

ZBATIMI I TË DREJTAVE NË PUNË NË SISTEMIN SHËNDETËSOR

Qendra për të Drejtat në Punë, CLR

Ky raport studimor nuk mund të shumëfishohet apo përkthehet pa miratimin me shkrim të Autorit

Autor: © Qendra për të Drejtat në Punë

Qendra për të Drejtat në Punë
Rr. “Frederik Shiroka” 1001,
Pallati “Alba” sh.4, a.7,
Tirana, Albania
E-mail: info@clr.al
Web: www.clr.al

Ky raport studimor është përgatitur në kuadër të Projektit “Promovimi i të Drejtave të Punës dhe Fuqizimi i Lëvizjes së Punës në Shqipëri”, të mbështetur nga Olof Palme International Center dhe të zbatuar nga Qendra për të Drejtat në Punë.

Eksperte Studimore:

Iris Hoxha

Përmbajtja e kësaj analize është përgjegjësi e autorëve dhe nuk reflekton qëndrimin e Olof Palme International Center

Parathënie

Ky raport studimor është përgatitur për qëllime të projektit “Promovimi i të Drejtave të Punës dhe Fuqizimi i Lëvizjes së Punës në Shqipëri” zbatuar nga Qendra për të Drejtat në Punë me mbështetjen e Olof Palme International Center dhe financim nga Qeveria Suedeze. Teksti i studimit bazohet mbi vlerësime dhe supozime të referuara në informacione zyrtare dhe publikime të lidhura me objektin e studimit duke pasqyruar një pozicion, i cili prezanton frymën dhe qasjen interseksionale pa synuar të përshtasë informacione të burimeve referuese.

Pjesë të raportit studimor janë përgatitur nga kontribute të nxjerra nga analiza të sektorëve dhe që janë përshkruar me detaje në këtë tekst. Në kryerjen e këtij studimi kanë shërbyer anketimet e kryera me personelin e sektorit shëndetësor, të cilat janë pjesa më e gjallë dhe plotësuese e analizës sëstudimit, por edhe konkluzioneve të nxjerra prej tij.

Studimi iu nënshtrua një procesi konsultimi me përfaqësues nga profesionistë të sektorit shëndetësor, kompani që tregtojnë pajisje dhe medikamente për shëndetin, punëdhënës të sektorit publik dhe privat të këtij sektori, si dhe organizata të punëdhënësve dhe institucioneve qendrore.

Në respektim të përmbajtjes së raportit studimor, nuk ka asnjë pjesë që të dalë në kundërshtim me politikat dhe qëllimin mbi të cilën është organizuar apo të flasë në emër të palëve të interesit të përmendura në raport. Të dhënat e përfshira dhe që janë pjesë e studimit nuk përmbajnë huazime apo tekste që përkojnë me botime të tjera, duke ofruar gjetje autentike.

Përmbajtja e dokumentacionit të raportit studimor është e verifikuar me kujdes, e analizuar për gabime të natyrave të ndryshme apo për ndonjë gabim të çdo lloji. As Qendra për të Drejtat në Punë dhe as autorja, nuk mban përgjegjësi nëse teksti kuptohet sikur është duke folur në emër të palëve të tjera, të funksioneve apo detyrave që mbulohen dhe janë fushë përgjegjësie e institucioneve shtetërore duke mbajtur përgjegjësi vetëm për çfarë është pjesë e analizës dhe gjetjeve të konkluduara nga vetë autorët.

Kjo parathënie në formën e statusit duhet të vlejë për çdo pjesë të këtij studimi, i cili konceptohet si një dokument integral dhe duhet lexuar si i tillë.

Përmbajtja

I. Përmbledhje.....	4
II. Hyrje.....	6
III. Metodika e studimit mbi zbatimin e të drejtave në punë në sistemin shëndetësor.....	10
IV. Punëdhënësit në Sistemin Shëndetësor – Aktorët e sistemit.....	12
V. Punëmarrësit dhe klasifikimi i personelit të sistemit shëndetësor – grupi i shenjestruar.....	16
VI. Analizë makro - Vlerësimi i elementeve të punës së denjë në nivel makro.....	19
VI.1. Mundësi punësimi.....	19
VI.2. Të ardhura të kënaqshme.....	21
VI.3. Kohë pune të përshtatshme:.....	24
VI.4. Kombinimi i punës, kohës në familje dhe jetës private.....	25
VI.5. Punë që duhen të eliminohen.....	26
VI.6. Stabilitet dhe siguri në punë.....	26
VI.7. Mundësi dhe trajtim i barabartë në punësim.....	27
VI.8. Ambjent pune i sigurtë.....	29
VI.9. Siguri sociale.....	33
VI.10. Dialog social, me përfaqësim të punonjësve.....	34
VI.11. Konventa specifike të ILO për personelin shëndetësor.....	37
VII. Anketim - Marrëdhëniet e punës me profesionistët e shëndetësisë.....	37
VII.1. Çështjet e trajtuara.....	37
VII.2. Kampioni.....	38
VII.3. Rezultate të anketimit.....	39
VIII.4. Impakti i COVID-19 mbi punonjësit e shëndetësisë.....	56
IX. Intervista me institucionet dhe ekspertë.....	65
X. Diskutim - Rezultatet e analizës makro për treguesit e punës së denjë dhe anketimit të profesionistëve të shëndetësisë.....	68
XI. Përfundime dhe rekomandime.....	72
XII. Referenca.....	75

I. Përmbledhje

Politikat dhe zhvillimi i sektorëve kyç të jetës së vendit, ku përfshihet me të drejtë edhe sektori publik e privat i shëndetësisë, shoqërohet në këto vite të fundit nga sfida të shumta që vijnë kryesisht prej politikës së brendshme, por edhe për shkaqe të hapjes gjithnjë e më shumë të vendit ndaj tregjeve të punës në vendet e rajonit dhe kryesisht të BE-osë. Kjo klimë që rrethon sektorin e shoqëruar me ndryshimin e raporteve sociale kanë krijuar një situatë ku personeli shëndetësor po shfaq një tendencë shqetësuese për lëvizje, e sidomos kjo ndodh me atë pjesë të grup – profesioneve/specialitete për të cilat ka mungesë në tregun e punës në vendet e pritjes dhe jep një vlerë më të madhe të shtuar në cilësinë e shërbimit shëndetësor deri tek pacienti. Pra rreziku që shfaqet është qënjë pjesë e madhe e popullsisë të vendeve më pak të zhvilluara të mos ketë mundësi të përfitojë nga shërbimet e profesionistëve të shëndetësisë në të njëjtën masë sa popullsia në vendet më të zhvilluara.

Në këtë kontekst, garantimi i marrëdhënieve cilësore të punës midis punëdhënësve dhe punëmarrësve, si dhe garantimi i një pune të denjë, pra të asaj që quhet “*decent employment*” përbën një faktor kryesor për garantimin në vazhdimësi të një force pune të aftë për të dhënë shërbimet e nevojshme shëndetësore për popullsinë e vendit. Për këtë arsye ky studim ka synuar dhe trajtuar (i) vlerësimin e kushteve të punës në nivel makro, si dhe (ii) një vlerësim në terren me anën e një pyetësi ku janë marre informacione cilësore dhe sasiore, me qëllim trekëndëzimin e informacionit dhe dhënien e përfundimeve më koherente me realitetin.

Për arritjen e një qasje ndryshe për vijimësinë dhe sigurinë e aktorëve të tregut të punës në shëndetësi nevojitet që të fillohet me krijimin e bazave të të dhënave të sakta për sa i përket personelit shëndetësor, adoptimit dhe plotësimit të kuadrit ligjor sektorial dhe atë të punës duke patur parasysh veçanërisht trajtimin *de facto* të parimeve për punë të denjë.

Nga ana tjetër nevojitet që forcimi dhe fuqizimi i sindikatave të sektorit të ketë një qasje sa më pranë nevojave për kushte më të mira pune dhe paga më të larta në varësi të rolit dhe ndikimit në sektor, por edhe një ndihmë direkte nga institucionet publike të sektorit lidhur kualifikimet dhe perspektivën e rritjes profesionale dhe administrative, duke mundësuar si plotësimin e boshllëkut që po krijohet me emigrimin e personelit shëndetësor drejt vendeve të tjera, por edhe për të plotësuar vendet që ata po lënë bosh në shërbimin shëndetësor në vend.

SHKURTESA DHE SQARIME

ALL	ALBANIAN LEK
BE	BASHKIMI EVROPIAN
DECENT WORK	PUNË E DENJË
EIGE	INSTITUTI EVROPIAN PËR BARAZI GJINORE
FSKDSH	FONDI KOMBËTAR PËR SIGURIMIN E DETYRUESHËM SHËNDETËSOR
ILO	ORGANIZATA NDËRKOMBËTARE E PUNËS
INSTAT	INSTITUTI I STATISTIKAVE
ISCO	STANDARTI NDËRKOMBËTAR I KLASIFIKIMIT TË PROFESIONEVE
ISSH	INSTITUTI I SIGURIMEVE SHOQËRORE
OBSSH	ORGANIZATA BOTËRORE E SHËNDETËSISË
SKPA	STRATEGJIA KOMBËTARE PËR PUNËSIM DHE AFTËSIM
SUOGJ	SPITALI UNIVERSITAR OBSTETRIKO-GJINEKOLOGJIK
VKM	VENDIM I KËSHILLIT TË MINISTRAVE
QSUNT	QENDRA SPITALORE UNIVERSITARE NËNË TEREZA
WHO	ORGANIZATA BOTËRORE E SHËNDETËSISË

II. Hyrje

Marrëdhëniet e punës të personelit të sistemit shëndetësor po marrin gjithnjë e më shumë vëmendje nga organizata ndërkombëtare si Organizata Nderkombëtare e Punës^{1,2,3}, Organizata Botërore e Shëndetit⁴, Komisioni Evropian^{5,6} dhe shumë institucione të tjera kërkimore^{7,8,9}.

Disa nga arsyet pse kjo temë trajtohet gjërësisht, lidhet me faktin se numri i personelit të përfshirë në sistemet shëndetësore dhe sektorin në përgjithësi arrin në (i) 10% të forcës së punës në shumë vende¹⁰ duke i bërë faktor relevant në një debat të lidhur me dialogun tripalësh social, ndërmjet kategorive të tjera profesionale, apo grup-profesioneve të tjera, si dhe një mbajtës interesi me peshë ekonomike, si pjesë e një sektori që thith një përqindje të konsiderueshme të produktit të brendshëm¹¹. (ii) Personeli i sistemeve shëndetësore, sidomos ato që quhen profesionistë të shëndetësisë, sipas përkufizimit të OBSH¹², shfaqin tendencën e emigrimit dhe ndryshimit të vendit të punës¹³, e kjo nuk ndodh vetëm në vendet e pazhvilluara, por edhe me vende që janë destinacion emigrimi, si për shembull Gjermania¹⁴. (iii) Përtej emigracionit, një planifikim jo i mirë, si rrjedhojë e plakjes së popullsisë, rritjes së sëmundjeve kronike dhe sidomos atyre kufizuese të autonomisë së pacientit, e ndofta dhe për vetë zhvillimin e paparashikuar të teknologjive shëndetësore, ka sjellë mungesë të theksuar të mjekëve në përgjithësi, si dhe në specialitete të ndryshme, por dhe të personelit shëndetësor me rol ndihmës si infermierët. (iv) Kushtet e punës, pritshmëritë e

¹The future of work in the health sector, ILO 2019 - një dokument në përpunim i ILO-s që hulumton skenaret e mundshme të zhvillimit të marrëdhënieve të punës dhe kushteve për forcën e punës në shëndetësi, qëllimi është garantimi i një pune të denjë dhe të sigurtë, ashtu si dhe forcim i një sistemi shëndetësor përfshirës.

² Improving employment and working conditions in health services, International Labor Office, Geneva 2017

³ Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care, ILO 2018

⁴ Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, World Health Organisation – Ku një pjesë e rëndësishme zë trajtimi i promovimit të punës së denjë dhe sigurisë në punë.

⁵ Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe, EC, 2015, një politikë për të siguruar që rekrutimi dhe mbajtja e forcës së punës në shëndetësi të jetë e qëndrueshme.

⁶ SEPEN - Support for the health workforce planning and forecasting expert network (2017 – 2018), instrument që ndihmon shtetet anëtare për të planifikuar dhe garantuar një forcë pune të qëndrueshme.

⁷ Labour market change and the international mobility of health workers, The health foundation 2019

⁸ The Health Care Workforce in Europe Learning from experience, European Observatory on health Systems and Policies, 2006 – studim krahasues mbi sfidat e garantimit të një force pune të përshtatshme në vendet e BE.

⁹ Employment in health and long-term care sector in European countries, Neujobs, 2013

¹⁰ Në 27 vendet e Bashkimit Evropian numri i personave të punësuar në shëndetësi dhe shërbime sociale arrin në 23 Milionë, 10.3% e të gjithë të punësuarve, marrë nga raporti “Employment in health and long-term care sector in European countries, 2013”, NeuJobs, burimi Eurostat, llogaritje nga DIW Berlin.

¹¹ Idem referencë 11 më lart.

¹² Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification

¹³ Për këtë arsye në 2004 WHO ka miratuar rezolutën WHA57.19 International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries

¹⁴ T. Kopetsch. The migration of doctors to and from Germany. Journal of Public Health, Springer Verlag, 2008, 17 (1), pp.33-39. fff10.1007/s10389-008-0208-7ff. fffal-00478179f

punëdhënësve, pacientëve dhe publikut në përgjithësi, oraret e turneve, si dhe vetë natyra e punës sjell në një pjesë të mirë të profesionistëve të shëndetësisë një ngarkesë psiko – fizike, duke rritur riskun për shfaqje të çrregullimeve mendore, deri dhe në pamundësi për të kryer detyrat. (v) Presioni ndaj ofruesve të shërbimeve shëndetësore për uljen e kostove janë përkthyer në hapësira gjithnjë e më të vogla për benefite për punonjësit, por edhe për investime që mund të përmirësonin kushtet e punës, apo dhe shpenzime të tjera që ndikojnë në vetëpërbushjen e profesionistit, apo dhe përgatitjen profesionale të tyre, si për shembull mund të jetë dhe rrudhja e kuotave të specializimeve apo studentëve në përgjithësi në spitalet universitare.

Të gjitha sfidat e lartpërmendura kanë krijuar një situatë ku personeli shëndetësor po shfaq një tendencë shqetësuese për lëvizje, kryesisht sipas drejtimit Jug – Veri dhe Lindje - Perëndim, e sidomos kjo ndodh me atë pjesë të grup – profesioneve/specialitete për të cilat ka mungesë në tregun e punës në vendet e pritjes, e në shumë raste jep edhe një vlerë më të madhe të shtuar në cilësinë e shërbimit shëndetësor deri tek pacienti. Pra rreziku që shfaqet është një pjesë e madhe e popullsisë së vendeve më pak të zhvilluara të mos ketë mundësi të përfitojë nga shërbimet e profesionistëve shëndetësor në të njëjtën masë sa popullsia në vendet më të zhvilluara. Rreziku ka gjasa të materializohet në shkallë të gjërë duke u motivuar nga politika favorizuese të imigracionit nga vendet pritëse, që në shumë raste ofrojnë kanale preferenciale për profesionet shëndetësore. Kjo dukuri jo vetëm që(i) rrit hendekun e cilësisë së jetës midis vendeve të zhvilluara dhe atyre më pak të zhvilluara, por (ii) mund të nxisë procese më të gjëra shpopullimi dhe emigrimi¹⁵.

Për këtë arsye Organizata Botërore e Shëndetësisë ka shtyrë vendet anëtare për adoptimin e Kodit Global të Etikës në Rekrutimin Ndërkombëtar të Personelit Shëndetësor¹⁶. Kodi zbatohet mbi baza vullnetare nga shtetet anëtare dhe përfaqëson një strukturë bazë parimesh të njohura ndërkombëtarisht që kanë për qëllim rregullimin e migrimit të personelit shëndetësor. Kjo shërben për të ulur efektet anësore negative mbi sistemet shëndetësore dhe garantuar shëndet për të gjithë, kryesisht në vendet në zhvillim, gjë e cila rrezikohet gjithnjë e më shumë nga mungesa e personelit shëndetësor. Kodi përcakton detyrime si për vendet pritëse, si për vendet e origjinës, si dhe për rekrutuesit, duke mbështetur krijimin e marrëveshjeve dypalëshe dhe shumëpalëshe të bashkëpunimit¹⁷. Kodi gjithashtu kërkon të garantojë marrëdhëniet e punës së personelit shëndetësor që emigron, të cilët mund të gjenden përpara praktikave abuzuese të rekrutimit.

¹⁵ Global Migration: Causes and Consequences, Benjamin Helms and David Leblang, online publication Feb. 2019. Autorët lidhin emigrimin me mungesën e shërbimeve, e ku ndërmjet të tjerave radhitet edhe shëndetësia.

¹⁶ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16, May 2010 – Shqipëria hyn në vendet që kanë përcaktuar autoritetin kombëtar përgjegjës për raportimin, si dhe kanë dorëzuar raportin e parë me të dhënat e nevojshme për monitorim.

¹⁷ Si për shembull projekti Triple Win i zbatuar nga GIZ edhe në Shqipëri, që stimulon emigrimin e kontrolluar të infermierëve, integrimin e tyre në Gjermani, ose kthimin pas me kompetenca të reja.

Efektet negative të emigrimit të personelit shëndetësor bëhen edhe më evidente në vende si Shqipëria, që është ende vend në zhvillim dhe me të ardhura të mesme (*upper middle income country*), me një popullsi dhe një treg vogël, si dhe me një territor me karakteristika të larmishme gjeografike dhe një shpërndarje të popullsisë rurale/urbane të balancuar. Kjo në vetvete krijon probleme për të ofruar kushte të përshtatshme pune për profesionistët e shëndetësisë.

Gjithashtu, këtu duhet shtuar edhe fakti se Shqipëria (dhe Ballkani Perëndimor në përgjithësi) ndodhen gjeografikisht në brendësi të Bashkimit Evropian, si dhe është e përhapur njohja e një apo më shumë gjuhëve të Bashkimit Evropian ndërmjet popullsisë, e sidomos ndërmjet atyre me arsim të lartë. E gjithë kjo situatë krijon kushtet e nevojshme për emigrimin e profesionistëve të shëndetësisë, në veçanti. Një dukuri që tani po trajtohet më shumë në formë episodike nga media dhe shoqëria civile dhe për të cilën duhen studime më të thelluara. Gjithsesi kjo dukuri ka ndodhur dhe po ndodh me vendet e Ballkanit Perëndimor dhe gjithë Evropën Lindore¹⁸.

Duke parë dhe perspektivën e integritit të vendit tonë, mund të thuhet se fenomeni ka rrezikun të bëhet gjithnjë e më i shprehur. Kështu tani kemi të bëjmë me emigrim të personelit shëndetësor dhe ka pengesa objektive në lëvizjen e profesionistëve në vende të Bashkimit Evropian, duke filluar nga njohja e titujve, tek procedurat për rregullimin e profesioneve, e deri tek kuotat e punës për personat jo-qytetarë të Bashkimit Evropian. Në një të ardhme jo shumë të largët, personeli shëndetësor i vendit tonë do të jetë subjekt i Direktivës Evropiane mbi njohjen e kualifikimeve¹⁹ dhe akte të tjera për lëvizjen e lirë të punëtorëve²⁰. Siç ka evidentuar dhe një studim i Observatorit Evropian mbi Sistemet Shëndetësore²¹, “lëvizja e personelit shëndetësor brenda Bashkimit Evropian nuk është migrim, por lëvizshmëri²²”.

Në gjithë këtë panoramë, garantimi i marrëdhënieve cilësore të punës midis punëdhënësve dhe punëmarrësve, si dhe garantimi i një pune të denjë, pra të asaj që quhet “*decent employment*” përbën një faktor kryesor për garantimin në vazhdimësi të një force pune të aftë për të dhënë shërbimet e nevojshme shëndetësore për popullsinë e vendit. Për këtë arsye në këtë studim do të ndalemi në dy dimensione, në (i) vlerësimin e kushteve të përshtatshme të punës në nivel makro, si dhe në (ii) një vlerësim në terren me anën e një pyetëtori ku do të merren informacione cilësore dhe sasore, me qëllim trekëndëzimin e informacionit dhe dhënien e përfundimeve më koherente me realitetin.

¹⁸ Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia, ILO 2006

¹⁹ Direktiva. 2005/36/EC e Këshillit dhe Parlamentit Evropian, 7 Shtator 2005 mbi njohjen e kualifikimeve profesionale.

²⁰ Direktiva 2004/38/EC mbi të drejtën e qytetarëve të Bashkimit Evropian dhe pjesëtarëve të familjes së tyre për të lëvizuar lirisht dhe pasur rezidencën në territorin e vendeve anëtare; si dhe rregullorja nr 492/2011 mbi lirinë e lëvizjes për punëtorët në Bashimin Evropian.

²¹ Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement A.Glinos, Health Policy, Volume 119, Issue 12, December 2015, Pages 1529-1536

²² *mobility* – në Anglisht

Për të vendosur kufijtë e studimit tonë, duhet në radhë të parë të përkufizojmë atë që përbën sistem shëndetësor. Sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH)²³ “Sistemi shëndetësor përfshin gjithë aktivitetet, qëllimi parësor i të cilave është promovimi, kthimi dhe mbajtja e shëndetit”. Ndërsa sipas përkufizimit të Bankës Botërore (BB)²⁴, një sistem mund të kuptohet si një kuadër, ose marrëveshje, midis paleve dhe lidhjeve që krijohen ndërmjet tyre, të cilat bëhen bashkë për një qëllim. Në rastin e sistemit shëndetësor, këto bëhen bashkë me qëllim shëndetin e popullatës së një territori të caktuar.

Në një dialog social të shëndoshë rol kryesor luajnë sindikatat, si bashkime vullnetare të punonjësve, pra punëmarrësve, që kanë për qëllim mbrojtjen e interesave të tyre ekonomike, profesionale dhe sociale. Duke qenë se profesionet e shëndetësisë, madje në disa raste edhe ato me funksione ndihmës, janë profesione të rregulluara, pra që kërkojnë ndjekjen e një procesi të rregulluar për formimin dhe certifikimin e përshtatshmërisë për ushtrimin e profesionit, që përfshin edhe regjistrimin e detyrueshëm në urdhra profesionalë, shoqata profesionale, apo bashkime të tjera profesionale që sipas kuadrit ligjor japin dhe heqin të drejtën e ushtrimit të një profesioni/specialiteti të caktuar. Në vendin tonë janë urdhrat profesionalë përgjegjës për sa më lart, ndërkohë që regjistrimi dhe anëtarësimi në shoqatat e sektorit është mbi baza vullnetare. Gjithsesi, ka një diskutim rreth mbivendosjes të funksioneve të këtyre organizatave, pasi të gjitha kanë për qëllim kryesor ngritjen e kushteve ekonomike, profesionale dhe sociale të anëtarëve të tyre²⁵. Ndërkohë pak mund të thuhet për sa i përket bashkimeve të punëdhënësve, pasi në shumë raste subjektet janë pjesë e shoqatave të biznesit apo dhomave të tregtisë, si forma organizimi të përgjithshme, pra pa ju referuar sektorit specifik, përveçse disa shoqatave të sektorit farmaceutik, që mbulojnë farmacitë, importuesit/distributorët dhe përfaqësitë farmaceutike. Ndërkohë përfaqësuesi më me peshë i punëdhënësve, që dhe përfaqëson punëdhënësin më të madh, është Ministri përgjegjës për Shëndetësinë.

Bazuar nga më lart, një sistem shëndetësor ka shumë palë, përtej përfituesve, apo përdoruesve të tij, siç janë institucionet apo organizatat me funksione rregullatore, dhënësit e shërbimeve, furnizuesit me pajisje dhe barna, ato financuese, etj. Të gjithë këto palë, përtej rolit të tyre institucional, apo pozicionit në treg, kanë edhe rolin e punëdhënësit për stafin e tyre. Nga ana tjetër, stafi, që për qëllimin e këtij studimi janë punëmarrësit, është i përbërë nga shumë grup – profesione/specialitete.

Përgjithësisht, nëse duam të konsiderojmë gjithë personelin e sistemit shëndetësor, atëherë duhet të konsiderojmë çdo punonjës që ka marrëdhënie punë me një punëdhënës që ushtron aktivitet brenda sistemit shëndetësor, pra këtu nuk po flasim vetëm për profesionistët e shëndetësisë, por dhe për administratën dhe shërbimet mbështetëse.

²³ 2000 – viti i përkufizimit

²⁴<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/AnnexLHNPStrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf>

²⁵Sipas studimit të European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - Employment and industrial relations in the health care sector, 2011, ku trajtohen dinamikat e marrëdhënieve të punës.

Ndërkohë që në shumë raste, kur flitet për personelin e sistemit shëndetësor, flitet kryesisht për profesionistët e shëndetësisë, pra sipas klasifikimit të Standartit Ndërkombëtar të Klasifikimit të Profesioneve (ISCO), flasim për nëngrupet 22. “specialistë të shëndetësisë” dhe 32. “asistentë të specializuar të shëndetësisë”. Me përkufizimin e parë, pra më të gjërë, do të shtriheshim ndërmjet gati të gjitha grup-profesioneve kryesore, të nevojshme për vënien në funksion të sistemit shëndetësor, pra: 1 “menaxherë”, 2. “specialistë me arsim të lartë”, 3. “technikë dhe specialistë në zbatim”, 4. “nënpunës”, 5. “punëtorë të shitjeve dhe shërbimeve”, 7. “Zejtarë, artizanë dhe profesione të lidhura me to”, 8. “Punonjës të montimit dhe përdorimit të makinerive dhe pajisjeve”, si dhe 9. “Punëtorë”.

Gjithsesi, duke qenë se pjesa kryesore, që zë peshën më të madhe të personelit shëndetësor përbëhet nga profesionistët e shëndetësisë, edhe analiza do të ndalet kryesisht aty.

