



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

FOKUS

REVISTË PERIODIKE | NR. 31 | DHJETOR 2015

RISITË 2016

Përmirësohen kontratat, pacienti në fokus

Kufizohet dypunësimi, mjekët të zgjedhin
mes sektorit publik dhe atij jopublik

FINANCIMI I SHËRBIMIT NGA FSDKSH



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

KUJDESEMI PËR SHËNDETIN TUAJ!
www.fsdksh.com.al

Zgjaten afatet për kategoritë përfituese nga karta e shëndetit

Mbaron vlefshmëria e librezës, që nga 1 janari 2016 do të përdoret vetëm karta e shëndetit



Lehtësi të tjera për kartën e shëndetit. Nëse jeni i punësuar, nuk është e nevojshme të paraqiteni çdo 6-muaj për rinovimin e kartës së shëndetit, por ky afat tashmë është 1 vit. Ndërsa një i sëmurë me Ca tashmë e merr kartën pa afat.

Më konkretisht, në bazë të udhëzimit nr. 15, datë 10.12.2015 "Për një ndryshim në udhëzimin nr.33, dt. 26.12.2014 "Për kartën e Shëndetit" janë bërë këto **ndryshime**:

Afati i kategorisë përfituese **"I punësuar"** bëhet: **1 vit nga data e lëshimit;**

Afati i kategorisë përfituese **"I sëmurë me Ca"** bëhet: **Pa afat;**

Afati i kategorisë përfituese **"Invalid i plotë"** bëhet: **Nga data e lëshimit të kartës deri në afatin e vërtetimit;**

Një tjetër ndryshim i rëndësishëm lidhet me përdorimin e kartës së shëndetit dhe jo me të librezës së vjetër shëndetësore. Për të siguruarit që paraqiten me kartë shëndeti, recetat me rimbursim do të ekzekutohen me paraqitjen e kartës së shëndetit.

Duke filluar nga data 1 janar 2016, karta e shëndetit është dokument i vetëm që vërteton se personi është i siguruar në skemën e sigurimeve shëndetësore.

Vlefshmëria e librezave të shëndetit në qarkullim përfundon më 31 Dhjetor 2015.

FOKUS

Revista "Fokus" është një botim periodik i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Synimi i këtij botimi është informacioni i të gjithë aktorëve që japin dhe marrin shërbimin shëndetësor. Mjekët do të kenë kështu një dritare më shumë për t'u informuar, ndërsa pacientët një mundësi më tepër për të ditur të drejtat e tyre.

REVISTË PERIODIKE NR. 31 DHJETOR 2015

NË BRENDËSI ►

"Fokusi" përpos kontributit të stafit të Institucionit, është e hapur për përfshirjen e ideve të gjithkujt prej aktorëve ofrues të shërbimit shëndetësor, të interesuar për të dhënë kontributin e tyre.

Bordi i Revistës:

Margarit Ekonomi

Aurel Voda

Albana Adhami

Dritan Ulqinaku

Përgatiti:

Etiola KOLA

ekola@fsdksh.com.al

Tel/Fax: +355 4 2259 855

Adresa:

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm
të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)
Rruga "Sami Frashëri", Lagjia 8, Tiranë.

Tel: +355 4 2230 984

Fax: +355 4 2274 953

www.fsdksh.com.al



Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm
të Kujdesit Shëndetësor



FSDKSH



Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm
të Kujdesit Shëndetësor

Print & Design
Adel Co

4

KONTRATAT 2016

Mjekë nga QSH për të mbështetur shërbimin e urgjencës



7

PROGRAMI KOMBËTAR

Kontrolli Mjekësor Bazë, prezantohen gjetjet e para



11

DIABETI

Shifrat në rritje, 4% e të diagnostikuarve në padije për sëmundjen



21

STATISTIKA

Cilat janë sëmundjet për të cilat rimbursohen më shumë shqiptarët



Kontratat e reja me spitalet, mjekët të zgjedhin mes publikut dhe privatit

Masa për të shmangur ekzaminimet e shtrenjta të panevojshme

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor miratoi kontratat me spitalet publike dhe jopublike për vitin 2016, të cilat janë përmirësuar në drejtim të shërbimit ndaj pacientit dhe monitorimit të aktivitetit të spitaleve.

Një ndër risitë e kontratave të reja është shmangia e konfliktit të interesit, për të ndarë drejtimin e shërbimeve shëndetësore publike nga ato jopublike, kur drejtohen nga të njëjtët mjekë. E thënë ndryshe, duke filluar nga janari 2016, një shef shërbimi në spitalet universitare, nuk mund të jetë drejtues i një spitali jopublik, pra duhet të bëjë zgjedhjen e tij, nëse do jetë në shtet apo në privat. Për të përmbushur këtë detyrim, në kontratë është paracaktuar se, të gjitha spitalet universitare duhet t'u kërkojnë shefave të shërbimeve të plotësojnë deklaratën e konfliktit të interesit që ata nuk janë drejtues teknikë në institucionet shëndetësore jopublike.

Shmangia e konfliktit të interesit është shtrirë më tej, duke përfshirë të gjithë mjekët që ushtrojnë aktivitetin në një spital publik dhe punojnë edhe në spitale private, të cilat kanë kontratë me Fondin për paketat e shërbimeve shëndetësore. Me kontratën e re, këta mjekë, nuk do të lejohen të ushtrojnë aktivitet të pjesshëm ose të plotë në institucionet shëndetësore jopublike me shtretër të kontratuara me Fondin.

Një ndër problemet e konstatuar nga monitorimi i kontratave gjatë vitit 2015, lidhet me përdorimin e ekzaminimeve të shtrenjta, skaner dhe rezonancë në spitalet publike. Për të siguruar një përdorim më të efektshëm të këtyre ekzaminimeve, në kontratat e reja janë shtuar disa indikatorë vlerësues për skanerin dhe rezonancën magnetike. Më konkretisht, numri dhe përqindja e ekzaminimeve CT-Scanner dhe MRI (Rezonancë Magnetike) me përgjigje negative ose të



bardha, për të vlerësuar në këtë mënyrë ekzaminimet e panevojshme.

Kontratat e reja me spitalet përmirësojnë edhe një element tjetër sa i takon shërbimit në kohë dhe shmangies së sorollatjeve për pacientët me tumore dhe pacientë të tjerë që trajtohen me barna që kanë kosto të lartë dhe rimbursohen nga FSDKSH. Tashmë, me kontratat e reja, mjekët specialistë si në spitalet Bashkiake, Rajonale dhe ato Universitare, kanë të drejtë të përshkruajnë barnat e shtrenjta të listës së rimbursimit që tregtohen në farmacitë e spitaleve. Kjo vlen edhe për citostatikët që rimbursohen nga lista e barnave, edhe për spitalet Rajonale që ofrojnë shërbimin e Kimioterapisë.

Një tjetër lehtësi në lidhje me barnat e rimbursueshme, ka të bëjë me shërbimin paliativ, pra me të sëmurët me CA që janë në stadet terminale dhe kanë nevojë për barna që trajtojnë dhimbjen. Edhe mjekët onkologë të spitalit të Durrësit, tashmë do të mund të përshkruajnë barna me rimbursim për këtë kategori pacientësh, të cilët do të mund t'i marrin ato në tregun e hapur farmaceutik në Durrës, pa patur nevojë të vijnë në Tiranë për të marrë këtë shërbim.



