

Dr. Astrit Beci
Dr. Agron Belishova
Etiola Kola



KUSH PAGUAN

Financimi i shërbimeve shëndetësore në Shqipëri



Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është i vetmi institucion publik dhe autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. FSDKSH financon shërbimet shëndetësore nga ofrues publikë dhe privatë, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.



*DR. ASTRIT BECI
DR. AGRON BELISHOVA
ETIOLA KOLA*

KUSH PAGUAN

Financimi i shërbimeve
shëndetësore në Shqipëri

Tiranë, 2015

Përkujdesja grafike: Ladybird Creations
Shtypi: Adel Co.

© Materialet e paraqitura në këtë monografi mbrohen nga e drejta e autorit dhe nuk mund të riprodhohen pa bërë të ditur me saktësi burimin dhe autorësinë.



Rruga "Sami Frashëri", Lagjia 8, Tiranë.
Tel: +3554230984 / Fax: +3554274953
www.fsdksh.com.al

DREJT MBULIMIT SHËNDETËSOR UNIVERSAL

Lindi 20 vite më parë, në marsin e vitit 1995, si një institucion rishtar dhe i pavarur, me qasje e konceptim ndryshe për financimin e shërbimeve shëndetësore, duke shënuar pikën e kthesës për shëndetësinë e ligisht të viteve të vështira të post-komunizmit.

Hapi i guximshëm për krijimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, u hodh pas diskutimesh mes ekspertësh shqiptarë dhe përvojës së ekspertëve ndërkombëtarë. Por ky hap për t'u përshëndetur, mbeti në ngërçin e pagesës së ulët të sigurimeve prej 3.4%, e cila ishte e pamjaftueshme edhe për mbulimin e atyre pak shërbimeve që u përfshinë në skemën e sigurimeve shëndetësore.

Mes debatit të kahjes që do të merrte financimi i shërbimit shëndetësor shqiptar, lindi Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, i njohur si ISKSH. Sot ai ka një imazh, emër dhe frymë të re. Sot ai është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, por ndërtimi i këtij institucioni ka nisur nga stafi i përkushtuar i viteve të para të krijimit të tij e deri më sot, kur FSDKSH është zgjeruar në funksione dhe shërbime që financojnë për kujdesin shëndetësor të popullatës, duke u rritur në cilësi. Ai është shembulli i një institucioni profesional në sistemin tonë shëndetësor.

Sot, Fondi është një institucion me një histori 20-vjeçare, e gjithëaq, rishtar për nga hapat e guximshëm që po ndërmerr, në frymën e re drejt mbulimit shëndetësor universal, përsëpari, të aksesit shëndetësor universal, shkurtimeve të burokracive në përfitimin e shërbimeve shëndetësore dhe ofrimin e mundësisë së barabartë gjithkujt që ka nevojë për kujdes shëndetësor.

Do të doja nëpërmjet kësaj parathënie, të falenderoj për punën dhe përkushtimin të gjithë punonjësit e Fondit, falë të cilëve në këto dy vite u arrit të realizoheshin iniciativa që do të mbeten, sikurse është implementimi me sukses i kartës së shëndetit, kostimi dhe ofrimi i paketave të shërbimeve shëndetësore- si një hap i parë drejt ndryshimit të mënyrës së financimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor për popullatën, financimi i Kontrollit Mjekësor Bazë, krijimi i një imazhi krejt të ri të Fondit, ndërtimi i strategjisë për IT, etj. Iniciativa që do t'i çojmë përpara të gjithë së bashku, në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe të gjithë aktorët e sistemit shëndetësor, në zbatim të programit të Qeverisë për Shëndetësinë!

Dr. Astrit Beci

Tabela e përmbajtjes

1. Hyrje.....	9
2. Historiku	11
2.1. Sistemet e mbulimit shëndetësor	11
2.2. Fillesat e mbulimit shëndetësor në shtetin shqiptar	12
3. Skema e sigurimeve shëndetësore.....	18
3.1. Vitet '90	18
3.2 Ndryshimet e para.....	18
3.2. Si lindi skema e sigurimeve shëndetësore?.....	19
3.3. Krijohet Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH).....	20
4. Organizimi i skemës së sigurimeve shëndetësore.....	24
4.1. Financimi i skemës	24
4.2. Strukturat e ISKSH-së në krijimin e Institucionit në vitin 1995	25
4.3. Aktet e para – nevoja për rregullore funksionale.....	26
4.4. Elementet e skemës	28
4.5. Kontratat e para.....	30
4.6. Lista e parë e Barnave të Rimbursueshme.....	32
5. Ecuria e skemës së sigurimeve shëndetësore.....	34
5.1. Vitet e para pas krijimit të skemës	34
5.2. Vitet e stanjacionit.....	35
5.3. Spitali i parë pilot në skemën e sigurimeve shëndetësore.....	36
5.4. Pikat e kthesës	38
5.5. Hapat e para të informatizimit	41
5.6.Disa vendime të rëndësishme	42
5.7. Masat shtrënguese	42
5.8. Parësori në skemën e sigurimeve, shtrirja e skemës sërish e fragmentuar...43	
6. Spitalet në skemën e sigurimeve	45

6.1. Kontratat me spitalet	46
6.2. Problematika në shërbimin spitalor	49
6.3. Rritet numri i përfituesve nga skema.....	50
7. Krijohet Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor	51
7.1. Risitë e ligjit të Fondit	51
7.2. Ligji hyn në fuqi më 2013	52
7.3. Qasje e re drejt mbulimit universal	53
7.4. Fondi me imazh të ri	56
8. Si funksionon sot FSDKSH	58
8.1. Kompetencat e Këshillit Administrativ	59
8.2. Kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm	60
8.3. Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore sot.....	61
8.4. Mbi ç'parime bazohet skema e sigurimeve shëndetësore	62
8.5. Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve.....	63
8.6. Masa e kontributit.....	64
9. Përfitimet e popullatës	66
9.1. Paketat e shërbimeve shëndetësore në Parësor	67
9.2. Paketat e shërbimeve shëndetësore në spitale.....	70
9.3. Lista e Barnave të Rimbursueshme.....	75
10. Zhvillimi i sistemeve të informacionit.....	81
10.1. Regjistri elektronik i banorëve të regjistruar pranë mjekut të familjes.....	81
10.2. Regjistri elektronik i personave të siguruar (karta e shëndetit)	81
10.3. Sistemi i Informacionit në Shërbimin Shëndetësor Parësor.. ..	84
10.4. Sistemi E-Farmacia	84
10.5. Sistemi i përlllogaritjes së kostove spitalore	84
10.6. E-Ankesa	85
11. Kontrolli i dhënësve të shërbimit dhe strukturave të Fondit	86
12. Informimi i publikut	87
13. Bashkëpunimi me institucionet	88
13.1. Bashkëpunimi ndërinstitutional	88
13.2. Marrëveshjet ndërkombëtare	88
13.3. Marrëdhëniet me partnerët ndërkombëtarë	90
14. Qëllime strategjike të FSDKSH	92

HYRJE

Edrejta për kujdes shëndetësor është e sanksionuar në ligjet ndërkombëtare dhe sigurisht edhe në ligjin themeltar të shtetit shqiptar. Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë e njeh të drejtën për kujdes shëndetësor për të gjithë shtetasit e saj, duke sanksionuar parimet e mbulimit universal. Më konkretisht, në nenin 55 të saj thuhet: “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”.

Në këto 20 vitet e fundit, edhe në ligjet dhe aktet ndërkombëtare është qartësuar kuptimi dhe përmbajtja e të drejtës për kujdes shëndetësor, si një e drejtë themelore e njeriut. Një nga përsëkrimet më të sakta bëhet në nenin 12 të dokumentit të Komitetit të OKB-së mbi të Drejtat Ekonomike, Sociale dhe Kulturore (CESCR), i cili njeh “të drejtën e të gjithëve për standardin më të lartë të arritshëm të shëndetit”¹.

Shqipëria ka njohur disa forma të mbulimit shëndetësor ndër vite, por skema e mirëfilltë e sigurimeve shëndetësore u implementua pas viteve '90.

Më saktësisht, 20 vjet më parë, në Shqipëri lindi skema e sigurimeve shëndetësore në një terren të brishtë dhe evoloi ndër vite, për të mbërritur sot në një koncept më të gjerë dhe gjithëpërfshirës, me synim garantimin e kujdesit shëndetësor për të gjithë popullatën.

Financimi i shërbimeve shëndetësore nga sigurimi shëndetësor në Shqipëri në fillimvitet '90, u pa si një mënyrë e re financimi për nxjerren nga gjendja e vështirë dhe krijimin e mundësive për zhvillimin e shërbimeve shëndetësore. Sigurimi shëndetësor u vlerësua si një strukturë që siguronte më shumë të ardhura, shpërndarje më të drejtë, përdorim racional të tyre e për rrjedhojë, mundësonte përmirësimin e shërbimeve dhe

¹ <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

njëherazi zbutje të efekteve financiare të rritjes së kostos së shërbimeve shëndetësore gjatë tranzicionit. Në këto 20 vite, në sistemin shëndetësor janë zbatuar reforma, të cilat janë rishikuar ndër vite dhe ecuria e funksionimit të skemës nuk ka qenë aspak e lehtë.

Sot, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) është i vetmi institucion publik dhe autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. FSDKSH financon shërbimet shëndetësore nga ofrues publikë dhe privatë, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

Besojmë se ky botim do të ndihmojë në njohjen e skemës së sigurimeve shëndetësore nga të gjithë të interesuarit si dhe në zgjerimin e njohurive të vetë aktorëve të sistemit shëndetësor për skemën e sigurimeve shëndetësore. Njëherazi, propozojmë alternativën tonë, atë të mbulimit shëndetësor universal, për një financim sa më të drejtë të shërbimeve shëndetësore, me fokus shërbimin sipas nevojës, jo sipas mundësive.

Një falenderim i përzemërt shkon për të gjithë punonjësit dhe drejtorët e drejtorive të FSDKSH-së dhe arkivit të Institucionit, që kontribuan për mbledhjen me kujdes të materialeve që i kanë shërbyer këtij botimi.

HISTORIK

SISTEMET E MBULIMIT SHËNDETËSOR

Të gjithë njerëzit kanë të drejtë të mjekohen dhe është përgjegjësi e shoqërisë të kujdeset për përballimin e fatkeqësive/sëmundjeve. Sëmundja shoqërohet me nevojën për mjekim, ndërsa varfëria me mungesën e mjeteve financiare për të përballuar shpenzimet. Në historinë botërore sëmundja dhe varfëria kanë qenë dy arsyt kryesore të lindjes së sigurimeve shëndetësore. Bota ka njohur sisteme të ndryshme shëndetësore dhe sisteme të ndryshme të financimit të tyre.

Sistemi Bismark është sistemi i sigurimit shëndetësor, i cili me ligj u vendos në Gjermani në vitin 1883, fillimisht ishte vullnetar, më pas i detyrueshëm. Ky sistem është i detyrueshëm me ligj për shumicën ose për të gjithë popullsinë, në mënyrë që ajo të marrë sigurimin e caktuar nga një palë paguese e tretë përmes kontributeve që nuk lidhen me riskun dhe që janë të ndara nga taksat ose pagesat e tjera të vendosura me ligj. Quhet gjithashtu sigurimi shëndetësor social. Kjo skemë përfaqësonte në parim një mënyrë për të shmangur impaktin e keq të papunësisë, varfërisë dhe sëmundjeve që prekin pjesë të mëdha të popullësisë. Më vonë, sistemi Bismark u përhap në Austri, Francë, Hollandë, Belgjikë, etj.

Sistemi Semashko i përket vitit 1920 dhe është sistemi i shërbimeve shëndetësore të centralizuara, i vendosur në Bashkimin e Republikave Socialiste Sovjetike dhe më pas, në vendet e tjera të pushtetit të "socializmit real" të Evropës Lindore dhe Juglindore. Sistemi Semashko është sistemi shtetëror me buxhet qeveritar, të planifikuar dhe është tërësisht i centralizuar.

Sistemi Beveridge u vendos fillimisht në Angli në vitet '40. "Sistemi i sigurimit social dhe shërbimeve shëndetësore e ka origjinën nga raporti i Beveridge në Angli dhe Uells, i publikuar për herë të parë në vitin 1943. Ky raport rekomandon sigurimin

e kujdesit shëndetësor për të gjithë njerëzit përmes sistemit qendror të taksave dhe kontributeve të tjera financiare të detyrueshme. Udhëhiqet nga parimi se një sistem i përfitimeve universale duhet të japë mbështetje kur tjetri është i papunë, i sëmurë, invalid, ka dalë në pension, etj. Akti i Shërbimit Kombëtar Shëndetësor i 1946 vendosi sigurimin e shërbimeve falas për parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve. Ky sistem më pas u përhap në Danimarkë, Norvegji, Suedi, Finlandë, etj. Ky është sistemi i shërbimit shëndetësor universal (për të gjithë popullatën), i financuar nga taksimi i përgjithshëm.

Sistemet shëndetësore kanë qenë të ndryshme në kohë dhe vende të ndryshme. Sot, është e vështirë të flasësh për sisteme “të pastra” sepse vende të ndryshme kanë bërë përshtatjet e kohës, sipas specifikave të tyre dhe natyrshëm zbatohen sistemet e përziera. Por tendenca Botërore, që është përqafuar së fundmi edhe nga Shqipëria me politikat e saj të reja në drejtim të kujdesit shëndetësor, është një qasje drejt mbulimit universal – e ofrimit të shërbimit sipas nevojës dhe jo sipas mundësive.

FILLESAT E MBULIMIT SHËNDETËSOR NË SHTETIN SHQIPTAR

Pavarësia e gjeti Shqipërinë në gjendje shëndetësore të mjeruar, pa një sistem shëndetësor. Para vitit 1912, shërbimet shëndetësore ofroheshin të organizuara për ruajtjen e aftësisë luftarake të trupave, ndërsa pjesa tjetër e popullatës shërbehej kryesisht nga mjekësia popullore.