III. Metodika e studimit mbi zbatimin e të drejtave në punë në sistemin shëndetësor

Të drejtat në punë në përgjithësi kanë disa elemente kryesore, siç janë ato të sanksionuara në Kodin e Punës dhe parimet e Organizatës Ndërkombëtare të Punës (ILO), ku Shqipëria është anëtare. Gjithsesi për vende me të ardhura të mesme të larta si ne, duhet të flitet për garantimin e një pune të denjë (*decent work*) dhe elementet kryesore që përfaqësojnë dimensionin strukturor për një punë të mirë sipas ILO²⁶ janë:

- i. Mundësi punësimi;
- ii. Të ardhura të kënaqshme;
- iii. Kohë pune të përshtatshme;
- iv. Kombinimi i punës, kohës në familje dhe jetës private;
- v. Punë që duhen të hequr/shfuqizuar;
- vi. Stabilitet dhe siguri në punë;
- vii. Mundësi dhe trajtim i barabartë në punësim;
- viii. Ambjent pune i sigurtë;
- ix. Siguri sociale; dhe
- x. Dialog social, me përfaqësim të punonjësve.

Për këtë arsye vlen të thellohem në analizën tonë në pikat si vijon:

- i. Karakteristikat sociale dhe demografike të punonjësve;
- ii. Ecuria e marrëdhënieve të punës dhe situata aktuale;
- iii. Situata e organizimit kolektiv dhe format e organizimit;
- iv. Situata mbi ndërprerjen e marrëdhënieve në punë (largime/pushime);
- v. Siguria dhe shëndeti në punë;

²⁶https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/--integration/documents/publication/wcms_229374.pdf

- vi. Probleme dhe sfida të lidhura me vendin e punës, sistemin shëndetësor dhe pritshmëritë për të ardhmen;
- vii. Niveli i kënaqësisë në punë dhe marrëdhënia me drejtuesit dhe aktorët e tjerë të sistemit, si dhe mundësia për të ikur, apo ndryshuar.

Nga sa më lart, metodika e punës përqendrohet kryesisht në tre instrumente analize:

- i. Hulumtim i dokumenteve ekzistuese, raporte të institucioneve kombëtare dhe ndërkombëtare²⁷, statistika dhe analiza, të cilat do të thellojnë materialin e këtij dokumenti koncept – propozimi dhe e pasurojnë atë me një analizë sistematike dhe shteruese mbi evidenca të analizuara, vlerësuara dhe sintetizuara nga ekspertja që do të dorëzojë këtë studim;
- ii. Pyetësor i strukturuar me pyetje të mbyllura dhe të hapura, i cili u planifikua t'i shpërndahet një kampioni prej 400 personash²⁸ që punojnë në sistemin shëndetësor, duke kërkuar një mbulim sa më të madh të larmisë së segmenteve të sistemit shëndetësor. Në fund pyetësoi është plotësuar nga 411 persona. Studimi është validuar me një kampion fillestar prej 15 – 20 persona të punësuar në sistemin shëndetësor. Pyetësoi përmban elementet e pikës 1) të këtij kapitulli. Pyetësoret janë shpërndarë nëpërmjet intervistuesve të trajnuar, të cilët kanë kryer maksimalisht 50 intervista në javë, duke krijuar kushtet për një ngarkesë optimale dhe një administrim të përshtatshëm të pyetësoit. Ky element ka përcaktuar kohëzgjatjen dhe numrin e intervistuesve. Rezultatet e pyetësorit janë hedhur në një databazë të krijuar në formatin excel dhe janë përpunuar dhe analizuar sipas rastit në excel. Analiza cilësore e përgjigjeve të hapura është përpunuar në tabela në word, ku dhe është sintetizuar në analiza, duke shkëputur, sipas rastit, edhe dëshmi konkrete;
- iii. Intervista të hapura dhe thelluara me përfaqësues nga institucionet, si dhe kërkesa informacioni me shkrim, në rast mungese raportesh apo statistikash, ose për thellim të informacionit në dispozicion. Gjithashtu është realizuar intervistimi i ekspertëve, si palë e tretë, për të dhënë një opinion alternativ. Numri i intervistave të thelluara ka qene 10.

Në përfundim të analizës, është përgatitur një raport mbi situatën e zbatimit të të drejtave në punë në sistemin shëndetësor, si dhe me rekomandime përkatëse, sidomos për sa i përket nevojave dhe shqetësimeve të personelit, prej nga ku dhe duket se po buron dukuria e ikjes së personelit shëndetësor në Shqipëri.

²⁷ Burimet do të jenë kryesisht por jo vetë nga: Ministria përgjegjëse për Shëndetësinë, Ministria përgjegjëse për Punën, Instituti i Shëndetit Publik, INSTAT, FSKDSH, ISSH, Inspektorati i Punës, Avokati i Popullit, Komisioneri kundër Diskriminimit, Dhoma e Avokatisë, Urdhrat Profesionalë, Shoqatat apo Sindikatat e sektorit, OBSH, BB, apo dhe raporte të organizatave të tjera vendase ose jo, të cilat kanë hulumtuar gjendjen e personelit të sistemit shëndetësor, ose janë marrë me problematikat e marrëdhënieve në punë, që shpesh janë transversal.

²⁸ Kampioni është vlerësuar me anë të raosoft (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) dhe merr parasysh që maksimalisht 30'000 persona punojnë në sistemin shëndetësor.

IV. Punëdhënësit në Sistemin Shëndetësor – Aktorët e sistemit

Palët që formojnë sistemin shëndetësor dhe që ndërlidhen me njëra tjetrën në funksion të tij janë kryesisht si vijon:

Institucionet publike, nga ato politike – bërëse dhe administrative, si Ministria e Shëndetësisë dhe e Mbrojtjes Sociale, si dhe agjensitë, institute, apo institucione të tjera në varësi të saj, si dhe drejtoritë rajonale në varësi që mbulojnë shërbimet shëndetësore që shkojnë nga ato ambulatoriale deri tek spitaloret më komplekse;

Dhënësit e shërbimeve shëndetësore, publike dhe private. Këtu futen biznese, ente publike, ose organizata shëndetësore në një kuptim më të gjërë të fjalës, që japin shërbime direkt për pacientin, si për shembull spitale, klinika, laboratore, farmaci etj. Në Shqipëri kemi kryesisht qendrat shëndetësore dhe konsultoret që japin shërbim ambulatorial dhe parandalues, poliklinikat, spitalet rajonale që japin shërbim me të specializuar, si dhe qendrat universitare që japin shërbime të një kompleksiteti dhe intensiteti më të lartë. Sa më shumë rritet kompleksiteti i një strukture, aq edhe më shumë rritet numri i profesioneve të nevojshme, nivelet në hierarki dhe format e organizimit. Si rrjedhojë, kjo e bën më komplekse situatën e marrëdhënieve në punë të personelit të përfshirë.

Disa pjesë të sistemit shëndetësor janë të integruara në sistemin asistencial (psh. mjeku apo infermierja në shtëpitë për të moshuar) apo në sistemin arsimor, e deri në forcat e mbrojtjes (këtu mjafton të përmendet se qendra universitare për traumat, ose ndryshe spitali ushtarak, ishte në varësi të Ministrisë përgjegjëse për Mbrojtjen deri në 2003). Shumë nga personeli në këto pjesë të sistemit shëndetësor ka status të veçantë, ose marrëdhënie kontraktuale të ndryshme.

Tabela 1, Institucionet publike të sistemit shëndetësor²⁹

	Institucioni	Numër punonjësish	Baza ligjore për emërimin, shkarkimin dhe lirin e punonjësve	Baza ligjore për
1	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	100	(i) Ligji nr. 8549 datë 11.11.1999 "Statusi i nëpunësit civil", i ndryshuar, si dhe (ii) ligji nr. 7961, datë 2.7.1995 "Kodi i	(iii) VKM nr.555, datë 11.8.2011, i ndryshuar "Për miratimin e strukturës dhe të niveleve të pagave të punonjësve me

²⁹ Marrë nga lista e institucioneve të varësisë së Ministrisë së Shëndetësisë, dokument përmbledhës i gjetur online në adresën zyrtare

			Punës i Republikës së Shqipërisë” i ndryshuar, botuar në Fletoren Zyrtare Nr.16, viti 1995, faqja 660, kontratës kolektive dhe rregullores.	arsim të lartë dhe të punonjësve të infermieristikës në sistemin e ministrisë së shëndetësisë dhe njësinë mjekësore ushtarake pranë spitalit universitar të traumës, si dhe për trajtimin e personelit mjekësor në strukturat e forcave të armatosura”
2	Operatori i Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor	Numri i punonjësve, asetet dhe fondet e miratuara për drejtoritë e shëndetit publik, drejtoritë rajonale të shëndetësisë, Autoritetin Shëndetësor Rajonal Tiranë, Spitalin Psikiatrik Vlorë, Spitalin Psikiatrik Elbasan riorganizohen sipas Operatorit, në nivel qendror dhe rajonal	NA	NA
3	Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore	64	(ii) më lart.	(iii) më lart.
4	Autoriteti Shëndetësor Rajonal Tiranë	505	(ii) më lart.	(iii) më lart.
5	Instituti i Shëndetit Publik	206	(ii) më lart.	(iii) më lart.
6	Inspektoriati Shtetëror Shëndetësor	NA	NA	NA
7	Klinika Stomatologjike	43	(ii) më lart.	(iii) më lart.

	Universitare			
8	Qendra Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut	57	(ii) më lart.	(iii) më lart.
9	Qendra Kombëtare e Mirërritjes Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Femijeve	62	(ii) më lart.	(iii) më lart.
10	Qendra Kombëtare e Inxhinierise Bio-Mjekesore	16	(ii) më lart.	(iii) më lart.
11	Qendra Kombëtare e Urgjencës Mjekësore		(ii) më lart.	(iii) më lart.
12	Njësia e transportit mjekësor me helikopter	14	(ii) më lart.	(iii) më lart.
13	Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore	11	(ii) më lart.	(iii) më lart.
14	Qendra Kombëtare Edukimit në Vazhdim	21	(ii) më lart.	(iii) më lart.
15	Klinika e shërbimeve shëndetësore qeveritare	21	(ii) më lart.	(iii) më lart.
16	Drejtoritë e shëndetit publik	(11 drejtori rajonale dhe 24 rrethi) 1470 Mjekë; 6800 Infermierë	(ii) më lart.	(iii) më lart.
17	Spitalet psikiatrike (Vlorë, Elbasan, shërbimi Shkodër)	151 ; 193 ; 105	(ii) më lart.	(iii) më lart.
18	Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza	2967 1808 staf mjekësor, ku 1344 mjekë, 936 infermirë/sanitarë 308 specialistë 850 administratë dhe shërbime mbështetëse	(ii) më lart.	(iii) më lart.
19	Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik	NA ³⁰	(ii) më lart.	(iii) më lart.

³⁰ Gjatë analizës sonë këto të dhëna nuk u gjenden të disagreguara, por gjithsesi janë të përfshira në të dhënat e përgjithshme të tabelës 2.

	”Mbretëresha Geraldinë”			
20	Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik “Koço Gliozheni”	NA ⁸	(ii) më lart.	(iii) më lart.
21	Spitali Universitar i Traumës	NA ⁸	(ii) më lart.	(iii) më lart.
22	Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi”	NA ⁸	(ii) më lart.	(iii) më lart.
23	Spitali Rajonale	~ 1’500 mjekë dhe 6’900 infermierë(11 drejtori rajonale dhe 24 rrethi) ³¹	(ii) më lart.	(iii) më lart.

Tabela 2, Personeli në institucionet publike të sistemit shëndetësor

	Zëri	Numri
1	Personeli në institucione publike të sistemit shëndetësor total	28’400
2	Ndarje sipas vendit të punës ³²	
2.1	Spitale	~16’100
2.2	Qendra shëndetësore	~9’100
2.3	Poliklinika	~1’900
2.4	Shëndet publik	~1’000
3	Sipas grup - profesioneve ³³	
3.1	Personel shëndetësor	~18’500
3.2	Personel mbështetës	~ 6’900
3.3	Administratë	~ 3’600

Bizneset dhe ndërmarrjet private. Pjesë e sistemit shëndetësor janë edhe ato forma të partneritetit publik – privat, si për shembull shërbimet klinike dhe laboratorike. Ndërkohë, përtej dhënësve të shërbimit ku personeli mbizotërues është ai mjekësor dhe infermieristik, duhen përmendur edhe dhënës shërbimi të tjerë, si klinikat stomatologjike, laboratorët për analiza dhe farmacitë në komunitet, që në Shqipëri ekzistojnë në nivelin e biznesit të vogël dhe të mesëm.

Kompanitë farmaceutike, si dhe kompani që prodhojnë, importojnë dhe tregëtojnë teknologji shëndetësore, drejt dhënësve të shërbimeve shëndetësore. Këto subjekte, edhe pse nuk japin shërbim direkt ndaj pacientit, janë të domosdoshme për garantimin e funksionimit të

³¹ Gjithsej ~ 81 institucione publike janë punëdhënës në sistemin shëndetësor, pa llogaritur Fondin e Sigurimit të Kujdesit të Detyrueshëm Shëndetësor (FSKDSH)

³² Studim për sektorin e shëndetësisë në Shqipëri, Shkurt 2006, Banka Botërore, Njësia e Sektorit të Zhvillimit Njerëzor Njësia e Vendeve të Europës Juglindore Rajoni i Europës dhe i Azisë Qendrore

³³ Llogaritur sipas projektbuxheteve të përgatitura për ndryshimet në paga sipas grup – profesioneve në 2018

sistemit shëndetësor, pasi u garantojnë dhënësve të shërbimit vazhdimin e veprimtarive. Gjithashtu për lejet dhe licensat e ushtrimit të aktivitetit, këto subjekte duhet të garantojnë personel shëndetësor përgjegjës në organikë;

Tabela 3. Numri i ndërmarrjeve në shëndetësi dhe numri i të punësuarve, të vetëpunëar, me page, si dhe përqindjet mbi ndërmarrjet nga gjithë sektorët.

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Numri i ndërmarrjeve	1,479	1.7	1,739	2.0	2,337	2.2	2,632	2.4	2,841	2.6
Të punësuar gjithsej në fund të vitit	4,726	1.4	6,196	1.6	7,314	1.6	7,861	1.7	9,134	1.8
Të punësuar gjithsej në fund të vitit, Të vetëpunësuar	1,543	1.8	1,926	2.1	2,917	2.3	2,868	2.6	3,034	2.9
Të punësuar gjithsej në fund të vitit, Të punësuar me pagesë	3,183	1.2	4,270	1.4	4,397	1.4	4,993	1.4	6,100	1.5

Trupa financues, fonde sigurimi, apo skema publike. Në Shqipëri fondi kryesor i financimit është Fondi Kombëtar për Sigurimin e Detyrueshëm (FSKDSH), me drejtoritë e tij rajonale, ndërkohë që sektori privat është shumë i kufizuar. Gjithsesi personeli përgjegjës për këtë funksion konsiderohet personel i sistemit shëndetësor dhe për arsye objektive dhe ligjore një pjesë e tij është me formim në profesionet shëndetësore;

Forma të tjera organizimi në funksion kontrolli, dhënësi shërbimi, financimi, apo menaxhimi. Këtu vlen të përmenden fondacione, apo shoqata që japin shërbime për kategori të caktuara, ose dhe thjesht advokojnë për të drejtat e një kategorie të caktuar, apo organizata me funksione edukuese dhe promovuese.

V. Punëmarrësit dhe klasifikimi i personelit të sistemit shëndetësor – grupi i shenjstruar

Personeli i palëve të listuara më lart, janë dhe punëmarrësit ose personeli i sistemit shëndetësor dhe ndahet kryesisht në këto kategori:

Personel shëndetësor: Mjekë, Farmacistë, Stomatologë dhe Infermierë, të cilët më pas klasifikohen sipas specialiteteve të ndryshme që mbulojnë, të fituara nga kurse specializimi, apo dhe eksperiencia në punë. Sipas rastit, personeli mbulon edhe funksione administrative, apo menaxheriale, me kohë të plotë, ose të pjesshme. Për sa i përket marrëdhënieve të punës, në varësi të formës së organizimit dhe llojit të shërbimit që jep subjekti ku punon

profesionisti, ky profesionist mund të jetë i punësuar, apo i vetë– punësuar, ose drejtues i një subjekti në pronësi.

Forma më e përhapur gjithsesi është punësimi në dhënësit e shërbimit publik, kryesisht flitet për mjekë dhe infermierë në qendrat ambulatoriale, klinika dhe spitale publike. Në numra të përgjithshëm numri i personelit shëndetësor aktiv në sistemin shëndetësor është rreth 30'000, ku vendin e parë e zënë infermierët, pastaj mjekët, e në vijim farmacistë dhe stomatologë.

Personel mbështetës: teknikë, laborantë, inxhinierë, ICT, logjistikë dhe mirëmbajtje, etj; Këto profesione, edhe pse jashtë kontekstit të profesioneve shëndetësore, gjatë kohës fitojnë kompetenca specifike të këtij sistemi, e këtu mjafton të përmendim specializimet për bio – inxhinieri, por edhe profesione me formim më bazik, si punonjësit e mirëmbajtjes së aparaturave mjekësore. Në përgjithësi këto profesionistë janë të punësuar, por në disa raste edhe të vetë – punësuar, nëse japin shërbime për të tretë;

Personel administrativ: Ekonomistë, Juristë etj. Edhe këto si profesionet në pikën 2) janë pjesë e personelit të sistemit shëndetësor, madje gjatë kohës nëndegë si ekonomia shëndetësore po bëhen gjithnjë e më qendrore brenda sistemit shëndetësor.

Tabela 4. Të punësuar në sistemin shëndetësor krahasuar me të punësuarit në total në vendin tonë sipas sektorëve të punësimit (publik/privat/bujqësor)

	Zëri	Numri
1.	Të punësuar gjithsej në sistemin shëndetësor	~ 39'000
1.1	Të punësuar në institucione publike	~ 28'400
1.2	Të punësuar në institucione private	~ 9'100
2.	% e personelit publik dhe privat të sistemit shëndetësor krahasuar me të punësuarit total, përfshirë dhe sektorin bujqësor	~ 3.5
2.1	% e personelit publik dhe privat të sistemit shëndetësor krahasuar me të punësuarit në sektorin publik dhe sektorin privat jo-bujqësor total	~ 5.9
2.2	% e personelit privat të sistemit shëndetësor krahasuar me të punësuarit në sektorin privat jo-bujqësor total	~ 1.9
2.3	% e personelit publik të sistemit shëndetësor krahasuar me të punësuarit në sektorin publik total	~ 17.0

Siç mund të shihet, përqindja e të punësuarve në shëndetësi zë një përqindje të vogël të të punësuarve në Shqipëri. Kjo është e krahasueshme me vendet me të ardhura të mesme të

larta, por gjithësi me mesataren e tyre, ndërkohë që jemi jo vetëm larg standartit të BE-s, por ende larg edhe nga standarti i fqinjëve tanë, sic mund të shihet dhe nga tabela e mëposhtme:

Tabela 5. Analizë krahasimore midis peshës së ndryshme që zënë profesionistët e shëndetësisë³⁴ ndërmjet të punësuarve në disa zona dhe vende të ndryshme.

	Vendi	% personel i sistemit shëndetësor mbi të punësuar total
1.	Bota, mesatare	3.6
1.1	Vende me të ardhura të vogla	0.9
1.2	Vende me të ardhura të mesme të ulëta	1.4
1.3	Vende me të ardhura të mesme të larta	2.6
1.4	Vende me të ardhura të larta	11.6
2.	Bashkimi Evropian	11.1
2.1	Shqipëria	3.0 (3.5 ³⁵)
2.2	Serbia	7.5
2.3	Gjermania	13.0

Tabela 6. Analizë krahasimore midis treguesve të profesionistëve shëndetësorë për 10'000 banorë³⁶.

	Mjekë	Infermierë	Stomatolog	Farmacist
Shqipëria	12.0 (2016)	36 (2016)	3.4 (2006)	8.4 (2013)
Shqipëria sipas ISHP ³⁷	11.5	39.9	3.3	4.3
Shqipëria sipas të dhënave të studimit	20.9	62.7	10.1	10.45
Serbia (WHO)	31.3 (2016)	61 (2016)	5.2 (2016)	6.4 (2016)
Gjermania (WHO)	42.1 (2016)	132 (2016)	8.6 (2016)	8.1 (2016)

Duke u fokusuar në profesionistët e shëndetësisë, sipas klasifikimit 22 dhe 32 të ISCO, shpjeguar dhe më lart në hyrje, si dhe bazuar në intervistat dhe të dhënat e marra nga grupi i kërkimit mund të bëjmë një krahasim të forcës së punës sipas katër profesioneve kryesore, 221. Mjek, 222, Infermier dhe mami, 2261. Stomatolog, si dhe 2262. Farmacist.

³⁴ Employment by sector - ILO modelled estimates – E marrë nga databaza aktive në adresën zyrtare

³⁵ Nëse llogarisim edhe popullsinë e punësuar në bujqësi.

³⁶ Të dhëna të marra nga databaza aktive në adresën zyrtare të Organizatës Botërore të Shëndetësisë dhe të integruara me të dhënat e studimit

³⁷ Raporti Shëndetësor Kombëtar, Kapitulli Sistemi Shëndetësor, Seksioni Burimet njerëzore në Shëndetësi

Tabela 7. Nr i profesionistëve sipas burimit të informacionit të ndryshme dhe një përcaktim i përafërt bazuar në trekëndëzimin e statistikave sipar këtyre burime të ndryshme

Profesioni	Nr. sipas WHO	Nr. të regjistruar sipas urdhrave profesionale	Nr. sipas ricertifikimit	Persona që nuk e ushtrojnë profesionin/os e ngjashëm	Numri më i përafërt i profesionistëve në marrëdhënie pune.
Mjek	3'511 (2016)	6'540	~ 8'000	~ 600	~ 6'000
Infermier	10'534 (2016)	30'046 (26'175 infermiere dhe mami)	~ 18'000	~ 5'000 - 6'000	~ 18'000
Stomatolog	1'035 (2006)	3'700	-	~ 800	~ 2'900
Farmacist	2'441 (2013)	3'676	-	~ 645	~ 3'000
Total profesionistë të shëndetësisë aktivë					~ 30'000

Të dhënat më lart vijnë si rezultat i trekëndëzimit të shumë statistikave dytësore dhe intervistave me institucionet përgjegjëse. Gjithsesi lind pyetja se si qëndron Shqipëria në krahasim me vendet e tjera. Ne ende kemi shumë punë për të bërë që të arrijmë numrin e nevojshëm për profesionistët mjekë dhe disi më pak, infermierë, ndërsa për farmacistë dhe stomatologë, jemi në një mesatare edhe mbi vendet e zhvilluara të Bashkimit Evropian, siç mund të shihet në tabelën 6.

VI. Analizë makro - Vlerësimi i elementeve të punës së denjë në nivel makro

Linjat guidë të ILO përcaktojnë qartë treguesit (indiktorët) për t'u marrë për bazë në lidhje me vlerësimin e punës së denjë, por duke pasur parasysh karakteristikat sektoriale, si dhe në shumë raste dhe mungesën e të dhënave specifike, gjatë shtjellimit të këtij kapitulli, të dhënat nga burime të ndryshme do të trekëndëzohen:

VI.1. Mundësi punësimi

Mundësi punësimi - ky element matet kryesisht nëpërmjet këtyre treguesve kryesorë, (a) shkalla e punësimit, (b) shkalla e papunësisë, (c) përqindja e punësimit informal, si dhe (e.) përqindja e të rinjve as në shkollë dhe as në punë. Të dhënat janë mbledhur marrë nga databaza aktive e INSTAT vitet e fundit, si dhe duke selektuar të dhënat për popullatën me arsim të lartë, duke qenë se profesionistët e shëndetësisë janë me arsim të lartë:

Tabela 8.

Shkalla e punësimit	2014	2015	2016	2017	2018
Gjithsej 15-64 vjeç me arsim të lartë	66.5	64.4	66.6	69.1	68

Tabela 9.

Shkalla e papunësisë	2014	2015	2016	2017	2018
Gjithsej 15-64 vjeç me arsim të lartë	17.3	19.2	17.1	13.8	14.2

Tabela 10.

Të rinjtë jo në punësim dhe as duke ndjekur shkollën	2014	2015	2016	2017	2018
Gjithsej 15-64 vjeç me arsim të lartë	31.1	32.3	30	29.8	27.8

Tabela 11.

Punësimi informal	2014	2015	2016	2017	2018
Punë pa pagesë	39.4	34.1	31.9	30.3	21.6

Përpara se të krahasojmë të dhënat me kontekstin ndërkombëtar, gjë që do na jepte një bazë krahasimore se sa mundësi punësimi kanë në vend personat me arsim të lartë përkundrejt atyre në vende të tjera, në këtë studim do të përdorim një model që kërkon të shohë se sa mundësi punësimi kanë profesionistët e shëndetësisë brenda vendit, në krahasim me persona të tjerë me arsim të lartë.

Për këtë arsye do të marrim si bazë numrin e profesionistëve të cilët kanë të drejtë ushtrimi profesioni duke e raportuar me numrin e atyre që urdhrat profesionalë i kanë evidentuar si jo të punësuar në profesion.

Tabela 12. Krahasim midis treguesve referencë për mundësinë e punësimit të personave me arsim të lartë dhe atyre që mund të ushtrjnë profesione të shëndetësisë.

Profesioni	Mjek	Infermier	Stomatolog	Farmacist	Gjithë popullsia
Shkalla e punësimit 2018	91.7	68.8	78.4	81	68
Shkalla e papunësisë	NA	16.6 ³⁸	NA	NA	14.2

³⁸ Duke marrë për bazë aplikimet tek Portali i Infermierit, gjithsesi mund të jetë i mbivlerësuar, pasi shumë aplikantë mund të kenë një punë tjetër ndërkohë, po në profesion.

Treguesit e sugjeruar për mundësinë e punësimit krahasohen edhe me vende si Serbia, me të cilin kemi së bashku rrugën drejt integritit, si dhe me Gjermaninë, që është dhe vendi që ka tregun e punës më vibrant në hapësirën BE.

