistemet tona spitalore për t'u përballur me aksidente, zjarre dhe kriza të forcës madhore.
8. Të identifikohen dhe të përforcohen elementet mbrojtëse ndaj pasojave të padëshiruara të gabimeve mjekësore në sistemet tona spitalore.
9. Të konsiderohet mundësia e miratimit të një siguracioni profesional ndaj përgjegjësisë civile për mjekët, për t'i mbrojtur në rast gabimi mjekësor.
10. Të krijohet kadri ligjor mbi lajmet mjekësore të rreme dhe mbi trajtimin e temave shëndetësore e mjekësore në media, duke balancuar ndërmjet lirisë së medias, mirëqenies së popullatës dhe mbrojtjes së besimit ndërmjet ofruesve dhe marrësve të kujdesit shëndetësor.
11. Të mbahen fushata të promovimit shëndetësor për të rritur *health literacy*, nivelin e informimit dhe ndërgjegjësimin mbi tema të lidhura me shëndetin.
12. Të angazhohen organet ligjzbatuese për të mbrojtur sigurinë e personelit shëndetësor pa asnjë kompromis. Të forcohen masat ligjore ndaj individëve që tentojnë apo ushtrojnë dhunë fizike kundrejt personelit shëndetësor në vendin e punës.

Studentët

1. Të hiqen politikat që vijnë me shtrëngime ligjore dhe të krijohen pozita përfshirëse dhe mbështetëse, të cilat do t'i bëjnë studentët të investohen në Shqipëri, qoftë edhe si një vendim në afatshkurtër, duke pasur parasysh prospektin se në afatgjatë do të përmirësohet sistemi shëndetësor në tërësi.
2. Të pranohet një kuotë e caktuar studentësh me prejardhje rurale (nga zona të caktuara me një nivel të ulët mbulimi me shërbim shëndetësor) që në nisje të Fakultetit, për t'u punësuar më pas në zonën përkatëse.

3. Të krijohen mundësi praktike të paguar në institucione publike dhe private me kohë të pjesshme, që studentët mund t'i ndjekin gjatë studimeve dhe t'i përdorin si mundësi rrjetëzimi e parapërgatitjeje profesionale. Këto praktika profesionale të kenë një sistem certifikimi dhe të njihen në konkurrimin për punësim.
4. Të përmirësohet sistemi i tanishëm i konkurimit për t'u punësuar në sistemin publik.
5. Të rriten pagat e mjekëve të përgjithshëm, duke aplikuar bonuse dhe rritje të konsiderueshme të pagës për punësimin në zona rurale.
6. Të bëhet një studim i shkallës së punësimit të mjekëve të përgjithshëm në sistemin privat dhe të vendoset një standard i pagave dhe kushteve të ofruara. Të njihen angazhimet në këto struktura si praktika dhe eksperiencia punësimi.
7. Të hapen mundësitë për rritje akademike për studentët ekselentë, duke aplikuar programe angazhimi në Fakultetin e Mjekësisë për një përqindje të mjekëve të rinj që diplomohen me rezultate të larta.
8. Të zvogëlohet burokracia dhe vonesa në kohë në marrjen e së drejtës për të ushtruar profesionin për mjekët e sapodiplomuar.
9. Të njihen praktikrat para dhe pas diplomimit si stazh apo praktikë profesionale nëpërmjet një sistemi që i certifikon ato. T'i jepet përparësi cilësisë e përgatitjes profesionale gjatë stazhit.

Specializantët

1. Të përmirësohet sistemi aktual i kuotave të specializimit në këto aspekte:
 - Të trajtohen me pagë dinjitoze në referencë me pagën mesatare specializantët që punojnë të regjistruar si kuota e lirë, për aq kohë sa do të ketë kuota të lira.
 - Të planifikohet shpërndarja e kuotave të mbuluara në kohën që mjekët zgjedhin specializimin, duke caktuar vendin dhe institucionin e punësimit që në nisje, sipas nevojave të sistemit.
 - Të trajtohen me pagë më të lartë specializantët që punojnë si kuota të mbuluara, duke marrë parasysh edhe nevojën e mundshme për t'u shpërngulur në një vend tjetër në përfundim të specializimit.
2. Të forcohen kushtet dhe mundësitë për t'u rritur profesionalisht në këto drejtime:
 - Të krijohet bazë materiale diagnostike dhe terapeutike e standardit të lartë në spitalet universitare.
 - Të krijohen burimet dhe kushtet që procedura apo ndërhyrje të caktuara të specializuara të ofrohen në sistemin publik njëloj si në atë jopublik.
 - Të zhvillohen me korrektësi orët mësimore gjatë specializimit, duke ndjekur një program të integruar praktik-teorik.
 - Të krijohen kushtet për plotësimin e një *target*-i praktik, si një numër ndërhyrjesh, ekzaminimesh apo procedurash të tjera në bazë të specialitetit dhe shkallës së vështirësisë, për të shmangur praktikën e vetëdrejtuar sipas nismës individuale dhe për të forcuar pavarësinë në praktikën klinike.
 - Të konsiderohet mundësia e mbështetjes financiare për një numër specializantësh që fitojnë mundësi kualifikimi të mëtejshëm jashtë vendit, sidomos për shërbime për të cilat ende nuk janë krijuar kapacitetet në Shqipëri, kjo kundrejt një kontrate për t'u rikthyer.
3. Të hiqen temat kërkimore dhe artikujt e publikuar si kërkesë përpara diplomimit të specializimit. Specializimi afatgjatë është cikël i tretë profesional, që nuk i njihentribute akademike. Këto kërkesa vetëm shtojnë ngarkesën dhe shpenzimet e specializantëve dhe nuk janë me përfitim për karrierën e tyre në tërësi.
4. Të lehtësohet dhe të mbështetet ndjekja e një karriere akademike për specializantët.

Mjekët e përgjithshëm dhe mjekët e familjes

1. Të vijohet me rritjen e pagave të mjekëve në kujdesin parësor.
2. Të miratohet statusi i mjekut të familjes me stimuj dhe mbështetje për specialistët e mjekësisë së familjes dhe për mjekët e përgjithshëm që punojnë si mjekë familje dhe që ndërkohë mund ta marrin këtë specialitet.
3. Të krijohen politika mbështetëse të shënjestruara për mjekët e familjes në zona rurale.
4. Të zgjerohen kompetencat e mjekut të familjes për të ndjekur një sërë sëmundjesh të cilat nuk kanë nevojë të delegohen te specialisti përkatës.
5. Të krijohet mundësia e dhënies së konsultave të paguara online nga specialistë të ndryshëm, edhe kur ata mungojnë në një spital apo qendër shëndetësore, për mjekët e përgjithshëm dhe specialistë të disiplinave të tjera.
6. Të mbështetet financiarisht edukimi në vazhdim në nivelin e kërkuar për të përbushur kreditet.
7. Të mbështetet mundësia e vetëpunësimit të mjekëve të familjes si ushtrues të lirë të profesionit.
8. Të hiqen detyrimet për të kryer një numër të caktuar ekzaminimesh dhe procedurash mjekësore dhe të zhvendoset roli i mjekut të familjes nga një rol kryesisht burokratik në rol kyç për shëndetin e popullatës.
9. Të lehtësohet dhe të mbështetet ndjekja e një karriere akademike.

