



Qendra për hulumtim dhe krijim të politikave

**Më shumë përkujdesje
në shëndetësin primare**

**Më shumë qendra
për përkujdesje nëpër bashkësi**

**Analizë e shkurt
Nr. 18**



Qendra për hulumtim dhe krijim të politikave

Hulumtime | Analiza | Trajnime | Krijimin e politikave publike

PËRMBAJTJA

Hyrje	4
Masat institucionale në sistemin shëndetësor	5
Përkujdesja post-akute në spitale	5
Repartet ditore në spitale	6
Bujtinat	6
Mbrojta primare shëndetësore: shërbimet e patronazhit dhe kurimit shtëpiak	7
Masa jashtinstitucionale në nivel lokal	8
Qendra për përkujdesje në shtëpi	9
Telemedicina	12

Boton:

Qendra për hulumtim dhe krijim të politikave
Rr. Cico Popovik-2/9, 1000 Shkup, Maqedoni
Tel/Faks: +389 2 3109 932

www.crpm.org.mk | crpm@crpm.org.mk

Kjo analizë është publikuar në kuadër të projektit „Përgjigje nga zimplementimi I Grupeve të Përbashkëta Dijagnostike“ në Maqedoni.

Proekti është implementuar nga Qendra për Hulumtim dhe Krijim të Politikave, me përkrahje nga fondi zhvëllimorë të gruas në kuadër të Kombeve të Bashkuara (UNIFEM) në kornizë të programës regjionale për buxhetim të pergjegjshëm gjinorë financiar nga Agjencia Austriake për Bashkëpunim Zhvillimor.

***Më shumë përkujdesje në shëndetësinë primare!
Më shumë qendra për përkujdesje nëpër bashkësi!***

Analizë e shkurt Nr.18

Më shumë përkujdesje në shëndetësinë primare!

Më shumë qendra për përkujdesje nëpër bashkësi!

Në vitin 2007-2008, Qendra për Hulumtim dhe Krijim të Politikave (QHKP) me ndihmë teknike të Fondit të gruas për zhvillim të Kombeve të Bashkuara (UNIFEM) dhe mbështetje financiare të Agjencisë Austriake për Bashkëpunim Zhvillimor (ADA) realizoi hulumtim mbi implikimet e grupeve të përbashkëta diagnostike (GPD), një sistem i ri për pagesën e shërbimeve shëndetësore ndaj femrave. Rezultatet e hulumtimit tregojnë se me aplikimin e GPD, reduktohet kohëzgjatja mesatare e qëndrimit të pacientëve në spital. Analiza ka identifikuar se pas largimit nga spitali vjen deri te transferimi i përkujdesjes nga spitali në shtëpi të të sëmurit (sepse mbrojtja shëndetësore primare, shërbimi i patronazhit dhe kurimi shtëpiak janë të pamjaftueshëm për të zëvendësuar punën e kujdesit të anëtarëve të familjes së personit të sëmurë). Nëpërmjet hulumtimit lidhur me kohën e shfrytëzimit në shtëpi, ekipi studimor QHKP gjeti se shumica e punës së përkujdesjes ushtrohet nga anëtarët femra të familjes (5 orë në ditë, krahasuar me meshkujt që kalojnë dy orë e gjysmë në ditë në përkujdesjen e familjarit të sëmurë).

Duke u nisur nga këto të dhëna në vitin 2009 QHKP ka filluar të realizojë projektin "Përgjigje e GPD -përfaqësimi i reformës së shërbimeve shëndetësore primare dhe themelimi apo i shërbimeve komunale të përkujdesjes që do të kishin zëvendësuar punën e papaguar të përkujdesjes në shtëpi të femrave në Maqedoni". Në kuadër të këtij projekti ekipi i QHKP-së vizitoi Slloveninë dhe Kroacinë, ku u njoftuan me disa mekanizma që mund të aplikohen në Maqedoni, me qëllim për të lehtësuar barrën që bie mbi një familje, si rezultat i reduktimit të qëndrimit në spital (sipas reformave GPD).