Tabela 13

	Shkalla e punësimit	Shkalla e papunësisë	NEET	Punësimi informal
Shqipëri	48.3 ³⁹	13.9	32.8	37.5
Serbi	46.9	13.5	20.4	5.3
Gjermani	58.5	3.4	6.2	-

VI.2. Të ardhura të kënaqshme

Të ardhura të kënaqshme. Treguesit e këshilluar në këtë rast janë (i) shkalla e varfërisë së atyre që punojnë (*working poverty rate*), si dhe shkalla e pagave të ulëta (që bien nën 2/3 e pagës mesatare).

Fillimisht krahasojmë pagën e profesionistëve të shëndetësisë me mesatarem e grup-profesioneve me vend. Nga tabela në vijim duket qartë që është gjithnjë më e lartë se mesatarja e vendit.

Tabela 14. Pagat për profesionistët e shëndetit në 2018, si dhe % e diferencës me pagën mesatare të grup-profesioneve në vend.

	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Gjithsej	50915	112	53137	111	52959	111	56895	116	58689	116
Meshkuj	62244	131	64926	129	64567	129	69884	136	71680	135
Femra	45939	107	48111	108	48007	108	51344	112	53004	112

Madje paga për grup-profesionet e shëndetësisë dhe profesionet e tjera sociale, është dhe më e lartë se 2/3 e pagës së mesme për të gjithë grup – profesionet, kufi që vendos nëse një pagë është e nënpaguar sipas treguesit të ILO, për të matur të ardhurat e kënaqshme për punën.

Tabela 15. Pagat e profesionistëve të shëndetësisë të raportuara me të mesmen e pagave të grup – profesioneve janë në përqindje mbi 100%, pra shumë më shumë se niveli i 2/3 së pagës së mesme që kërkon ILO.

	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
Gjithsej	50915	118	53137	120	52959	116	56895	116	58689	115

³⁹ Statistikat e ILO ndryshojnë nga ato të INSTAT.

Meshkuj	62244	137	64926	136	64567	133	69884	148	71680	146
Femra	45939	105	48111	107	48007	105	51344	106	53004	105

Një tregues tjetër që merr parasysh ILO është pjesa e të varfërve që punojnë, e cila për vende si Shqipëria, që është vend me të ardhura të mesme të larta, është 5.5\$ në ditë. Në këtë pikë, është pak e vështirë në mandatin e këtij studimi të përcaktojmë këtë përqindje ndërmjet të punësuarve në sistemin shëndetësor, pasi për të bërë këtë duhet të njohim përbërjen e bërthamës familjare dhe statusin e punësimit. Gjithsesi, duke pasur parasysh se mesatarisht një familje ka 3.8 anëtarë mund të themi se paga mesatare e një punonjësi të sistemit shëndetësor mbulon mjaftueshëm mbi gjysmën e buxhetit të limitit të varfërisë.

Tabela 16: Krahasim i të ardhurave që kërkohen për një familje të mesme për të mos rënë poshtë nivelit të varfërisë sipas përkufizimit të Bankës Botërore për vendet me të ardhura të mesme të larta.

Mesatarja e pjestarëve për familje	Limiti i varfërisë për person në muaj	Limiti i varfërisë për një familje tip (mesatarja)	Paga mesatare	Mbulimi nga vetëm njëra pagë i limitit.
3.8	183.315 ALL	69.597 ALL	Gj. 58.689 ALL M. 71.680 ALL F. 53.004 ALL	Gj. 84.3% M. 103% F. 76.2%

Ndërkohë që Strategjia Kombëtare për Punësim dhe Aftësim 2014 – 2020 (SKPA 2014 – 2020) vendos si pagë limit për të varfërit në punë në vlerën 28.529 Lekë dhe për jo-të-varfërit në punë, 33368 Lekë.

Tabela 17: Statistika mbi të varfërit që punojnë në Shqipëri sipas SKPA 2014 – 2020

Grup-profesioni	Të varfrit e zënë me punë	Jo të varfrit e zënë me punë	Gjithsej të punësuar
Ligjvënës	0.56%	2.78%	2.55%
Specialistë	3.80%	16.29%	15.01%
Teknikë	4.76%	6.99%	6.76%
Nëpunës	1.17%	2.41%	2.28%
Punëtorë shërbimesh	18.33%	17.55%	17.63%
Bujqësi	21.61%	16.84%	17.33%
Punëtorë në zanate/tregti	18.72%	18.12%	18.18%
Operatorë impiantesh/makinerish	10.70%	9.32%	9.46%
Profesionet fillestare	20.06%	8.15%	9.36%

Nga të dhënat e ofruara del se një përqindje prej gati 10% e të varfërve që punojnë bie mbi grup-profesionet “specialistë”, “Teknikë” dhe “nënpunës”, pra aty ku punojnë pjesa më e madhe e profesionistëve të shëndetësisë, gjë që lë të kuptohet se ndërmjet profesionistëve të shëndetësisë ka të varfër që punojnë dhe shumë që janë në rrezik. Edhe pse është e vështirë të hamendësojmë në mënyrë sasiore se sa punonjës në sistemin shëndetësor janë të varfër që punojnë, ne mund të kuptojmë se kush e ka rrezikun më të madh të bjerë në këtë kategori.

Këtë mund ta bëjmë duke krahasuar pagën limit për varfërinë të vendosur nga SKPA 2014 – 2020 dhe nivelin e pagave në sistemin shëndetësor, bazuar në VKM nr.555, datë 11.8.2011.

Tabela 18: Krahasim midis disa pagave shembuj dhe pagave limit për kufirin e varfërisë. Pagat janë përlogaritur sipas VKM nr.555, datë 11.8.2011, pa marrë parasysh vjetërsinë në punë dhe shpërblimet.

Paga limit mujore	Paga minimale mujore ⁴⁰	Paga bazë mujore më e ulët e gjetur	Paga më e lartë e gjetur
28.529 ALL	26.000 ALL 149 ALL për orë pune	Funksioni: Ndhmës infermier Paga bruto: fillon nga 32.400 ALL Paga Neto: fillon nga 28.459 ALL	Funksioni: Drejtor i përgjithshëm i qendrave spitalore: fillon nga 132.000 ALL Paga Neto: 107.320 ALL
		*Rroga më e ulët që mund të marrë një infermier është: fillon nga 36.000 ALL Paga Neto: fillon nga 31.188 ALL	*Rroga më e ulët që mund të marrë një mjek është: fillon nga 56.000 ALL Paga Neto: fillon nga 46.348
			**Rroga më e ulët në administratë është: fillon nga 41.100 ALL Paga Neto: fillon nga 35.054 ALL

Të punësuarit me risk më të madh për të shkarë nën limitin mujor të pagës së përcaktuar për të identifikuar të varfërit në punë janë ata të punësuar që mbajnë pozicione të shërbimeve asistenciale me arsim të ulët, si kujdestarë ose ndihmës infermierë.

Gjithsesi dhe kategoria e infermierëve mund të konsiderohet në risk për sa i përket nivelit të pagave, sepse për sa i përket këtyre profesionistëve, pagat e të cilëve fillojnë nga 31.188 ALL dhe mund të kalojnë kufirin e 50.000 ALL sëbashku me vjetërsi, vështirësi në punë, nivel

⁴⁰VKM nr. 809, datë 26.12.2018

drejtues dhe shpërblime, është në limitet e 2/3 të pagës së mesme. Ky është një tregues të cilin ILO e përcakton si domethënë për sa i takon të ardhurave të kënaqshme.

Tabela 19: Vlera në ALL e 2/3 së pagës së mesme në Shqipëri sipas INSTAT

2/3 e pages se mesme në ALL	2014	2015	2016	2017	2018
Gjithsej	28771	29497	30454	32693	33958
Meshkuj	30226	31884	32379	31468	32780
Femra	29228	30098	30532	32392	33605

Për më tepër, siç evidentohet dhe në diskutimet e disa studimeve, mbetet edhe çështja e pagesave joformale, ku pjesa më e madhe orientohet drejt personelit mjekësor, kryesisht spitalor, ndërkohë që kjo vlen në një përqindje shumë më të vogël për infermierët.

VI.3. Kohë pune të përshtatshme:

Për sa i përket kohës së përshtatshme të punës, pra se sa orë do ishte e përshtatshme apo e denjë që një punonjës të punonte gjatë javës, ILO vendos kufirin e 48 orëve. Nga të dhënat e INSTAT për 2016, personeli në sektorin e shëndetësisë dhe shërbimeve shoqërore nuk rezulton të punojë në masë të madhe si orar pune:

Tabela 20: Orët mesatare të punës të punonjësve sipas sektorëve, në vit dhe në javë.

	Orët mesatare reale të dhëna 2016	Në vit	Në javë
1	Pasuritë e patundshme	2180	41.8
2	Industri nxjerrëse	2164	41.5
3	Industri përpunuese	2158	41.4
4	Tregtia me shumicë dhe pakicë;	2149	41.2
5	Aktivitetet me ujë të ngrohtë, kanalizimeve,	2143	41.1
6	Aktivitetet financiare dhe Sigurimit	2139	41.0
7	Ndërtimi	2138	41.0
8	Furnizimi me energji elektrike, gaz e avull dhe me ajër	2130	40.8
9	Shëndetësia dhe veprimtari të tjera sociale	2113	40.5
10	Gjithsej	2109	40.4
11	Aktivitetet profesionale, Shkencore dhe teknike	2107	40.4
12	Informacioni dhe Komunikacioni	2100	40.3
13	Transport dhe magazinim	2094	40.2

14	Art, Argëtim dhe zbavitje	2091	40.1
15	Aktivite të tjera shërbimi	2087	40.0
16	Arsimi	2086	40.0
17	Akomodimi dhe aktivitetet e shërbimit të ushqimit	2065	39.6
18	Aktivitetet administrative dhe Shërbimet mbështetëse	1953	37.5

Gjithsesi kjo tabelë nuk merr parasysh orët e punës jashtë orarit të punës sipas kontratës, sepse një pjesë e mirë e personelit shëndetësor është në kushtet e dy-punësimit. Në disa raste dypunësimi është në kushtet e informalitetit dhe kjo mbetet e vështirë për t'u matur.

Nga ana tjetër personeli mjekësor dhe infermieristik kryen shërbimit të rojës, të gatishmërisë dhe urgjencës, e sipas rastit mund të punojë pa ndërprerje 24 orë, 16 orë ose 12 orë. Kjo është një veçanti e profesioneve të shëndetësisë dhe turnet pa ndërprerje shoqërohen me pushime një ose disa ditore për të ruajtur kufirin e 48 orëve në javë, gjithashtu parashikohen dhe shpërblime për këto turne, ashtu siç parashikohen dhe pagesa plus për orët e punës të zhvilluara në turnet e dyta dhe të treta.

Mbetet sfidë zbatimi në praktikë i këtyre rregullave, ashtu siç tregojnë peticionet e vazhdueshme të mjekëve specialistë⁴¹ për mospagesa të turneve, mjekëve të qendrave shëndetësore⁴² për orare të tejzgjatura, si dhe infermierëve për mospagesa të turneve dhe shpërblimeve të fundvitit⁴³. Nëse në terma makro dhe për sa i përket legjislacionit personeli shëndetësor duhet të ketë orare të denja pune, brenda natyrës të profesionit, në praktikë ka denoncime të vazhdueshme nga grupe dhe përfaqësi të profesionistëve mbi cënimin e të drejtave që lindin nga legjislacioni në fuqi.

VI.4.Kombinimi i punës, kohës në familje dhe jetës private

Vendi ynë ka ratifikuar konventën C156 për punonjësit me përgjegjësi familjare, ashtu si dhe garanton nëpërmjet Kodit të Punës dhe akteve në zbatim të tij kombinimin/balancimin e punës dhe kohës në familje dhe jetës private, kjo për sa i përket anës ligjore, për shembull për lejen e lindjes, për shkëputjen nga puna për arsye familjare etj.

Në praktikë ekzistojnë pak indikatorë të cilët mund të përdoren për këtë kriter, kështu që në këtë paragraf do të lidhim sërish rëndesën që sjellin për këtë kriter turnet e zgjatura të punës që janë karakteristike për grup – profesionet e sistemit shëndetësor.

Është e qartë se turne me 12, 16 dhe 24 orë penalizojnë jetën shoqërore dhe familjare, duke penalizuar të punësuarit në jetën e përditshme, si në familje, ashtu dhe në shoqëri.

⁴¹<http://www.panorama.com.al/peticioni-nga-neser-mjeket-specializante-bojkotojne-sherbimet-roje-ne-qsut-ja-pese-kerkesat-e-tyre/>

⁴²<https://kssh.org/en/2019/07/u-shtojne-oret-mjeket-po-shkelet-kontrata-dhe-kodi-i-punes-ministria-splotesojne-40-ore-pune-2/>

⁴³ <https://www.vizionplus.tv/infermieret-proteste-ne-20-dhjetor-publikohen-11-kerkesat-e-tyre/>

Gjithsesi përmbushja e këtij kriteri lidhet më shumë me grup – profesionin se sa me kontekstin e vendit tonë. Për këtë të fundit mund të themi se mospagesa e shpërblimeve, apo pagesa e ulët për turnet e dyta dhe të treta që rëndon kryesisht ndaj infermierëve, apo mjekëve që janë në pozicione më pak të privileguara, nuk ndihmon në përmbushjen e këtij kriteri.

VI.5.Punë që duhen të eliminohen

Shqipëria ka ratifikuar konventën C105 mbi eliminimin e punës me detyrim⁴⁴, konventën C138 mbi moshën minimale⁴⁵, si dhe konventën C182 mbi format më të këqija të punës së fëmijëve⁴⁶. Gjithsesi, nuk duhet harruar se shëndetësia si sektor është i ndërlidhur me sektorë të tjerë, që në shumë raste importojnë shërbime dhe produkte dhe nga vende të tjera. Në këto ndërlidhje sektoriale mund të krijohen hapësira informaliteti dhe paligjshmërie ku mund të shprehen këto fenomene negative.

VI.6.Stabilitet dhe siguri në punë

Nga kërkimi ynë nuk rezulton të ketë statistika mbi numrin e të punësuarve me punë të përkohshme në sistemin shëndetësor. Marrëdhëniet e punës rregullohen sipas Kodit të Punës, edhe në rastet kur ekziston kontrata kolektive, ajo përmbledh elementet garantues të Kodit të Punës. Në linja të përgjithshme në sistemin shëndetësor parashikohen kontratat e provës tre mujore, të cilat në rast kalimi me sukses rinovohen me afat njëvjeçar ose me afat të pacaktuar.

Në institucionet publike të sistemit shëndetësor, hapja e një pozicioni pune shoqërohet me çeljen e thirrjes me kriteret të përcaktuara sipas përkohshmërisë të punës. Vetë procesi i përzgjedhjes me konkurs rrit garancitë për sigurinë e pozicionit të punës në të ardhmen. Kjo pasi fitimi i konkursit vërteton përshtatshmërinë e kandidatit me pozicionin e punës, ndërkohë që koha e provës lidhet me performancën në punë dhe aspekte të lidhura e zbatimin e rregulloreve dhe legjisllacionit në fuqi gjatë ushtrimit të detyrës, detyrime që i punësuari i ka përgjatë gjithë kohëzgjatjes së marrëdhënies të punës dhe për të cilat kontrollohet dhe vlerësohet nga punëdhënësi mbi baza periodike.

Në rast të mbarimit të marrëdhënies të punës, punëmarrësit i lind e drejta e të ardhurave të papunësisë⁴⁷, në masën 50% të pagës minimale, duke mbuluar një periudhë nga 3 muaj deri në 12 muaj, në varësi të kohëzgjatjes së marrëdhënies së punës⁴⁸, si dhe me disa shtesa familjare përkatëse që shkojnë 5% për fëmijë, apo person të specifikuar sipas legjisllacionit në ngarkim, duke mos kaluar vlerën 30%.

Në këtë pikë mund të diskutohet se sa arrin kjo pagesë për ta mbajtur ish të punësuarin mbi nivelin e varfërisë, por gjithsesi duhet thënë që në këtë pikë trajtimi është i njëjtë për të

⁴⁴ Ratifikuar më 27 Shkurt 1997

⁴⁵ Ratifikuar më 16 Shkurt 1998

⁴⁶ Ratifikuar më 2 Gusht 2001

⁴⁷ Neni 53 i ligjit nr.7703, datë 11.5.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”

⁴⁸ VKM nr. 161, datë 21.3.2018 “Për pagesën e së ardhurës nga papunësi”

gjitha kategoritë profesionale dhe legjislacioni në këtë pikë është gjithëpërfshirës, pra nuk bën dallime⁴⁹.

Një risi në rekrutimin e personelit shëndetësor është përcaktimi me ligj i portalit “I nfermierë për Shqipërinë^{50,51}, e cila është “një platformë on-line ku kandidatët për profesionistë shëndetësorë, anëtarë të Urdhrit të Infermierit regjistrohen për të marrë pjesë në konkurrimin për një pozicion pune në institucionet publike të kujdesit shëndetësor”.

Kjo nismë rrit transparencën në procesin e përzgjedhjes dhe caktimit të vendit të punës, duke krijuar më shumë siguri në vazhdimësinë e marrëdhënieve të punës. Duhet thënë se në rast të ndërprerjes së njëanshme të marrëdhënies së punës, Kodi i Punës ia ngarkon barrën e provës punëdhësit, duke e mbrojtur më tej punëmarrësin⁵².

Ndërkohë në Shqipëri nuk flitet ende për konceptin e “*Fexicurity*”⁵³, si një mekanizëm i aftë për të ndërthurrur politikat aktive në tregun e punës, nevojat e punëdhënësve për të pasur fleksibilitet dhe mbrojtjen sociale. Instrumente të tilla bëhen shumë të rëndësishme në një situatë kur sistemet shëndetësore duhet të përshtaten me nevoja në territor që ndryshojnë dhe që kërkojnë përgjigje të shpejta.

Një temë që ndoshta duhet filluar të trajtohet në lidhje me stabilitetin në punë si dhe tendencën e personelit shëndetësor për të emigruar, janë skemat e punës së përkohshme jashtë vendit që shoqërohen me reintegrimin e personelit në rast kthimi. Kjo gjë do të rriste mundësinë e kthimit të personelit shëndetësor, në rastet kur kushtet e përgjithshme në vendin pritës mund të mos jenë më të favorshme.

VI.7. Mundësi dhe trajtim i barabartë në punësim

Indikatorët e ILO për mundësitë e barabartë në punë lidhen me segregacionin në vendet e punës, pra me shpërndarjen e punëmarrësve në kategori të caktuara profesionale në mënyrë të zhdrejtë, bazuar në përkatësinë etnike, bindjet, gjininë, ose faktorë të tjerë diskriminues. Segregacioni mund të ketë natyrë horizontale, pra kur për shembull nëse marrim gjininë, përqendrimi i personave me të njëjtën gjini në të njëjtën profesion, ose vertikal, kur persona nga e njëjta gjini janë të përqendruar më poshtë në hierarki.

Duhet thënë paraprakisht se sektori shëndetësor është një sektor ku segregacioni në punë, kryesisht ai mbi baza gjinore është prezent në nivel global. Në një raport të fundit të OBSH dhe Fondi Global, të vitit 2019, i titulluar “Shërbim i dhënë nga gratë dhe i drejtuar nga

⁴⁹ Edhe pse duhet thënë se Shqipëria nuk ka ratifikuar konventën C158 “Për mbarimin e marrëdhënieve të punës” të 1982.

⁵⁰ Ligji 27/2019 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin 10 107, datë 30.03.2009 “Për systemin e përkujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar”

⁵¹ Ekziston edhe për mjekët.

⁵² Pika 10, neni 9, ligji 136/2015 “Për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin nr. 7961 datë 12.7.1995, “Kodi i Punës në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.”

⁵³https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/ECMS_093856/lang-en/index.htm

burrat”⁵⁴, kuptohet qartë që segregacioni është horizontal, ku 24 milionë nga 28.5 milionë infermirë dhe mami në nivel global janë gra, por segregacioni është dhe vertikal, pasi burrat janë më të qasur të jenë mjekë apo mjekë specialistë, duke zënë dhe pozicione më të larta në hierarki. Gratë në sektorin shëndetësor në nivel global fitojnë 28% më pak se burrat, e 10% i dedikohet segregacionit në punë, pra përqendrimit në pozicione pune me paga më të ulëta.

Ndërkohë në raportin Institutit Evropian për Barazi Gjinore të vitit 2017 dorëzuar ne Këshillin e Bashkimit Evropian me titull “Segregacioni gjinor në edukim, trajnime dhe treg pune”⁵⁵ del që sektori shëndetësor është një nga sektorët me kualifikime të larta ku prezenca e grave dhe vajzave është rritur ndjeshëm, edhe pse në shtatë vende nga 28 të Bashkimit Evropian diferenca e pagës mbi baza gjinore kalon 20%.

Ndërkohë në Shqipëri jemi në të njëjtat kushte. Në raportin “Burra dhe Gra 2019” shihet qartë një diferencë e madhe mes pagave të grave dhe burrave ku në shëndetësi, edhe sipas të dhënave të databazës ndëraktive të INSTAT rezulton se gratë kanë një diferencë page – 20%.

Një ndër arsyt kryesore të kësaj difference është segregacioni horizontal në profesionet me paga më të ulëta dhe segregacioni vertikal, duke qenë më shumë burra në nivele drejtuese.

Kështu afërsisht 60% e personelit të sistemit shëndetësor janë infermierë dhe mami, që ka dhe një përqindje grash dhe vajzash më të lartë që varion 82 – 85%. Nga tabela 21 duket qartë se diferenca mbi bazë grup – profesioni është tre pikë më e lartë se ajo mbi bazë sektori, e kjo mund të lidhet me faktin se profesionet e tjera mbështetëse, si për shembull ato administrative kanë diferencë gjinore më të ulët.

Tabela 21: Diferenca në pagë mbi baza gjinore e marrë si grup-profesione shëndetësore dhe e marrë si sektor ekonomi.

Hendeku gjinor i pagës		2014	2015	2016	2017	2018
Gjithsej		10	11.47	11.44	10.46	10.7
Sipas grupeve kryesore të profesioneve	Specialistë të shëndetësisë	26	25.9	25.65	26.53	26.1
Sipas aktiviteti ekonomik	Shëndetësia dhe veprimtari të tjera sociale	24	23.5	23	22.8	23.4

Segregacioni horizontal duket se do të vazhdojë ende, sepse nga trendi i regjistrimeve në universitete dhe studentëve që po ndjekin këto degë.

Tabela 22: Studentë të regjistruar në degët e shëndetësisë dhe përqindja e vajzave.

⁵⁴ Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce, WHO and Global Fund, 2019

⁵⁵ Gender segregation in education, training and the labour market, European Institute for Gender Equality (EIGE) 2017

		2016		2017		2018	
		Gjithsej	% Femra	Gjithsej	% Femra	Gjithsej	% Femra
Bachelor	Shkenca Mjekësore	2943	82	1836	84	1455	85
	Infermieri	4594	81	3936	82	3527	81
	Mjekësi	68	90	26	88	26	88
Master	Shkenca Mjekësore	5118	78	5075	79	5394	80
	Mjekësi	4018	76	3909	77	1991	75
	Infermieri	1100	84	1152	87	1316	87
	Stomatologji	.		14	93	666	74
	Farmacii	.		.		901	84

Për sa i përket anës ligjore Kodi i Punës, neni 9 ndalon çdo formë diskriminimi⁵⁶ dhe me ndryshimet e vitit 2015 ngarkon me barrën e provës punëdhënësin, në rastet e ankimimit nga punëmarrësi. Gjithashtu Shqipëria ka ratifikuar konventën e ILO nr. 111 të 1958, për diskriminimin⁵⁷.

Në praktikën e ankimimeve në institucionet garantuese si Komisioneri kundër Diskriminimit dhe Avokatit të Popullit vërehen pak ankimime. Në pesë vjet ka pasur 28 ankimime tek institucioni i parë dhe afërsisht 20 tek i dyti. Ankimimet lidhen kryesisht me diskriminimin mbi baza individuale, për bindje politike ose zgjidhje kontrate të pajustificuar. Nga 28 ankese ku 14 ankimime që kanë ardhur tek Komisioneri kundër Diskriminimit kanë dalë me vendim të Komisionerit për diskriminim, kryesisht për “bindje politike”, pastaj nga një rast për “moshë”, “arsimim”, “bindje fetare.”

VI.8. Ambjent pune i sigurtë

Personeli i sistemit shëndetësor është i rrezikuar në vendin e punës si çdo kategori tjetër punonjësish. Organizata Botërore e Shëndetësisë rendit disa nga rreziqet që i kanosen, më specifikisht personelit shëndetësor⁵⁸: a) rreziqet biologjike, si Tuberkulozi, Hepatiti, HIV/AIDS; b) rreziqet kimike, të tilla si, glutaraldehidi, oksidi i etilenit; c) rreziqet fizike, të tilla

⁵⁶ 1. Në ushtrimin e së drejtës për punësim dhe profesion, ndalohet çdo formë diskriminimi, eparashikuar në këtë Kod dhe në legjislacionin e posaçëm për mbrojtjen nga diskriminimi.

2. Me “diskriminim” kuptohet çdo dallim, përjashtim, kufizim ose parapëlqim, që bazohet në gjininë, racën, ngjyrën, etninë, gjuhën, identitetin gjinor, orientimin seksual, bindjet politike, fetare ose filozofike, gjendjen ekonomike, arsimore ose shoqërore, shtatzëninë, përkatësinë prindërore, përgjegjësinë prindërore, moshën, gjendjen familjare ose martesore, gjendjen civile, vendbanimin, gjendjen shëndetësore, predispozicionet gjenetike, aftësinë e kufizuar, jetesën me HIV/AIDS, bashkiminose përkatësinë në organizata sindikale, përkatësinë në një grup të veçantë, ose në çdo shkak tjetër, që kasi qëllim ose pasojë të pengojë ose të bëjë të pamundur ushtrimin e së drejtës për punësim dhe profesion, në të njëjtën mënyrë me të tjerët.