Mjekët specialistë

1. Të vijohet me rritjen e pagave të mjekëve specialistë në të gjithë sistemin publik.
2. Të rritet siguria në punë dhe të rishikohen politikat dhe nismat ligjore të ndërmarrura për një mjedis të sigurt për të zhvilluar profesionin e mjekut. Të plotësohen standardet ndërkombëtare të sigurisë për ekspozimin ndaj infeksioneve spitalore dhe sëmundjeve profesionale.
3. Të plotësohen standardet infrastrukturore dhe kushtet për ushtrimin e profesionit në të gjitha strukturat e sistemit publik ku punësohen mjekë specialistë.
4. T'i jepet përparësi një mjedisi pune të optimizuar për nevojat bazë të personelit shëndetësor gjatë orarit të punës.
5. Të krijohen ekipe multidisiplinare që të rishikojnë protokollet diagnostike dhe trajtuese për spitalet bashkiake, rajonale dhe spitalet universitare apo terciare, sipas spektrit të shërbimeve që ofrojnë ato sipas ligjit. Të krijohet baza materiale dhe burimet për t'i ndjekur protokollet e miratuara.
6. Të përmirësohet funksionimi i sistemeve spitalore me qëllim uljen e pasojave negative të gabimit mjekësor te pacienti.
7. Të krijohet mundësia e dhënies së konsultave të paguara online nga specialistë të ndryshëm, edhe kur ata mungojnë në një spital apo qendër shëndetësore, për mjekët e përgjithshëm dhe specialistë të disiplinave të tjera.
8. Të implementohet një sistem zyrtar i vlerësimit të performancës për mjekët e punësuar në sistemin publik apo jopublik.
9. Të rishikohen politikat penalizuese ndaj profesioneve të lira, ku përfshihet edhe profesioni i mjekut dhe preken një numër i madh mjekësh të vetëpunësuar apo të punësuar në klinika dhe spitale private.
10. Të përfshihen specialistët e spitaleve rajonale dhe bashkiake si staf akademik me kohë të pjesshme dhe të ndiqen politika nxitëse për karrierën e tyre akademike, me qëllim angazhimin në një të ardhme të strukturave spitalore në rrethe si hapësira formimi për mjekë specializantë.
11. Të lehtësohet dhe të mbështetet ndjekja e një karriere akademike.

Përfundim



Përfundim

Në këtë dokument theksohet rëndësia dhe kompleksiteti i çështjes së largimit të mjekëve nga Shqipëria. Qëllimi ynë kryesor në këtë proces kërkimor ishte të preknim të gjitha nuancat e këtij problemi, duke sjellë të plotë këndvështrimin e një mjeku të ri mbi mundësitë që i ofrohen dhe pengesat me të cilat përballet. Nëpërmjet një qasjeje të ekuilibruar, e cila i merr parasysh të gjitha sfidat në menaxhimin e kësaj situate, ne identifikuam domosdoshmërinë e zbatimit të politikave shumëdimensionale, ku gërshetohen së bashku faktorë financiarë, profesionalë, personalë e shoqërorë. Thënë kjo, kërkohet përfshirja e politikëbërësve, vendimmarrësve dhe institucioneve kyçe në një përpjekje të përbashkët.

Gjetjet kryesore të këtij studimi tregojnë se ka një numër ndërhyrjesh që mund të jenë domethënëse për mjekët: paga e përshtatshme dhe proporcionale; mbështetje për t'u rritur profesionalisht e akademikisht; optimizim i mjedisit të punës; infrastruktura dhe baza materiale për të ushtruar profesionin; garantimi i sigurisë fizike në punë; krijimi i politikave për të rritur sigurinë në ushtrimin e profesionit; promovimi dhe mbrojtja e një marrëdhënieje besimi të ndërsjelltë mjek-pacient.

Për mjekët e sapodiplomuar, politikat duhet të përqendrohen në krijimin e përvojave të para pozitive në sistemin tonë shëndetësor, duke i mbështetur në fillimet e karrierës së tyre. Për mjekët specializantë, duhet trajtuar me përparësi mbi gjithçka tjetër rritja profesionale e këtyre mjekëve, duke i mbështetur për të fituar aftësi të pavarura praktike. Këta mjekë specialistë do të ngrënë standardin e shërbimit në spitalet bashkiake dhe rajonale ku do të punojnë pas diplomimit, ku shpeshherë do t'u mungojë udhëheqja profesionale. Gjithashtu, u identifikua se kjo kontribon në ndjenjën e përbushjes profesionale tek ata. Për mjekët specialistë, qasja duhet të jetë shumëfaktoriale, duke pasur në thelb rritjen e kënaqësisë në punë, si edhe ngritjen e kapaciteteve në strukturat spitalore dhe në vetë mjekët. Për mjekët e familjes, duhet që të zgjerohen kompetencat dhe mundësitë e tyre për përfitim financiar të krahasueshëm me mjekët e specialiteteve të tjera, për ta bërë këtë specialitet tërheqës edhe për brezat në vazhdim. Të gjitha këto duhen bërë, sipas gjetjeve tona, me një qasje e cila ruan ndjenjën e sigurisë dhe vazhdimësisë dhe nuk krijon imponime e kushtëzime të menjëhershme.

Duke nisur nga politika afatshkurtra, më të realizueshme në kohë e në burime, si oferta pune ndaj të cilave mjekët e rinj janë të prirur të kenë një përgjigje pozitive, mund të arrijmë në ndërhyrje më të sofistikuara e afatgjata. Qëllimi përfundimtar duhet të jetë mbi të gjitha rritja e cilësisë së shërbimit shëndetësor. Krijimi i një filtri për cilësinë nis së pari nga motivimi i më të mirëve në këtë profesion për të kontribuar në vendin e tyre dhe krijimi i matësve dhe proceseve që i vlerësojnë dhe i promovojnë ata sipas meritës. Rezulton se kjo kërkon një angazhim i cili nuk ka të bëjë me rritjen e numrit të mjekëve që kemi çdo vit sa ka të bëjë me këmbënguljen për të krijuar qëndrueshmëri dhe për të siguruar standardet e së ardhmes.