Këto mekanizma mund t'i ndajmë në dy grupe:

A) Masa institucionale në sistemin shëndetësor

- reparte për përkujdesje post-akute në spitale (kurim i zgjatur)
- reparte ditore në spitale
- bujtinë
- shërbimi i riorganizuar i patronazhit dhe kurimit shtëpiak

B) Masat jashtëinstitucionale në nivel lokal

- Qendra për përkujdesje
- Klube të ditës
- Shërbimi i bujtinës i organizuar nga organizatat joqeveritare
- Telemedicina

Në periudhën prill-nëntor QHKP ka organizuar 7 tryeza të rrumbullakëta. Tryeza e parë ishte dedikuar për diskutimin e masave për rritjen e kujdesit primar shëndetësor. Në këtë tryezë kanë marrë pjesë të gjitha palët relevante në procesin e politikë-bërjes në sektorin e shëndetësisë dhe mbrojtjes sociale. Në gjashtë tryezat tjera të rrumbullakëta të organizuara në qendrat rajonale: Shkup, Tetovë, Veles, Shtip, Strumicë dhe Ohër morën pjesë përfaqësues të komunave dhe OJQ-ve, dhe i shqyrtuan masat që komunat mund t'i ndërmarrin për të siguruar shërbime të përkujdesjes në kushte shtëpiake. Përfundimet e këtyre takimeve janë paraqitur në këtë dokument.

A) Masat institucionale në sistemin shëndetësor

Pas lëshimit të spitalit pacientët kanë nevojë për përkujdesje shëndetësore dhe sociale. Përkujdesjen shëndetësore duhet ta sigurojë shëndetësia publike.

Përkujdesja post-akute në spitale

Në Maqedoni, me reformën e GPD, në kushtet e spitaleve realizohet vetëm intervenime. Përkujdesja më e gjatë post-akute nuk ofrohet në spitale, madje nuk ekzistojnë as spitale për të sëmurë kronikë, përpos spitalit të specializuar për të sëmurit psikik në Bardovcë dhe spitali për sëmundjet e mushkërive në Jesenovë.

Në shumë vende kjo situatë zgjidhet duke miratuar një ligj për mbrojtje të përhershme shëndetësore. Në Slloveni, megjithëse nuk është miratuar një ligj i tillë, në mënyrë institucionale ofrohet përkujdesje jo-akute në spitale. Zakonisht këtë përkujdesje e fitojnë në afat prej 30 ditëve në repartet e përkujdesjes. Shpesh këtë trajtim e fitojnë njerëzit e sëmurë në të cilët kanë pasur ndërhyrje, dhe që nuk mund të kthehen në shtëpi ende, sepse ata kanë nevojë për përkujdesje dhe ndihmë gjatë veshjes, larjes, lëvizjes, ushqimit, si dhe persona që jetojnë vetëm. Shërbimet në repartet jo-akute për përkujdesje nuk paguhen sipas sistemit GPD, por sipas numrit të ditëve të qëndrimit. Në vitin 2008, sistemi shëndetësor në Slloveni ka ndarë 2 milionë euro për mbështetjen e përkujdesjes jo-akute në spitale.

Në Kroaci ekzistojnë spitale post-akute dhe spitale për të sëmurë kronikë. Në këtë mënyrë, të gjithë atyre që u nevojitet mbrojtje shëndetësore e zgjatur, mund ta fitojnë në nivel të spitaleve.

Ministria e Shëndetësisë ka në plan të investojë në shtëpitë e përkujdesjes në të cilat do të sigurojë përkujdesjen e nevojshme. Plani parashikon hapjen e shtëpisë së parë të përkujdesjes në vitin 2009. Të dhënat tona flasin se Ministria është larg nga realizimi i këtij plani, dhe një nga argumentet të vonësës është investimi i shtrenjtë. Në tryezën e rrumbullakët, në të cilën merrnin pjesë përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë, Ministrisë së Punës dhe Politikës Sociale, të gjitha agjencitë përkatëse në këtë sektor dhe përfaqësues të Fondit për Sigurim Shëndetësor të Sllovenisë u rekomandua që mos të investohet në objekte dhe kapacitete të reja, por të riorganizohen kapacitetet dhe objektet ekzistuese (kuadri i përkujdesjes të punojë në repartin e përkujdesjes në spitalin ekzistues dhe t'i paguaj shërbimet sipas kohës së qëndrimit në ditë e jo sipas metodës së DSG).

Repartet ditore në spitale

Një mekanizëm që do të ishte përgjigje efikase ndaj nevojës së përkujdesjes së vazhduar shëndetësore janë edhe repartet ditore në spitale. Repartet ditore pranojnë pacientë të cilët trajtohen gjatë ditës, kurse spitalin e lëshojnë në mbrëmje. Ata në darkë shkojnë në shtëpi, por nëse kanë nevojë përsëri paraqiten në repartin ditor të spitalit ditën e ardhshme.