⁵⁷ Ratifikuar në vitin 1997

⁵⁸ Në këtë link gjendet një seksion i dedikuar nga OBSH mbi rreziqet dhe sigurinë në punë të personelit shëndetësor, sëbashku me disa linqe të tjera të lidhura me linjat guidë të sigurisë në vendin e punës.

si zhurma, rrezatimi, rrëshqitje dhe rënie; d) rreziqet ergonomike, siç është ngritja e peshave tërënda; e) rreziqet psikosociale, siç janë ato të lidhura me oraret dhe turnet, dhuna në vendin e punës dhe stresi; ë) rreziqe nga zjarri dhe shpërthimet, që mund të vinë si rezultat i përdorimi të lëndëve të djegshme si oksigjeni, lëndët me alkool, si dhe f) rreziqet elektrike, si pasojë për shembull e pajisjeve që mund të kenë tela ushqyes të zbuluar.

Vetë Organizata Ndërkombëtare e Punës në rubrikën e dedikuar vendit tonë⁵⁹ për sa i përket sigurisë dhe shëndetit në punë, rendit disa dokumente strategjike, ku interes të veçantë ka Dokumenti i Politikave për Sigurinë dhe Shëndetin 2016 – 2020⁶⁰. Edhe pse dokumenti ka natyrë horizontale, pra merret me të gjithë sektorët e punësimit, në të përcaktohen dy objektiva specifike për harmonizimin e direktivave Evropiane⁶¹, si për shembull ajo për rregullimin e orareve të punës për disa grupe punonjësish⁶², si dhe direktiva për dëmtimet nga objektet e mprehta apo shpurëse në spitale dhe në sektorin e shëndetësisë⁶³.

Për sa më lart, duke pasur parasysh se personeli i sistemit shëndetësor klasifikohet kryesisht në personelin që punon në sektorin e shërbimeve, për këtë kategori vlen të përmendet në kuadrin ligjor si vijon, konventa për sigurinë dhe shëndetin në punë e vitit 1981 – C155⁶⁴, ligji kuadër që rregullon lëndën në vendin tonë është ai nr. 10.237 date 18.02.2010 “Për sigurinë dhe shëndetin në punë”, ndërkohë që në zbatim të tij janë disa rregullore dhe akte të tjera për sa i takon organit këshillimor për sigurinë dhe shëndetin në vendin e punës (Këshilli i Sigurisë dhe Shëndetit në Punë), ku ka të drejtë të përfaqësohet dhe punëmarrësi⁶⁵, kompetencat bazë të personave që merren me çështjet e sigurisë dhe shëndetit në punë⁶⁶,

⁵⁹https://www.ilo.org/dyn/legosh/en/f?p=14100:1100:0::NO:1100:P1100_ISO_CODE3,P1100_SUBCODE_CODE,P1100_YEAR:ALB,,2016:NO

⁶⁰ Miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr.. 371, datë 18 Maj 2016

⁶¹ Dokumenti bazohet në disa dokumente të tjera strategjike, ku vlen të përmendet Kuadri ligjor i BE për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë 2014/2020, si dhe strategjia globale e OBSH për dhëndet për të gjithë në punë. Gjithsesi në kuadrin ligjor direktiva kryesore për sigurinë dhe shëndetin në punë për Bashkimin Evropian mbetet Direktiva 89/391/EEC – Direktiva kuadër për sigurinë dhe shëndetin në punë.

⁶² Direktiva 2003/88/EC e Parlamentit Evropian dhe e Këshillit, datë 4 nëntor 2004, për disa aspekte të rregullimit të kohës së punës, ku specifikisht në nënpikën (i) të pikës (3) të nenit 17, shpjegohet se për institucione si spitalet (për shembull) ku duhet të sigurohet vazhdimësia e shërbimit mund të bëhen për sa i përket neneve të tjera që përcaktojnë qartë oraret e punës maksimale brenda 24 orëshit dhe brenda 7 ditëshes. Gjithsesi nuk duhet që të kalohet kufiri prej 48 orësh në javë, pra turnet e zgjatura duhet të zëvendësohen me pushime respektive ndërmjet tyre.

⁶³ Direktiva 2010/32/EU – për parandalimin e dëmtimeve me sendeve prerëse apo shpurëse në spitale dhe sektorin e shëndetësisë.

⁶⁴ Ratifikuar në 9 Shkurt 2004 nga Parlamenti.

⁶⁵ VKM Nr.107, datë 09.02.2011“Për përbërjen, rregullat e organizimit dhe të funksionimit të Këshillit të Sigurisë dhe Shëndetit në Punë dhe Përfaqësuesit të Punëmarrësve”

⁶⁶ VKM Nr.108 datë 09.02.2011“Për aftësitë që duhet të plotësojnë punëmarrësit, personat dhe shërbimet e specializuara, që merren me çështjet e sigurisë dhe të shëndetit në punë”

kërkesat minimale për siguri dhe shëndet në punë⁶⁷, për përdorijen e makinerive⁶⁸ dhe mjeteve mbrojtëse⁶⁹.

Janë dhe disa rregullore më specifike si ato ndaj substancave dhe agjentëve kancerogjenë dhe mutagjenë⁷⁰, agjentëve të ndryshëm kimikë dhe biologjikë^{71,72}, ndaj dridhjeve mekanike dhe zhurmave^{73,74}, pajisjet me monitor⁷⁵, rrezatimet^{76,77}, si dhe rastet kur punëmarrësi është nënë e re apo shtatzënë⁷⁸, e rëndësishme kjo e fundit duke parë përqindjen e lartë të vajzave dhe grave në disa grup-profesione të sektorit të shëndetësisë.

Gjithsesi në analizën tonë kuadri rregullues mund të pasurohet me disa akte, ose linja guidë të qarta për personelin të sistemit shëndetësor. Kështu përtej atyre të përmendura në Dokumenti i Politikave për Sigurinë dhe Shëndetin 2016 – 2020, mund të gjejë vend edhe përdorimi i linjave guidë për të adresuar dhunën në vendin e punës në sistemin shëndetësor⁷⁹, si dhe linjat guidë për mbrojtjen nga HIV/AIDS edhe Tuberkuloz⁸⁰.

Mbetet për t'u vlerësuar ngritja e Këshillave të Sigurisë dhe Shëndetit në Punë, të cilat edhe kur krijohen, kanë rrezikun të jenë thjeshtë instrumente formalë, duke mos i dhënë punëmarrësve një hapësirë institucionale për të ngritur problematikat e sigurisë dhe shëndetit në punë me punëdhënësin.

Për sigurinë në punë, në nivel makro, ILO përdor numrin e punonjësve të aksidentuar në vendin e punës dhe numrin e vdekjeve në vendin e punës, që nga raportet e Inspektoratit të Punës nuk del i disagreguar.

⁶⁷ VKM Nr. 564, datë 3.7.2013, për miratimin e Rregullores “Për Kërkesat Minimale të Sigurisë dhe Shëndetit në Vendin e Punës”.

⁶⁸ VKM Nr. 562, datë 3.7.2013, për miratimin e Rregullores “Për Kërkesat Minimale të Sigurisë dhe shëndetit në Përdorimin e Pajisjeve të Punës në Vendin e Punës”.

⁶⁹ VKM Nr. 563, datë 3.7.2013, për miratimin e Rregullores “Për Kërkesat Minimale të Sigurisë dhe Shëndetit për Përdorimin e Pajisjeve Mbrojtëse Individuale në Vendin e Punës”.

⁷⁰ VKM Nr. 520, datë 6.8.2014, për miratimin e Rregullores “Për mbrojtjen e sigurisë dhe shëndetit të punëmarrësve nga risqet e lidhura me kancerogjenët dhe mutagjenët në punë”.

⁷¹ VKM Nr. 522, datë 6.8.2014, për miratimin e Rregullores “Për mbrojtjen e sigurisë dhe shëndetit të punëmarrësve nga risqet e lidhura me agjentët kimikë në punë”.

⁷² VKM Nr. 550, datë 27.8.2014 për miratimin e Rregullores “Për mbrojtjen e sigurisë dhe shëndetit të punëmarrësve nga risqet e lidhura me ekspozimin ndaj agjentëve biologjikë në punë”.

⁷³ VKM Nr. 841, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me dridhjen mekanike në vendin e punës”.

⁷⁴ VKM Nr. 842, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me zhurmën në vendin e punës”.

⁷⁵ VKM Nr. 521, datë 6.8.2014, për miratimin e Rregullores “Për kërkesat minimale të sigurisë dhe shëndetit për punën me pajisje me ekran shfaqës”.

⁷⁶ VKM Nr. 844, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me rrezatimin jojonizues në vendin e punës”.

⁷⁷ VKM Nr. 843, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me rrezatimin optik në vendin e punës”.

⁷⁸ VKM Nr. 634, datë 15.7.2015 Për Miratimin e Rregullores “Për prezantimin e masave për sigurinë dhe shëndetin në punë të grave shtatzëna dhe nënave të reja”.

⁷⁹ Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector, WHO and ILO, 2002.

⁸⁰ Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB, WHO ILO UNAIDS, 2010

Tabela 23. Nr i aksidenteve në të gjithë sektorëttë raportuar nga inspekrati përgjegjës për punën:

	2015 ⁸¹	2016 ⁸²	2017 ⁸³	2018 ⁸⁴
Punëmarrës të aksidentuar, nr.	130	99	137	195
Inspektime për aksident në punë, nr.	121	98	115	162
Të aksidentuar me vdekje, nr.	24	12	18	27

Këto të dhëna, veçmas nuk ndihmojnë shumë, gjithsesi në krahasim me grup-profesione të tjera, të mendojmë për ndërtimin, industrine nxjerrëse apo forcat e rendit, për sa i takon personelit shëndetësor është më e rrallë që të ketë pasoja invaliduese si shkak i një aksidenti në punë dhe ende më e rrallë që këto pasoja nga aksidentet të jenë fatale aty-për-aty. Ndërkohë, është mëse e mundshme që këto rrjedhoja invaliduese deri dhe fatale të vinë si rezultat i sëmundjeve të marra si rezultat i punës, që mund të jenë infektive dhe jo-infektive. Për këtë arsye edhe dhënia e treguesve sasiorë për këto grup – profesione mbetet e vështirë.

Gjithsesi një statistikë tjetër që do ishte e nevojshme dhe e mundur që të mbahet janë numri i rasteve të dhunës ndaj personelit shëndetësor, që raportohen pjesërisht dhe nuk mbahen në ndonjë regjistër. Nga kërkimi në portalet e lajmeve, vetëm këtë vit kemi evidentuar 4 raste ^{85, 86, 87}, ku tre me dëmtime jo-invaliduese, por këto mund të jenë disa herë më shumë, pasi jo të gjitha raportohen në organet kompetente, ose nuk publikohen në media. Një rast për t'u përmendur është plagosja me pasoja invaliduese i një mjeku në Tiranë në vitin 2008.

Në rastet e episodeve të dhunës ndaj mjekëve ka pasur organizime dhe protesta nga mjekët, që kanë tubuar paqësisht në ambjentet e vendit të punës. Për t'u përmendur se në Maj 2019⁸⁸, në Parlament është propozuar nga mazhoranca një projektligj për amendimin e Kodit Penal ku kërkohet rritja e dënimeve për rastet e dhunimit të mjekëve, krahas edhe disa grup-profesioneve të tjera.

Për sa i takon benefiteve në rast dëmtimi në vendin e punës, personeli i sistemit shëndetësor ka mbulimin që jep legjislacioni në fuqi si për të gjithë grup-profesionet e tjera⁸⁹, pra sipas rastit, për dëmtim të përkohshëm apo të përhershëm përfiton nga skemat publike.

⁸¹ Analizë e Treguesve të Inspektimit Viti 2015, Inspektoriati Shtetëror i Punës dhe Shërbimeve Shoqërore

⁸² Analizë e Treguesve të Inspektimit Viti 2016, Inspektoriati Shtetëror i Punës dhe Shërbimeve Shoqërore

⁸³ Analizë e Treguesve të Inspektimit Viti 2017, Inspektoriati Shtetëror i Punës dhe Shërbimeve Shoqërore

⁸⁴ Analizë e Treguesve të Inspektimit Viti 2018, Inspektoriati Shtetëror i Punës dhe Shërbimeve Shoqërore

⁸⁵ <https://shqiptarja.com/lajm/vdes-pacienti-ne-vlore-familjaret-dhunojne-mjekun>

⁸⁶ <https://shqiptarja.com/lajm/dhuna-ndaj-mjekëve-stroni-nese-perserit-do-te-marrim-vete-masa>

⁸⁷ <https://shqiptarja.com/lajm/dhunohet-një-tjetër-mjek-në-detyrë>

⁸⁸ <https://www.parlament.al/Neës/Index/8403>

⁸⁹ Kodi i Punës, ligj nr.7889, datë 14.12.1994, “Për statusin e invalidit”, si dhe ligji nr.7703, datë 11.5.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”, si dhe në rastet kur dëmtimi vjen si pasojë e neglizhencës, apo Mospërbushjes së kushteve të punës nga punëdhënësi, dëmshpërblim mund të kërkohet edhe nëpërmjet Kodit Civil.

VI.9. Siguri sociale

Për sa i takon sigurisë sociale në nivel makro, ILO përcakton tregues si përqindja e popullsisë mbi 65 vjeç që përfiton pension, përqindja e produktit të brendshëm që shkon për siguri sociale, si dhe nga ana ligjore janë kërkesa të tjera si kuadri ligjor për pensionet, pagesa në rastet e shkëputjes për sëmundje, apo me leje lindje, apo pensione invaliditeti.

Për sa më lart, Shqipëria ka ratifikuar edhe konventën mbi standartet minimale të sigurisë sociale C102, të 1952⁹⁰. Pra nga ana ligjore vendi ynë ka një kuadër ligjor që garanton pensione pleqërie, pensione invaliditeti, si dhe pagesa gjatë shkëputjes nga puna për arsye shëndetësore apo dhe raste të tjera⁹¹, duke i siguruar punëmarrësit vazhdimësi të ardhurash dhe të vendit të punës.

Përtej konventës, ILO ka nxjerrë një rekomandim për nivelin bazë të mbrojtjes sociale – R202, 2012, të cilën vendi ynë nuk e ka përcjellë. Rekomandimi përcakton a) akses në një paketë bazë mallrash dhe shërbimesh të përcaktuara në shkallë vendi; b) nivel bazë të ardhurash për fëmijët; c) nivel bazë të ardhurash për personat në moshë aktive që nuk janë në gjendje të fitojnë mjaftueshëm; d) nivel bazë të ardhurash për personat e moshuar.

Çështja qëndron në aspektin e vlerës, pra sa përqindje të produktit të brendshëm i japim në sigurisë sociale.

Tabela 24. Shpenzimet publike për sigurinë sociale, viti 2000 dhe viti më i fundit në dispozicion (përqindje e GDP), marrë nga baza e të dhënave të ILO⁹²

	Viti 2000	Viti i fundit		Burimi
Evropa perëndimore		17.98		
Evropa qendrore dhe jugore		14.08		
Albania	8.26	7.90	2007	IMF
Austria	19.90	20.40	2005	OECD
Bulgaria	14.11	12.04	2007	IMF
Croatia	19.14	15.72	2007	IMF
France	20.60	21.40	2005	OECD
Gjermani	18.50	19.00	2005	OECD
Greqi	14.50	14.90	2005	OECD
Hungari	15.10	16.50	2005	OECD
Itali	17.50	18.20	2005	OECD
Maqedonia e Veriut	17.80	24.80	2002	SSI
Mali i Zi	22.40	17.40	2003	SSI
Hollandë	14.80	14.90	2005	OECD
Rumani	10.12	11.02	2007	IMF

⁹⁰ Ratifikuar më 18 Janar 2006.

⁹¹ Kodi punës, Kreu XI, pika E

⁹² <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=361>

Serbi	20.50	15.93	2007	IMF
Siloveni	17.73	16.56	2006	IMF

E gjitha kjo analizë është në nivel makro dhe nuk është vetëm për personelin e sistemit shëndetësor, por për të gjithë sektorët e ekonomisë. Duke qenë sistemi shëndetësor i përbërë nga shumë institucione publike dhe private, nga ana tjetër nën presionin e formalizimit të personelit shëndetësor edhe për arsye lejesh dhe licencash, vlera e kontributeve sociale mund të dalë më e ulët, ose për shkak të deklarimit më të ulët të pagës nëse punojnë në privat, ose anashkalimin e pagesës së kontributeve nëse janë në punësim të dytë.

Gjithsesi, ajo që mbetet, është niveli i ulët i shpenzimeve publike për siguri sociale, gjë që përkthehet edhe në pensione më të vogla dhe një ulje të sigurisë sociale. Kjo vlen për të gjitha grup – profesionet.

VI.10. Dialog social, me përfaqësim të punonjësve.

ILO përcakton disa tregues për të vlerësuar gjendjen e dialogut social të punonjësve. Një ndër to është dendësia e sindikatave në sektor⁹³. Në Shqipëri ka disa sindikata që funksionojnë nën ombrellën e një federate apo bashkimi sindikatash, ose edhe si të pavarura.

Në Konfederatën e Sindikatave të Shqipërisë⁹⁴ janë regjistruar Sindikata e Punonjësve në Shërbimin Spitalor dhe Ambulator, Sindikata e Punonjësve në Shërbimin parësor, Sindikata e Punonjësve të Shërbimit Stomatologjik, Sindikata e Punonjësve të Shërbimit Farmaceutik, Sindikata e Punonjësve të Shërbimit të Infrastrukturës Shëndetësore (shërbime mbështetëse).

Ekzistojnë disa sigla të sindikatave të shëndetësisë si vijon: Sindikata e pavarur e Shëndetësisë së Shqipërisë⁹⁵, Federata Sindikale e Shëndetësisë së Shqipërisë⁹⁶, Sindikata e Shëndetësisë Shqiptare⁹⁷, Sindikata Autonome e Shërbimit Shëndetësor⁹⁸, Sindikata e Farmacistëve në Republikën e Shqipërisë⁹⁹. Së fundmi vlen të përmendet deklarata e zëvendës-presidentit të Urdhrit të Infermierit për krijimin e Sindikatës së Infermierëve¹⁰⁰. Pra siç mund të shihet, në një sistem shëndetësor të vogël si ai i vendit tonë ka një dendësi të lartë të sindikatave¹⁰¹ të punëdhënësve.

⁹³ Union density rate

⁹⁴ Vendim nr. 2010, datë 17.03.2011

⁹⁵ Vendim nr. 4825, datë 19.09.1997

⁹⁶ Vendim nr. 3116, datë 28.09.2011

⁹⁷ Vendim nr. 1034, datë 27.02.1997

⁹⁸ Urdhri nr. 9/1, datë 04.05.1993

⁹⁹ Vendim nr. 3118, datë 05.04.2018

¹⁰⁰ <https://www.kohajone.com/2019/09/29/krijohet-sindikata-e-infermiereve/>

¹⁰¹ Këto janë sindikatat që ishte e mundur të evidentoheshin nga analiza e studimit, por nuk përjashtohet mundësia e ekzistencës së sindikatave të tjera.

Nga ana tjetër një tregues tjetër me interes është prania e shoqatave të punëdhënësve¹⁰², e cila për vetë strukturimin e sistemit shëndetësor në vend, nuk pritet të jetë domëthënëse. Shumica e sistemit shëndetësor përbëhet nga institucione dhe ndërmarrje publike, të cilat përfaqësohen sipas rastit nga Ministria përgjegjëse për Shëndetësinë (kryesisht), ose Ekonominë.

Nga ana tjetër ekzistojnë disa spitale private, të cilat janë punëdhënës me peshë (gjithnjë duke e raportuar me përmasat e sistemit tonë shëndetësor), por gjatë kërkimit të bërë në kuadër të këtij studimi, nuk është evidentuar ekzistenca e një bashkimi, apo forme tjetër të përfaqësimit të këtyre subjekteve.

Ndërkohë për sa i përket subjekteve që operojnë në nënsektorin farmaceutik kemi prezencën e Shoqatës së Importuesve dhe Shpërndarësve të Produkteve Farmaceutike, që janë punëmarrës në këtë sektor, e cila gjithsesi deri tani, në analizën tonë, nuk është marrë me shumë me çështjet e lidhura me përfaqësimin e interesave të tyre specifike si punëmarrës. Ndërkohë që për punëmarrësit privatë që ofrojnë shërbime stomatologjike, laboratorike dhe ambulatoriale, në analizën tonë nuk janë vërejtur forma të organizimit të tyre që mund të cilësohen si organizata të punëmarrësve të sektorit.

Punëmarrësi më i madh në sistemin shëndetësor në vendin tonë është vetë shteti, i përfaqësuar kryesisht nga Ministri përgjegjës për Shëndetsinë¹⁰³, që është dhe anëtar i Këshillit Kombëtar të Punës, që është dhe përgjegjës për dialogun dhe konsultimet tripalëshe¹⁰⁴.

Një tregues tjetër sasior i rëndësishëm për qenësinë e dialogut social është raporti i punonjësve në kontratë kolektive në sistemin shëndetësor¹⁰⁵. Zyrtarisht Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ka nënshkruar në cilësinë e punëmarrësit një kontratë kolektive me Konfederatën e Sindikatave të Shqipërisë para dy vjetësh me një afat tre vjeçar¹⁰⁶.

Kjo do të thotë se nga ana sasimore punëdhënësit e sistemit shëndetësor janë në masë të madhe nën një kontratë kolektive, pasi punonjësit e sistemit shëndetësor publik janë pjesë e kësaj kontrate¹⁰⁷, kjo është e rëndësishme pasi në hierarkinë e akteve kanë përparësi mbi kontratën individuale dhe rregulloren e brendshme të punëmarrësit¹⁰⁸.

¹⁰² Enterprises belonging to employer organization

¹⁰³ Vendim i Këshillit të Ministrave nr. 730, datë 6 Nëntor 2003

¹⁰⁴ Tripartite consultations ëshë një tregues i kuadrit ligjor sipas ILO.

¹⁰⁵ Collective bargaining coverage rate ëshë një tregues kuantitativ ligjor sipas ILO.

¹⁰⁶ Nënshkruar më 26 Shkurt 2018, e vlefshme deri në 26 Shkurt 2021, e në vijim deri në nënshkrimin e një kontrate pasardhëse sipas neni 4 dhe pikës 2. Neni 26 të kontratës kolektive më lart.

¹⁰⁷ Neni 5, fusha e zbatimit të kontratës, Kontrata Kolektive 26 Shkurt 2018, bazuar neni 161, Kreu XV, Kodi i Punës, ndërkohë që në bazë të nenit 162, subjekte të lidhura mund të quhen gjithë institucionet publike, nën varësinë apo fushën e përgjegjësisë së Ministrisë së Shëndetësisë.

¹⁰⁸ Kodi i Punës gërma pika 1, neni 11, Kreu 11

Procedurat e lidhjes së kontratës kolektive fillojnë me kërkesat për bisedime për lidhjen e kësaj kontrate, e cila përcakton procedurat e kërkesës nga ana e një organizate punëmarrëse përfaqësuese, kjo vazhdon me një afishim publik nga ana e punëdhënësit, që ka për qëllim, ndërmjet të tjerash, edhe vërtetimin e përfaqësueshmërisë së organizatës së punëmarrësve¹⁰⁹.

Kontrata kolektive më lart mund të ishte shtrirë në të gjithë sistemin shëndetësor në vend, ose sipas përcaktimit në Kodin e Punës¹¹⁰, në të gjithë degën e aktivitetit, me urdhër të ministrit përgjegjës për punën, por në analizën tonë për këtë studim nuk kemi evidentuar, as urdhrin e ministrit dhe aq më tepër aktin rregullues për nxjerrjen e këtij urdhri, që duhet të përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Nga ana përmbajtësore kontrata kolektive përmban disa garanci për t'u vlerësuar si detyrimi i punëdhënësit për garantimin e parkimit falas për makinat e të gjithë punonjësve brenda ambienteve të spitalit në një hapësirë të përshtatshme, gjatë kohës së punës.

Përtej kushteve të tjera të punës të përcaktuara në akte të tjera ligjore dhe nënligjore, si për kushtet e punës, mjetet mbrojtëse, higjienën, si dhe subvencione për transportin. Një tjetër garanci është dhe detyrimi i punëdhënësit në rast të largimit nga puna për t'u konsultuar me konfederatën/sindikaten/këshillin sindikal përkatës¹¹¹, gjë që bëhet edhe në rastet e transferimeve¹¹².

Në shumë aspekte të tjera, do ishte nevoja që kontrata kolektive të kishte përcaktuar disa dispozita që të rregullonin më në detaje mbi kohën e pushimit apo dhe çështje të tjera të lidhura me pagesat për oraret e tejzgjatura, masa mbrojtëse për rreziqet nga puna, apo rrugëtimit të karrierës dhe fitimin e specializimeve për punonjësit brenda sistemit shëndetësor publik, duke pasur edhe dispozita të posaçme sipas shtrirjes gjeografike, natyrës së punës apo punëmarrësit specifik, moshës, gjinisë dhe gjendjes familjare. Dispozita këto, që për natyrën e sektorit duhet të ishin më të favorshme se sa kuadri ligjor ekzistues. Nga ana e treguesve të kuadrit ligjor¹¹³, e drejta sindakale¹¹⁴, e drejta e kontratës kolektive¹¹⁵ dhe ajo e dialogut trepalësh¹¹⁶ garantohen në Kodin e Punës dhe nga konventat e ratifikuara të ILO.

¹⁰⁹ Neni 163 dhe 164, Kreu V, Kodi i Punës. Procedurat për vërtetimin e përfaqësueshmërisë dhe ankimimit nga ana e organizatave të tjera janë të detajuara në këtë aspekt

¹¹⁰ Pika 4, neni 162, Kreu XV, Kodi i Punës.