Format e para të një lloji mbrojtjeje sociale (ku përfshihet dhe ajo shëndetësore) datojnë në fillesat e shtetit shqiptar. Forma krejt të brishta, që më së shumti ishin iniciativa individuale (tregtie/biznesi) nisur nga domosdoshmëria për shërbim shëndetësor, porse kish nisur të ravijëzohej dhe një orientim social (shtetëror) drejt shtresave të varfra. Pas shpalljes së Pavarësisë dhe sidomos në qeverisjen e Mbretit Zog I, u krijua një sistem shëndetësor publik dhe privat i kufizuar, me mundësi të pakta për të ndihmuar njerëzit e shumë në nevojë. Në kushtet e një varfërie ekstreme, infrastruktura dhe profesionalizmi mjekësor mungonte seriozisht në viset shqiptare, ku mund të dallojmë se krahas numrit të kufizuar të mjekëve dhe farmacistëve shqiptarë, të cilën punonin në vend, liçensoheshin vazhdimisht mjekë të huaj nga Austria, Italia dhe Franca për të përballuar domosdoshmëritë e popullatës.



Dispanceria e Kryqit të Kuq. Arkivi i shtetit

Në këtë kohë u ngrit dhe Drejtoria e Përgjithshme e Shëndetësisë, e cila fillimisht do të funksiononte pranë Ministrisë së Brendshme. Ky institucion ishte i pari i cili përligji të gjitha funksionet shëndetësore, ku dominonin spitalet rajonale, nën drejtimin dhe sipas strategjisë qeveritare. Ishin pikërisht këto përpjekjet e para të shtetit shqiptar për të ligjëruar dhe standartizuar shërbimet shëndetësore në vend, duke ndjekur modelin europian perëndimor, por dhe duke aplikuar rregullore dhe ligje të përshatshme për situatën.

Pas realizimit të funksionimit pothuajse të plotë të spitaleve dhe qendrave shëndetësore në vend, në vitin 1923, Qeveria shqiptare hartoi për herë të parë buxhetin e plotë, të përcaktuar me fonde sipas secilit qytet që kishte një spital. Tirana 54000 franga për 50 shtretër, Vlora dhe Korça gjithashtu 54000 franga për 50 shtretër, ndërsa Elbasani dhe Berati nga 25000 franga për 25 shtretër.

Në vitin 1925, Qeveria shqiptare vendosi të hartojë ligjin për organizimin e shërbimeve shëndetësore, ku u përcaktuan pikërisht kategoritë e mjekëve të cilët do të shërbenin në qendra shëndetësore dhe spitale. Gjithashtu në nenet e ligjit përcaktohej struktura drejtuese e shërbimeve me drejtorinë e shëndetësisë dhe inspektoriatin shëndetësor. Ky ligj i dha kompetencat e plota drejtorisë së shëndetësisë mbi liçensimin, kontrollin si dhe përgatitjen e buxhetit. Më tej, ligji për organizimin e shërbimeve shëndetësore, në nenet e përcaktuara, qartësonte sistemin e vaksinimit së bashku me masat për epidemitë e ndryshme, veçonte mjekët shëtitës, të cilët dërgoheshin në zona të infektuara si dhe jepte udhëzime për krijimin e karantinave kundër sëmundjeve që përhapeshin në kufinj. Një tjetër problematikë e prekur nga ligji i vitit 1925 ishte dhe siguri i mjekimeve dhe barnave për të vobektit, ku, si komunat, ashtu dhe qendrat shëndetësore duhet të ofronin shërbimin falas. Në vitin 1927, nëpërmjet një ligji të posaçëm, u përmirësuan disa pika të ligjeve të mëparshme. Mjekët nuk duhet të ishin më vetëm shtetas shqiptarë, por me anë të taksimit, u përcaktuan tarifat e liçensimit prej 300 franga për mjekët e huaj, dhe 100 franga për mjekët shqiptarë. Në të njëjtin ligj u detajua dhe formimi i kulturës profesionale mjekësore, ku kërkohej ngritja e sindikatës shqiptare pan-mjekësore si dhe rritja e formimit edukativ në këtë fushë. Pesë vjet më pas, në vitin 1932, si pasojë e vështirësive financiare që po kalonte shteti shqiptar, me anë të një ligji të posaçëmu përcaktuan tarifat e pagesës që duhet të aplikoheshin në spitale. Ekzaminimet laboratorike kushtonin nga 1 deri në 8 franga, operacionet ndaheshin sipas shkallës së vështirësive nga 100 deri në 300 franga ari, si dhe pagesa për ditë-qëndrim kushtonte 8 franga ari dhe ndahej në 2 franga për mjekun dhe 6 franga për spitalin. Në vazhden e hapave të parë të konceptit të sigurimit shëndetësor, në vitin 1934, mbështetur në nenin 100 të ligjit për Bashkitë, u vendos taksa prej 5 franga ari për të gjithë kategoritë e personave të

*Ndarja e buxhetit të spitaleve,
viti 1923, Arkivi i shtetit.*

cilët “prodhojnë produkte ushqimore dhe ndikojnë mbi shëndetin e popullatës” si dhe u aplikua gjysma e kësaj takse për shitësit ambulantë. Ishte viti 1937 kur Mbreti Zog urdhëron me një shkresë të posaçme Kryeministrinë, për ngritjen e një komisioni nën kryesimin e Ministrit të Punëve të Brendshme me 8 anëtarë, dy prej të cilëve mjekë të huaj, për përgatitjen e një programi pune 5 vjeçar për shëndetësinë publike. Ishte pikërisht kjo strategjia e parë afatgjatë për sektorin e shëndetësisë shqiptare. Në fund të kësaj periudhe, u ngritën disa institucione shëndetësore. Në kohën e pushtimit nga fashistët italianë, u bënë disa investime në Shqipëri, u sollën specialistë dhe mjekë të mirë të disa qyteteve të Italisë, me qëllime të caktuara propagandistike.

Përfundimi i Luftës së Dytë Botërore, së bashku me shkatërrimin e një pjese të Globit, e radhiti Shqipërinë ndër vendet përkrahëse të kampit socialist. Ndjekëse e fortë e vendeve të Lindjes, Shqipëria dhe struktura e saj shoqërore nisën të përgatiten për t’u përshtatur me legjislaturën dhe jetesën shoqërore të këtyre shteteve, ku një ndër çështjet kryesore sigurisht e përbënte shtetëzimi i kujdesit dhe shërbimit shëndetësor. Pikërisht në vitin 1944, ashtu si në fusha të ndryshme të shoqërisë shqiptare, edhe sistemi shëndetësor nisi të riformohej, duke u bazuar në koncepte tradicionale dhe njëkohësisht të përshtatshme me kohën. Organizimi shëndetësor në rang ministror dhe ekzekutiv u përcaktua nga Qeveria e re, e cila më 22 tetor të vitit 1944, nënvijëzoi etapat dhe pikat qendrore të interesit në këtë sektor. Ndër to, mund të përmendim përcaktimin e detyrës themelore të shërbimit shëndetësor për të përmirësuar dhe ruajtur shëndetin e popullit nëpërmjet reformimit të legjislacionit dhe drejtimit strukturor dhe organizativ të shëndetësisë.

Në muajt në vazhdim, me përcaktimin e ministrit të shëndetësisë si dhe organeve përgjegjëse për hartimin dhe zbatimin e ligjit mbi kujdesin shëndetësor, u ndërtua dhe inventari kombëtar i pajisjeve, ambjentëve dhe personelit të kualifikuar shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Këtu ndodheshin të renditur numrat e shtretërve në spitale, ambulancave, dispancerive antimalarike (si pasojë e sëmundjeve ngjitëse që qarkullonin në atë kohë), materniteteve, barnave si dhe aparaturave profesionale. Gjithashtu, u përcaktuan faktorët kryesor ndikues në formimin profesional të personelit në këtë sektor, duke renditur numrin dhe cilësinë e mjekëve, infermierëve dhe mamive. Pas përcaktimit të kushteve bazë aktuale mbi të cilat do të ngrihej sistemi i kujdesit dhe shërbimit shëndetësor, qeveria e kohës vendosi të përcaktonte tarifat monetare sipas së cilave do të funksiononte kjo fushë. Rregulloret e tarifimit tregonin se si do të krijohej, organizohej dhe funksiononte shërbimi i poliambulancave dhe ambulancave, si dhe qartësoheshin tarifat për analizat laboratorike, punimet dentare,

shërbimet në spitale si dhe tarifat për mjekët privatë.

Ishte pikërisht 11 Korriku i vitit 1946, ditë në të cilën shteti shqiptar mori vendimin për të shtetëzuar të gjitha shërbimet mjekësore, klinikat private, materialet dhe mjetet e punës, veglat dhe aparaturat mjekësore, kirurgjikale, radiologjike si dhe laboratorët. Ishte etapa e parë e rrugës së gjatë të aplikimit të sistemit Shemasko, të emëruar për nder të mjekut rus Nikolai Semashko dhe të stërprovuar në Bashkimin Sovjetik.

Në 7 apo 8 vitet e ardhshme, sistemi shëndetësor në vend kishte marrë trajtat e para të një sistemi shtetëror shëndetësor, por zonat rurale vazhdonin të vuanin nga mungesa e kujdesit dhe shërbimit shëndetësor, duke u detyruar të udhëtonin drejt qyteteve me shpenzime parash si dhe vonesa që mund të kushtonin shtrenjtë. Për këtë, në vitin 1954 u mor vendimi për ngritjen e spitaleve rurale si institucione shëndetësore, të vendosura në lokalitete dhe krahina të largëta nga zonat urbane, sipas kërkesave të popullsisë së vendit, me struktura dhe personel të kufizuar. Në vitin 1963, Kuvendi Popullor i Shqipërisë, në kuadër të shtetëzimit të të gjithë shërbimeve të ofruara në Republikë, miratoi disa ligje të rëndësishme pikërisht mbi shërbimin shëndetësor dhe dhënien falas të ndihmës mjekësore. Këto ligje kishin për qëllim rritjen dhe përfshirjen e plotë të shtetit në shëndetin e qytetarëve, duke përcaktuar udhëzimet e qarta, që nga barnat e përdorura e deri tek ndërhyrjet kirurgjikale të kryera. Ishte pikërisht kjo pika kulminante gjatë së cilës u aplikua në të gjitha instancat sistemi Semashko.

Në vitet në vazhdim vazhdoi të aplikohej i njëjti sistem i financimit të shërbimeve shëndetësore, i cili ashtu si në vendet e tjera të lindjes kishte nxjerrë në pah problematika të thella në mundësimin e shërbimeve, barnave dhe personelit të nevojshëm. Formalisht gjithçka ishte në rregull, por Shqipëria kishte sëmundshmëri të lartë, sëmundje infektive mjaft të përhapura dhe



Ligji për shërbimin shëndetësor dhe dhënien falas të ndihmës mjekësore të shtetit, i cili hyri në fuqi më 01.01.1964. Arkivi i shtetit

vdekshmërinë foshnjore më të lartë në Evropë. Shqiptarët vuanin nga sëmundje që për evropianët i përkisnin mesjetës, si pellagra, ndërsa çrregullimet e tjera pasojë e keqjetesës dhe nënushqyerjes, si hypotrofitë dhe rakiti, ishin shumë të përhapura. Tregues të shumtë flisnin jo vetëm për nivelin e ulët të jetesës, për varfërinë, por dhe për mungesat e shumta dhe nivelin e ulët të shërbimeve shëndetësore. Dekada në vazhdim solli dhe kufizimet e para të sistemit. Në vitin 1977, si pasojë e kostove të larta, financimeve të munguara dhe shtetëzimit të shërbimit shëndetësor mjekësor, qeveria shqiptare vendosi tkurrjen dhe eliminimin e liberalizmit në institucione shëndetësore, duke urdhëruar që në spitale të shtrohen vetëm personat e sëmurë në grada të larta dhe absolutisht të mos realizohen analiza nëpër spitale. Ishin pikërisht këto kohët më të vështira të shërbimit shëndetësor shqiptar ku pavarësisht se ekzistonin kuadro dhe mjekë shumë të përgatitur, kushtet spitalore, aparaturat e amortizuara dhe financimet e pakta, e bënë trajtimin shëndetësor shumë të vështirë.

SKEMA E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

VITET '90

Fillimvitet '90 degraduan përfundimisht një sistem që mbahej në këmbë mes vështirësive ekstreme. Pavarësisht se shërbimi shëndetësor vazhdonte të deklarohet falas, në vitet e para pas rënies së sistemit komunist, kishte mungesa bazike në barna, aparatura e gjithçka tjetër të domosdoshme për trajtimin e pacientëve.

Në këto kushte dhe me këtë kolaps të dukshëm, kërkohej riorganizimi i sistemit shëndetësor, administrimi efikas i strukturave përgjegjëse, mjeteve financiare të nevojshme për ofrimin e shërbimit shëndetësor në vend, deri në konceptimin e shërbimeve shëndetësore. Nevojat për shërbime shëndetësore kërkonin ndryshime në përputhje me ndryshimet politike, sociale dhe ekonomike që po përjetonte Shqipëria e asaj kohe.