Kontratat me spitalet jopublike

Ndryshe nga viti i kaluar, kontratat me institucionet shëndetësore jopublike, këtë vit, është hartuar një tip kontrate për të gjitha këto spitale, ku çdo paketë shëndetësore është vendosur në një aneks më vete, duke filluar nga Dializa, paketat e kardiologjisë, paketat e kardiokirurgjisë; paketa e transplantit të veshkës dhe terapisë së flakjes akute si dhe paketa e shërbimit të implantit koklear – ku janë qartësisht të përcaktuara çmimet sipas vendimit të Këshillit të Ministrave, protokolli mjekësor, etj.

Një tjetër përmirësim i parashikuar në kontratën e re me spitalet jopublike, lidhet detyrimin e spitalit për ta ofruar shërbimin që ka kontratuar Fondi, nga personeli shëndetësor me kohë të plotë, për të shmangur në këtë mënyrë edhe konfliktin e interesit nga stafi që punon edhe në institucionet shëndetësore publike. Ndryshimet e bëra në kontratat spitalore të vitit 2016, synojnë përmirësimin e marrëdhënieve të FONDIT me ofruesit e shërbimeve shëndetësore, përmirësimin cilësor të ofrimit të shërbimeve për popullatën, planifikimin dhe administrimin me sa më shumë efikasitet të barnave dhe mjeteve diagnostikuese, përmirësimin e shkëmbimit të informacionit, rritjen e transparencës si dhe forcimin e rolit të kontrollit për shërbimet e ofruara.





Mjekë nga Qendrat shëndetësore për shërbimin e urgjencës

Mjekët e familjes, jo punësim në spitalet private

Kontratat e reja mes Fondit dhe Qendrave Shëndetësore kanë forcuar detyrimin e palëve për një shërbim sa më cilësor për pacientët, duke mos e parë të shkëputur Qendrën Shëndetësore nga pjesa tjetër e sistemit tonë shëndetësor.

Më konkretisht, në kontratat e vitit 2016, parashkruhet qartë se Qendra Shëndetësore duhet të ofrojë mjekë të saj për të mbështetur shërbimin e urgjencës pranë spitaleve Bashkiake/Rajonale, të njësive administrative ku ushtron aktivitetin QSH.

Në përmbushje të kompetencave të reja të Njësive Vendore, është shtuar në kontratë elementi i ndërveprimit dhe bashkëpunimit me drejtuesin/përfaqësuesin e njësive administrative vendore, për të përmirësuar aksesin dhe nevojat e popullatës për shërbim shëndetësor sa më pranë territorit.

Një tjetër pikë e rëndësishme që i takon mbulimit të shërbimit te porta e parë e sistemit, pra te mjeku i familjes, është përcaktimi për herë të parë në kontratë, i ndalimit të dypunësimit të mjekëve. Kështu, nëse një mjek që punon në një qendër shëndetësore, ushtron aktivitet të plotë ose të pjesshëm në një spital privat, ai do duhet të zgjedhë mes shtetit dhe privatit. Aktiviteti në QSH do të mund të ushtrohet vetëm me kohë të plotë dhe nuk do të lejohet dypunësimi i mjekëve.

Një vëmendje e posaçme i është kushtuar në kon-

tratrat e reja, përmirësimit dhe aksesit të lehtësuar të shërbimit shëndetësor për kategori, të cilët e kanë të pamundur të paraqiten pranë QSH për marrjen e shërbimit. Bëhet fjalë për të sëmurët tetraplegjikë, paraplegjikë, të verbër, invalidë të përhershëm dhe të tjerë, të cilëve gjendja shëndetësore nuk e mundëson paraqitjen në institucionin shëndetësor. Në kontratën e re është parashikuar rritja e penaliteteve për mjekët që nuk zbatojnë detyrimin për t'iu ofruar shërbimin në shtëpi këtyre personave.

Recetat me rimbursim

Një tjetër përmirësim lidhet me recetat me rimbursim që lëshon mjeku i familjes. Çdo recetë tashmë do të jetë e shoqëruar për të gjitha etapat, me dokumentacion të rregullt (fletë-dalje) ku të pasqyrohen në mënyrë rigoroze numrat serialë për çdo recetë. Gjithashtu janë përcaktuar qartë në kontratë të gjitha rregullat e plotësimit të recetës dhe janë shtuar penaltetet në rast të korrigjimeve të recetës së rimbursueshme.

Sa i takon Kontrollit Mjekësor Bazë, mjekët dhe infermierët do të kenë detyrime të përcaktuara qartë në kontratë për ndjekjen e këtij procesi.

Kontratat e reja reflektojnë edhe ndryshimet në legjislacionin tatimor dhe financiar. Qendrat shëndetësore do të pajisen me kasë fiskale për arkëtimin e të ardhurave dytësore.

Beqaj: Synojmë përmirësimin e cilësisë së jetës dhe diagnostikimin e hershëm të sëmundjeve

Prezantohen gjetjet e para të programit kombëtar të Kontrollit Mjekësor Bazë



Ilir Beqaj, ministër i Shëndetësisë:

“Mbi 35 mijë persona kryejnë çdo muaj testet e Kontrollit Mjekësor Bazë. Ky program synon që të vendosë më shumë në fokus kujdesin shëndetësor parësor; të vendosë më shumë në fokus shëndetin përpara se të shkojmë te sëmundja; të vendosë më shumë në fokus qytetarin, përpara se ai të jetë pacient; të vendosë më shumë në fokus parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm, se sa kurimin apo rehabilitimin”

Prezantohen për herë të parë gjetjet dhe rezultatet e Programit të Kontrollit Mjekësor Bazë 40-65 vjeç, në Konferencën: **"Aksesi universal në shërbime dhe mjekësia e familjes: Sëmundjet kronike në fokus"**, ku merrnin pjesë ministri i Shëndetësisë z. Ilir Beqaj, zv.ministrat e shëndetësisë, znj. Milva Ekonomi dhe z. Klodian Rjepaj, drejtues të shërbimeve universitare, mjekë familjeje, etj.

"Pjesa më e madhe e personave që kanë kryer Kon-

trollin Mjekësor Bazë janë gra dhe grupmosha më frekvente është ajo 55-65 vjeç", u shpreh ministri Beqaj. Nga të dhënat e para rezultojnë se rreth 18% e personave që kanë kryer analizat e kontrollit mjekësor bazë, kanë hipertension dhe nuk e kanë ditur më herët që vuajnë nga kjo sëmundje. Ndërsa 4% rezultojnë diabetikë pa e ditur dhe 12.5% paradiabetikë. Kontrolli mjekësor bazë ka pikërisht këtë synim: diagnostikimin në faza të hershme të sëmundjeve.

Fjala e Ministrit të Shëndetësisë, z. Ilir Beqaj, në Konferencën: "Aksesi universal në shërbime dhe mjekësia e familjes: Sëmundjet kronike në fokus", ku u prezantuan për herë të parë gjetjet e para dhe rezultatet në kuadrin e zbatimit të Programit të Kontrollit Mjekësor Bazë 40-65 vjeç

"Nëntori është muaji, ku botërisht, një vëmendje më e veçantë i kushtohet sëmundjes së diabetit. Në fakt, të shtunën e ardhshme, me datë 14 nëntor, është Dita Botërore e Diabetit, një sëmundje, e cila tashmë në vendet e zhvilluara ka përmasat e një epidemie, dhe sigurisht, që në Programin e Kontrollit Shëndetësor Bazë, pa pagesë (40-65 vjeç), edhe kontrolli për diabetin, ka një vëmendje të veçantë.