¹¹¹ Neni 12, kontrata kolektive e 26 Shkurtit 2018

¹¹² Neni 11, kontrata kolektive e 26 Shkurtit 2018

¹¹³ Freedom of association, collective bargaining rights dhe tripartiate consultations

¹¹⁴ Neni 10, Kreu III, Kodi i Punës; Konventa C087, e ratifikuar në 3 Qershor 1957

¹¹⁵ Neni 159-175, Kreu XV, Kodi i Punës; Konventa C098, e ratifikuar në 3 Qershor 1957

¹¹⁶ Neni 200, Kreu XVIII, Kodi i Punës; Konventa C144, e ratifikuar në 30 Qershor 1999

Një aspekt tjetër i rëndësishëm është dinamika mes urdhrave profesionalë ose shoqatave të kategorisë dhe sindikatave. Në disa vende këto konflikte kanë përshkallëzuar¹¹⁷ si pasojë e çështjeve të lidhura me tarifat për anëtarësim që për urdhrat profesionalë dhe disa shoqata janë të detyrueshme për efekt të ushtrimit të profesionit. Kuptohet që urdhrat dhe shoqatat kanë funksione të ndryshme nga sindikatat, njëra palë përfaqëson interesat e profesionit në funksion të sigurisë dhe cilësisë së shërbimit, ndërsa tjetra aspektet kontraktuale, si dhe të drejtat e punëdhënësve në përgjithësi. Përgjithësisht marrëdhëniet ndërmjet sindikatave dhe urdhrave e shoqatave janë marrëdhënie bashkëpunimi, gjithsesi duhet pasur gjithnjë kujdes që kjo frymë të ruhet dhe organizatat të mos kërkojnë të prevalojnë, ose shkelin në territorin e njëra tjetrës, duke sjellë një barrë të tepërt kësaj për vetë personelin e sistemit shëndetësor, që në fund të fundit mban dhe kostot e funksionimit të tyre.

VI.11. Konventa specifike të ILO për personelin shëndetësor

Një ndër kategoritë e personelit shëndetësor që rezulton më vulnerabël, e ekspozuar edhe ndaj papunësisë, siç u pa dhe në krizën e fundit ekonomike globale¹¹⁸, ku nga raporti i Federatës Evropiane të Infermierëve, (i) gjysma e anëtarëve raportuan ulje të pagave, ngrirje të tyre, si dhe rritje të papunësisë, si dhe (ii) ulje në detyrë të infermierëve ose zëvendësim me punonjës më pak të kualifikuar.

Kjo dukuri nuk është e re, sepse gjithnjë kategoria e infermierëve ka qenë më e ekspozuar ndaj rreziqeve në marrëdhëniet e punës, por nga ana tjetër sërish kjo kategori mbetet kritike për garantimin e shëndetit të popullatës. Prandaj dhe historikisht organizata ndërkombëtare kanë mbështetur politika në favor të kësaj kategorie profesionale.

Vlen të përmendet Konventa e ILO C149 (1977) për personelin e infermierëve dhe rekomandimi R157 (1977). Këto kanë për qëllim garantimin e disa elementeve si vijon:(i) edukim dhe trajnim të përshtatshëm për ushtrimin e profesionit; (ii) kushte pune tërheqëse, duke përfshirë perspektiva karriere, shpërbim dhe sigurimin shoqëror; (iii) rregulla për siguri shëndet në punë për infermierët; (iv) pjesëmarrje e personelit infermier në planifikimin e shërbimeve; (v) konsultimi me personelin infermier lidhur me punësimin dhe kushtet e punës; (vi) mekanizma të zgjidhjes së mosmarrëveshjeve. Fatkeqësisht vendi ynë nuk e ka ratifikuar ende këtë konventë¹¹⁹.

VII. Anketim - Marrëdhëniet e punës me profesionistët e shëndetësisë

VII.1. Çështjet e trajtuara

Pyetësi i përgatitur është i ndarë në disa seksione që trajtojnë çështje të ndryshme të lidhura me personelin shëndetësor të intervistuar.

¹¹⁷ Sipas studimit të European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - Employment and industrial relations in the health care sector, 2011, ku trajtohen dinamikat e marrëdhënieve të punës.

¹¹⁸ Caring in Crisis. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing - A Comparative Overview of 34 European Countries, EFN – European Federation of Nurses Associations, 2012

¹¹⁹ https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:11310:0::NO:11310:P11310_INSTRUMENT_ID:312294:NO

Seksioni i parë lidhet me karakteristika demografike të personelit të intervistuar, gjë që na ndihmon të kuptojmë më mirë strukturën e kampionit tonë për sa i përket profesionit, moshës, gjinisë, vendbanimit.

Seksioni i dytë lidhet me ecurinë e marrëdhënieve të punës dhe mundësi punësimi ndër vite të personelit të intervistuar, pra nëse është në punë apo jo, çfarë pozicioni, nëse ka qenë pa punë më parë.

Seksioni i tretë lidhet me të ardhurat dhe nivelin e kënaqësisë të personelit shëndetësor.

Seksioni i katërt lidhet me kohën e punës së personelit shëndetësor, nëse ajo është e përshtatshme dhe në balancë midis punës dhe jetës private.

Seksioni i pestë lidhet me perceptimin mbi rrezikun në vendin e punës.

Seksioni i gjashtë lidhet me perceptimin mbi stabilitetin në pozicionin e punës dhe sigurinë për punën.

Seksioni i shtatë lidhet me perceptimin që ka personeli shëndetësor mbi mundësitë dhe nëse ndjen se ka trajtim të barabartë.

Seksioni i tetë lidhet me elemente të sigurisë sociale, dialogu social dhe përfaqësim i punonjësve dhe të perceptimit të personelit shëndetësor mbi këto elemente.

Seksioni i nëntë lidhet me mundësinë për të ikur dhe punuar jashtë vendit të personelit shëndetësor të intervistuar.

VII.2. Kampioni

Bazuar në Pyetësin e strukturuar me pyetje të mbyllura dhe të hapura, kampioni u planifikua të jetë prej 400 personash¹²⁰ që punojnë në sistemin shëndetësor dhe/ose profesionistë të shëndetësisë, duke kërkuar një mbulim sa më të madh të larmisë së segmenteve të sistemit shëndetësor. Pyetësi u validua me një kampion fillestar prej 15 – 20 persona të punësuar në sistemin shëndetësor.

Rezultatet e pyetësorëve hidhen në një databazë të krijuar në formatin *excel* dhe përpunohen e analizohen sipas rastit në *excel*. Analiza cilësore e përgjigjeve të hapura përpunohet në tabelë në *word*, ku dhe sintetizohet në analiza duke shkëputur, sipas rastit, edhe dëshmi konkrete;

Në kampion janë përfshirë zonat bregdetare, ato malore dhe ato kodrinore, duke synuar profesionistë nga sektori publik dhe privat, ashtu si dhe nga kujdesi parësor, dytësor dhe spitalet universitare. Qasja është e bazuar në vizitat e rastësishme në strukturat dhe institucionet shëndetësore duke intervistuar personelin e pranishëm.

¹²⁰ Kampioni është vlerësuar me anë të raosoft (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>) dhe merr parasysh që maksimalisht 30'000 persona punojnë në sistemin shëndetësor, marzhi i gabimit 5%, intervali i konfidencës 95%.

Në përfundim u realizuan 411 intervista të personelit të sistemit shëndetësor, duke arritur të shpërndahen në të gjitha kategoritë profesionale, moshave dhe shpërndarjes gjeografike, sipas tabelave në vijim 1.1, 1.2, 1.3 dhe 1.4.

Me këtë kampion arrihet një marzh gabimi prej 4.801% me intervale konfidence prej 95%.

VII.3. Rezultate të anketimit

Struktura e kampionit në bazë të grup profesioneve dhe të dhëna të tjera bazuar në informacionin e përgjithshëm të të intervistuarve.

Seksioni i parë:

Në tabelën 1.1. analizohet kampioni i të intervistuarve sipas grup-profesionit dhe moshës, duke dalluar një numër më të madh të infermierëve ndërmjet të intervistuarve, që së bashku me teknikët e laboratorëve kapin 40% të të anketuarve.

1.1. Moshë (vjeç)	<29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	Total
Administratë	-	-	1	2	-	-	3
Mjek	17	14	7	8	6	-	52
Mjek specialist	6	12	18	12	14	-	62
Infermier	39	37	35	41	5	-	157
Stomatolog	15	12	5	2	2	-	36
Farmacist	30	21	5	4	2	2	64
Teknik Laboratori	1	4	4	-	-	-	9
Shërbime mbështetëse	3	2	2	8	4	-	19
Tjetër	2	1	-	-	-	-	3
Jashtë sistemit	4	1	-	-	1	-	6
Total	117	104	77	77	34	2	411

Në tabelën 1.2 analizohet prirja e të intervistuarve për deklaruar emrin dhe mbiemrin e tyre. 45% e të intervistuarve kërkojnë të mbeten anonim, përqindje që kap vlera më të mëdha në shërbimet mbështetëse dhe ndërmjet grup-profesioneve të shëndetësisë, është më e madhe ndërmjet infermierëve (55%) dhe më e vogël ndërmjet farmacistëve (22%) dhe mjekëve specialistë (32%).

1.2. Emer, Mbiemër	Anonim	%
Administratë	3	100
Mjek	23	44
Mjek specialist	20	32
Infermier	87	55
Stomatolog	15	42
Farmacist	14	22
Teknik Laboratori	5	56
Shërbime mbështetëse	17	89

Tjetër	2	67
Jashtë sistemit	1	17
Total	187	45

Në tabelën 1.3 analizohet përbërja gjinore e të intervistuarve, ku dallohet qartë që në sistemin shëndetësor ka një numër të madh vajzash dhe grash, por gjithashtu vërehet dhe një fenomen segregacioni gjinor, ku në profesionet me kualifikim më të ulët (e gjithashtu pagë më të ulët) vajzat dhe gratë përbëjnë gati gjithë grup-profesionin (infermiere 84%), ndërkohë ndërmjet mjekëve specialistë më pak se gjysmën (48%).

1.3. Gjinia	Gra	%
Administratë	1	33
Mjek	39	75
Mjek specialist	30	48
Infermier	132	84
Stomatolog	19	53
Farmacist	52	81
Teknik Laboratori	7	78
Shërbime mbështetëse	16	84
Tjetër	2	67
Jashtë sistemit	4	67
Total	302	73

Tabela 1.4 reflekton ndarjen e re të sistemit shëndetësor sipas katër rajoneve të Autoritetet Shëndetësor, ndërkohë që marrja e intervistave ka pasur si synim shpërndarjen ndërmjet zonave bregdetare, ato malore dhe ato kodrinore, si dhe një ekuilibër mes intervistave në Veri, Qendër dhe Jug të vendit.

1.4. Rajonet	Tiranë	Elbasan	Shkodër	Vlorë	Total
Administratë	-	-	3	-	3
Mjek	28	-	6	18	52
Mjek specialist	23	-	6	33	62
Infermier	79	6	33	39	157
Stomatolog	24	-	5	7	36
Farmacist	34	-	12	18	64
Teknik Laboratori	6	-	1	2	9
Shërbime mbështetëse	4	-	5	10	19
Tjetër	3	-	-	-	3
Jashtë sistemit	6	-	-	-	6
Total	207	6	71	127	411

Seksioni i dytë

Tabela 2.1 reflekton gjendjen në punë të të intervistuarve dhe vendin e tyre të punës, ku pjesa më e madhe është e punësuar në spitalet rajonale dhe qendrat e kujdesit parësor.

Tabela 2.2 reflekton vitet në punë të të intervistuarve si dhe nëse pozicioni i tyre i punës përputhet me kualifikimin që kanë.

Tabela 2.3 reflekton periudhat e papunësisë të të intervistuarve gjatë jetës, ku vërehen përqindje të ulëta ndërmjet farmacistëve dhe disi më të larta ndërmjet infermierëve, me gati një në tre infermierë ka pasur periudhë papunësie gjatë jetës.

2.1 Ecuria e marrëdhënieve të punës	Në punë	%	SpitalRajonal	Spital Univers.	Spital Privat	Kujdesparesor	Kujdes Par.priv.	Kujdesi farm. Priv.	Klinike Dentare	Jashte sistemit
Administratë	3	100	3	-	-	-	-	-	-	-
Mjek	51	98	4	10	-	32	2	2	-	-
Mjek specialist	62	100	36	6	8	9	-	-	-	-
Infermier	156	99	51	24	4	66	8	-	3	-
Stomatolog	36	100	-	5	-	-	-	-	31	-
Farmacist	64	100	-	-	-	-	-	64	-	-
Teknik Laboratori	9	100	-	4	-	-	5	-	-	-
Shërbime mbështetëse	19	100	9	4	-	4	2	-	-	-
Tjetër	3	100	-	-	-	-	-	3	-	-
Jashtë sistemit ¹²¹	2	33.3	-	-	-	-	-	-	-	6
Total	405	98.5	103	53	12	111	17	69	34	6

2.2 A përputhet pozicioni me profilin tuaj?	Përputhet	%	Vite pune										
			5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	
Administratë	3	100	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	
Mjek	51	98	26	8	2	2	3	6	-	5	-	-	
Mjek specialist	61	98	14	11	9	13	8	5	1	1	-	-	
Infermier	156	99	55	39	14	16	12	8	7	5	1	-	
Stomatolog	36	100	20	7	2	3	-	2	1	1	-	-	
Farmacist	64	100	37	15	4	2	-	-	2	2	-	2	
Teknik Laboratori	9	100	1	4	2	2	-	-	-	-	-	-	
Shërbime mbështetëse	12	63	5	4	4	4	1	1	-	-	-	-	
Tjetër	1	33	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jashtë sistemit	0	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	393	96	166	90	38	42	24	23	11	14	1	2	

¹²¹ 5 infermierë dhe 1 stomatolog

2.3. Keni pasur periudha papunësie?	Po, kanë pasur	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Administratë	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mjek	13	25	8	4	1	-	1	-	-	-	-	-
Mjek specialist	20	32	10	6	4	-	1	-	-	-	-	-
Infermier	57	36	20	11	7	5	7	1	-	1	1	2
Stomatolog	12	33	3	6	1	1	1	1	-	-	-	-
Farmacist	16	25	11	4	1	-	-	-	-	-	-	-
Teknik Laboratori	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Shërbime mbështetëse	9	47	2	-	2	1	-	-	2	1	-	2
Tjetër	2	67	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jashtë sistemit	5	83	-	-	3	1	-	1	-	-	-	-
Total	134	33	56	31	19	8	10	3	2	2	1	4

Tabela 2.4 reflekton përgjigjen e të anketuarve mbi sigurinë e tyre për të gjetur një punë nëse humbasin aktualen. Kjo pyetje lidhet jo vetëm me sigurinë për të gjetur një punë por edhe me dinamikën e tregut të punës. Shihet qartë që farmacistët, që punojnë kryesisht në sektorin privat kanë përqindjen më të ulët të personave që nuk e kanë sigurinë që të gjejnë punë, ndërsa infermierët më të lartën ndërmejt grup-profesioneve të shëndetësisë, duke qenë edhe të punësuar në shtet kryesisht.

2.4. Nëse nesër humbni këtë punë a gjeni dot një tjetër?	Po, gjejnë	%	Jo, nuk gjejnë	%
Administratë	1	33	-	-
Mjek	39	75	11	21
Mjek specialist	47	76	12	19
Infermier	112	71	41	26
Stomatolog	27	75	8	22
Farmacist	57	89	3	5
Teknik Laboratori	5	56	4	44
Shërbime mbështetëse	11	58	8	42
Tjetër	3	100	-	-
Jashte sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	-	-	4	67
Total	302	73	91	22

Seksioni i tretë

Tabela 3.1 reflekton përgjigjet e të intervistuarve mbi pagat, ku shihet qartë që infermierët kanë pakënaqësinë më të madhe rreth pagave të tyre, ndërkohë që mjekët specialistë me të ultën ndërmjet grup-profesioneve të shëndetësisë që punojnë kryesisht në sektorin publik, ndërkohë pakënaqësi më të ulët akoma kanë stomatologët, që punojnë kryesisht në sektorin privat.

3.1. A mendoni se paguheni mjaftueshëm?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	3	100
Mjek	21	40	28	54
Mjek specialist	30	48	19	31
Infermier	30	19	126	80
Stomatolog	26	72	10	28
Farmacist	33	52	31	48
Teknik Laboratori	5	56	3	33
Shërbime mbështetëse	8	42	11	58
Tjetër	3	100	-	-
Jashte sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	-	-	5	83
Total	156	38	236	57

3.2. Sa më shumë duhet të paguheni?	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	60%	70%	100%	150%	200%	250%	300%	400%	500%
Administratë	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Mjek	-	5	1	3	-	3	1	5	-	-	9	-	2	-	1	-	-
Mjek specialist	-	1	1	1	-	2	-	1	-	1	11	1	6	-	6	1	1
Infermier	-	-	8	11	1	2	-	15	-	3	60	3	16	1	3	-	-
Stomatolog	-	1	2	3	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Farmacist	-	6	6	3	1	1	-	5	-	-	6	-	1	-	-	-	-
Teknik Laboratori	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Shërbime mbështetëse	-	2	2	-	-	-	-	1	1	1	3	-	1	-	-	-	-
Tjetër	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jashtë sistemit	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Total	-	16	20	23	2	9	1	29	1	5	95	4	26	1	10	2	1

Tabela 3.2 reflekton gjykimin e të intervistuarve mbi pagën që ata mendojnë se duhet të kenë, me një numër të madh të të intervistuarve që mendojnë se paga e tyre duhet të jetë të paktën 100% më e madhe.

Tabela 3.3. ndërkohë reflekton nevojat e të intervistuarve për ta pasur një pagë më të madhe, pra ndërsa tabela 3.2 tregon sa më shumë ata mendojnë se duhet të marrin si pasojë e punës, tabela 3.3 tregon sa duhet të jetë paga e tyre për të përballuar, ose mbajtur nivelin e jetesës.

3.3. Sa më shumë do t'ju mjaftonte?	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	60%	70%	100%	150%	200%	250%	300%	400%	500%
Administratë	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Mjek	1	5	2	3	-	3	1	1	-	-	4	3	4	-	1	1	-
Mjek specialist	1	-	1	1	-	1	-	1	-	3	5	5	3	-	5	5	-
Infermier	-	4	9	7	1	2	-	15	2	2	51	1	11	1	1	1	-
Stomatolog	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Farmacist	1	5	4	4	1	2	-	5	-	1	2	-	1	-	-	-	-
Teknik Laboratori	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Shërbime mbështetëse	-	2	-	2	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tjetër	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jashtë sistemit	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Total	3	17	18	22	2	8	1	28	2	6	65	9	20	1	7	7	-

Seksioni i katërt

Tabela 4.1 reflekton përgjigjet e të anketuarve mbi përshtatshmërinë e orareve të punës. Në këtë tabelë pyetja është e përgjithshme dhe ndër grup-profesionet e shëndetësisë në sektorin publik, mjeket specialistë kanë përqindjen më të lartë të pakënaqësisë.

4.1. A keni orare të përshtatshme?	Po	%	Jo	%
Administratë	2	67	1	33
Mjek	38	73	8	15
Mjek specialist	23	37	28	45
Infermier	120	76	37	24
Stomatolog	29	81	7	19
Farmacist	42	66	22	34
Teknik Laboratori	8	89	1	11
Shërbime mbështetëse	17	89	2	11
Tjetër	3	100	-	-
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	3	50	2	33
Total	285	69	108	26

Tabela 4.2 reflekton zgjatjen e punës përtej orarit të përcaktuar, edhe këtu mjekët specialistë shfaqin pakënaqësinë më të madhe.

4.2. A janë orare të tejzgjatura?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	3	100
Mjek	13	25	34	65
Mjek specialist	43	69	14	23
Infermier	41	26	116	74
Stomatolog	14	39	22	61
Farmacist	31	48	33	52
Teknik Laboratori	1	11	8	89
Shërbime mbështetëse	1	5	18	95
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	1	17	4	67
Total	145	35	255	62

Tabela 4.3 reflekton përgjigjet për një pyetje të ngjashme me atë të bërë në tabelën 4.1, por të formuluar ndryshe, duke e lidhur me turnet e dyta dhe të treta. Në këtë rast, përtej mjekëve specialistë kemi dhe infermierët që kanë një nivel të lartë perceptimi se këto orare janë të papërshtatshme (46%).

4.3. A janë oraret e punës të papërshtatshme, p.sh. turne të dyta apo të treta?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	-	-
Mjek	17	33	35	67
Mjek specialist	38	61	23	37
Infermier	72	46	85	54
Stomatolog	5	14	31	86
Farmacist	29	45	34	53
Teknik Laboratori	2	22	7	78
Shërbime mbështetëse	5	26	13	68
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	2	33	3	50
Total	170	41	234	57

Tabela 4.4 reflekton përgjigjet e të intervistuarve rreth balancës mes punës dhe jetës sociale. Vërehet edhe këtu një përqindje e lartë mjekësh specialistë, të cilëve oraret e punës i bëhen pengesë për të pasur një ekuilibër të mirë me jetën sociale, ashtu siç vërehet se grup-profesionistët që punojnë kryesisht në sektorin privat kanë të njëjtën problematikë.

4.4. A ju pengon puna juaj për të pasur kohën e nevojshme për të kaluar me familjen dhe shoqërinë?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	3	100
Mjek	16	31	36	69
Mjek specialist	30	48	30	48
Infermier	59	38	98	62
Stomatolog	19	53	16	44
Farmacist	37	58	27	42
Teknik Laboratori	3	33	6	67
Shërbime mbështetëse	4	21	15	79
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	2	33	3	50
Total	170	41	237	58

Seksioni i pestë

Tabela 5.1 reflekton përgjigjet e të intervistuarve mbi perceptimin e rrezikut të punës që ata kanë, pra të lidhur me ushtrimin e profesionit. Vërehet një përqindje shumë e lartë pohuese ndërmjet mjekëve dhe infermierëve.

5.1. A është e rrezikshme puna juaj? P.sh. stres, kërcënime.	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	3	100
Mjek	31	60	21	40
Mjek specialist	38	61	23	37
Infermier	85	54	70	45
Stomatolog	14	39	22	61
Farmacist	27	42	37	58
Teknik Laboratori	2	22	7	78
Shërbime mbështetëse	6	32	13	68
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	2	33	3	50
Total	205	50	202	49

Tabela 5.2. reflekton përgjigjet e të intervistuarve në lidhje me vendin e punës, pra nga një perspektive më e lidhur me vendin e punës se sa me profesionin. Në këtë rast përgjigjet aprovuese mbi rrezikshmërinë janë më të ulëta se në pyetjen paraprake.

5.2. A mendoni se vendi juaj i punës është i rrezikshëm? P.sh. pajisje, reagentë ose kushte të këqija.	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	3	100
Mjek	8	15	44	85
Mjek specialist	19	31	41	66
Infermier	51	32	102	65
Stomatolog	10	28	24	67
Farmacist	3	5	61	95
Teknik Laboratori	2	22	6	67
Shërbime mbështetëse	10	53	9	47
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	-	-	-	-
Total	103	25	293	71

Tabela 5.3. reflekton llojin e rrezikut të perceptuar, ku vendin e parë e zënë ato psikosociale.

5.3. Listoni disa rreziqe	Rreziqet fizike	Rreziqet fizike Rreziqet biologjike	Rreziqet biologjike	Rreziqet biologjike Rreziqet psikosociale	Rreziqet psikosociale	Total	%
Administratë	-	-	-	-	-	-	-
Mjek	-	-	-	4	26	30	58
Mjek specialist	-	-	2	1	34	37	60
Infermier	1	1	7	18	58	85	54
Stomatolog	-	-	2	1	8	11	31
Farmacist	-	-	1	-	26	27	42
Teknik Laboratori	1	-	-	-	1	2	22
Shërbime mbështetëse	1	-	3	-	2	6	32
Tjetër	-	-	-	-	-	-	-
Jashtë sistemit	-	-	-	-	2	2	33
Total	3	1	15	24	157	200	49

Tabela 5.4 reflekton përgjigjet e të anketuarve rreth mundësisë për menaxhimin e rreziqeve, ku vetëm 11% mendojnë se këto rreziqe janë të pamënaxhueshme.

5.4. A mendoni se këto rreziqe janë të menaxhueshme dhe kontrollohen?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	-	-
Mjek	23	44	6	12
Mjek specialist	35	56	7	11
Infermier	72	46	21	13
Stomatolog	11	31	1	3
Farmacist	29	45	6	9
Teknik Laboratori	3	33	1	11
Shërbime mbështetëse	7	37	2	11
Tjetër	1	33	-	-
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	2	33	-	-
Total	183	45	44	11

Seksioni i gjashtë

Tabela 6.1. reflekton përgjigjet e të intervistuarve rreth sigurisë që ata kanë për vendin e punës, ku në pjesën më të madhe ata shprehen se ndjehen të sigurtë ose shumë të sigurtë.

6.1. Sa të sigurtë ndjeheni në punën tuaj nga rreziku i pushimit nga puna?	Apak	Disi	I/e sigurtë	Shumë i/e sigurtë
Administratë	0	2	0	1
Mjek	9	11	21	9
Mjek specialist	14	13	24	7
Infermier	29	38	59	30
Stomatolog	1	4	14	17
Farmacist	2	7	29	26
Teknik Laboratori	0	3	5	1
Shërbime mbështetëse	5	6	7	1
Tjetër	0	1	2	0
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	3	1	0	0
Total	63	86	161	92

Tabela 6.2 reflekton përgjigjet e të intervistuarve mbi mundësinë që ata kanë për t'u mbrojtur në rastet kur mund të kenë probleme me punëdhënësin. Në këtë rast përgjigjet zhvendosen akoma më shumë drejt alternativave të qendrës, pra pak mundësi ose disa mundësi, me infermierët që duket që kanë më pak mundësi se të tjerët për t'u mbrojtur.

6.2. Sa mundësi keni të mbroheni nëse keni probleme në punë?	Asnjë mundësi	Pak	Disa	Shumë mundësi
Administratë	2	0	0	1
Mjek	13	17	17	2
Mjek specialist	6	13	14	5
Infermier	31	63	49	14
Stomatolog	2	5	14	15
Farmacist	4	12	30	18
Teknik Laboratori	1	2	6	0
Shërbime mbështetëse	3	8	7	1
Tjetër	0	1	2	0
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	4	0	1	0
Total	66	121	140	56

Tabela 6.3. reflekton përgjigjet e të intervistuarve rreth mundësive për rritje në karrierë në punën e tyre, me shumicën e madhe që përgjigjen me pak mundësi ose disa mundësi, ndërkohë që infermierët sërish kanë perceptimin se kanë më pak mundësi, sëbashku me farmacistët.