NDRYSHIMET E PARA

Situata e vështirë e pas viteve '90, kërkonte reforma të shpejta, por, për së pari, përmbyshjen e nevojave bazike për popullatën. Për reformat, u shfrytëzua eksperiencia evropiane dhe ndihma e specialistëve nga vende të ndryshme. Reformat u mbështetën në politika dhe strategji të konceptuara mbi realitetin e vendit dhe u përqendruan në prioritetin e shërbimit shëndetësor parësor, në privatizimin e shërbimit farmaceutik të rrjetit të hapur, në privatizimin e shërbimit stomatologjik ambulator, në formimin e mjekut të familjes, si pikënisje referimi të sistemit të shërbimeve shëndetësore, në përdorimin e listave thelbësore të barnave për trajtimet në shërbimet e kujdesit parësor dhe në krijimin e sigurimit shëndetësor në Shqipëri. Nisën të formësoheshin zgjidhjet e shpejta, sikurse ishte ideja e privatizimeve. Prof. Tritan Shehu, asokohe Ministër i Shëndetësisë shprehet se: "Gjendja e sistemit

shëndetësor në atë periudhë ishte tejet e vështirë jo vetëm për mungesën e financimeve, por dhe për çështje thelbësore shkëmbimesh menaxheriale e pajtushmërie me rrugën e ekonomisë së tregut që vendi po ndërmernte. Një nga këto psh. ishte dhe ndërprerja e importeve për shëndetësinë në bazë të kleringut që dominonte deri atëherë dhe kalimi në blerje direkte nga shoqëritë farmaceutike perendimore. Kështu, në treg po lindnin strukturat e para private farmaceutike të një importi e shitjeje krejt të pakontrolluara, si përsa i takon cilësisë ashtu edhe çmimeve. Krahas tyre, funksiononte dhe mekanizmi shtetëror, që nëpërmjet Fufarmës furnizonte spitalet si dhe farmacitë shtetërore të hapura. Në këto të fundit, ofrimi i atyre pak medikamenteve që disponoheshin bëhej falas për pacientët ose me çmime shumë larg atyre reale. Në të tilla kushte, ajo që ndodhte në masë, ishte kalimi ilegal i barnave nga farmacitë shtetërore drejt atyre private, ku shiteshin me çmime tregu. Ndërsa farmacitë shtetërore, edhe për hir të kësaj “kontrabande”, ishin veçse bosh”.

Kështu, sektori farmaceutik u konceptua të shkonte drejt një privatizimi sa më të shpejtë dhe tërësor. Procesi i vështirë i privatizimit, riadministrimi, rimbursimi, etj, u realizuan në një kohë prej 6 muajsh. Farmacitë e hapura në tërësi, me të gjitha ambjentet e pajisjet e tyre, ju kaluan në pronësi apo përdorim privat personelit farmaceutik përkatës. Ndërsa rregjistrimi i barnave realizohej pranë Drejtorisë së Farmaceutikës në dikaster.

SI LINDI SKEMA E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE?

Gjithçka nisi pas vendimit për privatizimin e sektorit farmaceutik në vend. Si do të mbroheshin qytetarët nga rritja disa herë e çmimeve? Si do të subvencionoheshin ata për barnat bazë? Vendimi i parë i asaj kohe, që hapi debatin e mënyrës së subvencionimit apo mbulimit për shtresat në nevojë, ishte pikërisht vendimi për hartimin e listës së parë esenciale të barnave.

Lista përbëhej nga afro 190 barna bazë, të cilat do të shiteshin në treg nga farmacitë private me çmime të subvencionuara, nën recetën e mjekut. Por si do të sigurohej financimi? Pikërisht në këtë moment, nisën diskutimet në lidhje me mënyrën e financimit të këtij shërbimi, por edhe më gjërë, të shërbimit shëndetësor në tërësi.

Propozimi i parë ishte që subvencionimi/rimbursimi të sigurohej nëpërmjet fondeve të ardhura nga buxheti i shtetit, të siguruara nga taksimi i përgjithshëm. Një vendim i tillë do ta shtynte sistemin shëndetësor drejt sistemit Beveridge, pra në drejtim të

sistemit universal të financimit të shërbimit shëndetësor, një sistem që përqafohej nga shumë vende në Botë.

Krahas këtij propozimi, një tjetër mendim që po diskutohej mes vendimmarrësve dhe specialistëve në vitet '92-'93, ishte përqaftimi i sistemit Bismark, që bazohej mbi kontributet direkte të popullësisë për financimin e shërbimit shëndetësor. Por aplikimi i këtij sistemi ishte tejet e vështirë të bëhej funksional, sidomos në vendet ish-komuniste, sikurse ishte dhe Shqipëria, për shkak të mungesës së eksperiencës dhe prapambetjes në struktura e mekanizma tregu. Për më tepër, ky vendim i Ministrisë së atëherëshme të Shëndetësisë dhe Qeverisë shqiptare, haste në një tjetër vështirësi. Inkovenienca kryesore ishte pikërisht mënyra e mbledhjes së kontributeve shëndetësore si dhe ndërtimi i një strukture krejt të re për atë periudhë. Ekonomia e tregut asokohe ishte akoma rudimentale. Pikërisht për këto arsye, që në fillim të këtij diskutimi për zgjedhjen e kahjes së sistemit të financimit të kujdesit shëndetësor që do të vendoste Shqipëria, Banka Botërore u shpreh kundër ngritjes së një sistemi sigurimesh në Shqipëri.

Megjithatë, Qeveria vendosi ngritjen e sistemit të sigurimeve shëndetësore, i cili do të aplikohet gradualisht.

KRIJOHET INSTITUTI I SIGURIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR (ISKSH)

Vendimi për ngritjen e një skemë sigurimesh, sikurse dhe debati për krijimin e saj, nisi pikërisht nga lista esenciale e barnave të rimbursueshme. Vendimi politik për ngritjen e kësaj skeme, kufizohej në listën e barnave të rimbursueshme dhe në përfshirjen e mjekut të familjes në skemën e sigurimeve shëndetësore. Por cili institucion do ta udhëhiqte këtë proces dhe modalitetet e funksionimit të tij?

Në këtë diskutim, lindi Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH). Instituti u konceptua të ishte sa më autonom. Që në fillim, vendimmarrësit ranë dakort që varësia e tij e vetme, e pjesshme dhe e përkohëshme, mund të ishte veçse Ministria e Shëndetësisë, një zgjedhje kjo e një rëndësie thelbësore strategjike. Struktura, funksionet e kualifikimet e njerëzve që do të merreshin me këtë mekanizëm të ri, u përcaktuan dhe u iniciuan në fillim me vendime të posaçme që në vitin 1993, kohë kur u përgatit ligji që do të vinte në funksionim këtë Institucion të ri dhe do të hidhte



Stafi i hartimit të ligjit të sigurimit të kujdesit shëndetësor

bazat e krijimit të skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri, ligj i cili u miratua në Kuvend më 13 tetor të vitit 1994.

ISKSH u organizua dhe funksionoi sipas përcaktimeve të organizimit dhe drejtimit të shprehur në ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994, statutit të Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, rregullores së përgjithshme për organizimin dhe funksionimin e ISKSH-së, rregullores “Për organizimin, funksionimin dhe detyrat për çdo pozicion pune në Drejtorinë e Përgjithshme të ISKSH” dhe rregulloren financiare. Ndërsa strukturat vendore të ISKSH-së do të funksiononin sipas rregullores së brendshme të Drejtorive Rajonale të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.

ISKSH u krijua si institucion shtetëror, i pavarur, jo buxhetor dhe jo fitimprurës me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 22, datë 20.12.1994 “Për Institutin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor” dhe VKM nr. 613, datë 20.12.1994 “Për miratimin e Statutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor”, në zbatim të ligjit nr. 7870, datë 13.10.1994.

Ligji nr. 7870, dt. 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” bëri në Shqipëri atë që vende të tjera e kishin bërë shume vite më parë “mbrojtjen e shtetasve në përballimin e sëmundjeve”, nëpërmjet rregullimit të marrëdhënieve midis të sëmurëve, mjekëve dhe farmacistëve, kundrejt burimeve financiare të përcaktuara për sigurimin shëndetësor. Ligji u ndërtuar mbi parime të qëndrueshme të një shoqërie demokratike. Ky ligj rregulloi financimin e kujdesit shëndetësor shtetëror, duke përcaktuar se financues janë sigurimet shëndetësore të detyrueshme, shteti, pagesat e drejtpërdrejta të shtetasve, sigurimet shëndetësore vullnetare, suplementare (për mjekimet me kosto të larta, për përfitime të tjera shitesë që nuk mbulohen nga sigurimet e detyrueshme). Ligji përcaktoi se shteti financon masat shëndetësore parandaluese, shërbimin e specializuar, shërbimin infermierik, shërbimet ndihmëse, shërbimin spitalor, urgjencën dhe investimet, ndërsa sigurimi shëndetësor financon shërbimin e mjekut të përgjithshëm dhe rimbursimin e barnave. Ligji gjithashtu përcaktoi se subjektet përgjegjëse për kontributet e sigurimit shëndetësor janë personat ekonomikisht aktivë dhe persona të tjerë me të ardhura të rregullta nga pronësia, të cilët janë të detyruar të paguajnë kontributin. Shteti kontribuon për personat joaktivë si fëmijët, nxënësit, studentët me shkëputje nga puna, pensionistët, të paaftët mendorë dhe fizikë, të papunët, personat që trajtohen me ndihmë ekonomike dhe asistencë sociale, nënat me leje lindjeje, shtetasit që kryejnë shërbimin ushtrak të detyruar, etj. Ligji i dha të drejtën Këshillit të Ministrave të specifikojë grupe të tjera shtetasish për të cilët duhet të kontribuojë shteti, po ashtu përcaktoi përlllogaritjen, mbledhjen e kontributeve dhe afatet e pagesës, rregjistrimin, identifikimin e të siguruarve, të drejtën ankimore ndaj veprimeve të administratorëve të ISKSH-së, zgjidhjen e mosmarrëveshjeve, buxhetin, të ardhurat dhe shpenzimet për rimbursimin e barnave, për mjekun e përgjithshëm dhe familjes dhe shpenzimet administrative. Ligji përcaktoi mbulimin nga sigurimet shëndetësore të detyrueshme të shtetasve të Republikës së Shqipërisë me banim të përhershëm në Shqipëri, si dhe të huaj të punësuar e të siguruar në Shqipëri; përcaktoi se sigurimet shëndetësore të detyrueshme janë jofitimprurëse; përcaktoi se sigurimi shëndetësor organizohet e drejtohet nga ISKSH, me statusin e institucionit shtetëror jo buxhetor, të pavarur, që ushtron veprimtarinë e tij mbi bazën e një statuti, i cili përcakton organizimin dhe drejtimin nga Këshilli Administrativ i ISKSH, Drejtori i Përgjithshëm, me selinë qendrore dhe strukturat vendore.

Ligji përcaktoi gjithashtu përgjegjësitë institucionale. Kuvendi i Republikës së Shqipërisë miratonte buxhetin, konsumin për frymë për shërbimin shëndetësor

dhe ndryshimet ligjore të sigurimit shëndetësor. Këshilli i Ministrave (KM) nxjerr aktet nënligjore për zbatimin e ligjit, miraton statutin e ISKSH, paraqet për miratim në Kuvend së bashku me buxhetin e shtetit dhe buxhetin e sigurimit shëndetësor, paraqet në Kuvend konsumin për frymë, specifikon grupet e tjera të shtetasve për të cilët duhet të kontribuojë shteti, deklaron sindikatën, organizatën e bujqve, të punëdhënësve, të prodhuesve farmaceutikë më të mëdhenj për përfaqësimin në Këshillin Administrativ, etj. si dhe miraton Listën e Barnave të Rimbursueshme (LBR) dhe çmimin e barnave. Ministria e Shëndetësisë - Ministri është politikëbërësi shëndetësor dhe ka përgjegjësinë e paraqitjes së buxhetit të ISKSH në Këshillin e Ministrave, shqyrton propozimet e ISKSH për ndryshimet e ligjit, projektet e VKM, akte të tjera nënligjore për sigurimet shëndetësore, ka të drejtën të ulë masën fikse të kontributit për punonjësit e papaguar të kategorive të bujqve dhe të vetëpunësuarve, propozon Listën e Barnave të Rimbursueshme, etj.

ISKSH, me ligj, bën mbulimin e shpenzimeve për rimbursimin e barnave, të shpenzimeve për mjekun e përgjithshëm, lidh kontratat me mjekët e përgjithshëm, farmacitë, cakton konsumin për frymë, cakton masën e mbulimit të çmimit të barnave të listës kryesore, propozon statutin së bashku me Ministrinë e Shëndetësisë, propozon projekt - ndryshimet e ligjit, projektet e VKM, nxjerr udhëzimet e procedurave të mbulimit, etj.

Instituti i Sigurimeve Shoqërore mbledh kontributet për sigurimin shëndetësor, bën regjistrimin e të siguruarve, pajisjen me kartat e sigurimit, derdh në buxhetin e ISKSH fondet e mbledhura, vendos sanksionet për mosregjistrimin në ISSH dhe për vonesën në pagesën e kontributeve si dhe paraqet në ISKSH raportin vjetor të aktivitetit të tij për sigurimin shëndetësor.

ORGANIZIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

FINANCIMI I SKEMËS

Për shërbimet që do të financonte skema e sigurimeve shëndetësore, Ministria e Shëndetësisë propozoi të ishte që në fillim një masë kontributi prej 7% (2X3,5). Por pas shumë debatesh dhe me argumentin se skema do të mbulonte vetëm një sasi të kufizuar shërbimesh shëndetësore, u vendos që masa e kontributit për kujdesin shëndetësor të ishte 3.4% (ku punëdhënësi do të paguante 1.7% dhe po aq edhe punëmarrësi). Kjo u sanksionua në ligjin nr. 7870, dt. 13.10.1994. Për arsye politike, kjo masë kontributesh do të mbetej e palëvizur pavarësisht zgjerimit të shërbimeve.

Krijimi i skemës së sigurimeve të kujdesit shëndetësor u ngrit mbështetur në realitetin e mundësive të kufizuara financiare. Kjo reformë u konceptua si një mënyrë e re financimi dhe administrimi sa më efikas të burimeve financiare, e përdorimit racional të tyre dhe e shpërndarjes më të drejtë të këtyre burimeve në shërbimet shëndetësore në kushtet e tranzicionit dhe të kalimit në ekonominë e tregut.