Sigurisht që, siç e parashtroi edhe zëvendësministri (z. Klodian Rjepaj, Zëvendësministër i Shëndetësisë), i cili në fakt është ndoshta një nga protagonistët kryesorë të këtij projekti që sot është realitet, por që prej dy vjetësh ka qenë një nga prioritetet kryesore të

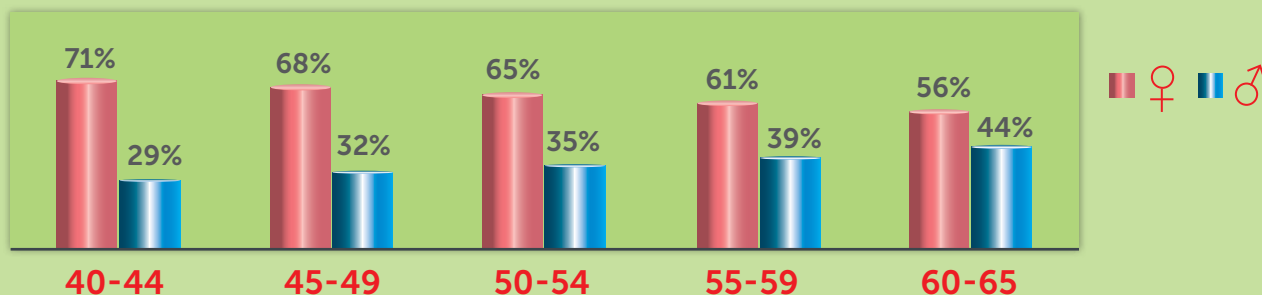
programit të ministrisë dhe sigurisht unë së pari dua të falënderoj të gjithë personelin mjekësor, që tashmë prej disa muajsh e ofron këtë shërbim çdo ditë në të gjithë qendrat shëndetësore, apo le të themi në shumicën dërrmuese të qendrave shëndetësore të kujdesit parësor në Shqipëri, sepse në disa zona të largëta, në këtë shërbim e ofrojmë me disa njësi mobile.

Falënderim i veçantë shkon edhe për operatorin privat, i cili ka një marrëveshje 10-vjeçare partneriteti publik-privat me Ministrinë e Shëndetësisë, dhe që e realizon mbështetjen logjistike që kjo makineri kombëtare të funksionojë çdo ditë.



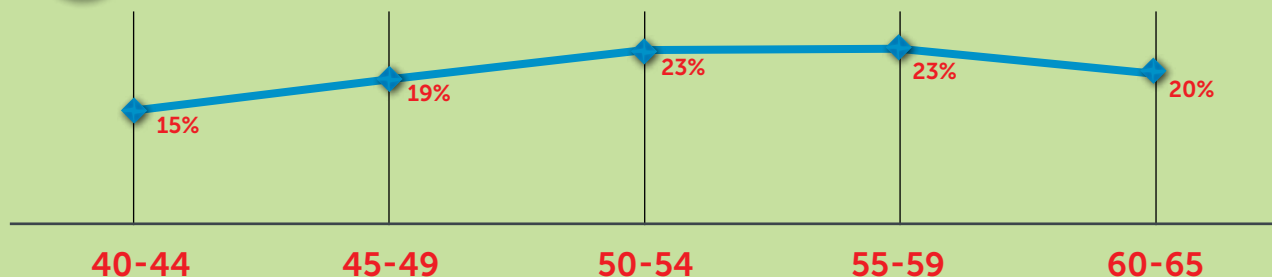
KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 VJEÇ

(shpërndarje e vizitave sipas gjinisë)



KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 VJEÇ

(shpërndarje e vizitave sipas grupmoshave)



Gjithashtu, falënderimi shkon edhe për Fondin (Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor), i cili është praktikisht ndjekësi i përditshëm i realizimit të këtij shërbimi dhe i zbatimit të detyrimeve kontraktore.

Ku jemi sot?

Sot, pas disa muajsh, kemi arritur që të kemi deri në tetor një pjesëmarrje mbi 30 mijë veta në muaj. Nga të dhënat e ditëve të para të nëntorit, besoj se këtë muaj do të kemi rreth 35 mijë vetë. Por, ajo që dua të paraqes, fillimisht, është fakti se për dy tregues shumë të thjeshtë, që janë kryesisht demografikë, ka një pjesëmarrje shumë më të madhe të grave se sa të burrave. Praktikisht, raporti është 65% me 35%. Dhe së dyti, ka një pjesëmarrje më të madhe të grupmoshës 50-65 vjeç, se sa të asaj 40-50 vjeç.

Megjithatë, ky program, në fakt, synon që të vendosë më shumë në fokus kujdesin shëndetësor parësor; të vendosë më shumë në fokus shëndetin përpara se të shkojmë te sëmundja; të vendosë më shumë në fokus qytetarin, përpara se ai të jetë pacient; të vendosë më shumë në fokus parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm se sa kurimin apo rehabilitimin.

Dhe ky kontroll, njëherazi, ka tre synime kryesore:

(i) të vlerësojë riskun shëndetësor;

(ii) ta komunikojë me qytetarin riskun shëndetësor; dhe pastaj,

(iii) të ndërtojë urën për ta menaxhuar këtë risk shëndetësor, sigurisht për personat në grupmoshën 40-65 vjeç.

Programi përpiqet të adresojë në mënyrë sistematike 7 shkaqet madhore të vdekshmërisë së parakohshme:

(i) hipertensionin arterial; **(ii)** obezitetin; **(iii)** duhanpirjen; **(iv)** kolesterolin; **(v)** dietën e varfër; **(vi)** inaktivitetin fizik; dhe, **(vii)** përdorimin e alkoolit.

Gjatë kontrollit vlerësohen 6 komponentët bazë për kontrollin shëndetësor: **(i)** sëmundjet kardiovaskulare; **(ii)** diabeti tip 2; **(iii)** shëndeti mendor; **(iv)** stili i jetesës, ku përfshihen ushqyerja, duhani, alkooli, aktiviteti fizik; **(v)** hipertensioni arterial; dhe **(vi)** analizat laboratorike për vlerësimin e gjakut, të urinës, të feçes për CA të kolonit/rektumit, vlerësimin e zemrës dhe të mëlçisë. Sigurisht, do të ketë prezantime të plota shkencore, por unë dua të ndalem në dy momente, që i vlerësojmë, – si ministri, – të rëndësishme për shëndetin publik, lidhur me çfarë kemi vënë re në këto muaj deri më tani.

Sot, do të ndalem kryesisht tek hipertensioni dhe diabeti.

Rezultojnë me hipertension 37% e njerëzve që kanë marrë pjesë në kontroll. Rreth 18% nuk e dinë që janë me hipertension, që do të thotë se kemi një shkallë shumë të lartë të sëmundjes në popullatë, që fillimisht, njerëzit nuk e dinë, dhe pastaj, nuk kemi kujdesin e duhur për sëmundjen.



Na rezulton gjithashtu, se 35% e njerëzve e dinë që janë me hipertension, por në ditën e kontrollit të kanë rezultuar prapë në gjendjen e kësaj sëmundjeje, që do të thotë, nuk mjekohen siç duhet.

Diabeti: 4% e personave që kanë bërë kontrollin rezultojnë me diabet dhe nuk e dinë. Dhe nëse ky 4% ka dalë nga grupmosha 40-65 vjeç, do të thotë që është dhe më e madhe përqindja e personave në Shqipëri që janë me diabet dhe nuk e dinë që janë me diabet. Ndërkohë, 12.5% e personave që kanë bërë kontrollin, vlerësohen si paradiabetikë.