6.3. Sa perspektiva rritjeje në karriere keni në punen tuaj?	Asnjë mundësi	Pak	Disa	Shumë mundësi
Administratë	2	0	1	0
Mjek	11	14	22	4
Mjek specialist	5	14	26	2
Infermier	23	52	48	14
Stomatolog	5	6	13	12
Farmacist	8	27	16	13
Teknik Laboratori	2	2	2	1
Shërbime mbështetëse	11	1	6	1
Tjetër	0	0	3	0
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	1	4	0	0
Total	68	120	137	47

Tabela 6.4 reflekton përgjigjet e të intervistuarve rreth mundësive jashtë vendit në krahasim me ato brenda vendit, ku në masë të madhe përgjigjet janë po, ka më shumë mundësi jashtë vendit. Vetëm stomatologët duken pak me të tërhequr në këtë pohim.

6.4. A mendoni se jashtë vendit ka më shumë mundësi?	Po	%	Jo	%
Administratë	2	67	1	33
Mjek	45	87	5	10
Mjek specialist	53	85	9	15
Infermier	138	88	16	10
Stomatolog	24	67	10	28
Farmacist	58	91	6	9
Teknik Laboratori	7	78	2	22
Shërbime mbështetëse	18	95	-	-
Tjetër	3	100	-	-
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	5	83	1	17
Total	353	86	50	12

Seksioni i shtatë

Tabela 7.1 reflekton përgjigjet rreth perceptimit mbi mundësitë e barabarta, e sidomos këtu për sa i përket aspekteve gjinore. Përgjithësisht vetëm 10% e të intervistuarve mendojnë se ka diferenca në pagat e burrave dhe grave, ku përqindjen më të lartë e kanë mjekët.

7.1. A mendoni se ka diferenca pagash mes burrave dhe grave?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	2	67
Mjek	9	17	35	67
Mjek specialist	4	6	30	48
Infermier	17	11	139	89
Stomatolog	3	8	33	92
Farmacist	8	13	56	88
Teknik Laboratori	1	11	8	89
Shërbime mbështetëse	1	5	17	89
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	-	-	5	83
Total	43	10	328	80

Tabela 7.3 reflekton përgjigjet e të intervistuarve mbi diferenat në rritjen në karrierë ndërmjet grave dhe burrave. Në këtë rast kemi nivele më të larta pohimi se në pyetjen e mëparshme, ku përqindjen më të lartë pohuese e kanë sërish mjekët, ndërkohë që mjekët specialistë e kanë mjaft të ulët.

7.3. A mendoni se ka diferenca në rritjen në karrierë mes burrave dhe grave?	Po	%	Jo	%
Administratë	1	33	2	67
Mjek	23	44	21	40
Mjek specialist	9	15	21	34
Infermier	57	36	99	63
Stomatolog	5	14	31	86
Farmacist	15	23	49	77
Teknik Laboratori	2	22	7	78
Shërbime mbështetëse	-	-	12	63
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	1	17	4	67
Total	113	27	249	61

Seksioni i tetë

Tabela 8.1 reflekton përgjigjet e të intervistuarve mbi pjesmarrjen në sindikata, apo organizata të tjera që i mbrojnë, ku vërehet një përqindje shumë e ulët pjesmarrjeje e të intervistuarve, kryesisht të infermierëve dhe mjekëve.

8.1. A jeni pjesë e ndonjë sindikate apo organizimi tjetër që ju mbrojnë?	Po	%	Jo	%
Administratë	1	33	-	-
Mjek	8	15	30	58
Mjek specialist	12	19	18	29
Infermier	17	11	123	78
Stomatolog	6	17	30	83
Farmacist	17	27	47	73
Teknik Laboratori	-	-	5	56
Shërbime mbështetëse	1	5	14	74
Tjetër	-	-	3	100
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	-	-	5	83
Total	62	15	275	67

Pyetja 8.2 reflekton përgjigjen e të intervistuarve rreth dijenisë së tyre mbi qënien apo jo pjesë të një kontrate kolektive në raport me punëdhënësin. Infermierët dhe mjekët specialistë kanë përqindjen më të ulët të pohimit për kontratën kolektive dhe përqindjen më të ulët të pohimit kontratë individuale.

8.2. A jeni pjesë e një kontrate kolektive apo individuale?	Kolektive	%	Individuale	%
Administratë	3	100	-	-
Mjek	22	42	30	58
Mjek specialist	12	19	49	79
Infermier	44	28	111	71
Stomatolog	17	47	16	44
Farmacist	37	58	25	39
Teknik Laboratori	6	67	3	33
Shërbime mbështetëse	8	42	10	53
Tjetër	3	100	-	-
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	3	50	-	-
Total	155	38	244	59

Seksioni 9

Tabela 9.1 reflekton përgjigjet e të intervistuarve rreth planeve për të lëvizuar nga vendi. Rreth 24% e të intervistuarve planifikojnë të levizin, ku përqindjen më të lartë e zënë infermierët (27%) dhe farmacistët (39%).

9.1. A jeni duke planifikuar për të ikur dhe punuar jashtë vendi?	Po	%	Jo	%
Administratë	-	-	-	-
Mjek	10	19	39	75
Mjek specialist	10	16	48	77
Infermier	43	27	114	73
Stomatolog	5	14	31	86
Farmacist	25	39	38	59
Teknik Laboratori	2	22	6	67
Shërbime mbështetëse	3	16	16	84
Tjetër	1	33	2	67
Jashtë sistemit/5 infermierë dhe 1 stomatolog	-	-	2	33
Total	99	24	296	72

VIII.4. Impakti i COVID-19 mbi punonjësit e shëndetësisë

Pandemia e COVID-19 është një krizë e kujdesit shëndetësor që ka çuar në një ndikim të paprecedentë në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Në zemër të krizës së pashembullt, mjekët përballen me disa sfida në trajtimin e pacientëve me COVID-19. Efektet më të dukshme përfshijnë shkallën e lartë të infeksionit dhe vdekjes, vështirësitë financiare, stresin që lidhet me informacionin e njohur dhe veçanërisht atë të panjohur, dhe pasigurinë në lidhje me ndikimin e vazhdueshëm.

Punonjësit shëndetësorë mund të ekspozohen ndaj rreziqeve profesionale që i vënë ata në rrezik të sëmundjes, lëndimit dhe madje edhe vdekjes në kontekstin e përgjigjes ndaj COVID-19. Këto rreziqe profesionale përfshijnë (a) infektimet për shkak të punës me COVID-19; (b) çrregullimet dhe irritimet e lëkurës nga përdorimi i zgjatur i masave mbrojtëse; (c) ekspozimet ndaj toksinave për shkak të rritjes së përdorimit të dezinfektuesve; (d) shqetësim psikologjik; (e) lodhje kronike; dhe (f) stigma, diskriminimi, dhuna fizike dhe psikologjike dhe ngacmimi¹²².

Zbutja e këtyre rreziqeve dhe mbrojtja e shëndetit, sigurisë dhe mirëqenies së punonjësve shëndetësorë kërkon masa të mirëkoordinuara dhe gjithëpërfshirëse për parandalimin dhe

¹²² WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 28 April 2020 (<https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>, last accessed 7, September 2022

kontrollin e infeksionit, shëndetin dhe sigurinë në punë, menaxhimin e fuqisë punëtore shëndetësore dhe shëndetin mendor dhe mbështetje psikosociale. Masat e pamjaftueshme të shëndetit dhe sigurisë në punë mund të rezultojnë në rritje të shkallës së sëmundjeve të lidhura me punën midis punonjësve shëndetësorë, shkallë të lartë të mungesave, reduktim të produktivitetit dhe ulje të cilësisë së kujdesit¹²³.

Nivelet e rrezikut në vendin e punës, edhe në të njëjtin mjedis pune, mund të ndryshojnë në bazë të detyrave dhe roleve të punonjësit shëndetësor. Prandaj, një vlerësim i rrezikut në vendin e punës duhet të kryhet për çdo mjedis specifik, si dhe për çdo rol, detyrë ose grup detyrash. Shpërndarja transparente dhe në kohë e informacionit mbi transmetimin e SARS-CoV-2 në institucionet shëndetësore dhe në komunitet duhet të jetë pjesë integrale e parandalimit parësor në të gjitha kategoritë e rrezikut.

Nga momenti i shpërthimit të COVID-19 e deri më sot, stafi në sistemin e kujdesit shëndetësor, veçanërisht ata në spitale, janë përballur me sfida të shumta e të vazhdueshme të cilat nuk i kanë hasur më parë. Pyetësi cilësor & sasior u hartua në përputhje me objektivat studimorë, duke synuar mbledhjen e informacionit mbi disponueshmërinë e materialeve të mbrojtjes personale dhe klimën e përgjithshme të punës në kushtet e pandemisë COVID19.

Më konkretisht, pyetësi përbëhet nga disa seksione:

- ✓ Të dhënat demografike të pjesëmarrësve dhe pyetjet filtruese;
- ✓ Situata me materialet e mbrojtjes personale në nivel institucional dhe personal;
- ✓ Siguria dhe mbështetja në vendin e punës;

Për më shumë informacion, gjeni pyetësin e plotë si Aneks 1 të këtij raporti.

Qendra për të Drejtat në Punë (CLR) e hartoi këtë pyetësor online për punonjësit e shërbimit shëndetësor dhe e shpërndau nëpërmjet kanaleve të komunikimit me kontaktet përgjatë muajit Korrik 2022. Nga ky pyetësor u morën 214 përgjigje. Nga të dhënat demografike rezulton se këtij pyetësori i janë përgjigjur:

- mjekë/e,
- infermier/e,
- laborantë/e,

¹²³ ILO Policy Brief on COVID-19. Pillar 3: Protecting workers in the workplace. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_739049/lang-en/index.htm, accessed 7, September 2022)

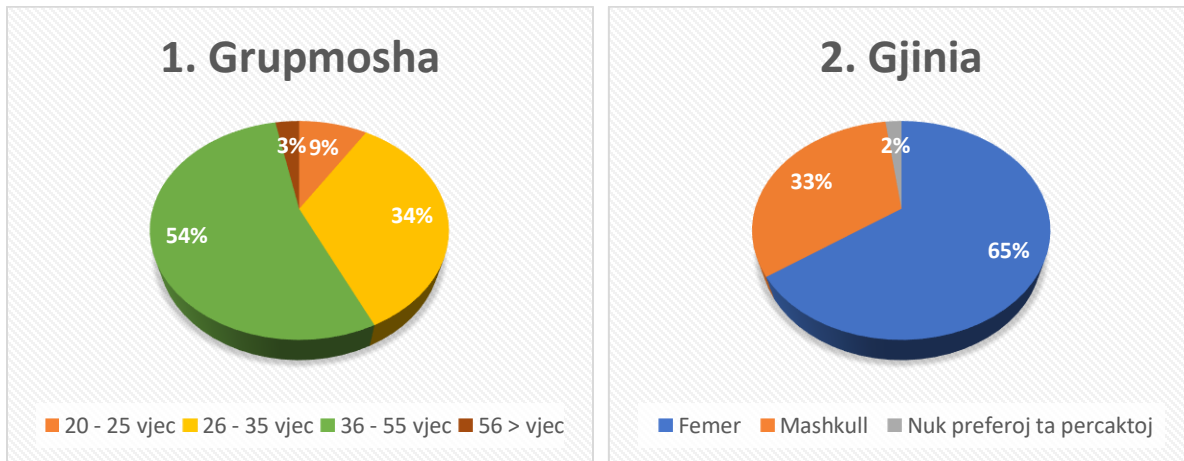
- mami,
- fizioterapeut/e,
- pegagogë,
- punonjës socialë ne spitale,
- teknik imazherist,
- personel ndihmës etj.

Pyetëtori u shtri në të gjithë Shqipërinë dhe pati përgjigje nga punonjës në:

Nr.	VENDI I PUNES	TOTAL
1.	Q.S.U.N.T	25
2.	Spitali Universitar 'Shefqet Ndroqi'	24
3.	SUOGJ Koco Gliozheni	7
4.	Spitali Memorial Fier	10
5.	Spitali Rajonal Vlorë	8
6.	Spitali Rajonal Durrës	10
7.	Spitali Rajonal Kukës	12
8.	Spitali Rajonal Elbasan	8
9.	Spitali Psikiatrik Elbasan	2
10.	Spitali Rajonal Berat	14
11.	Spitali Rajonal Sarandë	11
12.	Spitali Rajonal Tepelenë	9
13.	Spitali Rajonal Korçë	15
14.	Spitali Rajonal Gjirokastër	6
15.	Qendra Shëndetësore (të ndryshme)	35
16.	Poliklinika (të ndryshme)	8
17.	Spitali Amerikan	3
18.	Spitali Hygeia	1

19. Spitali Francez "Okulistik"	1
20. Klinika kardiologjike Austriake	1
21. Universiteti European i Tiranës	2
22. Universiteti "Aleksandër Xhuvani"	2
Totali i të intervistuarve	214

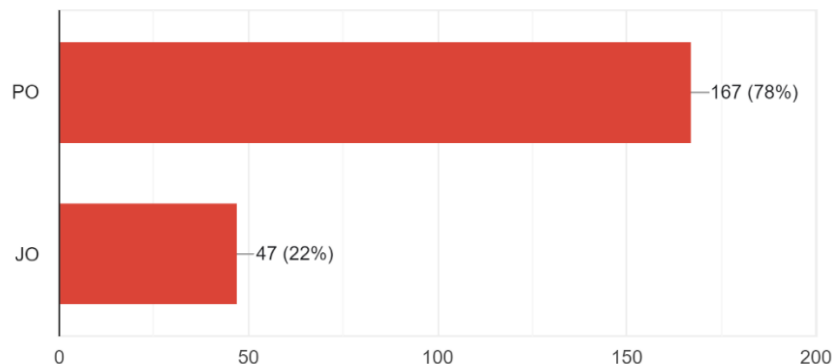
Përsa i përket grupmoshës së kampionit, 53.7 % e të intervistuarve i përkiste grupmoshës 36 - 55 vjeç. Shumica e pjesëmarrësve në studim, gati tre e katërta janë të gjinisë femërore (65.4%), kurse një në katër janë meshkuj (32.7%)



Ndër 214 punonjës shëndetësor të pyetur, 78 % e tyre janë përgjigjur që janë infektuar me Covid-19 përgjatë këtyre dy viteve.

6. A jeni infektuar me COVID -19 përgjate ketyre dy viteve?

214 responses

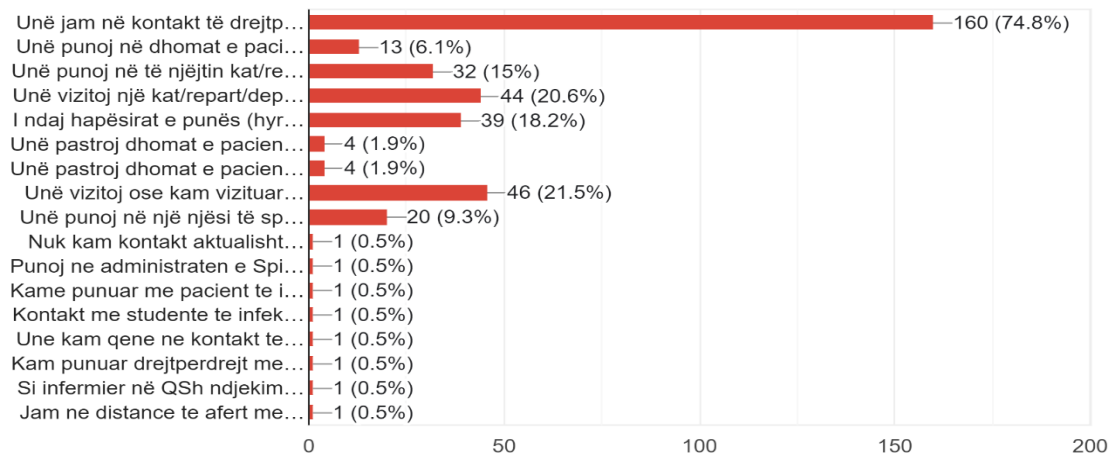


Disa punonjës shëndetësorë mund të jenë në rrezik më të lartë të zhvillimit të sëmundjes së rëndë COVID-19 për shkak të moshës më të madhe, kushteve mjekësore paraekzistuese ose shtatzënisë¹²⁴. Punëtorëve të tillë nuk duhet t'u kërkohet të kryejnë detyra me nivele të rrezikut të mesëm, të lartë ose shumë të lartë në përputhje me rekomandimet e OBSH-së¹²⁵.

Punonjësit shëndetësor në Shqipëri të intervistuar deklaruan (74.8 %) se janë në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientët (më pak se 2 metra larg) duke rritur kështu në mënyre eksponenciale riskun për tu infektuar nga Covid-19.

8. Në çfarë mënyrash keni kontakte me pacientë të dyshuar ose të konfirmuar me COVID-19 në vendin e punës? Zgjidhni të gjitha ato që zbatohen.

214 responses



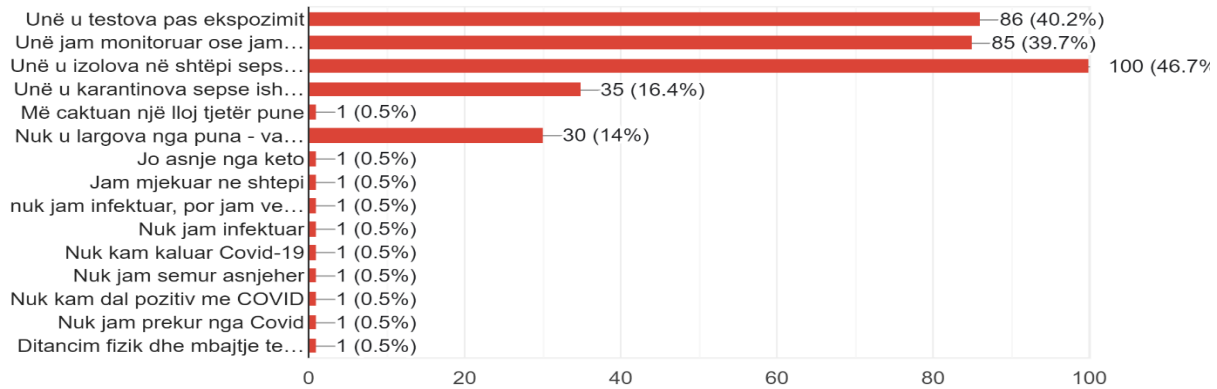
Të pyetur në lidhje me si vepruan pas ekspozimit ndaj Covid-19, 46.7 % e punonjësve të shërbimit shëndetësor të marrë në pyetje u përgjigjën se janë izoluar në shtëpi sepse ishin të infektuar ndërkohë që 40.2 % janë testuar pas ekspozimit dhe 39.7% janë monitoruar ose vetë-monitoruar për simptoma.

¹²⁴ Clinical management of COVID-19. Interim guidance, 27 May 2020. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected), accessed 7, September 2022

¹²⁵ Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. Interim guidance, 3 December 2020. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/health-workforce-policy-and-management-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic-response>, accessed 7, September 2022

9. A keni përjetuar ndonjë nga skenarët e mëposhtëm për shkak të ekspozimit ndaj COVID-19 në vendin e punës? Zgjidhni të gjitha ato që zbatohen.

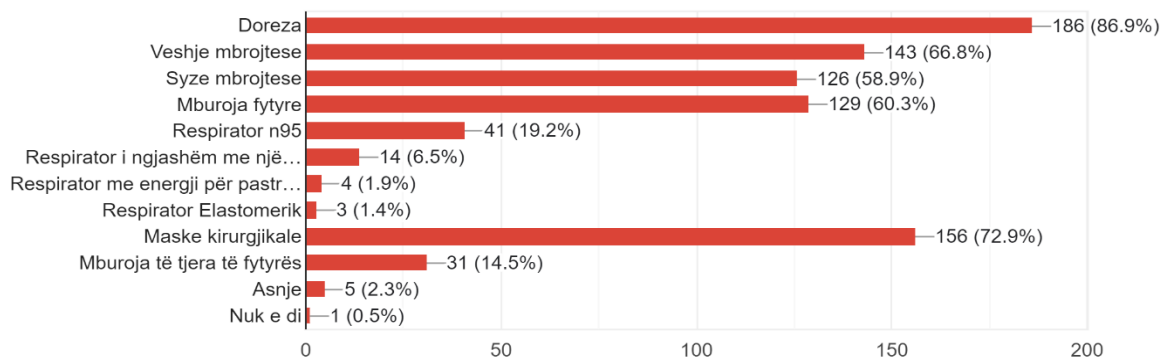
214 responses



Ka prova që përdorimi i zgjatur i masave mbrojtëse për mbrojtjen e frymëmarrjes dhe të syve (maska, respiratorë dhe syze) mund të shkaktojë gjithashtu dëmtime të lëkurës: kruajtje, skuqje, puçrra, dëmtime nga presioni, dermatit kontakti, urtikarie dhe përkeqësim të sëmundjeve para-ekzistuese të lëkurës¹²⁶. Të pyetur në lidhje me pajisjet mbrojtëse të vëna në dispozicion në vendin e punës, të intervistuarit u përgjigjën si më poshtë:

10. Cila nga pajisjet e mëposhtme mbrojtëse personale ju është dhënë në vendin tuaj te punes gjatë shpërthimit të COVID-19? Zgjidhni të gjitha ato që zbatohen

214 responses



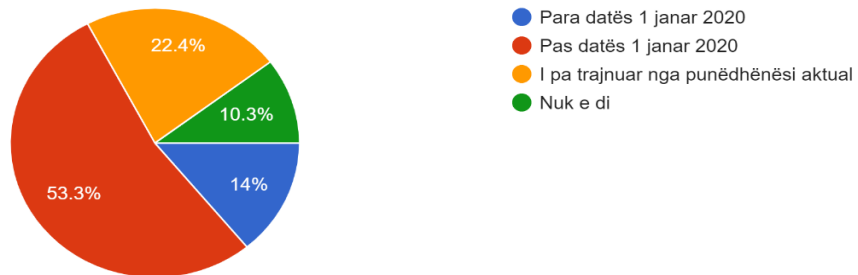
Për të ulur rrezikun e dëmtimit të lëkurës, është një praktikë e mirë t'u sigurohet punonjësve shëndetësorë masa mbrojtëse efektive, për të shmangur fërkimin ose presionin e

¹²⁶ Gefen A, Ousey K. Update to device-related pressure ulcers: SECURE prevention. COVID-19, face masks and skin damage. Journal of Wound Care. 2020;29(5). <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.5.245>. accessed 7, September 2022

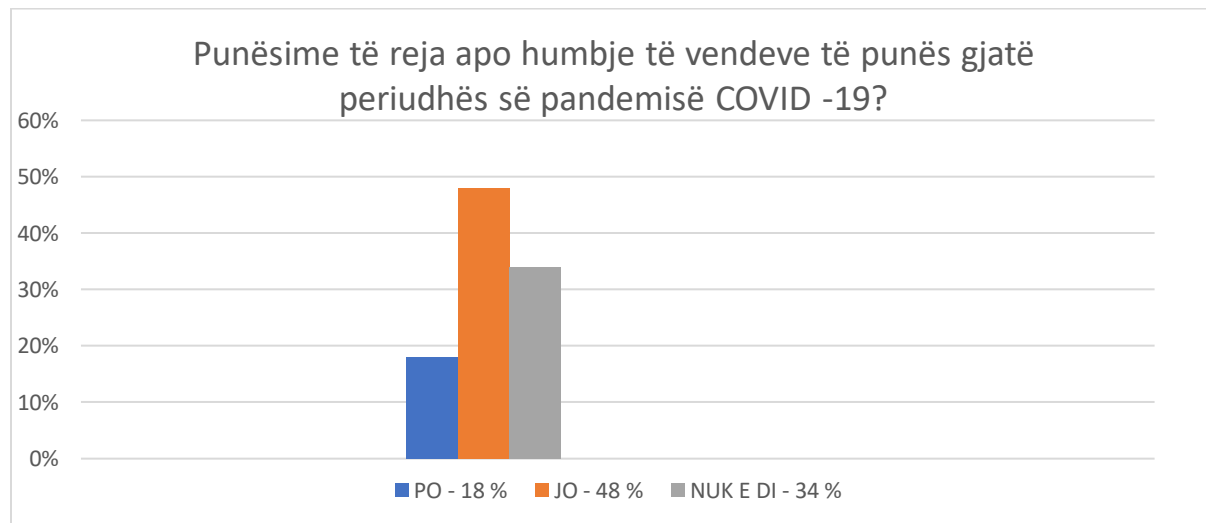
vazhdueshëm në të njëjtin vend; të aplikojnë hidratues ose xhel përpara se të veshin pajisje mbrojtëse të fytyrës për të lubrifikuar dhe zvogëluar fërkimin midis lëkurës dhe maskave ose syzeve; dhe për të shmangur përdorimin e syzeve tepër të ngushta, të cilat mund të dëmtojnë lëkurën dhe të krijojnë mjegull¹²⁷. Punonjësit duhet të jenë të trajnuar për përdorimin e masave mbrojtëse në mënyrë të vazhdueshme nga punëdhënësi i tyre.