Skema e sigurimit të kujdesit shëndetësor filloi zbatimin në mars të vitit 1995. Pikënisja e punës së ISKSH-së, ishte administrimi i fondeve të mbledhura nga kontributet dhe transfertat nga buxheti i shtetit, të cilat përdoreshin për:

- Pagesën e mjekut të familjes
- Rimbursimin e barnave

Aktiviteti i ISKSH-së nisi në të gjithë vendin njëherazi në Mars për rimbursimin e barnave të listës së rimbursueshme dhe në Korrik, me mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve të mjekut të përgjithshëm dhe familjes (MP/F). Financimi i skemës së sigurimit shëndetësor në vitin 1995 u bë nga kontributet dhe nga buxheti i shtetit që i kaloi ISKSH-së.

STRUKTURAT E ISKSH-SË NË KRIJIMIN E INSTITUCIONIT NË VITIN 1995

Brenda një kohe të shkurtër ISKSH-së i duhej të ngrinte strukturat e veta të Drejtorisë së Përgjithshme në qendër dhe degët e sigurimeve të kujdesit shëndetësor (DSKSH) në 36 rrethet e Shqipërisë, i duhej të trajnonte stafin e vet pa eksperiencë, të nxirrte një mori aktesh nënligjore (udhëzime, urdhëresa, akte administrative) të domosdoshme për rimbursimin, për pagesat e mjekëve të përgjithshëm, për recetat, librezat e shëndetit, kontratat, kartelat individuale, etj. Drejtuesit dhe specialistë të Institutit duhej gjithashtu të shkonin rreth më rreth dhe të përgatisnin mjekët e përgjithshëm për një mënyrë të re të administrimit të shërbimeve të tyre, si dhe të ndërtonin marrëdhëniet e reja me farmacistët për rimbursimin e barnave. ISKSH u përball me një punë tepër të vështirë dhe ja doli në krye, falë angazhimit serioz dhe të përgjegjshëm të të gjithë punonjësve. E gjithë kjo u arrit të realizohej brenda tre muajve, pra në një kohë mjaft të shkurtër.

Struktura e sapokrijuar e ISKSH-së përbëhej nga: Drejtoria e Përgjithshme me Drejtorinë e Mjekut, Drejtorinë e Financës që përfshinte sektorin e Kontabilitetit dhe sektorin e Buxhetit, Drejtorinë e Rimbursimit, sektorin e Kontroll-Revizionimit, sektorin e Statistikës si dhe sektorin e Administratë-Financës. Në strukturën fillestare të ISKSH-së ishin gjithashtu dhe 36 Degët e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (DSKSH) të shpërndara në të gjitha rrethet e Shqipërisë. Pak kohë më pas, në 1995, sektori i Statistikës u bë drejtori dhe po në këtë vit u krijua edhe sektori juridik dhe sektori i programim-zhvillimit. ISKSH kishte në përbërjen e vet gjithsej 133 punonjës, prej tyre 28 në Drejtorinë e Përgjithshme dhe pjesa tjetër në degët e sigurimit të kujdesit shëndetësor të rretheve. Punonjësit ishin kryesisht me arsimim të lartë, ekonomistë, mjekë, farmacistë, juristë.

E para Drejtore e Përgjithshme e ISKSH-së ishte znj. Alma Çiço – ekonomiste.

Zv/Drejtori i Përgjithshëm dhe Drejtor i Drejtorisë së Financës ishte z. Sokrat Proko - ekonomist, Drejtor i Drejtorisë së Mjekut z. Agron Belishova - mjek, Drejtore e Drejtorisë së Rimbursimit znj. Lindita Shehi (Dauti) - farmacistë, shefe e sektorit të kontabilitetit znj. Vjollca Xhani - ekonomiste, shef i sektorit të buxhetit z. Miltiadh Koço - ekonomist, shefe e sektorit të administratë-financës znj. Mira Capi - ekonomiste, shefe e sektorit të kontroll-revizionimit znj. Nexhmije Baushi - ekonomiste, shefe e sektorit të statistikës, më pas Drejtore e Drejtorisë së Statistikës

znj. Merita Guçe – ekonomiste statistike, shefe e sektorit juridik znj. Laureta Mano - juriste.

Stafi po shtohet brenda një kohe të shkurtër. Në Dhjetor 1995, pak muaj pasi nisi funksionimin, ISKSH kishte 160 punonjës, rrjedhojë kjo e rritjes së aktivitetit për shkak të shtimit të numrit të të siguruarve aktivë (përfitues për vizitat dhe barnat e rimbursueshme). Punonjësit u shtuan kryesisht në DRSKSH dhe vetëm tre në Drejtorinë e Përgjithshme.



Drejtuesit e parë të ISKSH-së

AKTET E PARA NEVOJA PËR RREGULLORE FUNKSIONALE

F ill pas miratimit të ligjit për funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, ishte domosdoshmëri nxjerrja e një sërë aktesh dhe rregulloresh të praktikës së përditshme dhe të perspektivës, të cilat morën në konsideratë standartizimet, administrimin e shërbimeve, disiplinimin në zbatim të ligjit, zbatimin e politikave në ndihmë të të siguruarve dhe në mbrojtje të grupimeve të veçanta, të popullatës me risk,

etj, pa larguar vëmendjen nga kujdesi sidomos për pjesën e popullatës me mundësi të kufizuara të përfitimit të shërbimeve në institucionet shëndetësore. Përmendim këtu:

- Udhëzimi nr. 08.06.1995 për shpërndarjen dhe përdorimin e librit të shëndetit, i cili përcaktonte se libri i shëndetit ishte mjeti që identifikonte çdo të siguruar në skemë.
- Urdhri i ministrit të Shëndetësisë nr. 75, datë 12.04.1995 “Për statusin e invalidit”, me të cilin mjekët e përgjithshëm ishin të detyruar të jepnin shërbimin shëndetësor në shtëpi pa pagesë - të paralizuarve, të gjymtuarve, invalidëve, pra personave që nuk ishin të aftë të shkonin në qendrat shëndetësore. Po ashtu urdhëroheshin institucionet spitalore dhe ato balneare të krijonin kushtet e përshtatshme për invalidët.
- VKM nr. 182, datë 25.04.1995 “Për çmimet e barnave”, sipas të cilës barnat konsideroheshin të një rëndësie të veçantë për shëndetin.
- VKM nr. 189, datë 06.03.1995 “Për trajtimin shëndetësor të veteranëve të luftës kundër pushtuesve nazifashistë të popullit shqiptar”. Ky vendim i siguroi këtij grupimi mjekimin falas në institucionet shtetërore shëndetësore buxhetore, në shërbimin stomatologjik si dhe në shërbimin ambulator për sëmundjet kronike të listës së miratuar bashkëgjitur atij vendimi.
- Udhëzimi nr. 73, datë 10.04.1995 “Për zbatimin e detyrave që dalin përpara mjekut të përgjithshëm në bazë të ligjit nr. 7870, datë 13.10.1994”. Ky udhëzim jo vetëm përcaktoi detyrat e mjekut të përgjithshëm, por vendosi sistemin fillestar të referimit.
- VKM nr. 343, datë 03.07.1995 që përcaktoi se në sistemin e shërbimeve shëndetësore, kujdesi shëndetësor bazë sigurohet nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes.
- Urdhri i ministrit të Shëndetësisë nr. 165, datë 17.07.1995 “Për ngarkesën e mjekut të përgjithshëm dhe të familjes dhe tarifën e shërbimit shëndetësor”, me të cilin standartizoheshin ngarkesat e mjekut të përgjithshëm dhe familjes (MP/F) për mbulimin shëndetësor sipas kategorizimeve MP/F për të rritur në qytet 2000 banorë, MP/F për moshën deri në 14 vjeç në qytet 1000 fëmijë, MP/F për të gjithë moshat në fshat 1700 banorë, MP/F përgjegjës i ambulancës në qytet 1400

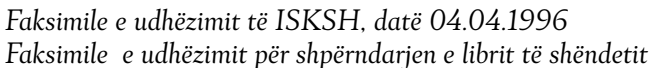
banorë, MP/F përgjegjës i qendrës shëndetësore në fshat 1700 banorë.

- Urdhri i ministrit të Shëndetësisë nr. 165, datë 17.07.1995, i cili përcaktoi se shtetasit shqiptarë dhe të huaj që nuk kanë paguar kontributin e sigurimit të kujdesit shëndetësor, do të paguanin për çdo vizitë tarifën prej 300 lekësh.
- Udhëzimi i përbashkët të ministrit të Shëndetësisë dhe drejtorit të përgjithshëm të ISKSH nr. 27, datë 28.08.1995 “Për administrimin e mjekut të përgjithshëm dhe familjes”, që përcaktonte emërtimin e mjekut të përgjithshëm, vendin e ushtrimit të profesionit në institucione të caktuara për zona të caktuara të mbulimit shëndetësor, lidhjen e kontratave, shpërblimin e MP/F, varësinë e dyfishtë të MP/F, riorganizimin e shërbimit shëndetësor të përgjithshëm, bashkëpunimin ndërmjet drejtorive të Shëndetit Publik dhe degëve të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, përcaktonte përgjegjësitë e secilës palë dhe ato të përbashkëta, përcaktonte kontrollin mbi shërbimet etj- të gjitha këto, elementë shumë të rëndësishëm për zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor.
- VKM nr. 285, datë 30.04.1996 mundësonte mbulimin shëndetësor për të sëmurët e fshatrave në kufijtë midis dy rretheve ose kur kushtet e terrenit e vështirësonin marrjen e shërbimit shëndetësor nga mjeku i rrethit, nëpërmjet zgjedhjes nga i sëmuri të mjekut të një rrethit tjetër.

ELEMENTET E SKEMËS

Skema e sigurimit shëndetësor kërkonte jo vetëm ngritjen e strukturës së kushtëzuar nga ligji dhe sistemi shëndetësor, por edhe krijimin e një infrastrukture të përshtatshme për zbatimin e skemës. Ja disa elemente të rëndësishëm të kësaj infrastrukture:

- Lista e Barnave të Rimbursueshme, e ngritur mbi parimin e barnave kryesore të rimbursueshme, si element shumë i rëndësishëm i skemës për mjekimin e të siguarve në shërbimin shëndetësor parësor.
- Libreza e Shëndetit si dokumenti personal i identifikimit të statusit të të siguarit në shërbimet shëndetësore, që i mundësonte të siguarve pëfitimet e shërbimeve shëndetësore nga skema e sigurimeve. Ajo përbëhej nga 16 fletë dhe elementë të saj ishin: Të dhënat personale të të siguarit, data e lëshimit, numri i serisë, nr. i librit, numri i kartelës individuale, emri i mjekut të familjes dhe emri i personit që



- Kontratat për shërbimin e mjekut të familjes dhe farmacitë e rrjetit të hapur për barnat e rimbursueshme.
- Receta e rimbursueshme që lëshohet nga mjeku i përgjithshëm për përfitimin e barnave të listës së rimbursueshme në farmacitë e kontraktuara. Receta e rimbursueshme u ndërtua e diferencuar nga të gjitha recetat që përdoren në praktikën mjekësore të shërbimit parësor dhe u pajis me elemente sigurie.
- Dokumentacioni i shërbimit shëndetësor, si regjistrat themeltar, regjistrat e vizitave, të sëmundshmërisë kronike, kartelat, rekomandimet tip si dhe protokollet e pjesshme të mjekimit dhe të përdorimit të barnave të listës së rimbursueshme, sistemi i referimit, etj, u ndërtuan si hap i parë, për t'u plotësuar dhe përmirësuar në ecurinë e zhvillimit të mëtejshëm të shërbimeve të parësorit dhe përmirësimit të listës së barnave të rimbursueshme.

- Dokumentacioni në shërbimin farmaceutik të kontratuar me sigurimin shëndetësor është gjithashtu pjesë shumë e rëndësishme e infrastrukturës së skemës së sigurimit shëndetësor që mundëson të dhëna të nevojshme, si: Identifikimin e përfituesve, gjendjen e barnave në tregun farmaceutik (importuesit, distributorët, farmacitë), financimin-rimbursimin, kontrollin mbi medikamentet, etj. Një ngarkesë e tillë burokratike ishte kërkesë e kohës për zbatimin e skemës, dhënien e shërbimeve shëndetësore kundrejt mungesave, amullisë, gjendjes që ekzistonte, por që më pas, pati dhe pasoja negative, sepse nuk u punua sa duhet për gjetjen e zgjidhjeve më të përshtatshme, për të mos u kthyer në të kundërtën e misionit të vet.

Tërësia e strukturës, elementeve të infrastrukturës si dhe e infomacioneve të siguruar, realizon zbatimin e skemës dhe mundëson ecurinë, zhvillimin e mëtejshëm të sigurimit shëndetësor.

KONTRATAT E PARA

Në vitin e parë (1995), puna e ISKSH-së u përqëndrua në vënien në efikasitet të plotë të gjithë strukturave vendore, në përcaktimin, realizimin e marrëdhënieve të punës ndërmjet farmacive dhe degëve të sigurimit të kujdesit shëndetësor, nëpërmjet kontratave të dy palëve, në përcaktimin e marrëdhënieve të punës së mjekëve të përgjithshëm dhe familjes (MP/F) nëpërmjet kontratave individuale të tyre me DSKSH. Lidhja e kontratave ishte kërkesë e ligjit për sigurimet shëndetësore. Kontratat, edhe pse të thjeshta, ishin të sakta dhe shprehnin një mënyrë të re të marrëdhënieve të punës mbi bazë partneriteti të një shoqërie në tranzicion. Kontratat mundësonin identifikimin e mangësive që shoqëronin palët kontaktuese si dhe mangësive në nivelet MP/F /DSKSH dhe DSKSH/ISKSH.