Minimalisht, rezulton nga kontrollet që kemi një shkallë të lartë obeziteti; që do të thotë se e kemi të lartë shkallën e riskut. Ndërkohë që, nga të sëmurët që kemi ne sot të diagnostikuar me diabet, vëmë re se 30% e pacientëve me sëmundje të syrit, janë diabetikë; 30% e atyre që kanë sëmundje të veshkës dhe që bëjnë hemodializë, janë diabetikë; 30% e atyre që vuajnë nga hipertensioni, janë diabetikë; që do të thotë, kemi tashmë në rastet e këtyre sëmundjeve, disa sëmundje kronike bashkë.

Ne na rezulton sot, që shpenzimet mesatare vjetore vetëm për barnat e rimbursueshme të të sëmurëve me diabet, janë rreth 30 mijë lekë në vit. Ndërkohë që një kontroll bazë, kushton me gjithë tatimin mbi vlerën e shtuar 1845 lekë.

Pra, 16 kontrolle që bëjmë ne, janë sa kostoja vjetore vetëm për barnat e rimbursueshme për sëmundjen e diabetit.

Por në qoftë se thamë se kemi 12,5% paradiabetikë, dhe në qoftë se ne përpiqemi bashkërisht që, të paktën gjysmën e këtyre paradiabetikëve ta shtyjme në vite arritjen të sëmundja, – se ndoshta nuk e shmangim dot përjetësisht, – do të thotë që e zbulojmë hershëm dhe përpiqemi ta shtyjme, – pra, ai 30 mijë lekësh do të kursehet, por edhe sëmundja e syve, sëmundja e veshkave, hipertensioni, që kanë edhe ato koston e vet ekonomike dhe sociale, do t'i shtyjme në kohë.

Ka edhe një element tjetër të rëndësishëm, mendoj unë, që bashkë me këtë program, ne kemi filluar të paktën me ata njerëz që janë bërë pjesë e programit, ta ndërtojmë dosjen elektronike shëndetësore. Ashtu siç kemi filluar që, vetë mjeku i familjes, të fillojë të bëjë më shumë mjekësi dhe më pak burokraci, duke u përpjekur për t'i reduktuar pak nga pak disa procese që ishin burokratike, që i kishte kujdesi ynë shëndetësor parësor. Kështu që, çfarë na duhet të bëjmë?

Sigurisht, ta konsolidojmë aktivitetin e përditshëm; të shtojmë mundësinë që mjekët e familjes, tashmë, të punojnë sa më të pavarur me rezultatet e kontrollit për qytetarët që ata trajtojnë. Dhe këtë besoj, brenda pranverës së ardhshme, do ta ofrojmë për çdo mjek në kujdesin shëndetësor parësor, sepse Fondi (FSDKSH) brenda vitit, do të jetë në gjendje t'i ofrojë çdo mjeku një kompjuter portabël, një printer dhe një lidhje Interneti për nevojat të recetës elektronike, por tashmë që do t'i kemi këto pajisje, keni aksesin tuaj në Internet, keni dhe regjistrin kombëtar të kontrollit bazë, do të mundet që vlerësimin pasi të dalin rezultatet e çdo qytetari, të mos ju duhet të shkoni ta bëni me kohë pritjeje, me grafik, tek kabineti i Check-

Up-it, por ta bëni gjithsecili në zyrën tuaj.

Sigurisht, na duhet të punojmë për programe më të shënjestruara sensibilizimi, që do të thotë, duhet të bëjmë më të ndjeshëm burrat për të marrë pjesë në program, dhe duhet të bëjmë më të ndjeshëm grupmoshën 40-50 vjeç.

Por ndërkohë, besoj se na duhet të punojmë në gjykimin tim, për të rikonceptuar të gjithë kujdesin shëndetësor parësor, të paktën për dy gjëra:

(a) Sëmundjet që flasim, janë sëmundje shumë të përhapura, dhe padyshim nuk mund t'ia dalim vetëm me shërbimet universitare.

Është një sfidë e të gjithë territorit, që do të thotë, duhet të punojmë me ekipe multidisiplinare, për sa kohë na rezulton se kush e ka një sëmundje kronike, ka dhe më shumë se një të tillë;

(b) Dhe e dyta, besoj se, sidomos, pjesa e promocionit, e komunikimit, e këshillimit për faktorët e riskut, sot mund të jetë edhe detyrë që mund të kryhet nga skuadra edhe me infermierë, që janë sot në territor.

Besoj se nuk e kemi luksin, që mjekët që i kemi jo të mjaftueshëm në numër, për të cilët ata vetë apo e gjithë shoqëria, investojnë 10 vjet për t'u bërë mjekë, t'i përdorim edhe për gjëra që mund të realizohen sot, me infermierë që kanë një master, me personel paramjekësor.

Dhe ndoshta, vitin e ardhshëm, edhe duke shfrytëzuar mundësinë që na jep programi i ndihmës që financohet nga Qeveria Zviceriane fillimisht në dy qarqe, të mund të merremi edhe me këto probleme nga pikëpamja më cilësore.

Nuk dua të zgjatem më shumë, sepse dua t'i lë kohë prezantimeve, që ju garantoj se janë goxha më interesante se sa ajo çfarë unë parashtrova, përfundoi fjalën e tij ministri i shëndetësisë, Ilir Beqaj.



STUDIMI CILA ËSHTË POPULLATA E RREZIKUAR DHE PSE ËSHTË I RËNDËSISHËM DIAGNOSTIKIMI I HERSHËM I SËMUNDJES



Diabeti, 4% e të diagnostikuarve në padije për sëmundjen, 12.5% paradiabetikë

Nga Prof. Dr. Agron YLLI
Dr. Gerond HUSI

Kontrolli mjekësor bazë synon kapjen e sëmundjeve në faza të hershme dhe trajtimin e tyre në kohë dhe me kosto më të ulëta sociale dhe financiare.

Çdo 24 orë, në botë shënohen **3.600** raste të reja me diabet; **225** persona pësojnë një amputim të anësive; **120** persona me diabet progredojnë drejt dializës; **55** persona me diabet verbohën; **580** persona vdesin si pasojë e ndërlikimeve nga diabeti.

Në Shqipëri numri i mundshëm i popullatës diabetike është **150.000** persona. Janë të regjistruar tek Fondi (FSDKSH) **77.500** persona me diabet.

Popullata e rrezikuar

- Mosha mbi 40 vjeç
- Mbipeshë trupore BMI > 25 kg/m²
- Aktivitet fizik të reduktuar
- Histori familjare për diabet (prindër, motrat, vëllezërit)
- Gratë që kanë lindur fëmijë me peshë mbi 4 kg
- Gratë që janë diagnostikuar gjatë shtatzanisë me diabet