Mbetet për t'u parë realizueshmëria e rekomandimeve në këtë dokument nga një këndvështrim praktik, ku merren parasysh të gjitha kufizimet e politikëbërjes dhe vendimmarrjes për sektorin. Në vijim, nëse disa prej tyre do të merren në konsideratë nga institucionet përkatëse, do të kërkohej një shikim më i thellë brenda problemeve të veçanta, përpara se të ndërmerren veprime konkrete. Megjithatë, ne besojmë se diskutimi i zhvilluar në këtë dokument politikash, në trajtë të dhënash dhe rekoman-

dimesh është një hap më shumë drejt pasurimit me një vizion të ri të çështjes së stafit mjekësor në Shqipëri, qoftë në kuptimin e numrave, qoftë në kuptimin e cilësisë së shërbimit që ai ofron.

Në mbyllje, u drejtohem të gjithë institucioneve, vendimmarrësve, palëve politike dhe shoqërisë civile në një shkallë që e tejkalon sektorin e shëndetësisë, për të promovuar dhe mbështetur incentiva që, pak nga pak, bindin një mjek më shumë, çdo ditë, që të ofrojë një pjesë të aftësive të tij profesionale në të mirë të shëndetit të popullatës, pa bërë atë fajtor mbi zgjedhjet e tij individuale. Duhet, më së pari, të formojmë breza mjekësh që janë të motivuar emocionalisht e psikologjikisht për të dhënë maksimumin e potencialit të tyre në vendin e punës, që vetë ata më pas të bëhen forca lëvizëse e përmirësimit të shërbimit shëndetësor në dekadat në vazhdim.

Shtojca



Shtojca 1

Përgjigjet e mëposhtme janë disa prej përgjigjeve të dhëna në seksionin "Student", në pyetësonin online. Ato janë shtuar nga vetë studentët në pyetjet e hapura dhe nuk janë ndryshuar nga ne në asnjë rast.

Në rast se do t'ju ofrohej pas mbarimit të studimeve një kontratë dyvjeçare për të punuar në një qendër shëndetësore larg vendlindjes dhe vendbanimit tuaj të tanishëm, me pagë 200.000 ALL (të reja), sa e mundur është që ta pranoni?

Jep sqarime për zgjedhjen tënde, nëse i sheh të nevojshme.

"Nuk është pagë e mjaftueshme për të jetuar mirë, për të paguar qeranë e shtëpisë dhe për të mbuluar transportin e vizitat te familjarët në fundjavë. Nuk justifikon vështirësitë e ambientimit dhe problematikat e sigurisë."

"Duke njohur kushtet e shumicës së qendrave spitalore në Shqipëri, do të ishte një ofertë që nuk përmbush standardet apo synimet e mia e nuk do e pranoja atë pavarësisht pagës."

"Pas shumë vitesh shkollë pretendoj ta ngre jetën time në një vend me të gjitha shërbimet, infrastrukturën dhe lehësitë e mundshme, si dhe të kem mundësi për rritje profesionale përmes përbaljes me shumë raste të ndryshme që i ofrojnë vetëm spitalet e mëdha. Nuk dua të jem larg familjes."

"E konsideroj, gjithmonë në rast se infrastruktura në qendrën shëndetësore/spitalin përkatës është e mjaftueshme që unë të realizoj sic duhet punën time."

"Nëse unë motivohem për të punuar diku (krijohen kushtet, ka siguri, mjete pune dhe një pagë dinjitoze për një ndër edukimet më të vështira dhe të gjata të mundshme) shkoj me plot vullnet dhe dëshirë."

"Paga do ta justifikonte deri diku sakrificën për t'u larguar nga familja, kushtet jo të pershtatshme të punës etj. të paktën për dy vite."

"Rroga e lartë justifikon distancën fizike nga familja."

"Ky është punësim pas diplomimit i padetyruar. Normal që ngelet një opsion shumë i favorshëm sepse fiton eksperiencë."

"Duhet analizuar shumë faktorë të tjerë si ekonomikë dhe socialë. Duhet parë kushtet e punës që ofrohen, zhvillimi i zonës dhe mentaliteti i njerëzve, sepse ndikon në psikologjinë personale. E njëjta pagë mund të ofrohet në kushte më të mira jashtë vendi, kështu që shumica monetare nuk luan rol të madh në këtë rast."

"Për një mjek të përgjithshëm të sapodiplomuar paga e mësipërme më duket e kënaqshme, dhe justifikon largësinë nga vendbanimi aktual për 2 vite. Megjithatë, nëse kushtet e punës, infrastruktura mjekësore, në zonat rurale do të ishte më e mirë, si rrjedhojë edhe përfitimi im në eksperiencë profesionale do të ishte më i lartë e do të shtohej më shumë siguria ime në pranimin e kësaj kontrate."

"Ne e njohim Shqipërinë dhe nuk është faji i saj apo njerëzve aspak, por të jetoj për 2 vite në një fshat që nuk ka infrastrukturë rrugore, për më tepër që duhet të plotësoj kushtet bazike si: shtëpi me qera apo makinë, nuk justifikojnë as pagën."

Në rast se do t'ju bëhej e njëjta ofertë si më sipër, por me pagë 80.000 ALL dhe në një zonë më të urbanizuar, sa e mundur është që ta pranoni?

Jep sqarime për zgjedhjen tënde, nëse i sheh të nevojshme.

"Paga është e ulët."

"Rrogat duhet të jenë mbi 200.000 lekë për mjekun në zonë urbane dhe mbi 300.000 lekë për mjekun në zonë rurale, pa kontratë, me dëshirë, konkurrencë të lirë dhe me meritokraci! Mjekët i bëjnë vetë llogaritë."

"Nuk mjafton paga për nivelin e jetës në zona urbane."

"Është pagë e pamjaftueshme."

"Zonat e urbanizuara kanë kushte më të mira pune dhe kanë specialistë në fushën e mjekësisë, të cilët mund t'i mësojnë aftësi profesionale shumë të mira studentit të sapodiplomuar."

"Jam afër familjes sime, jam në një prej qyteteve që kanë më shumë kushte, ofrojnë më shumë shërbime dhe zhvillim profesional."

"Një zonë urbane nuk është domosdoshmerisht vendi i punës që unë synoj në fillimet e karrierës sime. Megjithatë një zonë e urbanizuar mund të përkthehet në infrastrukturë spitalore më të mirë. Paga për një mjek të sapodiplomuar, pa eksperiencë të mëparshme, nuk është e pakënaqshme, por nuk justifikon koston e sakrificave jetësore personale."

"Roli i mjekut duhet të ketë një vlerësim më të lartë. Shumë vite shkollë, punë dhe në fund barazohen me një rrogë që dikush i merr në call center pa asnjë diplomë. Nëse mjeku vlerësohet për atë cka është, shumë problemeve si mungesa e mjekëve apo korrupsioni do t'i jepej zgjidhje."