Për mjekun kërkohej si detyrim kontratual dhënia kolegut e të gjithë informacionit të nevojshëm mbi të sëmurin, për të siguruar kështu trajtimin e panderprerë të të sëmurëve në rastet e mungesës së përkohshme të mjekut, në rastet e ndërrimit të mjekut apo të lëvizjes së të sëmurëve. Detyrime të tjera kontratuale ishin: Mjeku nuk duhej të bënte propagandë në dëm të kolegeve; duhej të respektonte dinjitetin dhe intimitetin e të sëmurit; të jepte shërbim pa diskriminim bindjesh politike, fetare, sëmundjeje, race, moshe apo seksi; ta dërgonte të sëmurin tek kolegu specialist sipas specialitetit përkatës sa herë që kishte paqartësi diagnoze, dekursi apo terapie; të respektonte kohën e punës 6 orë e 40 minuta dhe orarin para dhe pasdite (detyrim ky si për MS dhe MP/F); të mos merrte nga i sëmuri shpërblime të paligjshme; i



Modeli i kontratave të para

sëmuri pa rekomandimin e mjekut të përgjithshëm të mos vizitohej tek specialisti pa paguar tarifën ligjore; të mos sorolletej i sëmuri në rastet kur kishte nevojë për analiza, ekzaminime apo vizitë tek një specialist tjetër (për rastin e fundit specialisti duhet ta dërgonte direkt të sëmurin me rekomandimin e tij, pa qenë nevoja e marrjes sërisht të rekomandimit tek mjeku i familjes).

Po ashtu ishte risi kontrata me subjektet private –farmacitë- të cilat ishin aktor i rëndësishëm i skemës, për të realizuar rimbursimin e barnave në bazë të ligjit të sigurimeve shëndetësore në fuqi. Kontratat e para të vitit 1995 – ishin të shkurtra por kishin të detajuar detyrimet e palëve dhe sanksionet përkatëse. Farmacia duhej të tregonte jo më pak se 70% të barnave të rimbursueshme në rast se do të lidhte kontratë me ISKSH-në; duhej të afishonte dukshëm listën e barnave, çmimin e referencës, çmimin për pacient etj. Por nga ana tjetër, pacienti ishte i detyruar të paraqiste në farmaci jo vetëm recetën e mjekut, librezën e shëndetit dhe dokumentacionin sipas kategorisë që i përkiste (librezë pensioni për pensionistët apo librezë kontributesh për personat ekonomikisht aktivë), por gjithashtu duhej të paraqiste edhe pasaportën

për të marrë barnat me rimbursim. Ndërkohë që nga detyrimet e degës së sigurimit shëndetësor ishte afati 15 ditor i likuidimit të farmacisë për recetat e rimbursueshme nga dita e paraqitjes së listë-treguesve. Kontrata parashikonte edhe sanksione me gjobë deri në shpërblim dëmi dhe zgjidhje kontrate në rast të moszbatimit të pikave të parashikuara në kontratë.

Me udhëzimin nr. 04.04.1996, ISKSH përcaktonte se çdo degë e saj do të lidhte kontrata me farmacitë e rrjetit të hapur dhe agjencitë farmaceutike për rimbursimin e recetave, sipas listës së barnave që rimbursohen nga ISKSH.

LISTA E PARË E BARNAVE TË RIMBURSUESHME (LBR)

Pas disa vendimeve të Këshillit të Ministrave të vitit 1994, të cilat përcaktonin ndryshimin e shitjes së çmimit të barnave me pakicë dhe vendosjen e kufijve maksimalë të shitjes së tyre nga subjektet private, Qeveria vendosi të ndryshojë vendimet e para që tentonin stabilizimin e tregut të barnave nëpërmjet mbajtjes së çmimeve nën kontroll.

Me vendimin nr. 182, datë 25.04.1995, për çmimet e shitjes së barnave, Qeveria vendosi të përcaktojë ato që më pas do të quheshin marzhet e tregtimit për shitësit me shumicë dhe ata me pakicë të barnave si dhe i dha kompetenca ISKSH-së për ndryshime të strukturës së çmimeve të barnave gjatë vitit, për efekt rimbursimi. Kufiri maksimal i çmimit të shitjes me shumicë të barnave ishte 15% mbi çmimin fillestar të blerjes CIF (në lek sipas kursit ditor të Bankës së Shqipërisë), ndërsa kufiri maksimal për prodhuesit vendas, ishte deri në 20% mbi koston e prodhimit. Kufiri maksimal i shitjes me pakicë për farmacitë, ishte deri në 35% mbi çmimin e blerjes nga grosistët. Po ashtu ky vendim i prillit të vitit 1995 përcaktonte se ISKSH rimbursonte 100% recetat për barnat themelore për fëmijët 0-12 muaj si dhe invalidët e luftës dhe ata të grupit I dhe II.

Lista e parë e barnave të rimbursueshme u përcaktua me VKM nr. 323, datë 26.06.1995 "Për listën e barnave kryesore dhe masën e mbulimit të çmimit të barnave". Lista e barnave të rimbursueshme ishte një element i domosdoshëm pa të cilën nuk mund të zbatohesh skema e sigurimit shëndetësor. Ky vendim ishte pjesë e politikës mbrojtëse nëpërmjet masës së mbulimit të grupimeve të medikamenteve të shtrenjta të përdorshme kundër sëmundjeve të rrezikshme për jetën apo që shkaktonin



invaliditet. Lista hyri në fuqi më datë 01.07.1995 si “Lista e barnave kryesore që rimbursohen nga sigurimet shëndetësore”, duke shënuar fillimin e funksionimit të skemës së rimbursimit të barnave.

Lista e parë e barnave përcaktonte dhe masën e mbulimit të çmimeve të listës sipas grupimeve të barnave. Për grupin e parë, ku përfshiheshin barnat antineoplazike, antiparsonike, ato të hematologjisë etj, masa e mbulimit ishte deri në 95%. Grupi i dytë, i cili përfshinte analgjezikët, antiepileptikët, barnat kardiovaskulare, ato të aparatit gastrointestinal, barnat antimigrenze, etj – masa e mbulimit ishte deri në 75%. Në grupin e tretë ku përfshiheshin barnat antiinfektive, oksitocike dhe antioksidocike, masa e mbulimit ishte deri në 43%. Ndërsa për grupin e fundit, ku përfshiheshin barnat antialergjike dhe dermatologjike, masa e mbulimit ishte deri në 26%.

Kjo listë përmbante gjithsej 174 barna, bazuar në listën esenciale të barnave të OBSH-së dhe hyri në fuqi në korrik të vitit 1995. Vetëm dy vjet më pas, në listën e tretë të barnave të miratuar nga Këshilli i Ministrave, do të përcaktohej një ndryshim shumë i rëndësishëm jo vetëm sa i takon masës së mbulimit të barnave të listës, por edhe sëmundjeve që merrte përsipër të trajtonte skema e sigurimeve shëndetësore. Për herë të parë, me vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 202, datë 09.05.1997, u përfshinë në listën e rimbursimit barnat për sëmundjet tumorale dhe për mjekimin e tuberkulozit. Këto barna do të mbuloheshin 100% nga skema e sigurimeve shëndetësore.

ECURIA E SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

VITET E PARA PAS KRIJIMIT TË SKEMËS

Financimi i skemës së sigurimit shëndetësor në vitin 1995 u bë nga kontributet dhe nga buxheti i shtetit që i kaloi ISKSH-së, për sigurimin e kujdesit shëndetësor për barnat e listës së rimbursimit dhe financimin e mjekut të familjes.

Me evidentimin e problemeve të hasura në vitin e parë të funksionimit të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në vitet 1996, 1997 kujdes u tregua në ndërtimin, zbatimin dhe përmirësimin e kontratave, po ashtu në përmirësimin e marrëdhënieve me të sëmuret, në përmirësimin e marrëdhënieve të mjekëve të përgjithshëm ndërmjet tyre, ndërmjet mjekëve të përgjithshëm dhe specialistëve.

Në drejtim të shërbimeve shëndetësore, në këtë periudhë u kontraktua dhe me MP/F privat dhe me mjekun specialist (MS) të sistemit publik e privat. Shërbimet e mjekëve privat, sikurse dhe shërbimet e MP/F publik, u kushtëzuan nga kriteret e përcaktuara të sigurimit shëndetësor në kontratat përkatëse. Identifikimi i mangësive do të merrte natyrë prioritare në aktivitetin e ISKSH-së, në drejtorinë e përgjithshme dhe në strukturat vendore.

Deri në vitin 1997, veprimtaria e ISKSH-së vijoi të ishte e kufizuar në shërbimet që financonte (mjeku i përgjithshëm/i familjes dhe rimbursimi i barnave të listës). Gjithsesi administrimi i këtyre shërbimeve nuk pati probleme serioze të eficiencës apo mënyrës së financimit. Për këtë ecuri, flisnin dëshmitë e kënaqësisë së të sëmureve (përfundime të shumë takimeve dhe të disa pyetësorëve të thjeshtë), të partnerëve të institucionit, si, mjekët, farmacistët, etj. Shprehje e kësaj ecurie të qëndrueshme, ishte gadishmëria e MP/F dhe farmacistëve për t'ju përgjigjur kërkesave të ISKSH-së për bashkëpunim.

Në vitin 1997, me gjithë trazirat e egra, shkatërruese të asaj periudhe, ISKSH nuk

e ndërpreu aktivitetin e rimbursimit të barnave dhe të mbulimit të shpenzimeve të shërbimeve të mjekut të përgjithshëm. Por pavarësisht kësaj, pasojat do të ndiheshin shumë shpejt në vijimin e ecurisë së skemës së sigurimeve shëndetësore.

VITET E STANJACIONIT

Vitet në vazhdim 1998, 1999, 2000 ishin vitet e ruajtjes së vazhdimësisë dhe ecurisë së ngadaltë. Kishin nisur të shfaqeshin dukshëm problemet e para. Ishte domosdoshmëri të viheshin nën kontroll dukuri negative, që tashmë ishin shfaqur në shërbimet shëndetësore, sidomos sa i takon mbulimit të popullatës me shërbime shëndetësore apo abuzimit me skemën sa i takon recetave me rimbursim. Për këto arsye u nxorrën një sërë aktesh për mbulimin shëndetësor (drejtuesit e DSKSH duhej të ndiqnin në mënyrë të përditshme mbulimin shëndetësor). Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë i 31 Tetorit 1997, detyronte mjekët specialistë që jepnin shërbim në parësor, të lidhnin kontratë me ISKSH-në. VKM nr. 144, datë 26.02.1998, përcaktonte si pikë të pare: “Vizita e mjekut specialist bëhet me rekomandimin e mjekut të përgjithshëm dhe familjes, pa rekomandim të paguhet tarifa prej 300 L”. Me këtë akt nuk i njihej mjekut specialist e drejta e qëndrimit subjektiv për të pranuar apo mos pranuar rekomandimin e MP/F dhe për të vendosur nëse i sëmuri pa rekomandimin do të paguante ose jo tarifën.

Kontratat me mjekët specialistë për të drejtën e lëshimit të recetës së rimbursueshme, bashkërenduan kërkesat për mjekët e përgjithshëm dhe mjekët specialistë, forcuan kërkesat e identifikimit të përfituesve të shërbimeve - kështu me detyrim kontratual i sëmuri mbulohej vetëm nga një specialist për çdo specialitet - si dhe u forcuan sanksionet për zhdëmtimin ekonomik e kushtin penal, etj.

U lidhën gjithashtu kontrata specifike për shërbimet e specializuara me shpenzime të mëdha rimbursimi, si kontrata me shërbimin onkologjik, me shërbimin e hematologjisë. U ndërpre ekzekutimi i liberalizuar i recetës së rimbursueshme dhe u kushtëzua me ekzekutimin e detyrueshëm në rrethin ku ishte përshkruar receta (përfshimisht për barnat që nuk ndodheshin në atë rreth, receta ekzekutohej në një tjetër rreth me lejen e DSKSH).

Abuzimet me skemën e rimbursimit sollën nevojën e rritjes së kualifikimi të burimeve njerëzore. Për këtë arsye, u rrit bashkëpunimi i ISKSH-së me autoritetet

profesionale mjekësore. Kundër qëndrimit joprofesional, ISKSH ndërmori zbatimin e disa programeve për kualifikimin e punonjësve të strukturave vendore. Ato ishin programe për njohjen e legjislacionit, të akteve administrative që përcaktonin skemën e sigurimit shëndetësor dhe në zbatim të skemës ecurinë që niste me punën e programuar, detyra të sakta të përcaktuara, ndjekjen e zbatimit të tyre nga kontrolli, informacioni përkatës, analizat, vendimmarrjet për të kaluar nga një cikël në tjetrin, nga një program në tjetrin. Kontrolli u drejtua jo vetëm në identifikimin e mangësive, por njëherazi bënte korrigjimet e mundshme. ISKSH mundësoi pjesëmarrjen e punonjësve të saj mjekë në kurset e kualifikimit mjekësor të përgjithshëm dhe bashkëpunimin me lektorët e atyre kurseve për dhënien e shërbimeve shëndetësore në kushtet e përcaktuara të kontratave, pa dëmtuar profesionalizmin mjekësor. Duke njohur heterogjenitetin, ndërgjegjësimin e pamjaftueshëm të tërësisë së aktorëve të skemës së sigurimit shëndetësor me akte të posaçme, u ngarkuan DSKSH-të që, nëpërmjet mediave lokale të shkruara dhe audiovizive, të informonin popullatën për njohjen e skemës, për përfitimet, për mangësitë, veprimet e dënueshme të konstatuara dhe masat e marra tek mjekët, farmacistët dhe ndaj punonjësve të saj dhe përfituesit e pandërgjegjshëm.