Në Slloveni ka përkujdesje ditore afatgjate dhe afatshkurte. Derisa përkujdesja afatshkurte zgjatë 24 orë, përkujdesja afatgjate zgjattë periudha më të gjata, në ndërprerje, por gjithashtu me qëndrim në spital por jo më shumë se 24 orë. Pacientët natën qëndrojnë nëpër shtëpitë e tyre, por përkujdesjen e nevojshme e fitojnë brenda ditës në spital.

Në Kroaci mjeku familjar mund të kryejë operacione minimale invazive (nxjerrja e ndonjë sendi nga syri, veshi dhe hunda etj.) nga janari 1 i vitit 2009 dhe kështu mund të fitojë deri në 10% të shumës së kapitacionit (mënyra se si financohen shërbimet shëndetësore në nivel parësor) përmes zbatimit të procedurave të rregulluara me DSG (deri më 500 euro).

Në Maqedoni duhet të inkurajohen spitalet për hapjen e reparteve ditore, të cilat do të rrisin efikasitetin e tyre. Reformat aktuale në sektorin e shëndetësisë (GPD, pavarësia në menaxhimin e spitaleve) i sigurojnë të gjitha kushtet që spitalet të sjellin vendime lidhur me hapjen e reparteve ditore për ndërhyrjet minimale invazive.

Bujtinat

Bujtinat janë institucione në të cilat përkujdesje fitojnë personat me sëmundje terminale. Zakonisht, ata janë personat e sëmurë nga kanceri. Këta persona këtu e fitojnë përkujdesjen shëndetësore, kurse familjet e tyre përkrahjen psiko-sociale në rast të humbjes së personit të

sëmure të familjes. Bujtinat janë investime të shtrenjta dhe të njëjtat mund të jenë si pjesë e sistemit shëndetësor (ente të pavarura apo reparte të spitaleve ku shërbimet do të paguheshin sipas sistemit GPD) apo si shërbim në nivel komunal, që do t'i kishte ofruar shërbimet e njëjta si në kushte shtëpiake.

Asociacioni slloven i bujtinave funksionon si organizatë joqeveritare, dhe është aktive në Lubjanë, Cele dhe Maribor. Kjo organizatë merret me përkujdesje palajiative, kjo do të thotë me ndihmën e personave që janë në fazë terminale të jetës. Në marrëveshje me Ministrinë e Shëndetësisë, kanë motra medicinale të paguara që ofrojnë përkujdesje shëndetësore për të sëmurit, kurse përpos kësaj kanë edhe një grup të përkrahjes me vullnetare, që u ndihmojnë familjeve, zakonisht si mbështetje psikike.

Në Maqedoni dhe në Kroaci nuk ekzistojnë bujti të këtilla. Në Tryezën e rrumbullakët, në të cilën morën pjesë përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë, Ministria e Punës dhe Politikës Sociale, të gjitha agjencitë relevante nga ky sektor, përfaqësues të organizatave ndërkombëtare dhe përfaqësues të Fondit për Sigurim Shëndetësor të Sllovenisë, u rekomandua që mos të investohet në bujti të këtilla që kushtojnë shtrenjtë, por të stimulohen organizatat joqeveritare, bashkësia dhe komunat që t'i sigurojnë shërbimet e këtilla nëpërmjet mbulimit të shpenzimeve për përkujdesje shëndetësore nga ana e buxhetit shëndetësor, respektivisht shërbimet sociale nëpërmjet buxhetit komunal.

Mbrojta primare shëndetësore: shërbimet e patronazhit dhe kurimit shtëpiak

Pas lëshimit nga spitali, përkujdesjen duhet ta marrë niveli primar shëndetësor. Në Maqedoni është mjeku (amë) i zgjedhur. Për fat të keq, marrëveshjet e mjekëve të zgjedhur me Fondin për Sigurim Shëndetësor nuk përfshijnë shërbimet e përkujdesjes dhe mjekët e njëjtë nuk i ofrojnë këto shërbime për shkak se s'kanë si t'i paguajnë. Sistemi publik shëndetësor këtë mungesë e plotëson me shërbimet e patronazhit (që është polivalente, i vogël në numër dhe kryesisht ka rol këshillëdhënës) dhe kurimin shtëpiak (që ka numër të vogël dhe nuk arrin t'i shërbejë personat aq sa duhet).