Shtojca 2

Përgjigjet e mëposhtme janë disa prej përgjigjeve të dhëna në seksionin “Mjek jashtë vendit”, në pyetësonin online. Ato janë shtuar nga të anketuarit dhe nuk janë ndryshuar nga ne në asnjë rast.

Arsyet pse je larguar nga Shqipëria (deri në tri arsye):

“Mungesa e meritokracisë, mungesa e infrastrukturës, mungesa e dinjitetit, drejtuesit medio-kër dhe të paaftë, mungesa e edukimit në vazhdim, nëpërkëmbja dhe shkëlja e dinjitetit të profesionit, mungesa e formimit, pamundësia e zhvillimit të punës në kushtet e duhura dhe etiketimi e degjenerimi i figurës së mjekut nga politika, administrata dhe pacientët. Shkatërimi i marrëdhënies mjek- pacient është gjithashtu një arsye. Mungesa e ndëshkueshmërisë dhe mungesa e përgjegjshmërisë në të gjitha hallkat për mirëfunksionimin e punës.”

“Mungesë vizioni dhe mundësish për të nxitur formimin e një qendre të mirëfilltë terciare akademike - mbushja e ‘spitaleve’ rajonale me mjekë të rinj specialistë të cilët nuk kanë asnjë stimul intelektual për për t’u zhvilluar profesionalisht, por bëhen pjesë e një sistemi të paralizuar, i cili ofron mjekësi të standardeve të 70 viteve më parë në Europë. Mungesë meritokracie në cdo qelizë të sistemit dhe pamundësi për t’u subspecializuar.”

“Cilësia e specializimit, sistemi i specializimeve përmes zgjedhjes midis kuotë e lirë pa pagesë – detyrim kontraktual (largim jashtë Tirane pas specializimit), hierarkia e theksuar në spitale, kushtet jo të mira të punës.”

“Paafhtësia që mbizotëron në sistemin shëndetësor në Shqipëri dhe mungesa e meritokracisë.”

“Kushtet e punës, pamundësia për avancim të shpejtë profesional, pagesa.”

“Sistemi shëndetësor në përgjithësi, struktura e realizimit të specializimeve dhe arsye ekonomike.”

“Vazhdimi i specializimit, paga e kushte pune më të mira.”

“Së pari për një specializim më cilësor. Së dyti për pagën dhe kushtet e punës më të mira.”

“Mungesa e barazisë, pasiguria ekonomike dhe mentaliteti i pacientëve.”

“Mentaliteti dhe perceptimet e vështira të popullit ballkanik (mendim personal).”

“Niveli i formimit profesional, kushtet e punës, pagesa.”

“E para arsye është mungesa e sigurisë në punë. E dyta është zhvillimi profesional dhe e treta paga.”

“Kushtet e punës, rritja profesionale, paga.”

“Pagesa, mosvlerësimi i figurës së mjekut.”

“Paga, mungesa e informacionit dhe e një sistemi të rregullt.”

“Për mundësi zhvillimi profesional të avancuara.”

“Arsye ekonomike, personale dhe familjare; si dhe niveli i jetesës.”

“Jetë më e mirë, karrierë më e mirë.”

Shtojca 3

Të dhënat mbi pagat e mjekëve në vendet e OECD.¹

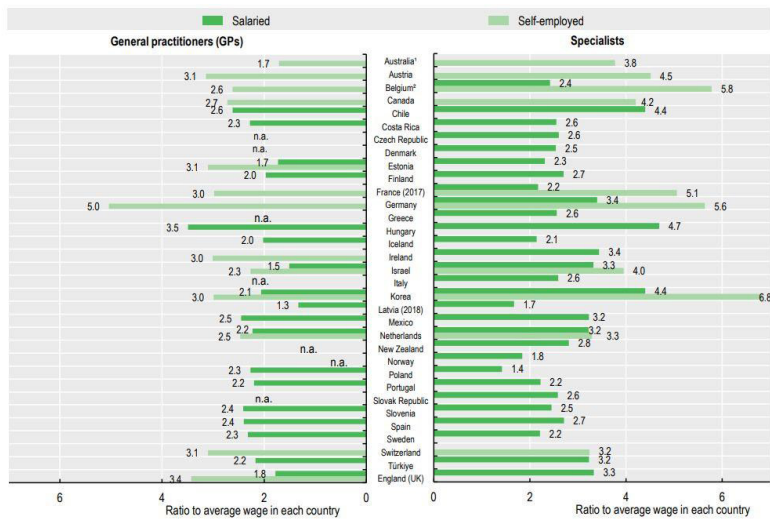
GPs: Mjekët e përgjithshëm

Specialists: Mjekët specialistë

Salaried: Me pagë

Self-employed: Të vetëpunësuar

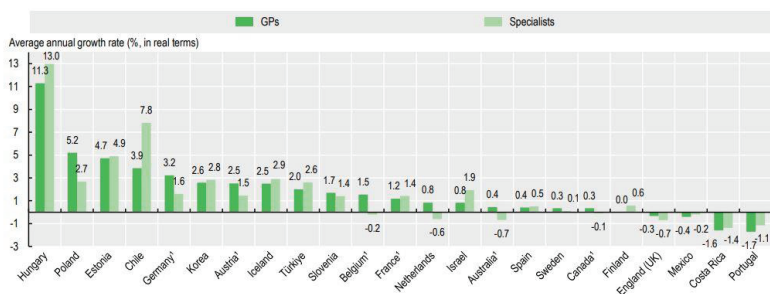
Grafik 1: Paga e mjekëve në raport me pagën mesatare në vitin 2021 (ose viti i fundit për të cilin ka të dhëna)



1. Includes physicians in training (resulting in an underestimation). 2. Includes practice expenses (resulting in an overestimation).
Source: OECD Health Statistics 2023 and OECD Employment Database 2023.

StatLink <https://stat.link/zyg5p2>

Grafik 2: Rritja e pagës së mjekëve të përgjithshëm dhe specialistëve në terma realë (duke marrë parasysh inflacionin) në vitet 2011-2021



1. Growth rate is for self-employed GPs and specialists.
Source: OECD Health Statistics 2023.

StatLink <https://stat.link/anp09i>

HEALTH AT A GLANCE 2023 © OECD 2023

¹ Remuneration of Doctors. OECD (2023) Health at a Glance 2023: OECD Indicators.[13] <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a4ced54e-en/index.html?itemId=/content/component/a4ced54e-en> Aksesuar për herë të fundit në 15.03.2023.