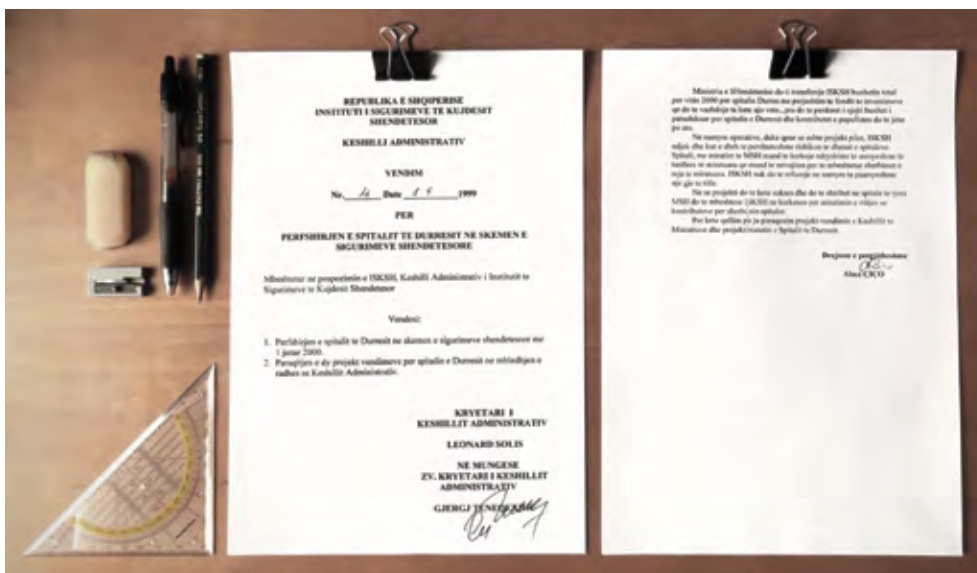
Në vitin 1999 në raportet e ISKSH-së relatohej për ndryshime të rregullores së Komisionit të Listës së Barnave të Rimbursueshme, ndryshimin e kriterëve të përfshirjes apo largimit të barnave, për të cilët ISKSH kishte kërkuar korrigjimet përkatëse dhe kishte insistuar sidomos për domosdoshmërinë e përfshirjes si kriterë: motivimin, disponibilitetin në tregun farmaceutik, përfshirjen e mendimit të komisioneve terapeutike të shërbimeve të specialiteteve për të dhënat e përdorimit, të kufizimeve dhe çmimeve të barnave të listës së barnave të rimbursueshme.

SPITALI I PARË PILOT NË SKEMËN E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

Në vitin 2000 nis të zbatohet një projekt pilot i financimit spitalor, duke përfshirë për herë të parë në skemën e sigurimeve shëndetësore një prej spitaleve rajonale në vend, më konkretisht Spitalin e Durrësit.

Në relacionin e vendimit të Këshillit administrativ të ISKSH-së për përfshirjen në skemën e sigurimeve shëndetësore të Spitalit të Durrësit, i cili mban datën 08.09.1999, thuhet se spitali do të ishte një institucion buxhetor (pjesërisht) i

pavarur, i cili do të drejtohej nga një bord me përbërje heterogjene, me kompetenca në vendimmarrje për çështje të ndryshme të menaxhimit dhe të organizimit të spitalit. Por drejtimi strategjik dhe i politikës shëndetësore do të ishte i Ministrisë së Shëndetësisë. Në vitin 2000, buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë për Spitalin e Durrësit do të transferohej në ISKSH (me përjashtim të fondit të investimeve), pas miratimit të vendimit nga Këshilli i Ministrave.



Spitali i Durrësit në skemën e sigurimeve

Po në relacionin që është fillesa e kalimit të një prej spitaleve publike në skemë, thuhet në mënyrë eksplicite në propozimin e ISKSH-së, se: Në rast suksesi të projektit, ai do të shtrihet edhe në spitalet e tjera dhe Ministria e Shëndetësisë do të mbështesë kërkesën e ISKSH-së për miratimin e rritjes së kontributeve për shërbimin spitalor. (Por do të kalonin 9 vjet për të përfshirë edhe spitalet e tjera-edhe pse pjesërisht- në skemën e sigurimeve shëndetësore).

Në shkurt 2000, Drejtor i Përgjithshëm u emërua Z. Vigan Saliasi – me profesion farmacist.

Në tetor 2001 Drejtor i Përgjithshëm u emërua Z. Gjergji Leka – me profesion ekonomist.

Është fakt se për shumë vite, skema mbeti i fragmentuar. Vitet 2000 - 2005 kanë qenë vitet e përpjekjeve kundër stanjacionit, të përpjekjeve për vazhdimësinë dhe ecurinë e mëtejshme të skemës, shtrirjen e sigurimit në shërbime të tjera shëndetësore. Në këtë kuadër, për përmirësimin e punës së ISKSH-së dhe të përgatitjes për shtrirjen e skemës, u bënë disa ndryshime ligjore dhe ristrukturime. Ristrukturimet qendrore dhe ato vendore synonin rritjen e efikasitetit të aparatit administrativ të sigurimeve shëndetësore nëpërmjet decentralizimit, riorganizimit, krijimit të strukturave të reja (drejtorive rajonale, degëve dhe agjencive), shtimit numerik, përmirësimit të kontrollit për minimizimin e shpërdorimeve dhe përgatitjes së stafit për përmbushjen e përgjegjësisë së shtrirjes së skemës së sigurimit në shërbime të tjera. Ndryshimet u mbështetën kryesisht në ristrukturimin e kontrollit dhe rindërtimin e informatizimit, me synimin e rritjes së produktivitetit dhe të cilësisë së analizave dhe vendimmarrjeve. Realizimit të këtyre synimeve i kanë shërbyer vendimet e mëposhtme të Këshillit të Ministrave:

- VKM nr. 84, datë 13.02.2003 “Për administrimin dhe mbulimin e shërbimeve nga personeli mjekësor, i përfshirë në sigurimin shëndetësor”.
- VKM nr. 85, datë 13.02.2003 “Për lidhjen e kontratave me farmacitë dhe depot e barnave me Institutin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor”.
- VKM nr. 86, datë 13.02.2003 “Për Librezat e Shëndetit”.
- VKM nr. 87, datë 13.02.2003 “Për identifikimin dhe detyrimin e personave që marrin shërbim shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”.
- VKM nr. 88, datë 13.02.2003 i ndryshimit të statutit “Për miratimin e statutit të Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor”.

PIKAT E KTHESËS

Edhe pse skema ishte në stanjacion, Qeveria asokohe mori disa vendime që i dhanë tjetër dimension skemës, kryesisht sa i takon përfitimeve për kategori të veçanta.

- Shtator 2002 - futja në listën e rimbursimit të barnave shumë të kushtueshme për trajtimin e disa sëmundjeve të veçanta, të rënda.
- Korrik 2003 - rimbursim 100% i të gjitha barnave të regjistruara për trajtimin e sëmundjeve kronike të veteranëve.
- Nëntor 2003 - rimbursimi 100% i barnave të listës për pensionistët.
- Rimbursimi 100% i barnave për kategorinë e jetimëve në vitin 2004.



Gjithashtu, po në këto vite, Qeveria vendosi përfshirjen në skemën e sigurimeve shëndetësore të disa ekzaminimeve të shtrenjta, të ashtuquajtura ekzaminime unikale terciare. Me ligjin nr. 9207 datë 15.03.2004, skema u shtri edhe në mbulimin e ekzaminimeve unikale terciare. Bëhej fjalë për ekzaminime si, rezonanca magnetike, skaneri, litrotripsia, angiografia, mamografia, koronarografia, fibrogastrocopia, fibrocolonoscopia, etj. Ky vendim i Qeverisë përcaktonte mbulimin e plotë, pra 100% për qind për fëmijët 0-12 vjeç, invalidët e plotë, invalidët e luftës, veteranët, të sëmurët me TBC dhe CA. Ndërsa për kategoritë e tjera të të siguruave, masa e mbulimit për ekzaminimet e shtrenjta ishte 90% nga skema e sigurimeve shëndetësore dhe 10% me bashkëpagesë.

Ligji nr. 9207, datë 15.03.2004 “Për disa shtesa dhe ndryshime në ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994, ‘Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë’ “, i ndryshuar përcaktoi gjithashtu se kontributet për në fondet e sigurimeve shëndetësore paguheshin çdo muaj, jo më vonë se data 25 e muajit pasardhës; caktoi detyrimin e punëdhënësit për të mbajtur nga paga kontributin për të punësuarin dhe ta derdhë atë së bashku me kontributin e vet në organet tatimore ose në llogaritë e ISSH; përcaktoi se

Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve ose Instituti i Sigurimeve Shoqërore, sipas rastit, është përgjegjës për transferimin e kontributeve në ISKSH; përcaktoi se personat e vetëpunësuar paguajnë kontributet për veten dhe për punonjësit e papaguar të familjes dhe i derdhin në organin përkatës, sipas afateve të përcaktuara në Vendimin e Këshillit të Ministrave. Personi i detyruar për pagesën e kontributeve të sigurimeve shëndetësore dorëzon në organin përkatës përmbledhjen e kontributeve dhe deklaratën përkatëse të pagesës, në përputhje me kushtet dhe afatet e përcaktuara. Ky ligj bëri ndryshimin në regjistrimin e të gjithë personave të detyruar për të paguar kontribute për efekt të sigurimeve shëndetësore, të regjistruar në organet tatimore ose në ISSH, sipas rastit. Regjistrimi i të punësuarve bëhet nga punëdhënësi i tyre. Personi që ka detyrimin për të paguar kontributet pajis çdo punëmarrës ose punonjës të papaguar të familjes me numrin e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore dhe regjistron shumat e paguara për secilin gjatë periudhës në marrëdhënie pune, qofshin këto në të holla apo përfitime në natyrë. Ky ndryshim ligjor, përcaktoi gjithashtu se, nëse pagimi i kontributeve nga personat e detyruar nuk bëhet brenda afatit, mbahen interesat për pagesë të vonuar. Masa e interesit është ajo e përcaktuar në ligjin nr. 8560, datë 22.12.1999, “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar. Në sanksione, përcaktoi se kur shkeljet nuk përbëjnë vepër penale si, kundravajtje administrative, gjobiten në masën e caktuar sipas rastit të kundravajtjes, të mosregjistrimit, dorëzimit me vonesë të deklaratës, mbajtjes së kontributeve, deklarimit të kontributëve më të ulëta. Përcaktoi se tarifat e shërbimeve shëndetësore, masa e mbulimit nga sigurimet shëndetësore dhe procedurat për mbulimin e shpenzimeve caktohen me Vendim të Këshillit të Ministrave. Gjithashtu përcaktoi se, mbledhja e kontributeve të sigurimeve shëndetësore i kalon si funksion Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve, në përputhje me fazat e përcaktuara me Vendim të Këshillit të Ministrave. Personat që kanë detyrimin për të paguar kontributet, do të vazhdojnë të derdhin kontributet e sigurimeve shëndetësore bashkë me kontributet e sigurimeve shoqërore në Institutin e Sigurimeve Shoqërore deri në çastin që, me Vendim të Këshillit të Ministrave, mbledhja e kontributeve do të bëhet nga organet tatimore. U bë ndryshimi në buxhetin e ISKSH-së për parashikimin e të ardhurave, shpenzimeve për barnat, për shërbimin nga mjeku i përgjithshëm ose i familjes, për të gjitha shërbimet e ekzaminimeve unike, terciare dhe konsultat mjekësore të miratuara nga Këshilli i Ministrave, si dhe shpenzimet administrative. U ngarkua ISSH të nxirrte udhëzimet përkatëse për procedurat e regjistrimit dhe të pagesës së kontributeve për subjektet që do të vazhdonin t’i derdhin kontributet në këtë institucion.

HAPAT E PARA TË INFORMATIZIMIT

Në fillesa, informacioni ishte shkresor dhe jo i centralizuar. Nevoja për informatizimin e sistemit ishte imediate, por vetëm në vitin 2004, nisi të implementohej një sistem informatizimi për të siguruar informacion elektronik rreth skemës së sigurimeve shëndetësore.

Gjatë viteve **2003, 2004, 2005** - fokusi ishte në zhvillimin e sistemeve të informacionit për të siguruar informacion elektronik që identifikonte:

- Cili person është në skemën e sigurimeve dhe me çfarë dokumenti
- Për kë përshkruhet një recetë mjekësore e rimbursueshme, nga kush dhe çfarë përshkruhet
- Cilat janë faturat dalëse dhe hyrëse të depove importuese e distributore dhe në cilën farmaci janë faturuar medikamentet e Listës së Barnave të Rimbursueshme

Informacioni qarkullonte sipas rrugëtimit të vizitës së të sëmurit tek mjeku i përgjithshëm, i cili i lëshonte recetën me rimbursim për të marrë barnat në farmacinë e kontraktuar. Çdo 15 ditë farmacitë dorëzonin recetat në DRSKSH, ku gjithashtu çdo muaj dorëzohej deklarata mujore e MP/F. Nga DRSKSH, çdo muaj me CD kalonin në serverin e Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike (DIAS) recetat e rimbursueshme dhe deklaratat e mjekëve. Më pas, të dhënat përpunoheshin elektronikisht, dhe shpërndaheshin në drejtoritë e ISKSH. DIAS prodhonte raportet statistikore mujore, tremujore, gjashtë mujore, nëntëmujore dhe vjetore. Falë programeve të informatizimit u synua ulja e ngarkesës burokratike; u rrit gama e informacioneve dhe përpunimi i tyre, u mundësua gjenerimi i një numri të madh raportesh të vlefshme në trajtimin e problemeve më të rëndësishme të aktualitetit dhe të perspektivës për monitorimin, identifikimin e të sëmurëve, mjekëve, farmacistëve, identifikimin e sëmundshmërisë, të shpenzimeve dhe planifikimit, çka do të thotë një informacion i gjerë dhe mundësi më të mëdha për një vendimarrje racionale në kohën dhe vendin e përshtatshëm, mundësi të mbajtjes nën kontroll të shpenzimeve, etj. Nisën kështu të implementoheshin programet e para të informatizimit, të cilat do të zhvilloheshin më vonë, për të arritur në implementimin e programeve të reja si për farmacinë, ashtu edhe për shërbimin parësor.