Shërbimet e patronazhit në Slloveni dhe në Kroaci janë shumë të zhvilluara. Numri i ekipeve të patronazhit është i madh, prandaj të njëjtit arrijnë t'u shërbejnë një numri të madh të shfrytëzuesve. Në Slloveni shërbimi i patronazhit është i reformuar. Ky shërbim nuk ka vetëm rol preventiv dhe këshillëdhënës, por ka edhe funksion kurativ - shërues. Një ekip i patronazhit e shërben vetë organizatën e shërbimit të patronazhit, kurse numri i popullatës për një ekip është rreth 2.300 persona.

Nëse një person është lëshuar nga spitali në Kroaci, përkujdesjen për të e merr mjeku familjar. Mjeku familjar bashkëpunon me vizitën shtëpiake (motra medicinale e cila çdo ditë kalon një numër të caktuar të orëve në shtëpinë e të sëmurit që i nevojitet përkujdesje në kushte shtëpiake) dhe shërbimi patronazh (motra medicinale e cila e viziton të sëmurin, e këshillon dhe kryen monitorim të punës së vizitë shtëpiake dhe zbatimit të shërimit shtëpiak, motra medicinale e këtij shërbimi e lajmëron mjekun për gjendjen e pacientit, kurse vendimin për vazhdimin e përkujdesjes në shtëpi e sjell ai/ajo). Shërbimi i patronazhit në Kroaci është pjesë e mbrojtjes primare shëndetësore, kurse numri i popullatës për një motër medicinale (të patronazhit) arrin 2100 banorë.

Në Tryezën kombëtare të rrumbullakët në të cilën morën pjesë përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë, Ministrisë së Punës dhe Politikës Sociale, të gjitha agjencitë relevante nga ky sektor dhe përfaqësues të Fondit të Shëndetësisë të Sllovenisë, u rekomandua riorganizimi i shërbimit të patronazhit që nevojitet për ndërmarrjen e funksionit më të madh kurativ, për çka nevojiten ndryshime në financimin e punës së tyre, sepse materialet që do t'i kishin shfrytëzuar motrat medicinale (të patronazhit) në veprimtaritë kurative (mbështjellëset, aplikimi i ilaçeve/injeksioneve etj) tani për tani nuk hynë në marrëveshjen e Ministrisë së Shëndetësisë, respektivisht të Fondit për Sigurim Shëndetësor dhe Entet Shëndetësore, në kuadër të të cilave funksionojnë shërbimet e patronazhit. Rritja e numrit të ekipeve për shërim shtëpiak - ishte rekomandimi i dytë që doli nga ky takim.

B) Masa jashtinstitucionale në nivel lokal

Me hyrjen në fuqi të Ligjit për vetëqeverisje lokale-Qeveria në Republikën e Maqedonisë, shumë nga përgjegjësitë e qeverisjes qendrore janë transferuar në nivel lokal. Nga sondazhi i QHKP mund të vihet re se pacientët pas lëshimit nga spitali kanë nevojë për kujdes social: pastrim, larje, të ushqyerit, ecje, veshmbathje etj. Kujdesi i tillë mund të mundësohet nga qendrat për kujdesin shtëpiak. Prandaj pamë se cilat janë kompetencat e komunave në mbrojtjen sociale.

Në fushën e mbrojtjes sociale korniza ligjore nuk i obligon dhe nuk i detyron komunat për të siguruar forma të mbrojtjes sociale, as nuk iu garanton komunave burime të financimit për harxhime të shërbimeve të tilla në fushën e mbrojtjes sociale. Diskutime rajonale të bëra në kuadër të projektit treguan në decentralizimin disfunkcional në këtë fushë. Gjegjësisht, nëse komuna ka një institucion shoqëror në territorin e saj, ajo me decentralizimin do të marrë paratë dhe përgjegjësitë për funksionimin e institucionit, por në qoftë se nuk ka asnjë institucion të tillë (p.sh. Shtëpi për të moshuarit apo kopsht), ajo merr kompetencat, por jo edhe paratë. Kështu është arritur në përfundim se me decentralizimi në Maqedoni paratë i udhëheqin institucionet e jo kompetencat të cilat barten, sidomos në mbrojtjen sociale.