Bibliografia

1. *Medical doctors (per 10 000 population)*. Marrë nga WHO - The Global Health Observatory: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)) Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
2. *Generalist medical practitioners (number)*. Marrë nga Global Health Observatory (WHO): [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/generalist-medical-practitioners-\(number\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/generalist-medical-practitioners-(number)) Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
3. *Specialist medical practitioners (number)*. Marrë nga Global Health Observatory (WHO): [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/specialist-medical-practitioners-\(number\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/specialist-medical-practitioners-(number)) Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
4. Gedeshi, I., King, R., Ceka, A. (2023). *Emigration of Medical Doctors from Albania: A Segmented Brain Drain*. https://www.researchgate.net/publication/370845372_Emigration_of_Medical_Doctors_from_Albania_A_Segmented_Brain_Drain Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
5. *Human Flight - Brain Drain Index*. Marrë nga The Global Economy: https://www.theglobaleconomy.com/rankings/human_flight_brain_drain_index/ Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
6. *LIGJ Nr. 60/2023 PËR TRAJTIMIN E VEÇANTË TË STUDENTËVE QË NDJEKIN PROGRAMIN E INTEGRUAR TË STUDIMIT TË CIKLIT TË DYTË "MJEKËSI E PËRGJITHSHME" NË INSTITUCIONET PUBLIKE TË ARSIMIT TË LARTË*. (2023). Marrë nga Universiteti i Mjekësisë Tiranë: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2017/03/Ligj-nr.-60-P-C3%ABr-trajtimin-e-ve-C3%A7ant-C3%AB-t-C3%AB-student-C3%ABve-q-C3%AB-ndjekin-programin-Mjek-C3%ABsi-e-P-C3%ABrgjithshme-n-C3%AB-IPAL.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
7. Brennan, N., Langdon, N., Bryce, M., Burns, L., Humphries, N., Knapton, A., & Gale, T. (2023). Drivers and barriers of international migration of doctors to and from the United Kingdom: a scoping review. *Human resources for health*, 21(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00789-y> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
8. Gjypi, A. (2018). *Largimi i mjekëve nga Shqipëria*. Together for Life, Friedrich-Ebert-Stiftung Albania. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/albanien/14924.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
9. Ministria e Financave dhe Ekonomisë. (2023, Maj 19). *Miratohen projektligjet për reformën e pagave, Ibrahimaj: Paga mesatare do shkojë 900 euro në 2024*. Marrë nga: <https://financa.gov.al/miratohen-projektligjet-per-reformen-e-pagave-ibrahimaj-paga-mesatare-do-shkoje-900-brary.fes.de/pdf-files/bueros/albanien/14924.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
10. *Tarife specializimesh*. Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: <https://www.fakultetimjekesise.edu.al/administrimi/arkiva/374-tarife-specializimesh.html> Aksesuar për herë të fundit më 07.02.2024.
11. Yanatma, S. (2023). Doctors' wages: Which countries in Europe pay medics the highest and lowest salaries? Marrë nga Euronews.next: <https://www.euronews.com/next/2023/08/11/doctors-salaries-which-countries-pay-the-most-and-least-in-europe> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
12. Frellick, M. (2023). *European Doctors Paid Half as Much as US Counterparts*. Marrë nga medscape.com: <https://www.medscape.com/viewarticle/997263?form=fpf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
13. *Remuneration of Doctors (2023)*. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a4ced54e-en/index.html?itemId=/content/component/a4ced54e-en> Aksesuar për herë të fundit më 15.03.2024.

14. McEvoy, O. (2023). *Average annual wages in Germany 1991-2022*. Marrë nga Statista: <https://www.statista.com/statistics/416207/average-annual-wages-germany-y-on-y-in-euros/> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
15. Clark, D. (2023). *Median annual earnings for full-time employees in the United Kingdom in 2023, by region (in GBP)*. Marrë nga Statista: <https://www.statista.com/statistics/416139/full-time-annual-salary-in-the-uk-by-region/> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
16. INSTAT. (2023). *Statistikat e Pagave, Tremujori II / 2023*. Marrë nga Instituti i Statistikave: <https://www.instat.gov.al/media/12506/statistikat-e-pagave-t2-2023.pdf> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
17. INSTAT. (2023). *Anketa e Buxhetit të Njësite Ekonomike Familjare, 2022*. Marrë nga Instituti i Statistikave: https://www.instat.gov.al/media/12633/abf_2022.pdf Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
18. VENDIM Nr. 245, datë 20.4.2023 PËR DISA NDRYSHIME NË VENDIMIN NR. 555, DATË 11.8.2011, TË KËSHILLIT TË MINISTRAVE. Marrë nga aksesdrejtesi.al: <https://aksesdrejtesi.al/dokumentra/1682760833vendim-2023-04-20-245.pdf> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
19. *Sa do të paguajnë nga 1 janari profesionet e lira? (2023)*. Marrë nga Revista Monitor: <https://www.monitor.al/sa-do-te-paguajne-nga-1-janari-profesionet-e-lira/> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
20. Albanian Center for Economic Research. (2016). *LLOGARITJA E MINIMUMIT JETIK*. Marrë nga Avokati i Popullit: <https://www.avokatipopullit.gov.al/media/manager/website-reports/LLOGARITJA%20E%20MINIMUMIT%20JETIK%20N%C3%8B%20SHQIP%C3%8BRI.pdf> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
21. UNDP Albania. (2021). *RAPORT PËR STANDARDIN E MINIMUMIT JETIK*. Marrë nga undp.org: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-06/Minimumi%20jetik%20shtyp_13052022.pdf Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
22. Qirjako, G., Qosja, A., Draçini, X., Çomo, N., Hyska, J., Fico, A., Bukli, M., & Burazeri, G. (2023). Infection prevention and control in healthcare facilities in Albania. *South Eastern European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.56801/seejph.vi.225> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
23. *Tiranë/ Zjarr në urgjencën e re të QSUT-së, evakuohen pacientët! Urgjencat devijohen te Trauma dhe Sanatoriumi.*(2024) Marrë nga Shqiptarja.com: <https://shqiptarja.com/lajm/tirane-zjarr-gjate-oreve-te-para-te-mengjesit-ne-urgjencen-e-qsutse> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
24. *LIGJ Nr. 7895, datë 27.1.1995 KODI PENAL I REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË*. Marrë nga Qendra e Botimeve Zyrtare: <https://qbz.gov.al/preview/a2b117e6-69b2-4355-aa49-78967c31bf4d> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
25. Bono MJ, W. H. (2022). *Medical Malpractice*. Marrë nga StatPearls [Internet]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470573/> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
26. Bal B. S. (2009). *An introduction to medical malpractice in the United States*. Clinical orthopaedics and related research, 467(2), 339–347. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0636-2> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
27. Grober, E. D., & Bohnen, J. M. (2005). Defining medical error. *Canadian journal of surgery*. Journal canadien de chirurgie, 48(1), 39–44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211566/> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
28. *The Swiss Cheese model*. Marrë nga Patient Safety Network: <https://psnet.ahrq.gov/taxonomy/term/3460> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
29. Perneger T. V. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?. *BMC health services research*, 5, 71. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-71> Aktesuar për herë të fundit më 12.03.2024.

30. Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *Journal of patient safety*, 18(2), 119–123. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
31. Reason J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
32. Brahimaj, F. (2023). LIRIA DHE PËRGJEGJËSIA NË PROFESIONIN MJEKËSOR. BULETINI I URDHHRIT TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË Nr. 3, shtator - dhjetor 2023. Marrë nga UMSH: [https://www.urdhhrimjekeve.org.al/dokumenta/buletinet/Buletini%20Nr.3%20web%20\(1\).pdf](https://www.urdhhrimjekeve.org.al/dokumenta/buletinet/Buletini%20Nr.3%20web%20(1).pdf) Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
33. PAKETA BAZË E SHËRBIMEVE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR. Marrë nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale: https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/Paketa_e_rishikuar_e_miraturar.pdf Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
34. *Protokolle dhe Manuale*. Marrë nga FSDKSH: <https://fsdksh.gov.al/protokolle-dhe-manuale/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
35. *Raport vjetor 2022. (2023)*. Marrë nga FSDKSH: <https://fsdksh.gov.al/wp-content/uploads/2023/07/Raport-vjetor-Fondi-viti-2022-Miraturar-ne-KA.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
36. *PPP-të e shëndetësisë morën 1,2 mln euro për shërbime të pakryera në vitin 2022*. Marrë nga Revista Monitor: <https://www.monitor.al/ppp-te-e-shendetesise-moren-12-mln-euro-per-sherbime-te-pakryera-ne-vitin-2022/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
37. *Pak mjekë dhe pa protokoll: Beteja në hije e spitaleve rajonale me COVID-19. (2021)*. Marrë nga Reporter.al: <https://www.reporter.al/2021/03/16/pak-mjeke-dhe-pa-protokoll-beteja-ne-hije-e-spitaleve-rajonale-me-covid-19/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
38. *Raport monitorimi - Kapacitetet e spitaleve rajonale për të perballuar pandeminë. (2021)*. Marrë nga Together for Life: https://www.togetherforlife.org.al/wp-content/uploads/2021/10/Raport-monitorimi_Kapacitetet-e-spitaleve-rajonale-per-te-perballuar-pandemine-COVID-19.pdf Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
39. *Udherrefyes dhe protokolle të miraturar në vitin 2010*. Marrë nga Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore: https://qkcsaish.gov.al/images/UPK_2010.pdf Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
40. *Report TV -Neurokirurgjia në QSUT në 'pikë të hallit', pa staf, ilaçe e protokoll mjekësor!* Marrë nga Report TV/YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=H3zOKxiYLeU> Aksesuar për herë të fundit më
41. *Rekomandim për marrjen e masave për miratimin në një kohë sa më të shpejtë të protokolleve dhe procedurave të posaçme për menaxhimin e rasteve të pacientëve të paidentifikuar. (2023)*. Marrë nga Avokati i Popullit: <https://www.avokatipopullit.gov.al/media/manager/website/media/Rekomandim%20p%C3%ABr%20miratimin%20e%20protokolleve%20p%C3%ABr%20rastet%20e%20pacient%C3%ABve%20t%C3%AB%20paidentifikuar.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
42. Larsson, A., Oxman, A. D., Carling, C., & Herrin, J. (2003). Medical messages in the media--barriers and solutions to improving medical journalism. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 6(4), 323–331. <https://doi.org/10.1046/j.1369-7625.2003.00228.x> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
43. Mamak K. (2021). Do we need the criminalization of medical fake news?. *Medicine, health care, and philosophy*, 24(2), 235–245. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09996-7> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
44. *Caceres et al. (2022)*. The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic. *AIMS public health*, 9(2), 262–277. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2022018> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.

45. Milner, A., Witt, K., Spittal, M. J., Bismark, M., Graham, M., & LaMontagne, A. D. (2017). The relationship between working conditions and self-rated health among medical doctors: evidence from seven waves of the Medicine in Australia Balancing Employment and Life (Mabel) survey. *BMC health services research*, 17(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2554-z> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
46. Elovainio, M., Salo, P., Jokela, M., Heponiemi, T., Linna, A., Virtanen, M., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2013). Psychosocial factors and well-being among Finnish GPs and specialists: a 10-year follow-up. *Occupational and environmental medicine*, 70(4), 246–251. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-100996> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
47. *Rregullore e Specializimeve Afatgjata. (2022)*. Marrë nga UMT: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2017/04/Rregullore-SPA-miratuar-me-VSA-nr-8-date-04-02-22.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
48. *Rregullorja per Regjistrimin, Anetaresimin dhe Licensimin*. Marrë nga UMSH: <https://www.urdhrimjekeve.org.al/dokumenta/Rregullorja%20e%20Regjistrim%20Anetaresimit%20Licensimit%202019.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
49. Marrë nga Qendra e Shërbimeve Arsimore: <http://qsha.gov.al/dpsh/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
50. Marrë nga UMT: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2017/04/Ud-hezim-nr.1-date-16.02.2023-i-Rektorit-UMT-Procedurat-e-pranimit-dhe-regjistrimit-ne-programet-SPA-2022-2023.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
51. *Dokumentacioni i doktoraturave*. Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: <https://www.fakultetimjeke-sise.edu.al/studime-pasuniversitare/doktoratura/353-dokumentacioni-i-doktoraturave> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
52. *Legjislacioni*. Marrë nga Mjekë për Shqipërinë: <https://mjeke.shendetesia.gov.al/legjislacioni> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
53. *PËR DISA SHTESA DHE NDRYSHIME NË UDHËZIMIN NR. 499, DATË 02.07.2019*. Marrë nga Mjekë për Shqipërinë: <https://mjeke.shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2022/11/Adobe-Scan-Nov-14-2022.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
54. *Mjeke Bonus*. Marrë nga Mjekë për Shqipërinë: <https://mjeke.shendetesia.gov.al/mjeke-bonus> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
55. *Vendim i Këshillit të Ministrave nr. 23 datë 18.1.2023 "Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor, për vitin 2023"*. (2022). Marrë nga FSDKSH: <https://fsdksh.gov.al/wp-content/uploads/2022/05/VKM-nr.-43-dt-19.01.2022-Per-financimin-e-sherbimeve-shendetesore-spitalore-per-vitin-nga-2022.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
56. *Qeveria bonus 2.5 milionë lekë për mjekët që ofrojnë shërbim në spitalet rajonale*. Marrë nga ata.gov.al: <https://ata.gov.al/2020/01/22/qeveria-bonus-2-5-mili-one-lek-per-mjeket-qe-ofrojne-sherbim-ne-spitalet-rajonale/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
57. *Hapen aplikimet në e-Albania për punonjësit e administratës publike që përfitojnë kredi të lehtësuara për blerje banese*. Marrë nga Ministria e Financave dhe Ekonomisë: <https://financa.gov.al/hapen-aplikimet-ne-e-albania-per-punonjesit-e-administrates-publike-qe-perfitojne-kredi-te-lehtesuara-per-blerje-banese/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
58. *Risite e projektligjit "Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë"*, TFL pjesë e konsultimeve. (2022). Marrë nga togetherforlife.org.al: <https://www.togetherforlife.org.al/risite-e-projektlig-jit-per-sherbimin-spitalor-ne-republiken-e-shqiperise-tfl-pjese-e-konsultimeve/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
59. *Ligji i ri për shërbimin spitalor/ Manastirliu zbulon risinë*. (2022). Marrë nga cna.al: <https://www.cna.al/aktualitet/ligji-i-ri-per-sherbimin-spitalor-manastirliu-zbulon-risine-i315226> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.