DISA VENDIME TË RËNDËSISHME

Fillimi i vitit 2005 e përball skemën e sigurimeve me disa vendime të rëndësishme: Me VKM nr. 56, datë 28.01.2005 – marzhet e fitimit për grosistët dhe farmacistët pësojnë një rritje të konsiderueshme duke shkuar përkatësisht në 18% për tregtimin me shumicë dhe 33% për tregtimin me pakicë.

Gjithashtu, merret vendimi për pasurimin më të madh të listës së barnave të rimbursueshme të ndodhur deri në atë kohë. Plot 70 barna të reja futen në listën e rimbursimit, me VKM nr 138, datë 18.03.2005.

Paralelisht, përfshirja 100% e pensionistëve në skemën e rimbursimit – pra përfitimi i plotë, pa bashkëpagesë i barnave të listës së rimbursueshme, do të sillte një rritje të konsiderueshme të masës së mbulimit mesatar në vlerë të listës, pasi përfituesit kryesorë të skemës ishin pikërisht pensionistët. Efekti financiar i parashikuar për përballimin e listës së re ishte 3,75 miliard lekë.

Por këto vendime shumë pozitive për kujdesin ndaj popullatës në nevojë, sikurse ishte përfshirja e plotë e pensionistëve në skemën e sigurimeve shëndetësore, po sillnin vështirësitë e para për përballimin financiar të shpenzimeve në rritje të skemës, duke krijuar një borxh të akumuluar.

Në vitin 2005 Drejtore e Përgjithshme e ISKSH-së u emërua znj. Elvana Hana – ekonomiste.

MASAT SHTRËNGUESE

Në fundvitin 2005 u shlye borxhi i akumuluar ndaj subjekteve farmaceutike për barnat e tregtuara sipas recetave të rimbursueshme të ekzekutuara. Situata e vështirë financiare solli një sërë masash shtrënguese, jo vetëm për të shlyer detyrimet imediate, por edhe për balancimin e borxhit në vazhdimësi. Me propozim të Institutit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, u kërkua ndryshimi i VKM “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe për masën e mbulimit të çmimit të tyre”.

“Nisur nga situata e vështirë financiare në të cilën gjendet aktualisht ISKSH, nga ana jonë është konceptuar rimbursimi i formë-dozës më pak të kushtueshme për barna me emërtim të njëjtë gjenerik”- thuhej në propozimin e ISKSH-së për Këshillin e Ministrave. Bazuar në çmimet CIF të vitit 2005, me këtë vendim parashikohej të

kursehej 275.000.000 lekë.

Njëherësh, u ul, po me vendim Qeverisë, marzhi i tregtimit për grosistët dhe



Faksimile e kërkesës së ISKSH drejtuar KM për uljen e shpenzimeve

farmacistët. Grupet e interesit shprehën kundërshti të forta në lidhje me këtë pikë, por Qeveria miratoi uljen e marzheve të tregtimit të barnave me shumicë nga 18% në 12%, në tregtimin me pakicë nga 33% në 29%. Për barnat e shtrënjta u aplikuan marzhe të diferencuara në tre nivele 8% deri në 15%, 10% deri në 20% dhe 22% deri në 24%, sipas vlerave mesatare të recetave me këto barna.

Nga masat shtrënguese u prek edhe kategoria e pensionistëve. Me propozim të ISKSH-së, u vendos tarifa për çdo recetë të rimbursueshme – 100 lek për çdo recetë. U konsiderua si një masë për të rritur të ardhurat dhe për të mbajtur më nën kontroll skemën e sigurimeve shëndetësore. Por më pas, Qeveria u detyrua ta heqë këtë masë shtrënguese, pas

kundërshtimeve të vazhdueshme të shoqatës së pensionistëve të Shqipërisë.

Në këto vite të vështira financiare për skemën e sigruimeve shëndetësore, u prek edhe fondi rezervë i Institucionit. Në vitet 2005 dhe 2006, u përdor fondi rezervë i ISKSH-së. Viti 2007, do të ishte viti i parë me një bilanc “pozitiv” të buxhetit të ISKSH-së, pas dy vitesh të vështira financiare.

PARËSORI NË SKEMËN E SIGURIMEVE, SHTRIRJA E SKEMËS SËRISH E FRAGMENTUAR

Në dhjetorin e vitit 2006, Qeveria vendos shtrirjen e skemës në të gjithë shërbimin shëndetësor parësor, me VKM nr. 857 datë 20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor”.

Në shërbimin parësor, VKM e Dhjetorit 2006 për financimin e shërbimeve

shëndetësore parësore nga sigurimi shëndetësor, përcaktoi financimin e shërbimeve dhe pajisjeve mjekësore të standartizuara si dhe pajisjen me mikrolaboratore, me barna të përdorimit të ndihmës së shpejtë, etj. Vendimi përcaktoi organizimin e kujdesit shëndetësor parësor në bazë qendrash shëndetësore (QSH) me statusin e personit juridik, publik, jo buxhetor, jo fitimprurës, me buxhet të pavarur, me numër llogarie të tyre, me pavarësi të limituar - që e ushtron veprimtarinë në bazë të legjislacionit në fuqi, të statutit të QSH, të rregullores së përgjithshme të kontraktimit, të kontratës së QSH me ISKSH, të kontratës individuale të punonjësve me drejtorin e QSH.

Me këtë VKM për Qendrat Shëndetësore, nisi një mënyrë e re menaxhimi, që i mundësonte vetëplanifikimin, prokurimin e mallrave dhe shërbimeve mbështetëse të nevojshme. Financimit të QSH nga sigurimi shëndetësor, i shtohen dhe të ardhurat që vinin nga veprimtaria e qendrave si dhe donacionet. Shpenzimet për investimet dhe standartet mbetën përgjegjësi e Ministrisë së Shëndetësisë. Vendimi la jashtë sërish nga kontraktimi me ISKSH-në, shërbimet e ofruara nga qendrat komunitare të shëndetit mendor, shërbimet dentare publike, shërbimet e higjienes dhe epidmiologjisë, shërbimet e ofruara nga strukтурat për edukimin dhe promocionin shëndetësor, shërbimet e ofruara nga mjekët e shkollave, kopshteve dhe çerdheve.

Por skema mbeti sërish e fragmentuar.

SPITALET NË SKEMËN E SIGURIMEVE



Në dhjetor të vitit 2008, plot 8 vite pas projektit pilot të Durrësit – merret vendimi për të përfshirë për herë të parë edhe shërbimet spitalore në skemë.

Ligji nr. 10043, datë 22.12.2008 “Për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, vendosi si përgjegjësi të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore spitalore, të miratuara nga Këshilli i Ministrave. Ky ligj ngarkoi ISKSH-në me përgjegjësinë e lidhjes së kontratave me spitalet, nëpërmjet drejtorive rajonale të sigurimit të kujdesit shëndetësor. Për herë të parë, në buxhetin e ISKSH-së do të përfshiheshin edhe shërbimet spitalore,

por këto të fundit të përcaktuara me VKM. Pra buxheti i ISKSH-së parashikonte të ardhurat dhe shpenzimet për barnat, shpenzimet për shërbimin shëndetësor parësor, shpenzimet e përcaktuara nga Këshilli i Ministrave për shërbimet shëndetësore spitalore, si dhe shpenzimet administrative.

Por sërish, ky do të ishte një kalim jo i plotë i shërbimit spitalor në skemë.

Çfarë përshinte konkretisht ky ndryshim i përcaktuar në vendimin e dhjetorit 2008 për financimin e shërbimeve spitalore nga skema e sigurimeve shëndetësore?

KONTRATAT ME SPITALET

ISKSH do të lidhte kontrata dhe do të financonte spitalet publike, duke përjashtuar investimet dhe disa shërbime të tjera, si spitalet psikiatrike, Qendrën Kombëtare të Transfuzionit, etj. Më konkretisht, vendimi parashikonte që shërbimet spitalore që do të vazhdonin të financoheshin nga MSH ishin:

- Investimet kapitale në të gjithë shërbimin spitalor
- Spitali psikiatrik Vlorë;
- Spitali psikiatrik Elbasan;
- Shërbimet e shëndetit mendor në rrethe;
- Shërbimi i psikiatrisë Shkodër;
- Qendra Kombëtare e Riaftësimit, Mirërritjes dhe Zhvillimit të Fëmijëve;
- Shërbimi Kombëtar i Transfuzionit;
- Ofiçina Elektro-Mjekësore;
- Njësia e Transportit me Helikopterë

Vendimi miratoi gjithashtu listat e shërbimeve spitalore në nivel QSUT, ku përfshihet dhe shërbimi psikiatrik në nivel qarku, nivel bashkie (rrethi), duke përfshirë në të tre nivelet shërbimin e urgjencës, ndërsa për spitalet ditore caktoi shërbimin e ndihmës së parë mjekësore për kurim 24 orësh. Vendimi përcaktoi buxhetin e detajuar, përcaktoi gjithashtu se pjesën e pashpenzuar të buxhetit të vitit në vazhdim, spitali e mban për ta përdorur në vitin pasardhës. VKM i dha spitaleve të drejtën e rishpërndarjes së buxhetit, kundrejt kufizimit të rishpërndarjes nga “Shpenzime për mallra dhe shërbime” te “Pagat” deri në 2%, si dhe të rishpërndarjes nga “Pagat” te “Shpenzimet për mallra dhe shërbime” deri në 5%. Rishpërndarja autorizohej nga ISKSH.

Ndërkohë që spitalit i njihej e drejta e përdorimit tërësisht prej tij të donacioneve dhe të ardhurave të realizuara nga veprimtaria e tij. Me këtë VKM, spitalet morën një status të ri, të personit juridik, me buxhet të pavarur, autoritet kontraktor, përgjegjës i planifikimeve dhe i prokurimeve publike të spitalit.

VKM përcaktoi se spitali organizohet, administrohet dhe ushtron veprimtarinë në bazë të ligjit nr. 9106 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, datë 17.07.2003, të rregullores së funksionimit dhe të legjislacionit në fuqi. Vendimi përcaktoi gjithashtu se në kontratën e spitaleve me ISKSH-në duhet të përfshiheshin shërbimet që ofron çdo spital, mënyrat e mbajtjes dhe raportimit të të dhënave, mënyrat e pagesës dhe të përlllogaritjes së shpenzimeve, të ushtrimit të kontrollit nga ISKSH, të identifikimit të të siguruarve, kërkesat për zbatimin e sistemit të referimit dhe mënyrat e zgjidhjes së mosmarrëveshjeve. Vendimi caktoi se standartizimet, shpenzimet për investime kapitale, kontrolli për pjesën e buxhetit që financon dhe sistemi i referimit janë përgjegjësi e Ministrisë së Shëndetësisë, ndërsa tarifat e spitalit, mënyrat e pagesave dhe shpërblimeve të punës propozohen nga Ministria e Shëndetësisë dhe miratohen nga Këshilli i Ministrave.

Ky vendim, jo vetëm saktësoi përgjegjësitë institucionale, por dhe afatet kohore të realizimit. Më konkretisht:

- ISKSH duhej të përfundonte lidhjen e kontratave me çdo spital deri në datë 30.03.2009 (për 3 muaj).
- Drejtorët e spitaleve, deri 31.03.2009 duhej të lidhnin kontratat e punës me të gjithë punonjësit (3 muaj).
- Ministria e Shëndetësisë, në bashkëpunim me organet e qeverisjes vendore, duhej të organizonte ngritjen e këshillave administrative të autoriteteve spitalore të qarqeve brenda 6 muajve.
- Standartet e spitaleve dhe treguesit e cilësisë e të performancës duhet të miratoheshin nga Ministria e Shëndetësisë brenda datës 31.07.2009 (7 muaj).
- Ministria e Shëndetësisë duhej të përcaktonte protokollet e diagnozave dhe të trajtimit për çdo shërbim, deri në datën 31.12.2009 (për 12 muaj).
- Spitalet duhet të llogarisnin koston e çdo shërbimi në përputhje me standartet e caktuara nga Ministria e Shëndetësisë, brenda 18 muajve nga hyrja në fuqi e këtij vendimi.

ISKSH kontrakttoi 39 spitale:

- 1 spital terciar
- 3 spitale universitare
- 11 spitale rajonale
- 24 spitale te rretheve

Me futjen e spitaleve në skemën e sigurimeve shëndetësore, nisën të përpunoheshin raportet e para të të dhënave. Në vitin 2008-2009 u morën një sërë raportesh operative - tregues të efektivitetit spitalor, të shfrytëzimit të shtratit, të xhiros së shtratit, të ditë qëndrimit mesatar, tregues për numrin e shtretërve, të numrit të operacioneve të kryera, të numrit të lindjeve, numrit të personelit shëndetësor dhe jo shëndetësor, të aparaturave, furnizimit me barna, të ndriçimit, ngrohjes, ambjentit, të arsimimit të personelit, të pagave, të të ardhurave dytësore dhe të përdorimit të tyre, të borxheve (faturat e pa paguara), pajisjen me kompjutera, të gjendjes së investimeve dhe të tjera. Këto tregues dhanë një tablo reale të gjendjes dhe mundësive të ndryshimit. Ishte kjo gjendje, e cila kërkonte reformim për një status të ri të spitaleve, që t'u jepte atyre pavarësi, një financim nga ISKSH kundrejt kontraktimit, mënyrë të re të pagesave dhe shpërblimeve, sistem referimi të ndryshuar dhe të zbatueshëm, kontroll nga Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH, standarte, protokolle mjekimi, tregues të cilësisë dhe performancës, etj. Këto u mundësuan me VKM nr. 1661, dt. 29.12.2008 "Per financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor", që nisi të zbatohet në vitin 2009. Objektivat që kishte ISKSH ishin përlllogaritja e kostos së shërbimeve spitalore, aplikimi i indikatorëve vlerësues të performancës, për të arritur më pas në kalimin nga financim me buxhetim, drejt financimit për shërbim.