Në këtë sektor, korniza ligjore vërteton që komunat mund të sigurojnë realizimin e mbrojtjes sociale për:

- Personat me aftësi të kufizuara fizike,
- Fëmijët pa prindër dhe përkujdesje prindërore,
- Fëmijët me nevoja të veçanta,
- Fëmijët në rrugë,
- Fëmijët me probleme edukative dhe sociale,
- Fëmijët me familje me një prind
- Personat e ekspozuar ndaj rrezikut social
- Njerëzit e prekur nga shpërdorimi i drogave dhe alkoolit,
- Të moshuar pa përkujdesje familjare.

Ka disa forma të shërbimeve sociale që komunat mund të organizojnë në kuadër të kompetencave të tyre:

1. Qendrat ditore për kujdesin e fëmijëve të rrugës, fëmijëve me aftësi të kufizuara zhvillimore, persona të rritur me aftësi të kufizuara, të varurit nga droga dhe substanca tjera psikotrope, persona të ekspozuar ndaj dhunës në familje etj.
2. Qendra, gjegjësisht agjencitë e shërbimeve për ndihmë shtëpiake për persona të moshuar dhe me aftësi të kufizuara.

Qendra për përkujdesje në shtëpi

Në Slloveni, Instituti për përkujdesje në shtëpi punon në nivel komunal, dhe financohet nga komuna, si dhe nga vetë pacientët. Në Lubjanë, komuna merr pjesë me 80%, ndërsa pacientët me 20%, edhe pse ka ndryshime nga komuna në komunë. Shërbimet për shpenzimet e kujdesit në shtëpi kushtojnë 3-4 euro në ditë për pacient. Si pjesë e këtij shërbimi, pacientëve me sëmundje kronike dhe të moshuarve u vijnë motra medicinale për përkujdesje të trajnuara që t'u ndihmojnë me nevojat e përditshme, si lëvizje, pastrim, ushqim, pastrim, dhe miqësi të ngjashme shoqërore me disa orë në ditë, në mënyrë që familjeve të të sëmurëve t'u hiqen si barrë.

Në komunën e vogël kroate Zupanja, Kryqi i Kuq bën kontratë me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për ofrimin e shërbimeve për ndihmë në shtëpi. Sipas këtij projekti, shkohet te personat e vjetër dhe të pafuqishëm për t'u ndihmuar në nevojat themelore të amvisërisë - Higjiena, kujdes, dhe nevojat shoqërore, miqësi. Kështu që punonjësi social në qendrën komunale për mbrojtje sociale vendos se cilët njerëzit do të marrin këtë ndihmë, ndërsa e zbatojnë motrat të trajnuara për përkujdesje nga Kryqi i Kuq. Kostoja e këtyre shërbimeve është e përcaktuar nga

Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Mbrojtjes Sociale, ndërsa Kryqi i Kuq i kryen (ofron) këto shërbime.

Në Maqedoni ekzistojnë disa shërbime vullnetare për përkujdesje në kushte shtëpiake të organizuara kryesisht nga OJQ-të që përdorin kryesisht punës vullnetare në ofrimin e shërbimeve: humanitet në komunën e Aerodromit, Esmat dhe Sumnal në Shuto Orizarë, në Kitka Prolep, OZHO Sveti Nikole në Sveti Nikole, multikulturë në Tetovë, Jetë të vazhdueshëm në Strumicë dhe jetën e Re në Shtip. Të gjithë kanë një problem me qëndrueshmërinë e shërbimeve, përcaktimin e vëllimit dhe përfshirjes së shërbimeve, si dhe përcaktimin e kostos së shërbimeve. Prej aty, konkluzionet e diskutimeve në gjashtë tryezat e rrumbullakëta rajonale janë:

1. Është i nevojshëm vlerësimi i nevojave për shërbime të kujdesit në kushte shtëpiake në çdo komunë veç e veç. Kjo çështje ka qenë tashmë në agjendën politike të disa komunave (Karposh, Gazi Babë, Çair, Qyteti i Shkupit, Velesit dhe Tetovë), të cilat kanë program dhe strategji për mbrojtjen sociale dhe të cilët mund të ndajnë një pjesë të mjeteve buxhetore për vitin 2010 për të financuar shërbimet e kujdesit në kushte shtëpiake. Në këtë mënyrë ata do të bëhen më humanë. Por vlerësimi i nevojave është me rëndësi të veçantë pikërisht për këto komuna, sepse kjo do të zbulojë se kush janë klientët potencial ku ata jetojnë, çfarë shërbimesh janë të nevojshme për ata, sa ekipe do të duhen që të dërgohen, sa do të kushtojnë shërbimet e tilla. Vlerësimi i tillë është i një rëndësie kryesore për komunat të cilat me një ndarje territoriale të re kanë ndryshim të kufijve të tyre dhe të popullsisë, sepse statistikat zyrtare ekzistuese nuk reflektojnë situatën reale në territorin e tyre. Prandaj nevojiten analiza hulumtime detale në terren për iniciimin e serviseve komunale për përkujdesje në kushte shtëpiake.