Popullata me faktor risku

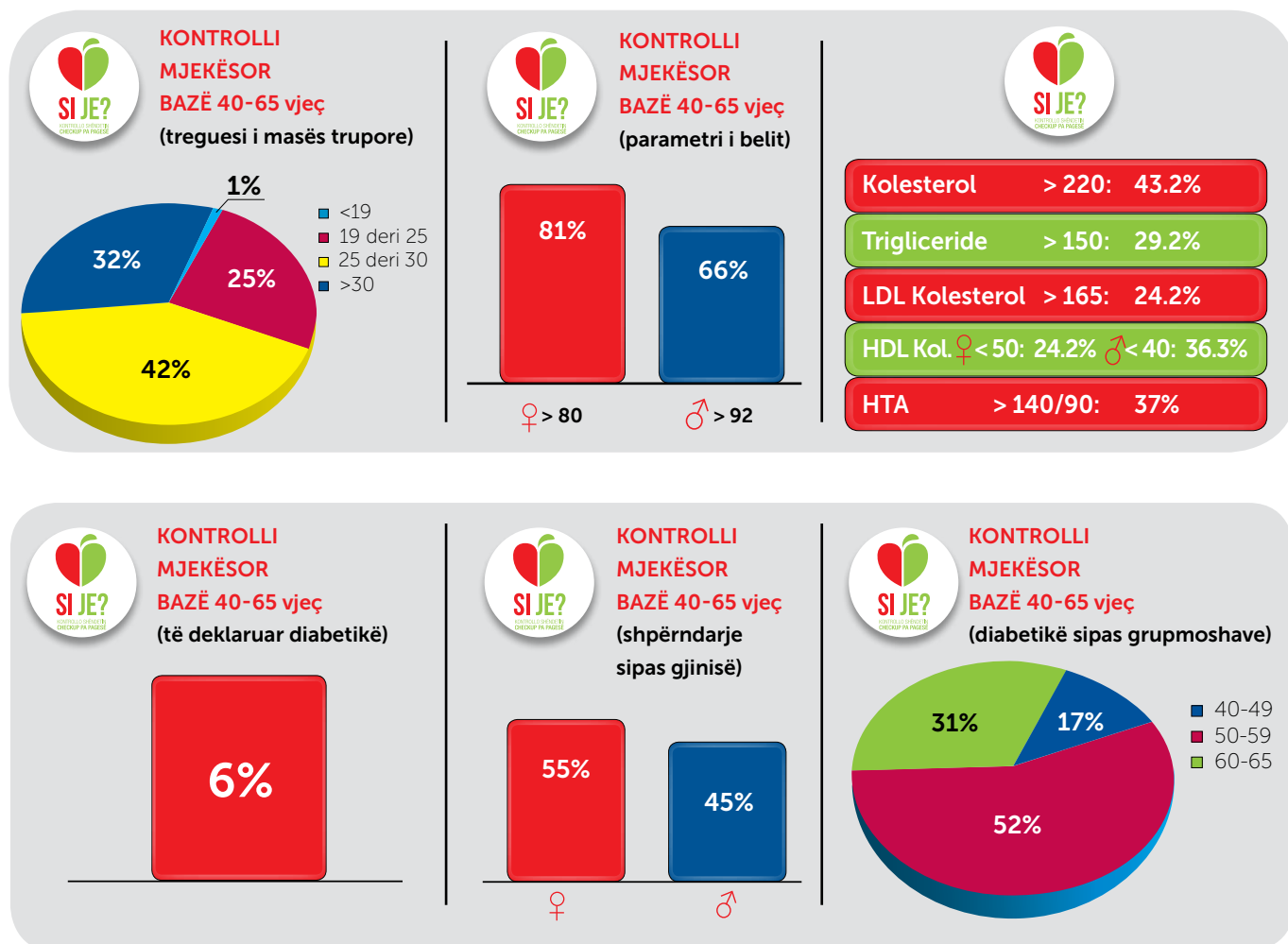
- Prania e HTA ($\geq 140/90$ mmHg) ose me terapi për HTA
- Nivelet HDL kolesterolit < 35 mg/dL
- Nivelet e Triglicerideve > 250 mg/dL
- Histori sëmundje kardiovaskulare
- Gratë me sindromin e ovarit polikistik (PCOS)
- Personat me prediabet

Pre-diabeti

- ♣ Pre-diabeti është një faktor risku i rëndësishëm për zhvillimin e diabetit dhe sëmundjeve kardiovaskulare
 - ♣ Studimet e fundit kanë treguar se modifikimi i stilit të jetesës:
 - ♣ Ecje aktive 150 min në javë
 - ♣ Ulje e peshës 5% (reduktim të yndyrnave)
- mund të ulë shpejtësinë e zhvillimit të sëmundjes nga prediabet në diabet në 50%

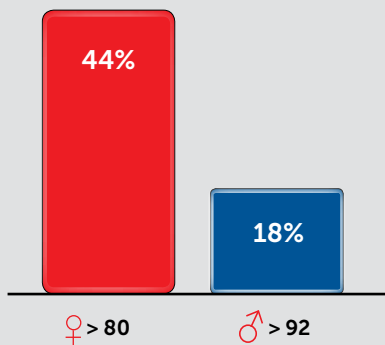
Rëndësia e kontrollit glicemik

- Diabeti Tip 2 ka një periudhë të gjatë asimptomatike në të cilën mund të zbulohet
- Ka një përqindje të lartë të personave me diabet të padiagnostikuar në popullatë (50%)
- Në momentin e diagnostikimit të diabetit 10% kanë ndërlikime mikrovaskulare
- Diagnostikimi dhe ndërhyrja në popullatën prediabetike çon në parandalimin dhe zgjatjen e shfaqjes së diabetit në 40–60%

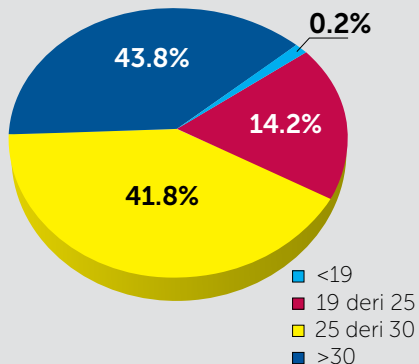




KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 vjeç (parametri i belit)



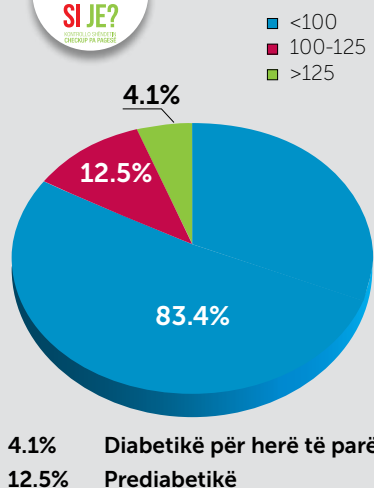
KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 vjeç (treguesi i masës trupore)



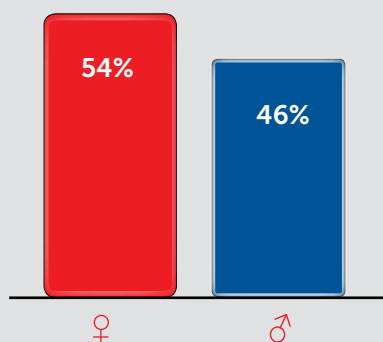
Kolesterol	> 220:	44.7%
Trigliceride	> 150:	47.8%
LDL Kolesterol	> 165:	24.1%
HDL Kolesterol	< 40:	39.3%
Duhanpirja		16.9%



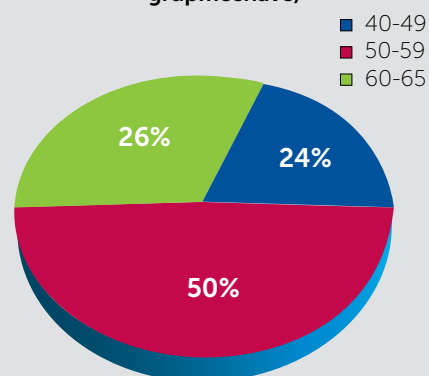
GLICEMIA



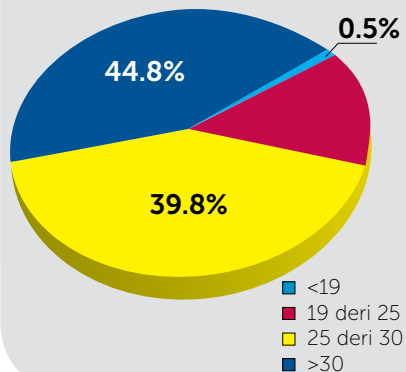
KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 vjeç (pre-diabetikë sipas gjinisë)