11. Kur jeni trajnuar së fundmi nga punëdhënësi juaj aktual për përdorimin e duhur të mjeteve mbrojtëse?

214 responses



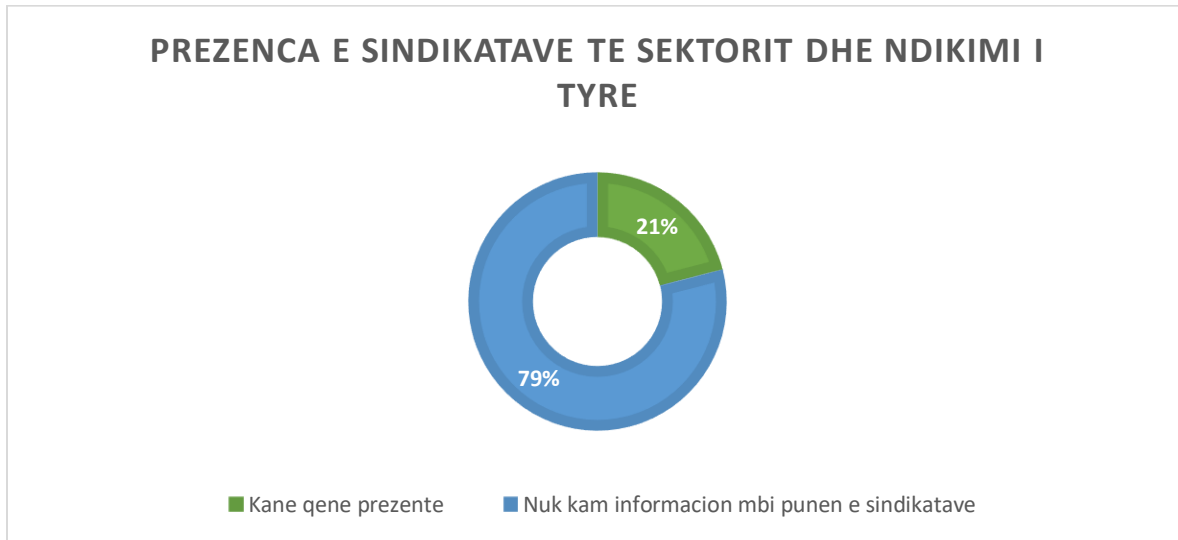
53.3 % e të intervistuarve u pergjigjen se janë trajnuar për përdorimin e masave mbrojtëse pas datës 1 Janar 2020 që përkon dhe me fillimin e pashprehur të pandemisë së Covid-19 ndërkohë që një përqindje e konsiderueshme 22.4 % deklarojnë që nuk kanë marrë asnjë trajnim nga punëdhënësi aktual.



Në lidhje me punësimet e reja apo humbjeve të vendeve të punës, të intervistuarit janë shprehur në masën më të madhe (48%) se nuk ka pasur punësime të reja ose humbje të vendeve të punës vecanërisht në qendrat shëndetësore dhe spitalet rajonale (34%),

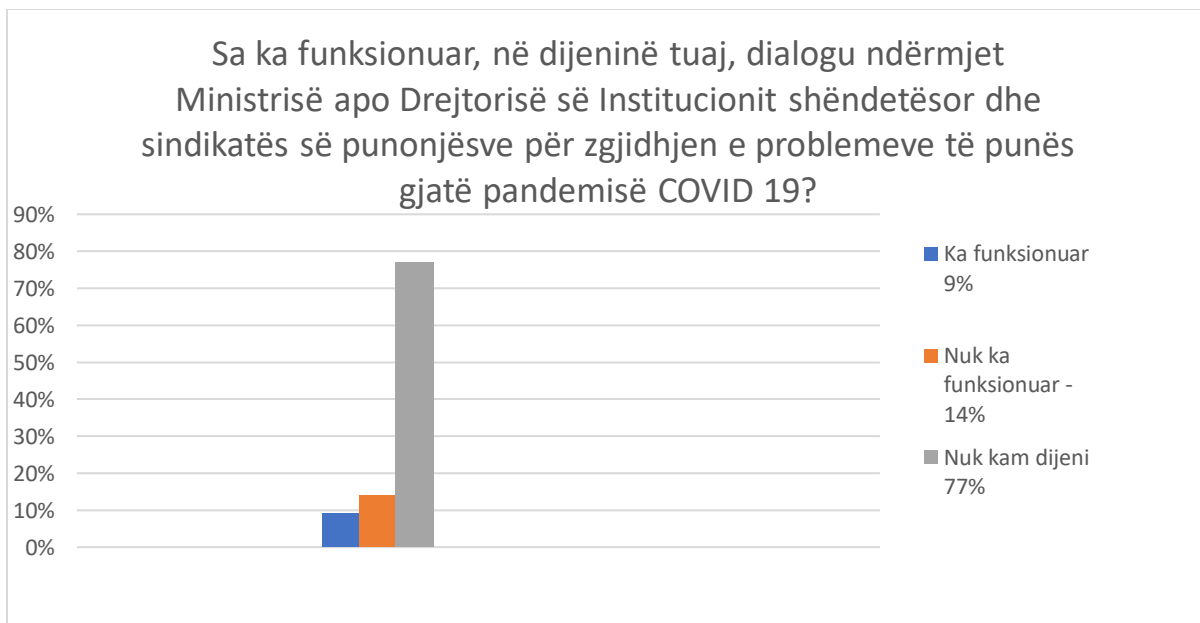
¹²⁷ Ibid

ndërkohë që të punësuarit në spitalet Covid dhe Q.S.U.N.T kanë konfirmuar se ka pasur punësime të reja gjatë periudhës së pandemisë COVID -19.



21% e të intervistuarve janë përgjigjur që sindikatat e punonjësve të sektorit gjatë periudhës së pandemisë kanë qënë prezente dhe se veprimet sindikale që ato kanë ndërmarrë kanë ndihmuar), ndërkohë 79 % e tyre janë shprehur që nuk kanë informacion mbi ekzistencën e sindikatave, nuk kanë qënë prezente ose nuk kanë dijeni për funksionimin e tyre.

Për pasojë kjo reflektohet dhe me mungesën e informacionit të punonjësve të shërbimit shëndetësor dialogu ndërmjet Ministrisë apo Drejtorisë së Institucionit shëndetësor dhe sindikatës së punonjësve për zgjidhjen e problemeve të punës gjatë pandemisë COVID 19 të cilët kanë pohuar (77%) që nuk kanë dijeni për këtë çështje.



Të pyetur në lidhje me sugjerime ose rekomandime se çfarë duhet bërë për të parandaluar ekspozimet në të ardhmen dhe infeksionet nga COVID-19, përshtatshmëria e mbrojtjeve dhe procedurave për të parandaluar ekspozimin dhe infeksionin dhe politikat ose veprimet që kanë ndihmuar në uljen e rrezikut të ekspozimit ndaj COVID-19 të intervistuarit veçuan si më poshtë:

- ✓ Aplikimi rigoroz i masave dhe veprimeve mbrojtëse ndaj pacientëve dhe stafit;
- ✓ Furnizim i vazhdueshëm me pajisje mbrojtëse;
- ✓ Triazhimi i pacientëve sipas rekomandimeve të OBSH dhe ndjekja e protokolleve rigoroze të OBSH
- ✓ Mjekët e familjes dhe infermierët e qendrave shëndetësore kanë qënë të ekspozuar dhe të pambrojtur; duhet të ishin shpërblyer financiarisht;
- ✓ Trajnimet për parandalimin e infeksionit duhet të kishin filluar shumë më herët;
- ✓ Të kërkohej çertifikata e vaksinimit në çdo ambjent ku ka mbi 5 persona;
- ✓ Përdorimi i PPP, përmirësimi i infrastruktures spitalore;
- ✓ Hyrja vetëm me maska e pacientëve në ambjentin ku do vizitohen, masat mbrojtëse personale të shpërndara herë pas here, por jo çdo ditë.
- ✓ Zbatimin korrekt të higjienës së duarve dhe protokolleve për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve;
- ✓ Të ruhen strukturat e vigjilencës. Të koordinohen më mirë marrëdhëniet spital terciar dhe rajonal. Të decentralizohet shërbimi de juro;
- ✓ Sindikata të aktivizohet;
- ✓ Shteti duhet të investohet më shumë për ruajtjen e personelit. Krijimi i kushteve sa më të mira të punës;
- ✓ Parandalimi është më mirë se kurimi. Kujdesi në veçanti dhe larja e duarve.
- ✓ Ushtrimi i profesionit në periudhën e pandemisë ishte i shoqëruar me shumë ankth dhe gjendje stresi; këshillimi psikologjik për stafin është i domosdoshëm;
- ✓ Të vazhdohej me ruajtjen e distancës sociale dhe të vazhdojë vaksinimi i popullatës.

IX. Intervista me institucionet dhe ekspertë

Një sërë intervistash dhe korespondenca me ekspertë dhe institucione të ndryshme u realizuan ndërmjet muajit Qershor dhe Gusht 2019.

Nje pjesë e këtij informacioni është përdorur edhe në analizën makro në fillim të këtij studimi.

Institucionet dhe entet me anë të të cilave është ndërvepruar në këtë mënyrë janë, katër urdhrat profesionalë, Ministria përgjegjëse për Shëndetësinë, ajo për Punën, Qendra për Edukimin në Vazhdim, Avokati i Popullit dhe Komisioneri kundër diskriminimit, si dhe ekspertë nga fusha e shëndetësisë, ekonomisë dhe punës.

Për sa më lart çështje që vlejné të trajtohen lidhen me faktin se nga analiza jonë nuk vërehen statistika të strukturuar për forcën e punës më shëndetësi, kjo për sa i përket jo vetëm aspekteve gjinore, por edhe atyre të lidhura me moshën, nivelin e kompetencave dhe informacione të tjera të rëndësishme për pasjen e politikave të qarta të zhvillimit të burimeve njerëzore në nivel vendi. Këto statistika duhet të ndërthuren edhe me ato të migracionit të personelit shëndetësor. Të gjitha këto shërbejnë si evidenca për një planifikim sa më të mirë të rekrutimit dhe mbajtjes së personelit shëndetësor, në numrin dhe me kualifikimet e nevojshme për të dhënë shërbime shëndetësore. Ndoshta këtu duke filluar që nga edukimi, krijimi i kuotave dhe tërheqja e sa më shumë e të rinjve drejt profesioneve shëndetësore.

Për sa i përket largimeve nga puna apo rasteve të diskriminimit, duhet thënë se institucionet që u përgjigjën ishin Komisioneri kundër Diskriminimit dhe Avokati i Popullit të cilët evidentuan rreth 20 raste secili të ankimeve për largim të padrejtë nga punë në sistemin shëndetësor. Një numër i mirë i rasteve përkonte me periudhat paszgjedhore, ndërsa vërehen shumë pak raste të diskriminimit mbi baza moshe, gjinore ose përkatsie etnike.

Ka ende disa hapësira boshe në përcaktimin e një karriere për profesionet e shëndetësisë. Për infermierët rritja në karrierë mbetet një fushë ende e paeksploruar, si nga ana e dimensionit administrativ, ashtu dhe atij profesional. Kjo është një rrugë që duhet ndjekur, duke parë dhe mangësitë në numrin e mjekëve që kemi në vend, shumë funksione të ushtruara prej tyre mund të kalojnë drejt personelit infermier, gjë që do jepte jo vetëm perspektive karriere dhe të ardhura më të mira për vetë infermierët, por edhe mundësi për sistemin shëndetësor për të rritur cilësinë dhe numrin e shërbimeve për popullsinë, gjë që është e lidhur me numrin dhe kostot për personelin shëndetësor.

Për mjekët ka një rregullim për sa i përket rritjes profesionale dhe një rrugëtim më pak të qartë për rritjen administrative, kështu ende nuk ekziston një shkollë e mirëfilltë për rritjen e drejtuesve të institucioneve dhe ndërmarrjeve shëndetësore, paçka nismave për kurse trajnimi apo master, ende nuk ka një kategorizim të drejtuesve sipas nivelit të formimit, por ekziston vetëm mbi bazën e pozicionit të mbajtur në hierarki. Ndërkohë për rritjen

profesionale, mjekët kanë ndarje në specializime, për të cilat organizohen konkurse sipas nevojave dhe mundësive të Ministrisë përgjegjëse¹²⁸ të Arsimit, të Shëndetësisë dhe Universitetit Mjekësisë Tiranë. Këto konkurse nuk zhvillohen në mënyrë periodike dhe ndodh që të kalojnë shumë vite nga njëri konkurs tek tjetri, duke krijuar pritje dhe mungesë besimi tek mjekët që duan të ndjekin rritjen profesionale. Specializimi është dhe një ndër shkaqet që shtojnë mjekët për specializime jashtë vendit, sidomos në vende si Gjermania, ku pas njohjes së diplomës, specializimet janë të decentralizuara dhe në përgjegjësi të vetë universiteteve. Specializimi është një periudhë ku mjeku mëson duke ushtruar profesionin, kështu kjo periudhë është shumë e rëndësishme në kuadër të marrëdhënieve të punës.

Duke qenë se studimi është për marrëdhëniet e punës në sistemin e shëndetësisë, është interesant fakti se në vendin tonë nuk ka një specializim të mirëfilltë për mjekësi të punës, edhe pse ekziston një departament në Institutione e Shëndetësisë që mbulon këtë fushë.

Për sa i përket stomatologëve dhe farmacistëve, rritja e tyre profesionale është lënë në dorë të tregut. Përveç specializimeve për kirurgji maksilo-faciale që stomatologët mund të bëjnë në Universtitetin e Mjekësisë Tiranë, çdo formë tjetër për rritjen profesionale dhe administrative, apo dhe menaxheriale është në dorë të tregut. Në këtë pikë dy profesionet që janë në pozicionin më kritik janë infermierët dhe farmacistët, ku për shembull për këta të fundit mungon dhe specializimi për farmaci spitalore. Kjo është dhe një arsye pse personeli shëndetësor zgjedh të emigrojë, sepse në vendin tonë është e vështirë të ndjekësh një rrugëtim rritjeje.

Nuk kuptohet ende se si do të stimulohet personeli shëndetësor për të ndenjtur në vend dhe/ose ofruar shërbime në zonat më të largëta. Është e vërtetë që Ministria përgjegjëse për Shëndetësinë ka marrë masa pozitive për nxitjen e mjekëve për të shkuar në zona më në nevojë personeli, duke rritur rrogat apo dhënë bonuse, ashtu si dhe duke marrë nisma të veçanta të dërgimit të personelit në periudha të shkurtra për të bërë vizita, kryesisht mjekë specialistë. Një nisëm tjetër e konsoliduar dhe pozitive është futja e teknologjive në distancë si telemedicina. Gjithsesi kjo çështje mbetet një sfidë dhe kërkon një bashkëpunim të madh ndërmjet aktorëve formalë të sistemit por dhe publikut të gjerë, pasi kërkon sensibilizim dhe angazhim profesional dhe qytetar. Për sa i përket marrëdhënieve të punës këto nisma kanë rrjedhojë mbi numrin e orëve të punës, distancës nga vendbanimi, apo dhe çështjeve të tjera që çenojnë sigurinë dhe shëndetin në punë, prandaj dhe kjo temë duhet ngritur edhe në nivelin e dialogut social të formalizuar ndërmjet palëve për të gjetur forma kontrate alternative, me fleksibilitet, në të mirë të publikut dhe punëdhënësit.

Sistemi shëndetësor në vendin tonë, si në shumë vende të tjera, është nën një stres të madh për sa i përket uljes së kostove dhe ofrimit të sa më shumë shërbimeve. Rrjedhimisht ky presion bie mbi personelin shëndetësor, sidomos në marrëdhëniet e punës, duke kërkuar të ulen kostot e punës me anë të zgjatjes së orareve, ose duke ngrirë pagat. Ndërkohë që këto

¹²⁸ Për sa i përket disa degëve si mjekësia ligjore është dhe Ministria e Drejtësisë.

masa të fundit bëhen kryesisht ndaj punonjësve të sektorit publik, për sa i përket punonjësve të sektorit privat tensioni ndërmjet punëmarrësit dhe punëdhënësit bëhet edhe më i madh, pasi duke qenë shumica e shërbimeve dhe produkteve shëndetësore të paguara nga entet publike apo institutet e sigurimeve, ka një kërkesë të vazhdueshme nga këto të fundit për uljen e çmimeve apo pagesave, që përkthehet edhe kjo presion për uljen e kostove të punës, që në bizneset private mund të sjellë deri dhe informalitet në marrëdhëniet e punës.

Emigrimi i personelit shëndetësor dhe agjensitë e rekrutimit të përfshira duhet të monitorohen nga institucionet përgjegjëse, e sidomos nga Ministria përgjegjëse për Shëndetësinë dhe nga urdhrat profesionalë. Mund të ketë raste të praktikave spekuluese në kurriz të punëdhënësve që shkojnë dhe punojnë në vende të tjera, ose me paga të diskriminuuese, ose në pozicione pune me kualifikim më të ulët, një gjë tjetër që duhet parë janë edhe tarifat e ndërmjetësit. Një masë paralele për t'u marrë nga Ministria përgjegjëse për Shëndetësinë do ishte propozimi i një rrugëtimi për reintegrimitin e mjekëve dhe infermierëve (dy profesionet më kritike) që kthehen ose dëshirojnë të kthehen nga emigrimi, gjë që mund të bëhet edhe me marrëveshje bilaterale ose multilaterale me vendet e destinacionit. Kjo do t'i shërbente edhe transferimit të njohurive nga vendet e destinacionit ku kanë punuar këta profesionistë. Kodi Global i Etikës për Rekrutimin e Personelit Ndërkombëtar Shëndetësor i Organizatës Botërore të Shëndetësisë shërben si një kuadër rregullues i mirë për këto nisma.

Duhet të stimulohet një dinamikë më e mirë bashkëveprimi ndërmjet urdhrave profesionalë, shoqatave të sektorit dhe sindikatave, të cilat duhet të kenë kufij të qartë të funksioneve por nga ana tjetër edhe mekanizma të qarta bashkëpunimi. Një bashkëpunim i mirë ndërmjet sindikatave dhe urdhrave apo shoqatave do të ishte në të mirën e vetë profesionistëve por edhe të sistemit shëndetësor e kësajsoj popullsisë.

Krijimi i lehtësirave me shërbime të përkujdesit për fëmijët apo dhe shërbime të tjera për personelin shëndetësor, që në një pjesë të madhe janë vajza dhe gra. Duhet të krijohet mundësia për kopshte dhe çerdhe për vajzat dhe gratë që janë pjesë e personelit shëndetësor dhe që prej orareve dhe ngarkesës së punës e kanë të pamundur të përkujdesen për balancën ndërmjet punës dhe jetës personale, duke shkaktuar stres dhe penalizime në rritjen profesionale ose në jetën familjare dhe shoqërore. E njëjta gjë vlen edhe për të moshuarit duke qenë se personeli shëndetësor mund të ketë të moshuar në ngarkim që kërkojnë përkujdesje të veçantë. Për sa i përket balancës mes punës dhe jetës private, kërkohet një rregullim i qartë me akte i kohës së punës dhe pushimeve, duke pasur parasysh natyrën e veçantë të punës së një pjese të personelit shëndetësor që kërkon vazhdueshmëri pa ndërprerje të shërbimeve.

X. Diskutim - Rezultatet e analizës makro për treguesit e punës së denjë dhe anketimit të profesionistëve të shëndetësisë

(i) Karakteristikat sociale dhe demografike të punonjësve

Siç u parashtrua në analizën makro dhe në intervistat me institucione dhe ekspertë, në vendin tonë nuk ekziston një integrim i saktë i të dhënave të institucioneve dhe enteve të ndryshme që mbajnë regjistra të personelit shëndetësor. Këtu nuk ndikon vetëm mungesa e integritit, por dhe teknologjia dhe mënyra e mbajtjes së regjistrave që në shumë raste nuk lejon raportimin për moshën mesatare të personelit shëndetësor, vendin e punës apo kohën në punë, apo ndonjëherë edhe gjinia. Nga analiza jonë, duke marrë burime të ndryshme, kemi vërejtur të dhëna të ndryshme edhe për vetë numrin absolut të profesionistëve për një profesion të caktuar.

Gjithsesi nga të dhënat e anketimit vërejmë se personeli shëndetësor janë kryesisht vajza dhe gra (73%), ku përqindja më e lartë është tek infermierët (84%) ndërkohë që më e vogla është tek mjekët specialistë (48%), duke pasur kështu një formë segregacioni gjinor, gjë që vihet re edhe në vende të tjera, e mund të duket qartë edhe në hendekun gjinor të vërejtur në analizën makro të këtij studimi.

Gjithsesi kërkohet një rritje e teknologjive dhe përmirësim i metodikave për të pasur statistika të besueshme mbi personelin shëndetësor, që na ndihmojnë pastaj për të pasur një strategji të mirë për planifikimin dhe mbajtjen e personelit shëndetësor në vend.

(ii) Ecuria e marrëdhënieve të punës dhe situata aktuale

Nga analiza makro dhe anketimi vërehet që ka ende shumë masa që duhen marrë për përmirësimin e marrëdhënies së punës për personelin shëndetësor. Edhe pse formalisht shumë tregues që përcaktojnë punën e denjë janë formalisht të plotësuar, pagat mbeten të ulëta për disa grup-profesione, rasti më emblematik mbeten infermierët. Nga anketimi na rezulton se ka mangësi në pagesat e orëve shtesë, ose në pagesat shtesë për turnet e infermierëve. Hendeku gjinor ndërmjet grave dhe burrave mbetet një sfidë serioze, me fenomene të segregacionit gjinor brenda sistemit shëndetësor. Oraret janë shpesh të papërshtatshme, sidomos për mjekët specialistë, siç na rezulton nga anketimi, edhe pse në statistikat e mëdha, rezulton se kategoria e profesionistëve të shëndetit ka kohezgjatje javore të orëve të punës në mesataren e vendit. Gjithsesi duhen marrë masa shtesë për mbështetjen e personelit shëndetësor për sa i përket shërbimeve të përkujdesit për fëmijet por edhe për të moshuarit në ngarkim, siç rezulton edhe nga intervistat me ekspertë. Një aspekt tjetër është dhe vizioni për rritje profesionale dhe administrative brenda sistemit, që jo gjithnjë është i qartë dhe për disa profesione gati nuk ekziston.

(iii) Situata e organizimit kolektiv dhe format e organizimit

Nga analiza vërejmë se në vendin tonë janë të pranishme mbi dhjetë sindikata të sektorit, ku disa janë pjesë e dy federateve/bashkimeve të sindikatave. Gjithashtu nga viti 2018, personeli

i sistemit shëndetësor është pjesë e kontratës kolektive, të firmosur ndërmjet Konfederatës së Sindikatave të Pavarura dhe Ministrisë së Shëndetësisë. Një e dhënë që është e vështirë për t'u matur në mënyrë të sigurtë është numri i personave anëtarë të sindikatave. Nga anketimi ynë rezulton shumë i ulët (15% dhe këtu duhet parë se sa nënkuptojnë urdhrin me sindikatën), ndërkohëqë vetëm 38% deklarorin se ishin pjesë e një kontrate kolektive, me të cilën një pjesë e mirë nënkuptonin kontratat tip që bëjnë me Fondin i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Pra nga rezultati i anketimit duket që duhet punuar ende më shumë për të rritur ndërgjegjësimin e personelit shëndetësor për të qenë pjesë e formave të organizimit kolektiv, si dhe mënyrave për të përfutur më shumë benefite nga puna nëpërmjet vënies në punë të të drejtave dhe lirive të mbledhjes, organizimit kolektiv, qënies palë në dialogun social, si dhe pasjes e vënies në zbatim të kontratave kolektive.

Një aspekt për t'u pasur në konsideratë është dinamika mes sindikatave dhe urdhrave profesionalë, ose shoqatave. Kjo dinamikë mund dhe duhet të jetë një bashkëpunim harmonik në të mirë të profesionistëve, duke stimuluar dialogun e shëndoshë ndërmjet palëve. Ky kujdes bazohet në eksperiencat e vendeve të ndryshme, ku në shumë raste ka pasur deri dhe konflikte mes palëve.

(iv) Situata mbi ndërprerjen e marrëdhënieve në punë (largime/pushime)

Për të analizuar ndërprerjen e marrëdhënieve të punës pyetëm disa institucione që mund të mbanin këtë informacion. Vetë gjykatat që janë përgjegjëse për zgjidhjen e konflikteve në këto çështje nuk kishin një bazë të dhënash specifike dhe ishte e vështirë të grupoheshin të dhënat. Avokati i Popullit dhe Komsioneri kundër Diskriminimit raportorin diçka më shumë se njëzet raste në pesë vitet e fundit, ndërkohë që për sa i përket bazave të dhënave të tjera, ne nga analiza nuk arritëm të gjenim, gjë që na rezultoi edhe nga intervistat me ekspertët.

Nga anketimi ynë duhet thënë se situata ishte disi e dyzuar, kështu më shumë se gjysma e mjekëve, mjekëve specialistë dhe infermierëve ndjeheshin të sigurtë ose shumë të sigurtë në vendin e punës (58%, 50% dhe 57%), ndërkohë që në rast largimi nga puna më shumë se gjysma e mjekëve dhe infermierëve shpreheshin se nuk kishin fare ose kishin pak mundësi mbrojtjeje (57,7% dhe 59.9%). Pra nga këto të dhëna mund të thuhet se ka njëfarë pasigurie në rast largimi nga puna për të gjetur të drejtën por nga ana tjetër përgjithësisht ka një ndjenjë sigurie për punën.

Gjithsesi vlen të përmendet se shumë pak të intervistuar kanë përmendur sindikatën si një palë e cila mund t'i vijë në mbrojtje të drejtës në punë në rast largimi (vetëm 12 të intervistuar nga 411, ku 7 infermierë, 3 administratë dhe 2 mjek specialistë), ndërkohë ka dhe raste ku mbrojtja kërkohet nga urdhrat profesionalë, nga shoqata ose nga drejtorja (eprori).

(v) Siguria dhe shëndeti në punë

Siguria në punë për personelin shëndetësor është një çështje kritike botërisht, aq sa në rezultatet se personeli shëndetësor ka dyfish rrezik dëmtimi në punë se sa industria private në përgjithësi, madje më shumë se sa punonjësit e ndërtimit¹²⁹.

Gjithsesi në analizën tonë nuk gjetëm të dhëna mbi rastet e incidenteve apo aksidenteve në punë të disagreguara për sektorin e shëndetësisë. Ajo që gjetëm dhe që kemi listuar në analizën tonë janë një sërë episodesh dhune të ndodhura në ambjentet e spitaleve si pasojë e ushtrimit të profesionit nga ana e mjekëve, gjë për të cilën, nga ana e Qeverisë ka pasur dhe një propozim për rritje të dënimeve për agresorët. Mbetet për t'u parë se sa ndikojë kjo në uljen e numrit të episodeve, apo dhe uljen e perceptimit të rrezikut nga ana e personelit.