60. Rama: Nuk financojmë studentët e mjekësisë që sa marrin diplomën të ikin në Gjermani. (2023). Marrë nga euronews.al: <https://euronews.al/rama-nuk-financojme-studentet-e-mjekesise-qe-sa-marrin-diplomen-te-ikin-ne-gjermani/>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
61. Ministret Kushi dhe Manastirliu takim me studentët e mjekësisë: Propozohet një draft për të garantuar plotësimin me mjekë në vitet e ardhshme. (2023) Marrë nga arsimi.gov.al: <https://arsimi.gov.al/ministret-kushi-dhe-manastirliu-takim-me-studentet-e-mjekesise-propozohet-nje-draft-per-te-garantuar-plotesimin-me-mjeke-ne-vitet-e-ardhshme/>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
62. Top Channel/ Studentet e Mjekësisë në protestë, kundërshtojnë projektin për punësim pas diplomimit. (2023). Marrë nga Top Channel: <https://top-channel.tv/video/top-channel-studentet-e-mjekesise-ne-proteste-kundershtojne-projektin-per-punesim-pas-diplomimit/>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
63. Qeveria merr vendim, studentët e mjekësisë duhet të punojnë 5 vjet në Shqipëri që të marrin diplomën, Rama: Populli s'pagueu taksa që mjekët të ikin që ditën e parë. (2023). Marrë nga BalkanWeb: <https://www.balkanweb.com/qeveria-merr-vendim-studentet-e-mjekesise-duhet-te-punojne-5-vjet-ne-shqiperi-qe-te-marrin-diplomen-rama-populli-spagueu-taksa-qe-mjeket-te-ikin-qe-diten-e-pare/#gsc.tab=0>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
64. Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://www.parlament.al/dokumentacioni/aktet/38f60467-9bdc-401c-a6d1-7246552603aa>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
65. RAPORTI I VLERËSIMIT TË NDIKIMIT. (2023). Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202307051716502150MAS%20RIA%20Studentet%20e%20Mjekesise%2005072023.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
66. RELACION. (2023). Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202307051716501840RELACION%20-%20STUDENTET%20E%20MJEKESISE.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
67. KOMISIONI PËR PUNËN, ÇËSHTJET SOCIALE DHE SHËNDETËSINË - Dokument parlamentar. (2023). Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202307181136348079Komision%20e%20CC%88%20dhe%20CC%88nie%20mendimi%20KPCSSH%20-%20Raporti%20i%20PL%20per%20studentet%20e%20mjeksise.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
68. Komisioni për Çështjet Ligjore, Administratën Publike dhe të Drejtat e Njeriut - Dokument parlamentar. (2023). Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202307191017227169K.LIGJ-%20raport%20%20projekligji%20i%20studenteve%20e%20mjeksise.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
69. Komisioni për Edukimin dhe Mjetet e Informimit Publik - Procesverbal. (2023). Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202310031058115710Komisioni%20i%20Medies%2017.07.2023.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
70. Komisioni për Edukimin dhe Mjetet e Informimit Publik - Procesverbal. (2023). Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202310031058505179Komisioni%20i%20Medias%2018.%20007.%202023.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
71. Votim ne parim projektligji. Marrë nga Kuvendi i Shqipërisë: <https://kuvendiwebfiles.blob.core.windows.net/webfiles/202308302035573633Flet%C3%AB%20votimi.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
72. FLETORJA ZYRTARE E REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË. Marrë nga Qendra e Botimeve Zyrtare: <https://qbz.gov.al/eli/fz/2023/123/67236048-d85e-4ff5-803f-edc6a1c309af>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.

- më 12.03.2024.
73. *VENDIM Nr. 527, datë 7.9.2023.* Marrë nga Qendra e Botimeve Zyrtare: <https://qbz.gov.al/eli/vendim/2023/09/07/527/c46aa462-8fd1-438b-bc29-f65c1fd41ce5> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 74. *Percjellje e vendimit te Senatit Akademik dhe Bordit te Administrimit.* Marrë nga shqiptarja.com: <https://shqiptarja.com/uploads/ckeditor/65255c1408f93Vendim%20i%20Bordit%20Adminsitrativ%20te%20UMT.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 75. *5 vite punë në vend pas diplomimit, studentët e Mjekësisë dorëzojnë padi në Kushtetuese.* Marrë nga ata.gov.al: <https://ata.gov.al/2023/10/19/5-vite-pune-ne-vend-pas-diplo-mimit-studentet-e-mjekesise-dorezojne-padi-ne-kushtetuese/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 76. *NJOFTIM - Mbledhja e Gjyqtarëve të Gjykatës Kushtetuese.* Marrë nga Gjykata Kushtetuese: https://www.gjk.gov.al/web/NJOFTIM_2829_1.php Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 77. *Njoftim vendimmarrje.* Marrë nga Gjykata Kushtetuese: https://www.gjk.gov.al/web/Njoftim_vendimmarrje_3022_1-94.php Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 78. *Draft - Pakti per Universitetin. (2019).* Marrë nga Kryeministria: <https://www.kryeministria.al/wp-content/uploads/2019/01/PAKTI-P%C3%8BR-UNIVERSITETIN.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 79. *Renditja e fituesve ne raundin I, dega Mjekesi e Pergjithshme: 2018-2019.* Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: <https://www.fakultetimjekesise.edu.al/images/Piket%20Mjekesi%20e%20Prgjithshme.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 80. *Renditja e fituesve ne raundin I, dega Mjekesi e Pergjithshme: 2019-2020.* Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2019/08/Mjekesi-e-pergjithshme.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 81. *Renditja e fituesve ne raundin e pare, dega Mjekesi e Pergjithshme: 2020-2021.* Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2020/08/Mjekesi-e-pergjithshme.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 82. *Renditja e fituesve ne raundin I, dega Mjekesi e Pergjithshme: 2021-2022.* Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: <https://www.fakultetimjekesise.edu.al/images/Mjekesi-e-Pergjithshme-raundi-1-2021-2022.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 83. *Renditja e fituesve ne raundin I, dega Mjekesi e Pergjithshme: 2022-2023.* Marrë nga Fakulteti i Mjekësisë Tiranë: http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2022/08/Mjek%C3%ABsi-e-P%C3%ABrgjithshme_Raundi1_22-23.pdf Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 84. *Shpallen fituesit për degën e Mjekësisë, mesatarja e notave për fituesit 9.9! 800 aplikantë për testin e informatizuar nuk u futën në provim. (2023).* Marrë nga shqiptarja.com: <https://shqiptarja.com/lajm/shpallen-fituesit-per-de-gen-e-mjekesise-mesatarja-e-notave-per-fituesit-99-800-aplikante-per-testin-e-informatizuar-nuk-u-futen-ne-provim> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 85. *Renditja e aplikanteve në programin e studimit "Mjekësi e Përgjithshme", 2023-2024.* Marrë nga UMT: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2023/08/Mjekesi-e-pergjithshme-Raundi-1-23-24.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 86. Nielsen, M., D'Agostino, D., & Gregory, P. (2017). Addressing Rural Health Challenges Head On. *Missouri medicine*, 114(5), 363–366. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140198/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.