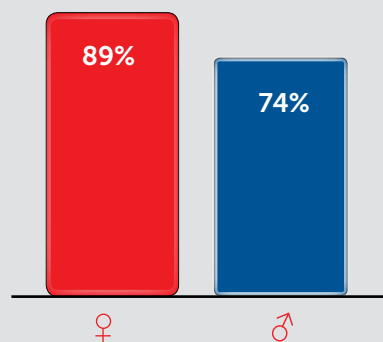
KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 vjeç (pre-diabetikë sipas grupmoshave)



KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 vjeç (treguesi i masës trupore)



KONTROLLI MJEKËSOR BAZË 40-65 vjeç (parametri i belit)



Kolesterol	> 220:	48.6%
Trigliceride	> 150:	40.0%
LDL Kolesterol	> 165:	28.4%
HDL Kolesterol	< 40:	31.1%
Duhanpirja		14.9%
HTA	> 140/90:	23%



Hipertensioni Arterial dhe faktorët e rrezikut

GJETJET E STUDIMIT

Rezultojnë me hipertension 37% e njerëzve që kanë marrë pjesë në kontrollin Mjekësor Bazë, nga të cilët 18% nuk e dinë që janë me hipertension

Nga Dr. Shk. Ergita NELAJ,
Prof. Mihal TASE

Shërbimi i Mjekësisë Interne & HTA
Qendër e ekselencës e Shoqatës Europiane të HTA

Hipertensioni arterial vlerësohet si një nga problemet e mëdha të kohëve moderne. Ai është përgjegjës për numrin më të madh të vdekjeve e të paftësisë në punë, krahasuar me shumë faktorë apo sëmundje të tjera. Por pavarësisht përhapjes, hipertensioni nuk njihet siç duhet dhe mjekohet keq në të gjithë botën, çka e bën atë një sfidë për t'u fituar.

• Po cilët janë faktorët e riskut të pamodifikueshëm?

- Moshë
- Gjinia
- Etnia
- Historia Familjare /ose SAK premature
- Fenotipi B
- Type A i personalitetit (pjesërisht i modifikueshëm)

• Faktorët e riskut të modifikueshëm

- Diabeti Mellitus
- Dyslipidemia
- Hipertensioni
- Duhani
- Mbipeshë dhe obeziteti
- Jeta sedentare

TË DHËNAT E STUDIMIT

Disa vërtetë:

- Në grupin e kontrolluar, HTA u gjet në 37%.
- Në grua, u konstatua në 39%
- Në burra, u vlerësua në 33%
- Persona që nuk e dinin që ishin hipertonicë: 18.7% e të sëmurëve me HTA
- 41.5%, e personave që vuajnë nga HTA, nuk mjekohen fare ose nuk mjekohen siç duhet.

Rezultoni se:

HTA shoqërohet shpesh me obezitetin, dhe obezitetin abdominal. Të dy këta njihen si faktorë të riskut kardiovaskular dhe mund të konsiderohen edhe si faktorë predispozues për rritje të shifrave të PA.

Rritja e Kolesterolit total dhe LDL Kolesterolit, në prani të HTA janë po ashtu një risk i shtuar vaskular.

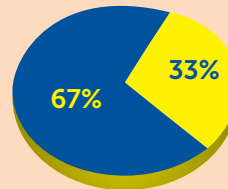
Nga të dhënat që rezultojnë nga studimi i popullatës që kanë kryer Kontrollin Mjekësor Bazë, mund të themi se rezultatet e dalë janë një thirrje për veprim, për të parandaluar në kohë sëmundjen kaq të përhapur të hipertensionit arterial.



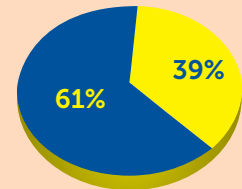
HIPERTENSIONI ARTERIAL në meshkuj e femra (Të matur e të vetëdeklaruar 37%)

• Meshkuj ♂: 33%

• Femra ♀: 39%



♂ HTA
■ HTA ■ Normal



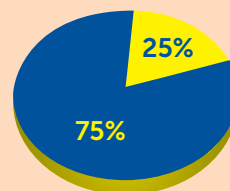
♀ HTA
■ HTA ■ Normal



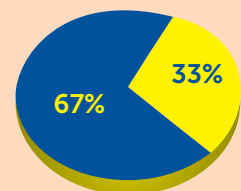
HTA e njohur nga pacientët

• Meshkuj ♂: 25%

• Femra ♀: 33%



♂ HTA
■ HTA ■ Normal



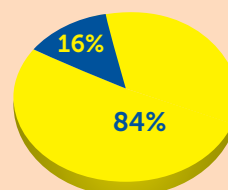
♀ HTA
■ HTA ■ Normal



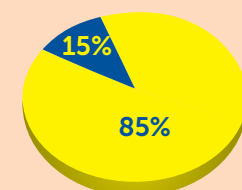
Sa individë u gjetën me PA > 140/90 mmHg

• Meshkuj ♂: 16%

• Femra ♀: 15%



♂ HTA
■ HTA ■ Normal



♀ HTA
■ HTA ■ Normal



SI FUNKSIONON KONTROLLI BAZË SHËNDETËSOR?

1



ÇDO PERSON MIDIS MOSHËS 40 DHE 65 VIEÇ QË ËSHTË RESIDENT NË SHQIPËRI DËZON TË DREJTËN TË KRYEJË KONTROLL SHËNDETËSOR BAZË PA PAGESË

2



PËR TË PËRFTUAR NGA KY SHËNDETËSOR, JU LAJMETOHENI NGA MJEKU I FAMILJES I QENDRËS SHËNDETËSORE TË VENDIT TË JENI DËZON TË DREJTËN TË KRYEJË KONTROLL SHËNDETËSOR BAZË PA PAGESË

3



PASI JENI INFORMUAR PËR DATËN, JU PËRITENI NGA PUNONJËSIT SHËNDETËSOR NË MJEKËDITË E QENDRËS SHËNDETËSORE

4



PERSONELI I QENDRËS SHËNDETËSORE SIGURONET QË TË JENI TË MËNIFORMUAR DHE QË PËRMBUSHIN KRITERET PËR TË PËRFTUAR KONTROLLIN SHËNDETËSOR BAZË PA PAGESË

5



MË ANË TË PYETËSIMIT INFERMIERIJA, PLOTËSONI MODULIN E VLERËSIMIT TË FAKTORIT TË STILIT TË JETËS

6



NË KONTROLLIN SHËNDETËSOR PA PAGESË PËRSHIHEN KONTROLLI I QAKUT, ENO, ANALIZAT E PARAMETREVE BIOKIMIKE TË GLUCEMISË, KOLESTEROLIT, BILIRUBINËS, TRANSAMINAZAVE, ALBUMINURIA, SI DHE NIVELIN E STRESIT DHE DEPRESIONIT

7



DRUMBULLQEN TË QAKTIA ANALIZAT DHE PËRGRUJDET E TESTEVE, TË ÇILAT ANALIZOHEN NGA MJEKË NË QENDRËN SHËNDETËSORE

8



PËRQATITET PËRGRUJTA E SHKRUARA DHE JU KALTOHENI ME POSTË

9



QËTË KË PROÇES NIVELI ZGJAT MË SHUMË SE 2 JAVË DËRRI NË MARJEJEN E PËRGRUJTEVE



0800 7453
Numër pa pagesë

www.sije.al

Shtrirja e Programit Kombëtar të Kontrollit Mjekësor Bazë



Janë instaluar 380 kabine të kontrollit mjekësor bazë në të gjithë territorin e vendit.