Nga anketimi ynë rezulton se personeli shëndetësor ndjehet i kërcënuar për arsye të profesionit. Më shumë se gjysma e mjekëve, mjekëve specialistë dhe infermierëve mendojnë se puna e tyre është e rrezikshme (respektivisht 60%, 61% dhe 54%), ndërkohë që kur bëhet fjalë për ambientin e punës, pra rreziqeve të lidhura me vendin ku punojnë kjo përqindje bie ndjeshëm (respektivisht (31%, 32% dhe 28%). Rreziqet kryesore në pjesën dërrmuese janë ato psikosociale dhe pastaj shumë më pak ato biologjike.

Gjithsesi mbetet për t'u përmirësuar ana rregullatore, kështu mungojnë akte që lidhen me oraret dhe kohët e pushimit për personelin shëndetësor që duhet të garantojë vazhdimësinë e punës në spitale dhe urgjenca, ashtu siç mungojnë disa akte për rreziqet nga shpimet dhe prerjet, infeksionet nga HIV/AIDS dhe Tuberkulozi, COVID-19 pjesë e *acquis communautaire*.

(v) Probleme dhe sfida të lidhura me vendin e punës, sistemin shëndetësor dhe pritshmëritë për të ardhmen

Personeli i sistemit shëndetësor në Shqipëri në përgjithësi krahasuar me sektorë të tjerë gëzon paga në mesatare, orare pune në mesatare, si kohëzgjatje, ndërkohë që vuan një hendek gjinor të shkaktuar edhe nga segregacioni gjinor brenda sektorit.

Gjithsesi duhet thënë se në krahasim me vendet e tjera sistemi shëndetësor i vendit tonë është më i vogël, ofron më pak punësim, ashtu siç edhe zë një pjesë më të vogël të produktit të brendshëm, siç mund të vërehet nga analiza makro. Kjo do të thotë më pak mundësi për rritje profesionale dhe administrative brenda sistemit.

Kategoria më e goditur nga këto mangësi janë infermierët, të cilët nuk kanë shumë hapësira për rritje profesionale, sepse mungojnë edhe specializimet, ashtu siç mungon një karrierë e mirëfilltë administrative për këtë kategori. Në të njëjtën situatë janë dhe farmacistët, vetë se këta të fundit kanë mundësinë e ekspozimit ndaj tregut privat.

¹²⁹ Six ways to improve staff safety in healthcare – Arista flow, 2016, e cila e ka marrë nga - Bureau of Labor Statistics, 2013. Referenced by OSHA in “Worker Safety in Your Hospital: Know the Facts.”

Gjithsesi nga anketimi ynë situata shfaqet e ndarë, me gati gjysmën e mjekëve dhe infermierëve që nuk shohin fare ose pak mundësi rritjeje në karrierë (respektivisht 48.1% dhe 47.8%), ndërkohë që mjekët specialistë kanë një nivel më të ulët në këtë drejtim, me vetëm 30.6% që nuk shohin fare ose shohin pak mundësi karriere.

Ratifikimi i konventës së ILO për infermierët dhe linjat guidë të OBSH për planifikimin dhe mbajtjen e personelit shëndetësor do të ndihmonin shumë në këtë drejtim.

(vi) Niveli i kënaqësisë në punë dhe marrëdhënia me drejtuesit dhe aktorët e tjerë të sistemit, si dhe mundësia për të ikur, apo ndryshuar.

Nga anketimi ynë rezulton se 57% e personelit nuk është i kënaqur me pagën që merr, përqindje që shkon në 80% tek infermierët, ku në total një pjesë e madhe mendon se duhet të paguhet 100% më shumë. Nga ana tjetër 24% janë duke planifikuar për të ikur nga Shqipëria, në masë të madhe nëpërmjet agjensive të rekrutimit dhe kurseve të gjuhëve të huaja, kryesisht në Gjermani. Kjo përqindje shkon në 27% tek infermierët.

Pra nga kampioni ynë, një në katër persona të personelit shëndetësor është duke planifikuar që të ikë nga vendi.

Duke shtuar këtu dhe një ndjenjë të pasigurie për vendin e punës dhe të disa standarteve të sigurisë në punë, siç u përmend më lart, personeli shëndetësor në vendin tonë nuk gëzon nivel të lartë të kënaqësisë në vendin e punës.

Nga analiza jonë disa instrumente që mund të vinë në ndihmë janë Kodi Global i Etikës së Rekrutimit të Personelit Ndërkombëtar Shëndetësor, si dhe siç u tha më lart linjat guidë për rekrutimin dhe mbajtjen e personelit shëndetësor, duke e shoqëruar me marrëveshje dypalëshe ose shumëpalëshe me vendet e destinacionit.

XI. Përfundime dhe rekomandime

Rekomandimi i parë lidhet me krijimin e bazave të të dhënave të sakta për sa i përket personelit shëndetësor, me qëllim evidentimin e sfidave për planifikimin dhe mbajtjen e këtij personeli në vend në përgjithësi dhe të shpërndarë drejt në territor. Këtu kemi të bëjmë me statistika të lidhura me gjininë, moshën, specialitetin, vitet e punës, vendin e punës, shtetësinë, të cilat për momentin janë të shpërndara në institucione të ndryshme dhe duhet të integrohen në një bazë të dhënash unike, e cila mund të mbahet nga Instituti i Shëndetit Publik, si një institucion qendror këshillimor për politikën e shëndetësisë. Ndërkohë këto të dhëna janë shumë të rëndësishme edhe për elemente të negociimit të kontratave kolektive që kanë të bëjnë me perspektivën e karrierës, planet e pensionit dhe riintegrimin në punë.

Rekomandimi i dytë lidhet me organizimin sidikal dhe kontratat kolektive. Kontrata e ardhshme kolektive duhet të kalojë përmes një procesi konsultativ më të gjërë, duke futur elemente të lidhura me kodin e rekrutimit të OBSH, apo dhe konventën për infermierët që vendi ynë nuk e ka ratifikuar

ende, apo dhe direktivat e Bashkimit Evropian për rekrutimin dhe mbajtjen e personelit shëndetësor. Pra baza ekziston, duke qenë se ekzistojnë tashmë manuale dhe linja guidë në këtë drejtim. Në këtë rast kërkohet një bashkëpunim më i mirë i Ministrisë përgjegjëse për Shëndetësinë në cilësinë e punëdhënësit kryesor, sindikatave në përfaqësim të punëmarrësve, urdhrave profesionalë dhe shoqatave të sektorit si garantuese dhe ruajtëse të cilësisë dhe sigurisë së shërbimeve shëndetësore. Mbi këtë bashkëpunim duhet ndërtuar vlerë si për personelin shëndetësor, ashtu dhe për popullsinë që merr shërbimet e tyre. Pikat kritike ku duhet të përqendrohet kontrata kolektive janë pagat, shpërblimet, oraret e punës, shërbime mbështetëse për personelin, kushtet e punës dhe siguria në punë, edukimi në vazhdim, kualifikimet, rrugëtimet e karrierës, si dhe elemente të tjera që kanë të bëjnë me marrjen dhe lëvizjen nga vendi i punës, apo qeverisjen institucionale. Mënyra më e mirë për të dakortësuar një kontratë kolektive është nëpërmjet procesit të negociimit mes sindikatës dhe punëdhënësit nëpërmjet përcaktimit të një kontrate kuadër e cila njeh këto elemente, duke përcaktuar paketën bazë të të drejtave dhe detyrimeve dhe pastaj duke lënë për dispozita më specifike kontratave që mund të jenë sipas llojit të shërbimit, strukturës, specialitetit dhe vendndodhjes.

Rekomandimi i tretë lidhet me miratimin e akteve rregullatore¹³⁰ që vendi ynë ende nuk i ka adoptuar, siç është miratimi i legjislacionit që ka lidhje me sigurinë në punë, për sa i përket rreziqeve të prerjeve apo shpimeve, ai për mbrojtjen nga HIV/AIDS dhe Tuberkuloz apo COVID-19; për kohën e punës dhe pushimeve për personelin shëndetësor; vendimi i Këshillit të Ministrave që përcakton procedurat se si kontrata kolektive shtrihet në të gjithë degën, ose sektorin; konventa përkatëse e ILO për infermieret; akte që harmonizojnë kodin e rekrutimit të OBSH dhe parimet e rekrutimit dhe mbajtjes së personelit të direktives BE dhe akte të tjera të përmendura në këtë dokument. Edhe për këtë rekomandim do të ishte me vend që të ngrihej një mekanizëm koordinimi dhe bashkëpunimi ndërmjet punëdhënësve, punëmarrësve, sindikatave, urdhrave dhe shoqatave të sektorit, akademisë dhe shoqërisë civile, ku do ishte me vend edhe të ftoheshin shoqatat e pacientëve.

Rekomandimi i katërt lidhet me dinamikat ndërmjet sindikatave, urdhrave profesionalë dhe shoqatave të sektorit, kjo sidomos për sa i përket atyre profesioneve që kanë kushtëzime për sa i përket pagesave të kuotave. Në këtë aspekt do të ishte e vendit që të kishte platforma bashkëpunimi dhe koordinimi ndërmjet këtyre, të cilat mund të ngrihen nga ana e Ministrive përgjegjëse për Shëndetësinë dhe asaj për Punën, në mënyrë që të përcaktohen qartë kufijtë e tyre dhe që gjithashtu të mos krijohen mbivendosje. Kuptohet që detyrimi për regjistrim është vetëm për urdhrat profesionalë, por nga ana tjetër pjesmarrja në sindikata dhe shoqata nga ana e profesionistëve mbart me vete mundësi rritjeje dhe të drejtash si në marrëdhëniet e punës, si në ato të rritjes profesionale. Në një skenar ideal personeli i shëndetësisë duhet të përfitonte nga të treja këto dimensione, por për ta bërë duhet që në radhë të parë të jetë i aftë t'i aksesojë. Prandaj janë disa aspekte rregullatore dhe financiare që duhen koordinuar dhe me bashkëpunimin e institucioneve qendrore mund të krijohet një model i qendrueshëm.

Rekomandimi i pestë lidhet kualifikimet dhe perspektivën e rritjes profesionale dhe administrative. Personeli shëndetësor në Shqipëri nuk e ka vizionin e qartë të rrugëtimit që duhet të ndjekë për rritje profesionale dhe administrative. Do të ishte e vendit që të ngrihej kuadri i duhur rregullator që të përcaktojë qartë kush janë etapat e rritjes në karrierë; kush janë nivelet; kush janë kualifikimet;

¹³⁰ Referenca të plota gjenden në pjesët e tjera të studimit.

eksperiencia në punë e nevojshme; ekuivalentimet ndërmjet rrugëtimeve të ndryshme; cilat janë kriteret e përzgjedhjes; të drejtat dhe detyrimet; afatet për çeljet e konkurseve dhe siguria e periodicitetit të tyre; ndërkohë që mund të ketë ende një diskutim për institucionet që do të kenë vendim-marrjen për procedurat, që mund të jenë të centralizuara apo decentralizuara. Në vendin tonë kemi një skicim të rritjes profesionale, për sa i përket specializimeve të mjekëve, por profesionet e tjera janë lënë në një nivel gati horizontal, e këtu duhet më shumë punë, sepse profesione si infermieri dhe farmacisti sot kanë mundësinë e specializimit gjatë karrierës në dobi të sistemit, të punëmarrësit dhe të vetë punëdhënësit.

Rekomandimi i gjashtë lidhet me ikjen e personelit shëndetësor. Ky është një fenomen Global dhe vendi ynë nuk mund të jetë imun, gjithsesi ka disa masa që Qeveria nëpërmjet Minisitrisë përgjegjëse për Shëndetësinë dhe asaj të Punës mund të marrin. Duke pasur si bazë kodin etik të rekrutimit të OBSH kemi mundësinë që të krijojmë marrëveshje dypalëshe dhe shumëpalëshe me vende të treta. Kjo do të shërbente për të rregulluar emigracionin e profesionistëve tanë, në dobi të tyre, që nëse e kanë marrë atë vendim, do ta ndjekin rrugën e tyre, por nga ana tjetër, do të ulte hapësirat për abuzim nga agjensi rekrutimi me pak etikë. Rreziqet janë në këtë rast paga dhe kushte diskriminuese, punë të nënkualifikuara dhe demotivim. Ndërkohë që me marrëveshje të mira mund të krijohen hapësira për paga më të mira, për kualifikime dhe në rast se kthehen (migracioni ciklik) është dhe mundësia e transferimit të njohurive. Nëse nuk arrihet të ketë përqindje të larta kthimi, mundet që me vendet pritëse të ketë marrëveshje për kuota specializimi, apo investime të përbashkëta për edukim. Për këtë rekomandim duhet të ketë një kërkesë më të madhe nga ana e sindikatave, urdhrave dhe shoqatave drejtuar Qeverisë. Ndërkohë në perspektivën më të gjatë, duke qenë se vendi ynë aspiron të jetë pjesë e BE, ikja e personelit tonë shëndetësor nuk do të cilësohet më si emigrim, por si lëvizje e lirë e profesionistëve, prandaj dhe adoptimi i vlerave të kodit etik të OBSH dhe direktivës së BE për rekrutimin dhe mbajtjen e personelit shëndetësor është me rëndësi që në këtë fazë.

Rekomandimi i shtatë lidhet me aspektet gjinore dhe të përfshirjes sociale. Personeli shëndetësor ka sfida të mëdha për sa i përket aspekteve gjinore. Përtej hendekut gjinor në paga dhe segregacionit gjinor në profesionet dhe nivelet më bazike administrative, kemi dhe mungesë shërbimesh plotësuese për personelin shëndetësor, që bëhen kritike duke pasur parasysh oraret dhe kushtet e punës. Do të ishte me vend që të shikohej mundësia për krijimin e shërbimeve të përkujdesit social (për shembull kopshte dhe çerdhe) pranë ndërmarrjeve dhe institucioneve shëndetësore me numër të madh punonjësish, ose krijimin e kuotave specifike për këtë personel. Masa të tjera duhet të merren edhe për rrugëtimin në karrierë, pasi profesionet e shëndetësisë kërkojnë edukim në vazhdim dhe kualifikime të cilat në shumë raste mund të penalizojnë vajzat dhe gratë (mjafton të mendojmë nënat e reja, ose nënat që kalojnë periudha të gjata shkëputjeje si pasojë e lindjeve).

Rekomandimi i tetë lidhet me prioritizimin e disa profesioneve shëndetësore. Në gjykimin e autorëve të këtij studimi, infermierët janë kategoria profesionale brenda personelit shëndetësor që kërkon vëmendjen më të madhe për momentin, si për nga numri, si për nga problematikat e lidhura me pagën, kushtet e punës, si dhe rreziqet në vendin e punës, ashtu edhe në impaktin e gjërë që kanë në cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe treguesit e mirëqenies së vendit në përgjithësi. Ndërkohë që me prioritet duhet parë dhe tranzicioni i kategorisë së mjekëve të përgjithshëm në mjekë specialistë, që mbetet kritike dhe proces tejet i centralizuar dhe i kufizuar në kuota.

XII. Referenca

1. Analizë e Treguesve të Inspektimit Viti 2015, 2016, 2017, 2018 Inspektoriati Shtetëror i Punës dhe Shërbimeve Shoqërore
2. Caring in Crisis. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing - A Comparative Overview of 34 European Countries, EFN – European Federation of Nurses Associations, 2012
3. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification
4. Collective bargaining coverage rate është një tregues kuantitativ ligjor sipas ILO.
5. Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care, ILO 2018
6. Clinical management of COVID-19. Interim guidance, 27 May 2020. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected))
7. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce, WHO and Global Fund, 2019
8. Direktiva 2003/88/EC e Parlamentit Evropian dhe e Këshillit, datë 4 nëntor 2004, për disa aspekte të rregullimit të kohës së punës, ku specifikisht në nënpikën (i) të pikës (3) të nenit 17, shpjegohet se për institucione si spitalet (për shembull) ku duhet të sigurohet vazhdimësia e shërbimit mund të bëhen për sa i përket neneve të tjera që përcaktojnë qartë oraret e punës maksimale brenda 24 orëshit dhe brenda 7 ditëshes. Gjithsesi nuk duhet që të kalohet kufiri prej 48 orësh në javë, pra turnet e zgjatura duhet të zëvendësohen me pushime respektive ndërmjet tyre.
9. Direktiva 2004/38/EC mbi të drejtën e qytetarëve të Bashkimit Evropian dhe pjesëtarëve të familjes së tyre për të lëvizuar lirisht dhe pasur rezidencën në territorin e vendeve anëtare; si dhe rregullorja nr 492/2011 mbi lirinë e lëvizjes për punëtorët në Bashimin Evropian.
10. Direktiva 2010/32/EU – për parandalimin e dëmtimeve me sendeve prerëse apo shpurëse në spitale dhe sektorin e shëndetësisë.
11. Direktiva. 2005/36/EC e Këshillit dhe Parlamentit Evropian, 7 Shtator 2005 mbi njohjen e kualifikimve profesionale.
12. Dokumenti bazohet në disa dokumente të tjera strategjike, ku vlen të përmendet Kuadri ligjor i BE për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë 2014/2020, si dhe strategjia globale e OBSH për dhëndet për të gjithë në punë. Gjithsesi në kuadrin ligjor direktiva kryesore për sigurinë dhe shëndetin në punë për Bashkimin Evropian mbetet Direktiva 89/391/EEC – Direktiva kuadër për sigurinë dhe shëndetin në punë.
13. Employment by sector - ILO modelled estimates – E marrë nga databaza aktive në adresën zyrtare
14. Employment in health and long-term care sector in European countries, Neujobs, 2013
15. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector, WHO and ILO, 2002.
16. Freedom of association, collective bargaining rights dhe tripartiate consultations
17. Gender segregation in education, training and the labour market, European Institute for Gender Equality (EIGE)
18. Global Migration: Causes and Consequences, Benjamin Helms and David Leblang, online publication Feb. 2019. Autorët lidhin emigrimin me mungesën e shërbimeve, e ku ndërmjet të tjerave radhitet edhe shëndetësia.
19. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, World Health Organisation – Ku një pjesë e rëndësishme zë trajtimi i promovimit të punës së denjë dhe sigurisë në punë.

20. Gefen A, Ousey K. Update to device-related pressure ulcers: SECURE prevention. COVID-19, face masks and skin damage. Journal of Wound Care. 2020;29(5). <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.5.245>.
21. Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement A.Glinos, Health Policy, Volume 119, Issue 12, December 2015, Pages 1529-1536
22. Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia, ILO 2006
23. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. Interim guidance, 3 December 2020. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/health-workforce-policy-and-management-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic-response>)
24. ILO Policy Brief on COVID-19. Pillar 3: Protecting workers in the workplace. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_739049/lang-en/index.htm)
25. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/AnnexLHNPStrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf>
26. <http://www.panorama.com.al/peticioni-nga-neser-mjeket-specializante-bojkotojne-sherbimet-roje-ne-qsut-ja-pese-kerkesat-e-tyre/>
27. <https://kssh.org/en/2019/07/u-shtojne-oret-mjeket-po-shkelet-kontrata-dhe-kodi-i-punes-ministria-splotesojne-40-ore-pune-2/>
28. <https://shqiptarja.com/lajm/dhuna-ndaj-mjekëve-stroni-nese-perserit-do-te-marrim-vete-masa>
29. <https://shqiptarja.com/lajm/dhunohet-një-tjetër-mjek-në-detyrë>
30. <https://shqiptarja.com/lajm/vdes-pacienti-ne-vlore-familjaret-dhunojne-mjekun>
31. https://www.ilo.org/dyn/legosh/en/f?p=14100:1100:0::NO:1100:P1100_ISO_CODE3,P1100_SUBCODE_CODE,P1100_YEAR:ALB,,2016:NO
32. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:11310:0::NO:11310:P11310_INSTRUMENT_ID:312294:NO
33. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/Newsroom/News/ECMS_093856/lang-en/index.htm
34. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_229374.pdf
35. <https://www.kohajone.com/2019/09/29/krijohet-sindikata-e-infermiereve/>
36. <https://www.parlament.al/News/Index/8403>
37. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=361>
38. <https://www.vizionplus.tv/infermieret-proteste-ne-20-dhjetor-publikohen-11-kerkesat-e-tyre/>
39. Improvement of Living and Working Conditions - Employment and industrial relations in the health care sector, 2011 - European Foundation for the.
40. Improving employment and working conditions in health services, International Labor Office, Geneva 2017
41. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB, WHO ILO UNAIDS, 2010
42. Kodi i Punës
43. Kontrata kolektive e 26 Shkurtit 2018
44. Konventa C158 “Për mbarimin e marrëdhënieve të punës” të 1982.

45. Labour market change and the international mobility of health workers, The health foundation 2019
46. Ligji nr.7703, datë 11.5.1993 “Për sigurimet shoqërore në Republikën e Shqipërisë”
47. Ligji 27/2019 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin 10 107, datë 30.03.2009 “Për systemin e përkujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” i ndryshuar”
48. Projekti Triple Win i zbatuar nga GIZ edhe në Shqipëri, që stimulon emigrimin e kontrolluar të infermierëve, integrimin e tyre në Gjermani, ose kthimin pas me kompetenca të reja.
49. Raporti Shëndetësor Kombëtar, Kapitulli Sistemi Shëndetësor, Seksioni Burimet njerëzore në Shëndetësi
50. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe, EC, 2015, një politikë për të siguruar që rekrutimi dhe mbajtja e forcës së punës në shëndetësi të jetë e qëndrueshme.
51. SEPEN - Support for the health workforce planning and forecasting expert network (2017 – 2018), instrument që ndihmon shtetet anëtare për të planifikuar dhe garantuar një forcë pune të qëndrueshme.
52. Studim për sektorin e shëndetësisë në Shqipëri, Shkurt 2006, Banka Botërore, Njësia e Sektorit të Zhvillimit Njerëzor Njësia e Vendeve të Europës Juglindore Rajoni i Europës dhe i Azisë Qendrore
53. T. Kopetsch. The migration of doctors to and from Germany. Journal of Public Health, Springer
54. The future of work in the health sector, ILO 2019 - një dokument në përpunim i ILO-s që hulumton skenaret e mundëshme të zhvillimit të marrëdhënieve të punës dhe kushteve për forcën e punës në shëndetësi, qëllimi është garantimi i një pune të denjë dhe të sigurtë, ashtu si dhe forcim i një sistemi shëndetësor përfshirës.
55. The Health Care Workforce in Europe Learning from experience, European Observatory on health Systems and Policies, 2006 – studim krahasues mbi sfidat e garantimit të një force pune të përshtatshme në vendet e BE.
56. Urdhri nr. 9/1, datë 04.05.1993
57. Verlag, 2008, 17 (1), pp.33-39. ff10.1007/s10389-008-0208-7ff. fhal-00478179f
58. VKM nr. 2010, datë 17.03.2011
59. VKM nr. 730, datë 6 Nëntor 2003
60. VKM nr. 1034, datë 27.02.1997
61. VKM nr. 161, datë 21.3.2018 “Për pagesën e së ardhurës nga papunësi”
62. VKM nr. 3116, datë 28.09.2011
63. VKM nr. 3118, datë 05.04.2018
64. VKM nr. 4825, datë 19.09.1997
65. VKM Nr. 520, datë 6.8.2014, për miratimin e Rregullores “Për mbrojtjen e sigurisë dhe shëndetit të punëmarrësve nga risqet e lidhura me kancerogjenët dhe mutagjenët në punë”.
66. VKM Nr. 521, datë 6.8.2014, për miratimin e Rregullores “Për kërkesat minimale të sigurisë dhe shëndetit për punën me pajisje me ekran shfaqës”.
67. VKM Nr. 522, datë 6.8.2014, për miratimin e Rregullores “Për mbrojtjen e sigurisë dhe shëndetit të punëmarrësve nga risqet e lidhura me agjentët kimikë në punë”.
68. VKM Nr. 550, datë 27.8.2014 për miratimin e Rregullores “Për mbrojtjen e sigurisë dhe shëndetit të punëmarrësve nga risqet e lidhura me ekspozimin ndaj agjentëve biologjikë në punë”.
69. VKM Nr. 562, datë 3.7.2013, për miratimin e Rregullores “Për Kërkesat Minimale të Sigurisë dhe shëndetit në Përdorimin e Pajisjeve të Punës në Vendin e Punës”.

70. VKM Nr. 563, datë 3.7.2013, për miratimin e Rregullores “Për Kërkesat Minimale të Sigurisë dhe Shëndetit për Përdorimin e Pajisjeve Mbrojtëse Individuale në Vendin e Punës”.
71. VKM Nr. 564, datë 3.7.2013, për miratimin e Rregullores “Për Kërkesat Minimale të Sigurisë dhe Shëndetit në Vendin e Punës”.
72. VKM Nr. 634, datë 15.7.2015 Për Miratimin e Rregullores “Për prezantimin e masave për sigurinë dhe shëndetin në punë të grave shtatzëna dhe nënave të reja”.
73. VKM nr. 809, datë 26.12.2018
74. VKM Nr. 841, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me dridhjen mekanike në vendin e punës”.
75. VKM Nr. 842, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me zhurmën në vendin e punës”.
76. VKM Nr. 843, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me rrezatimin optik në vendin e punës”.
77. VKM Nr. 844, datë 3.12.2014 “Për mbrojtjen e punëmarrësve nga risqet që lidhen me rrezatimin jojonizues në vendin e punës”.
78. VKM nr.. 371, datë 18 Maj 2016
79. VKM Nr.107, datë 09.02.2011“Për përbërjen, rregullat e organizimit dhe të funksionimit të Këshillit të Sigurisë dhe Shëndetit në Punë dhe Përfaqësuesit të Punëmarrësve”
80. VKM Nr.108 datë 09.02.2011“Për aftësitë që duhet të plotësojnë punëmarrësit, personat dhe shërbimet e specializuara, që merren me çështjet e sigurisë dhe të shëndetit në punë”
81. WHA57.19 International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries
82. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16, May 2010 – Shqipëria hyn në vendet që kanë përcaktuar autoritetin kombëtar përgjegjës për raportimin, si dhe kanë dorëzuar raportin e parë me të dhënat e nevojshme për monitorim.
83. WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 28 April 2020 (<https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>)