2. Si deri te konsumatorët? Vlerësimi i nevojave dhe situatës duhet t'i fokusojë mënyrat në cilat shërbime potencial të përkujdesjes shtëpiake mund të arrijnë deri te konsumatorët. Përvojat e disa organizatave që janë përpjekur të organizojnë shërbime të tilla janë shoqatat e pensionistëve dhe luftëtarët që mund të ndihmojnë me qendrat për punë sociale në identifikimin e përdoruesve të mundshëm të shërbimeve të tilla (nga regjistrat e të dhënave të përdoruesve të regjistruar të përkujdesjes dhe ndihmës së përhershme financiare). Në disa zona ku jeton popullata rome u konkludua se ajo është e nevojshme për të shfrytëzuar përvojën e OJQ-ve në ndërtimin e besimit me popullsinë lokale. Në zonat urbane duhet të përdoren mekanizmat ekzistues të tilla si Buletini komunal, bashkësitë lokale (sidomos në rajonin e Tetovës), dhe rrjeti primar i mjekëve që mund të sugjerojnë se cilët nga pacientët e tyre duhet të marrë kujdesin shtëpiak. Në komunitetet tradicionale, ku udhëheqësit fetarë kanë autoritet të madh duhet të përfshihen edhe ata në promovimin e këtyre shërbimeve dhe identifikimin e përdoruesve të tyre.

3. Sistemi Kombinues i financimit. Financimi i shërbimeve është sfida më e madhe nga e cila varet realizimi i kësaj iniciative dhe përmbushja e nevojave të më shumë përkujdesjeve shtëpiake që do të mund të zëvendësojnë punën e papaguar të kujdesit që femrat kryejnë në shtëpi. Në mënyrë që të krijohet një sistem i përshtatshëm i shërbimeve të financimit së pari duhet të

përcaktohet kostoja e tyre. Disa përvoja të OJQ-ve, veçanërisht ajo e OJQ-së Humanost, të cilët për shërbimin e tyre kanë përdorur ekspertë profesional të punës, mund të shërbejnë për identifikimin e kostos reale të një shërbimi të përkujdesjes shtëpiake për rreth 30 shfrytëzues. Komunitet që janë të interesuar në krijimin e shërbimeve të tilla duan për të financuar një pjesë, por konstatojnë se nuk do të jenë në gjendje për të financuar plotësisht shërbimin (dhe pa e ditur paraprakisht se sa do të kushtojë), pasi që sugjerohet kofinancim nga qeveria qendrore (duhet të merren parasysh mundësitë për realokim fondesh që përdoren për përkujdesje dhe ndihma e përhershme financiare), si edhe kofinancimi nga përdoruesit (varësisht nga kostoja e lartë e përdorimit të shërbimeve duhet të përcaktohet edhe përqindja e participimit nga ana e shfrytëzuesve, nëse ata mund të paguajnë çmimin e tregut të shërbimeve). Ato komunitet që nuk kanë mundësi financiare për të krijuar një qendër të përkujdesjes shtëpiake dhe për të cilën qendër ka nevojë, atëherë duhet të merren parasysh mundësitë për bashkëpunim ndër-komunal e mundësuar me Ligjin e ri për bashkëpunim ndër-komunal.

Për themelimin e shërbimeve/servilit të përkujdesjes në kushte shtëpiake mund të kihet parasysh shfrytëzimi i IPA fondesh për inkluzion social për të cilën kohë më parë Qeveria e Republikës së Maqedonisë ka nënshkruar marrëveshje me Bashkimin Evropian.