87. *Rural Practice, Keeping Physicians In (Position Paper)*. Marrë nga AAFP: <https://www.aafp.org/about/policies/all/rural-practice-keeping-physicians.html>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
88. Martin, J. et al & Future of Family Medicine Project Leadership Committee (2004). The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of family medicine*, 2 Suppl 1 (Suppl 1), S3–S32. <https://doi.org/10.1370/afm.130> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
89. *Trupa mjekësore e vjetruar dhe në prag pensioni, rrezikohet zëvendësimi nga emigrimi i të rinjve. (2023)*. Marrë nga Revista Monitor: <https://www.monitor.al/trupa-mjekesore-e-vjetruar-dhe-ne-prag-pension-i-rrezikohet-zevendesimi-nga-emigrimi-i-te-rinjve/> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
90. National Rural Health Association Policy Brief 2012. *Health Care Workforce Distribution and Shortage Issues in Rural America*. <https://www.ruralhealthweb.org/getattachment/Advocate/Policy-Documents/HealthCareWorkforceDistributionandShortageJanuary2012.pdf.aspx?lang=en-US> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
91. Mohammadiaghdam, N., Doshmangir, L., Babaie, J., Khabiri, R., & Ponnet, K. (2020). Determining factors in the retention of physicians in rural and underdeveloped areas: a systematic review. *BMC family practice*, 21(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01279-7> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
92. Kumar, S., & Clancy, B. (2021). Retention of physicians and surgeons in rural areas-what works?. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(4), e689–e700. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
93. Guidelines for Return of Service (ROS). Marrë nga CaRMS: <https://www.carms.ca/pdfs/OntarioROS.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
94. Canadian Federation of Medical Students. (2019). *Concerns about Return of Service Contracts from Medical Learners - Position Paper*. Marrë nga: [https://www.cfms.org/files/meetings/sgm-2019/resolutions/11.%20CFMS%20Template%20Position%20Paper_Briefv1%20\[Revised\].pdf](https://www.cfms.org/files/meetings/sgm-2019/resolutions/11.%20CFMS%20Template%20Position%20Paper_Briefv1%20[Revised].pdf) Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
95. Findings of 2023 Eurobarometer Released. (2023). Marrë nga Anti-Corruption Portal: https://anticor.hse.ru/en/main/news_page/findings_of_2023_eurobarometer_released Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
96. Mavisakalyan, Astghik & Otrachshenko, Vladimir & Popova, Olga, (2021). Can bribery buy health? Evidence from post-communist countries. *Journal of Comparative Economics, Elsevier*, vol. 49(4), pages 991-1007. <https://ideas.repec.org/a/eee/jcecon/v49y2021i4p991-1007.html> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
97. Deniz Devrim, OSCE. (2021). *The gendered impact of corruption in the Albanian health care and tertiary education sectors*. OSCE Presence in Albania. <https://www.osce.org/files/f/documents/5/4/513448.pdf> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
98. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). (2024). Marrë nga WHO - Global Health Observatory: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)) Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
99. Nguyen, H. A., Ahmed, S., & Turner, H. C. (2023). Overview of the main methods used for estimating catastrophic health expenditure. *Cost effectiveness and resource allocation: C/E*, 21(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00457-5> Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
100. Tomini F, Tomini S. (2020). *A mund t'i përballojnë shqiptarët pagesat për kujdesin shëndetësor? Dëshmi të reja për mbrojtjen financiare në Shqipëri. Përmbledhje. Kopenhagë: Zyra Rajonale e OBSH-së për Europën.*

- Marrë nga: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336392/WHO-EU-RO-2020-1357-41107-55853-alb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
101. *Urdhër nr. 529, datë 03.12.2014 Për Miratimin e Kontratës për Ndjekjen e Studimeve të Specializimit Afatgjatë pranë Universitetit të Mjekësisë.* Marrë nga arsimi.gov.al: <https://arsimi.gov.al/wp-content/uploads/2018/07/urdher-529-2014.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 12.03.2024.
 102. Vendim nr. 1 datë 25.01.2024. Marrë nga Gjykata Kushtetuese: https://www.gjk.gov.al/include_php/pre-viewdoc.php?id_kerkesa_vendimi=3993&nr_vendim=1. Aksesuar për herë të fundit më 15.03.2024.
 103. "Mos na denigroni figurën"/ Mjekët e familjes i ankohen Ramës për ndryshimin e shumës së rritjes së pagës. Marrë nga Politiko.al: <https://politiko.al/e-tjera/situata-ne-shendetesi-mjeket-e-familjes-i-ankohen-rames-per-ndryshimin-e-i481673>. Aksesuar për herë të fundit më 15.03.2024.
 104. Vendim Qarkullues i Senatit Akademik nr. 35 datë 25.03.2024. Marrë nga UMT: <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2017/04/Vendim-Qarkullues-nr.35-date-25.03.2024-Per-miratimin-e-shperndarjes-se-kuotave-te-pranimit-dhe-tarifave-SPA-2023-2024-i-Senatit-Akademik.pdf>. Aksesuar për herë të fundit më 17.04.2024.