Projekti ka filluar në Shkurt 2015 dhe u shtri në të gjithë territorin e vendit më 31 Mars 2015.

Janë klasifikuar 55 Qendra Shëndetësore, ku po ofrohet shërbimi i kontrollit mjekësor bazë me anë të 5 Autoambulancave Mobile, nga të cilat: 35 Q.SH mbulohe vetëm me Ambulancat Mobile dhe 20 Q.SH të pajisura me kabine të kontrollit mjekësor bazë dhe mbulohe me Ambulancat Mobile.

Janë vënë në shërbim të projektit 84 mjete motorrike për transportin e kampioneve, furnizimin me bazë materiale dhe kthimin e përgjigjeve.

Është vënë në shërbim të projektit një rrjet prej 20 Laboratoresh Klinikë Biokimikë.

Ecuria e projektit

- Është përmirësuar infrastruktura dhe ambientet në Qendrat Shëndetësore, duke përfshirë në shumë raste rikonstruksionin e rrjeteve elektrike dhe hidraulike, lysterje dhe riparime të ndryshme deri në rikonstruksionin e plotë të ambientit të vënë në dispozicion nga QSH në të gjithë territorin e vendit.

- Është kryer trajnim i personelit të QSH, jo vetëm në përdorimin e softit, por kryesisht në njohuri bazë kompjuterike, përdorimi i EKG, marrja e kampioneve të gjakut, etj.

- Janë pajisur Q.SH me aparaturat mjekësore të nevojshme dhe pajisjet ndihmëse.

- Marrja e kampioneve të gjakut kryhet me sistemin

bashkëkohor Vacutainer, për herë të parë në Q.SH.

- Aparati i EKG me 12 Kanale (Sistemi aktual me 3 Kanale).

Logjistika

- Janë vënë në dispozicion të projektit 84 mjete transporti.
- Transporti i kampioneve kryhet, duke përdorur teknologji të specializuar gjermane nga kompania Delta T.
- Përdoret sistemi GPS. Monitorohen dhe koordinohen mjetet në kohë reale.

Transporti dhe ruajtja e kampioneve

Kuti termo-izoluese për transportin e produkteve termo-sensitive me kontroll temperature.

- Delta T, teknologji dhe produkt gjerman që mundëson mbajtjen konstante të temperaturës 4°C për 10 orë.

RRJETI I LABORATORËVE

- Koncesionari 3PLL ka në dispozicion të zbatimit të kontratës një rrjet prej 20 laboratorësh, plus 5 laboratorë Njësi Mobile.



- Koncesionari ka ndërtuar 9 laboratorë modernë të personalizuar për këtë projekt, si dhe ka nënkontraktuar laboratorë me eksperiencë disavjeçare në fushën e laboratorëve mjekësorë.
- Pajisjet laboratorike dhe reagentët janë të markave zvicerane "Roche" dhe amerikane "Abbott", liderë botërorë në fushën e Laboratorëve Diagnostikues.
- Cilësia dhe saktësia e testeve të kryera garantohej nga procedurat e Q.C (Quality Control), të cilat aplikohen në bazë ditore me rigorozitet nga stafi mjekësor.





SISTEMI I INFORMACIONIT DHE I KOMUNIKIMIT I REGJISTRIT KOMBËTAR DIXHITAL TË KONTROLLIT SHËNDETËSOR BAZË 40-65 VJEÇ (E - SI JE)

- Sistemi i Informacionit është i centralizuar, aksesohet në mënyrë të sigurtë nga ofruesit e shërbimit dhe aktorët në sistem (Q.SH, Labororët Ekzaminues, FSDKSH dhe M.SH)
- Administron dokumentacionin mjekësor të vizitës:
 - Administrimi i informacionit të komponentëve të vizitës –Teknologjia Barcode - Analiza gjaku - Analizë Biokimike - Analizë Urine - Analizë Feçe - Intervista - EKG - Përgjigja e ekzaminimeve
- Mundëson nëpërmjet teknologjisë Business Intelligent monitorim të aktivitetit mbi kontrollet e Check Up-ve të kryera në kohë reale ditore, mujore dhe vjetore.
- Ofron studjuesve, profesionistëve të shëndetit të dhëna mjekësore për ndërtimin e analizave shëndetësore –statistikore.

KTHIMI I PËRGJIGJEVE

- Në funksion të kthimit të përgjigjeve është një staf i dedikuar, i cili merret me menaxhimin e të dhënave dhe përgatitjen e seteve të intervistave.
- Ky proces përfshin krijimin e procedurave dhe raporteve, të cilat mundësojnë:

- Kontrollet e intervistave të bëra nga Q.SH në datën korresponduese - Formulari i totalit të intervistave
- Përgatitjen e seteve të përgjigjeve
- Përgatitja e përgjigjeve të prapambetura - Formulari i Përgjigjeve të Prapambetura
- Përgatitja e dosjeve sipas çdo Q.SH të cilat përfshijnë: Setet e përgjigjeve të datës përkatëse; Formularin e përgjigjeve ditore që firmoset nga marrësi në Q.SH; Formularin e prapambetjeve (në rastet kur ka); Formularin e problemeve përkatëse - (Hemoliza, Koagulime, etj).



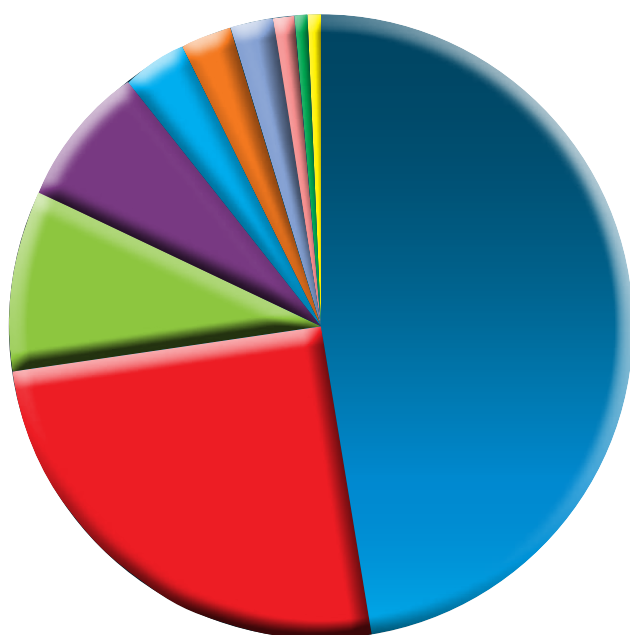
Statistika

1

KATEGORITE E POPULLSISË ME RIMBURSIM MË TË LARTË për periudhën janar-tetor 2015

NR. KATEGORIE	EMRI I KATEGORISË SË POPULLSISË	RIMBURSIMI (000 LEKË)
10	Pensionistë	3,204,506
02	Invalidë të plotë	1,714,798
06	Të sëmurë me Ca	625,135
16	Raste të veçanta (SV)	501,251
07	Veteranë	231,293
22	I punësuar	176,212
28	I papunë/Punëkërkues	146,930
15	Popullsi aktive	74,284
12	Të papunë, Ndihmë ekonomike	54,835
10.1	Pensionistë të pjesshëm	36,060