Segment shumë i rëndësishëm, sa i përket kompetencave dhe kapacitetit institucional për themelimin e shërbimeve është parimi hyrës i pluralizmit në sferën e mbrojtjes sociale që ka të bëjë me mundësinë e shoqatave të qytetarëve dhe personave fizikë të mund të kryejnë punë të caktuara të sferës së mbrojtjes sociale dhe të njëjtit të paraqiten si themelues të enteve për mbrojtje sociale. Me ndryshimet dhe plotësimet e Ligjit për mbrojtje sociale është dhënë mundësia që personat fizikë të kryejnë punë këshilluese, përkujdesje shtëpiake dhe ndihmë të personave dhe familjeve, si dhe vendosje të personit në familje që merr në përkujdesje.

Këta persona marrin licencë për kryerjen e punëve të caktuara nga sfera e mbrojtjes sociale si veprimtari profesional me vendim të ministrit të Punës dhe Politikës sociale, dhe në këtë mënyrë fitojnë mundësinë për vetëpunësim dhe kryerje të punës në formë të servilit dhe shërbime tjera në vendbanimin e qytetarëve.

Sa i përket shoqatave të qytetarëve është parashikuar procedura për ndarjen e mjeteve për shoqatat e qytetarëve për kryerjen e punëve të caktuara nga sfera e mbrojtjes sociale. Ministria e Punës dhe Politikës Sociale do të ndajë një pjesë të mjeteve të nevojshme për kryerjen e punëve të caktuara të shoqatave të qytetarëve, në pajtim me procedurën e përcaktuar dhe kriteret e vendosura. Të drejtë për fitimin e mjeteve kanë ato shoqata që janë të regjistruara në Regjistër. Mjetet ndahen nëpërmjet publikimit të konkurseve publike. Kjo duhet t'i motivojë shoqatat e qytetarëve që të inkuadrohen në sistemin e dhënësve të shërbimeve të caktuara sociale, kurse mjetet shtesë për punë të shoqatës duhet t'i sigurojë në baza tjera (inkuadrimi i komunës nëpërmjet programeve të saja).

4. Ekzistojnë kufizime sa i përket suksesit. Traditat e vjetra, jetesa patriarkale dhe mentaliteti i popullatës apo i ndonjë bashkësie të caktuara (siç është ajo rome) mund të paraqiten si kufizime për organizimin dhe aplikimin e suksesshëm të shërbimeve të përkujdesjes në kushte shtëpiake, posaçërisht në mjedise konservative dhe jo aq të zhvilluara (ndonëse sfida të kësaj natyre u hasën edhe në rajone urbane dhe relativisht zhvilluese, siç ishte Strumica dhe Tetova). Në komuna të caktuara, ku ka polizitim më të madh të popullatës ku pushteti komunal nuk është i përkrahur nga shumica (si për shembull Tetova), ekziston mundësia të paraqitet mosbesimi në çdo iniciativë të promovuar nga pushteti komunal.

Telemedicina

Për ata që jetojnë vetëm dhe atyre që u nevojitet komunikim, përcjellje, këshillë nga larg prej punonjësve të shëndetit apo punonjësve social, shërbimi i ndihmës me telefon apo telemedicinë është me adekuat.

Në Lubjanë, në kuadër të Entit për përkujdesje në shtëpi, ekziston shërbimi “përkujdesje nga larg”. Me këtë shërbim pacientëve u jepet aparat telefonik special, që është shumë i ndjeshëm në zë dhe prekje, i cili menjëherë aktivizohet te motrat medicinale apo punonjësit socialë, që punojnë si operatorë. Në momentin kur pacientët kanë ndonjë problem në banesën e tyre, operatorët me telefon mundohen t’i qetësojnë, diagnostifikojnë, t’u japin udhëzime se si vetvetiu të ndihmohen dhe, nëse ka nevojë, të thërrasin ndihmën e shpejtë.

Në Maqedoni nuk ekziston ky shërbim, dhe gjatë kohës së diskutimeve nuk u vërejt ndonjë interes nga asnjë komunë për formimin e repartit në kuadër të komunës, që do të japë shërbime (ndihmë) të këtillë me telefon.



financed by:

Austrian

 Development Cooperation

Proekti është implementuar nga Qendra për Hulumtim dhe Krijim të Politikave, me përkrahje nga fondi zhvëllimorë të gruas në kuadër të Kombeve të Bashkuara (UNIFEM) në kornizë të programës regjionale për buxhetim të përgjegjshëm gjinorë financuar nga Agjencia Austriake për Bashkëpunim Zhvillimor.