► PESHA SPECIFIKE QË ZËNË 10 KATEGORITË E POPULLSISË ME RIMBURSIMIN MË TË LARTË



- ◆ Pensionistë
- ◆ Invalidë të plotë
- ◆ Veteranë
- ◆ Të sëmurë me Ca
- ◆ Raste të veçanta (SM)
- ◆ I punësuar
- ◆ I papunë/Punëkërkues
- ◆ Popullsi aktive
- ◆ Të papunë, Ndihmë ekonomike
- ◆ Pensionistë të pjesshëm

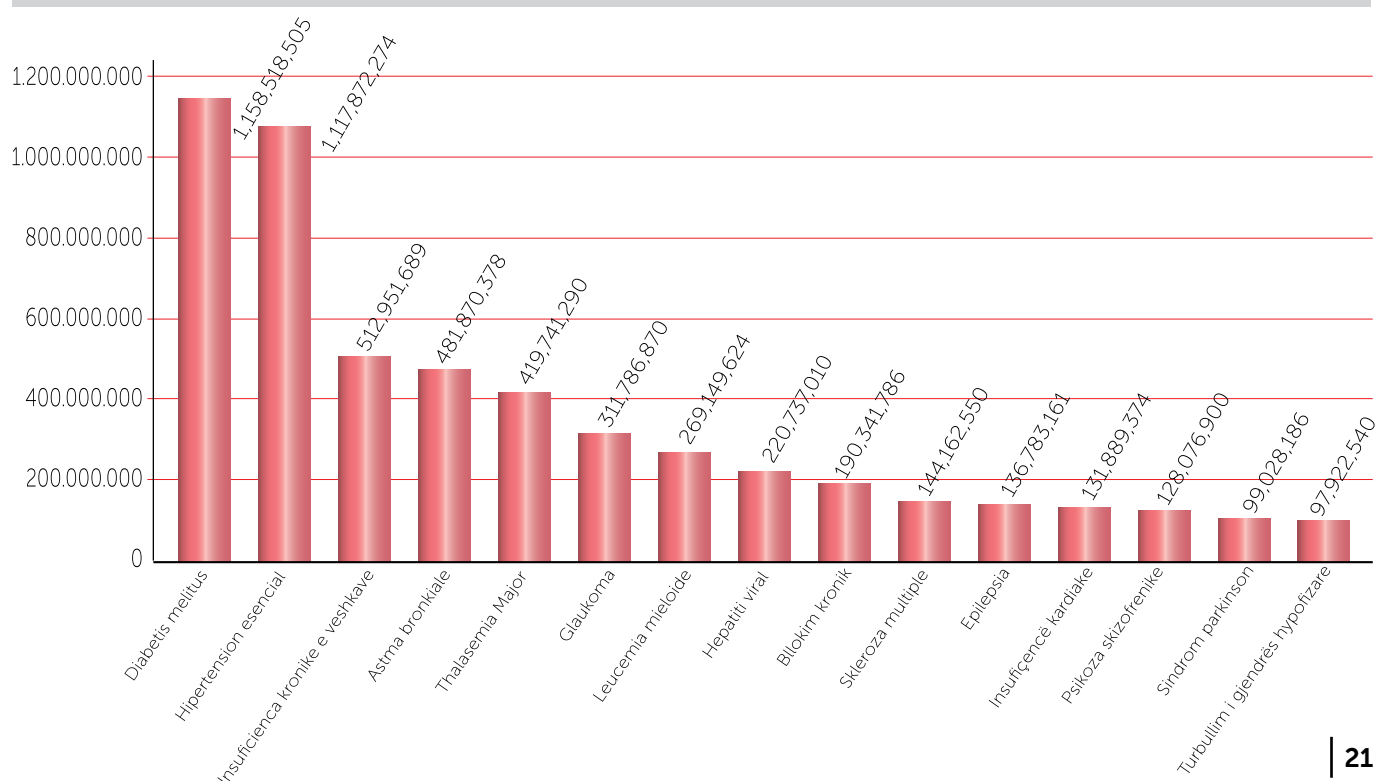
Statistika

2

15 DIAGNOZAT ME RIMBURSIMIT MË TË LARTË për periudhën janar-tetor 2015

DIAGNOZA	Numri i pacientëve	Numër recetash	Rimbursimi (lekë)
Diabetis melitus	72,574	372,086	1,158,518,505
Hipertension esencial	252,629	1,259,143	1,117,872,274
Insuficienca kronike e veshkave	4,959	24,548	512,951,689
Astma bronkiale	28,830	122,097	481,870,378
Thalasemia Major	302	1,190	419,741,290
Glaukoma	17,276	87,742	311,786,870
Leucemia mieloide	326	903	269,149,624
Hepatiti viral	870	3,456	220,737,010
Bllokim kronik	12,531	47,426	190,341,786
Skleroza multiple	293	1,038	144,162,550
Epilepsia	12,280	60,789	136,783,161
Insufiçencë kardiake	27,456	121,038	131,889,374
Psikoza skizofrenike	12,215	57,635	128,076,900
Sindrom parkinson	6,152	30,407	99,028,186
Turbullim i gjendrës hypofizare	422	1,775	97,922,540

▶ 15 DIAGNOZAT ME RIMBURSIMIT MË TË LARTË PËR PERIUDHËN JANAR-TETOR 2015



Statistika

3

15 BARNAT ME RIMBURSIM MË TË LARTË për periudhën janar-tetor 2015

KODI ATC	EMËRTIMI KIMIK	RIMBURSIMI (lekë)	SASIA	KODGRUPI
V03AC03	Deferasirox 250 mg	407,126,400	241,125	V03
A10AE05	Insulinë Glargine solution 100 UI/ml - 3 ml	345,716,198	220,319	A11
L01XE08	Nilotinib 150 mg	223,887,075	76,470	L01
A10AB01	Insulinë Humane Biosintetike Neutrale 100 Nj.N. / ml - 3 ml	193,076,872	286,574	A10
A12AA20	Calcium-3-methyl-2 oxovalerate etj	176,588,797	1,936,406	A12
S01EC04	Brinzolamide 10mg/ml-5ml	130,810,143	86,411	S01
B03XA03	Methoxy Polyethylene Glycol - epoetin beta 200mcg/0.3 ml Salmeterol Xinafoate Micronised +	115,597,327	2,594	B03
R03AK06	Fluticasone Propionate Micronised inh. (50 mcg + 250 mcg)/ unit dose	111,686,454	28,946	R03
S01EE04	Travoprost 40mcg/ml-2.5 ml	99,991,637	40,345	S01
C03CA01	Furosemide 40 mg	95,955,412	8,474,941	C03
L03AB04	Peginterferon alfa-2a 180mcg/0.5ml	93,778,339	4,416	L03
C02AB01	Methyldopa 250 mg	93,384,752	9,976,576	C02
C08CA13	Lercanidipine 10 mg	93,378,101	5,134,210	C08
C08CA05	Nifedipine 10 mg	90,859,473	11,628,901	C08
R03AK06	Salmeterol Xinafoate Micronised + Fluticasone Micronised Propionate inh. (50 mcg + 500 mcg)/ unit dose	89,709,479	18,612	R03

► 15 BARNAT ME RIMBURSIM MË TË LARTË PËR PERIUDHËN JANAR-TETOR 2015