Por këto objektiva mbetën në letër, ndërkohë që problem kryesor me të cilën përballej ISKSH me financimin e saj, ishin borxhet e prapambetura të spitaleve. Edhe kjo çështje mbeti e pazgjidhur. ISKSH nuk e adresoi problemin, por kërkoi që me futjen e spitaleve në skemë, shlyerja e këtyre detyrimeve të prapambetura, nuk duhej të rëndonte buxhetin e spitaleve për vitin 2009. Do të duhej viti 2013 që të niste shlyerja e borxheve të prapambetura të spitaleve.

PROBLEMATIKA NË SHËRBIMIN SPITALOR

Përpos situatës së borxheve të prapambetura, në një raport të saj fill pas hyrjes së skemë të spitaleve, ISKSH evidenton se situata në spitale paraqitet ende kaotike, sidomos përsa i përket organizimit dhe ka një nevojë urgjente për riorganizim të plotë në drejtim të përputhjes së kapaciteteve të tyre me fondet që ato thithin dhe me shërbimet që ato ofrojnë brenda skemës së sigurimeve shëndetësore. Nga hulumtimi i hollësishëm nga ana e specialistëve të ISKSH-së pranë të gjitha spitaleve në vend, u vunë re një sërë mangësish në dhënien e shërbimit jo vetëm në spitalet bashkiake, por edhe ato rajonale. Disa spitale në nivel bashkie nuk justifikonin funksionet publike për të cilat janë krijuar dhe financohen. Aktiviteti i këtyre spitaleve është në nivelin e shërbimeve ditore, si urgjenca, vizita ambulatorie nga disa mjekë specialistë apo të përgjithshëm, gjë që përkthehet në mungesë shërbimië shëndetësor për komunitetin dhe alokim joracional i fondeve për mbajtjen e këtyre spitaleve në këmbë. Sa i takon spitaleve rajonale, ato kishin mangësi në disa specialitete të domosdoshme dhe në mënyrë të veçantë e lidhur kjo me mungesën e investimeve në salla kirurgjie, shërbime të reanimacionit dhe mjeke kirurgë, etj. Nga raporti rezulton se, numri i ulët i pacientëve të trajtuar dhe treguesi i ulët i shfrytëzimit të shtratit në disa spitale, flet qartë për eficiencën e ulët të tyre dhe përsëri për një përdorim jo racional të fondeve të alokuara për to. Indikator i shfrytëzimit të shtratit në shkallë vendi ishte 33%, në nivel spitali rajonal 47% dhe nivel spitalesh bashkiake 29%, tregues ky mjaft i ulët dhe larg mestares së vendeve të Europës Qendrore dhe Lindore ku është rreth 73%.

Në përfundim të këtij raporti, ISKSH doli me disa rekomandime:

- Rishikimi i shpërndarjes territoriale dhe riorganizimi i sistemit spitalor duke patur si kriter bazë shërbimet që ato mund të ofronin dhe lidhjen më të mirë të tyre me fondet e alokuara. Në këtë kuadër, synohej fuqizimi i spitaleve rajonale të cilët duhet të kishin një paketë shërbimi transparente dhe që do të ofrohej realisht në çdo spital rajonal;
- Rritjen e nivelit profesional të personelit mjekësor dhe rritjen e shkallës së motivimit nëpërmejt ofrimit të pagesave të diferencuara për mjekët specialistë;
- Përmirësimi i shkallës së menaxhimit financiar të spitaleve dhe në veçanti ngritja e strukturave për evidentimin e kostove, në mënyrë që të bëhej i mundur financimi për performancë edhe në spitale.

Por në fakt, financimi i spitaleve vijoi të ishte me buxhet fiks, të miratuar me vendim të Këshillit të Ministrave, nuk u hartuan kostot për shërbime dhe nuk u arrit të krijohej autonomia spitalore, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit përmes përdorimit më të mirë të të ardhurave.

RRITET NUMRI I PËRFITUESVE NGA SKEMA

Gjatë vitit 2009 skema nisi të zgjerohet. Edhe pse nuk pati ndryshime në kategoritë përfituese nga skema, u vu re një zgjerim i përdorimit të saj nga popullata. Në 2009 u shpërndanë 300.000 libreza të reja shëndeti. Qendat Shëndetësore zhvilluan aktivitetin e tyre me statusin e autonomisë dhe me buxhetin e pavarur, çka do të thoshte se QSH vetëplanifikuan dhe prokuruan mallrat dhe shërbimet për të cilat kishin nevojë. Në vitin 2008, kundrejt një viti më parë, pati një rritje të shpenzimeve për mallra-shërbime me 31,5% për plotësimin e nevojave të Qendrave Shëndetësore. Në Qendrat Shëndetësore nisi të aplikohet një mënyrë e re financimi, ku u aplikua një formulë pagese. Buxheti ndahej në pagesë për pagën bazë 85%, ndërsa për performancë (numër vizitash) 10% dhe për bonus 5%.

Në të njëjtën periudhë, nisën të lehtësoheshin disa shërbime, që edhe pse në dukje të vogla, kishin impakt të drejtpërdrejtë te pacientët. Kështu, me udhëzimin e ISKSH-së nr. 8, datë 28.03.2009, për barnat me recetë të rimbursuar për më shumë se një muaj, (që deri atëherë jepeshin vetëm me miratim të ISKSH-së), u lejua dhënia me miratim të DRSKSH, pra të drejtorive tona rajonale, duke shmangur vështirësitë e mëparshme dhe duke rritur aksesin për të sëmurët që kishin nevojë. Udhëzimi i mësipërm për barnat me ambalazhim që nuk mundësonin përdorimin mujor pa çënuar ambalazhimin e vogël dhe krijonin vështirësi, pasiguri dhe mungesë për të sëmurët dhe farmacistët - u lejua përdorimi i barnave për më shumë se një muaj, për aq sa mundësonte ambalazhimi i vogël. U lehtësua gjithashtu vizita, ndjekja e zhvillimit, vaksinimi i fëmijëve me aktin e ISKSH nr. 951/1, dt.16.04.2009; u lehtësua përdorimi i Metforminës me aktin e ISKSH nr. 932, dt. 09.04.2009 etj.

KRIJOHET FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR (FSDKSH)

Ligji i ri u hartua nga specialistët e ISKSH-së, pas një pune disa vjeçare, të konsultuar me ekspertë të Bankës Botërore. Puna u finalizua në vitin 2011, me hartimin e ligjit të ri të ISKSH-së, që e shndërronte atë në Fond Sigurimesh Shëndetësore (do të quhej saktësisht Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor). Edhe pse u miratua në vitin 2011 në Parlament, Fondi të funksiononte si i tillë në mars të vitit 2013, pasi ligji parashikonte një periudhë 2-vjeçare tranzitore.

Ligji nr.10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, përcaktoi si qëllim vendosjen dhe zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, statusin ligjor, strukturën, funksionet, veprimtarinë e institucionit që do të emërtohej Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Ligji shprehej mbi financimin e paketave të shërbimeve shëndetësore, listën e barnave të rimbursueshme, listën e pajisjeve mjekësore mbi bazën e kontributeve të sigurimit të detyrueshëm, sigurimit vullnetar, transfertave nga Ministria e Shëndetësisë, transfertat nga buxheti i shtetit për balancimin e buxhetit të Fondit, të pagesave të drejtpërdrejta, dhurimet, etj. Ligji përcaktoi përgjegjësi të Këshillit Administrativ të Fondit emërimin dhe shkarkimin e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit, përcaktoi regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar, kontraktimin me dhënësit e shërbimeve shëndetësore, përfshi shërbimin farmaceutik, paketat e përfitimit, pagesat e drejtpërdrejta, tarifat, vendimet e marra në zbatim të ligjit. Ligji përcaktoi gjithashtu sanksionet për shkelje të dispozitave të këtij ligji.

POR CILAT ISHIN RISITË E LIGJIT TË VITIT 2011

Risi e ligjit ishte kthimi i ISKSH-së në Fond. Por përtej emrit, Institucioni do të merrte kompetenca të rëndësishme për hartimin e paketave të shërbimeve shëndetësore – e cila mund të konsiderot si risia më e madhe e ligjit. Ky ligj nuk

ndryshoi mënyrën e mbulimit shëndetësor dhe të pagesës së kontributeve shëndetësore (e cila mbeti sërish 3.4% pavarësisht zgjerimit të skemës), por krijoi hapësira për një mbrojtje më të plotë sociale, duke përcaktuar qartësisht kontributet e vetë Qeverisë dhe shtresat në nevojë që merr në mbrojtje ky ligj.

Një risi e rëndësishme e ligjit ishte se, për herë të parë, ligji parashikoi kontraktimin me shërbimin privat, duke futur elementin e konkurrencës, për një cilësi më të mirë shërbimi për pacientët.

Ligji i ri parashikonte një periudhë 2-vjeçare deri në implementimin e tij, në mënyrë që të krijoheshin kushtet për përcaktimin e akteve të mëtejshme normative, që do të bënin të zbatueshëm ligjin e ri, sikurse do të vinin më pas, si statuti i ri i FSDKSH-së.

LIGJI HYN NË FUQI NË VITIN 2013

Dy vjet pas miratimit në Kuvend, ligji i ri i FSDKSH-së hyri në fuqi në mars të vitit 2013. Fondi (FSDKSH) do të ishte tashmë institucioni përgjegjës për administrimin dhe menaxhimin e burimeve financiare në përdorim të skemës së sigurimeve shëndetësore. Ligji i ri solli një ndryshim themelor në koncept krahasuar me ligjin e vjetër, pasi ishte një ligj që konstituonte në mënyrë të qartë marrëdhëniet midis blerësit të shërbimit - pra Fondit të sapokrijuar të Sigurimeve Shëndetësore dhe ofruesve të shërbimit, duke e shndërruar Fondin në avokat të pacientit në marrjen e shërbimeve shëndetësore si në spitalet publike ashtu edhe në ato private. Sikurse e theksuam, ligji nuk ndryshoi kategoritë e mbulimit të popullatës, por i saktësoi ato dhe krijoi hapësira për përmirësime të mundshme apo shtim të kategorive përfituese, që do të miratohen tanimë me ligje të veçanta dhe jo me VKM, sikurse kishte ndodhur deri para miratimit të këtij ligji.

Sipas ligjit të Fondit, përveç personave ekonomikisht aktivë që sigurohen, sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon gjithashtu kategoritë në nevojë, si, pensionistët, invalidët, veteranët, personat që përfitojnë ndihmë ekonomike, të papunët; gratë shtatzëna, shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë; fëmijët nën moshën 18 vjeç; nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, si dhe kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta, të cilat mbulohen nga shteti (taksimi i përgjithshëm). Me ligjin e ri u futën elementet e ekonomisë së tregut në shëndetësi, duke parashikuar mundësinë e përfshirjes në skemë përmes kontraktimit, edhe të spitaleve jopublike për paketa të caktuara shërbimesh shëndetësore. Ligji krijoi mundësinë e hartimit të

paketave të shërbimeve mbi kriteret të qarta mjekësore dhe sociale për të gjithë nivelet e ofruesve, dhe veçanërisht për shërbimin spitalor.

Për herë të parë në Ligjin për Fondin, u përfshi mundësia e subvencionimit të pajisjeve mjekësore që nevojiten për përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientëve, psh. karrocat për invalidët, etj.

Fondit, duke qenë blerësi i vetëm strategjik i shërbimeve shëndetësore, ju krijuan mundësi përmes këtij ligji, të krijojë dhe përdorë mekanizmat përkatëse për futjen e metodave të reja të pagesave; aplikimin e indikatorëve matës për cilësinë e punës në të gjitha nivelet e shërbimeve, etj.

Një pikë e rëndësishme e ligjit të Fondit, ishte edhe krijimi i stabilitetit financiar. Fondi do të ketë stabilitet financiar dhe kjo garantohej me ligj, i cili nuk lejon krijimin e borxheve. Fakti që shteti kontribuon për popullsinë jo aktive, e cila në vitin 2013 zinte rreth 76 % të shpenzimeve të Fondit, e bënte akoma më të garantuar këtë stabilitet. Por, implementimi i këtij ligji, ishte një sfidë e të gjithë sistemit shëndetësor!

QASJE E RE DREJT MBULIMIT UNIVERSAL

Edhe pse ende shumë “i ri”, ligji sërish pësoi ndryshime, fillimisht për të ulur regresivitetin në pagesën e kontributeve shëndetësore, si një hap i parë drejt barazisë sociale dhe qasjes së re që do të niste të artikulohej dhe implementohej në vitin 2013. Në thelb, ndryshimi më i madh - që do të refleктоhej më pas me disa vendime shumë të rëndësishme – ishte qasja e re e Qeverisë Rama dhe Ministrisë së Shëndetësisë të drejtuar nga z. Ilir Beqaj, për të orientuar politikat shëndetësore drejt kujdesit shëndetësor universal – për të patur shërbim sipas nevojës, jo sipas mundësisë apo pamundësisë për të paguar.

Drejtori i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, emërohet dr. Astrit Beci, me profesion mjek, me vendim të Këshillit Administrativ të FSDKSH-së, nr. 34, datë 08.10.2013.

Në këtë periudhë, sistemi ynë shëndetësor përballet me sfida shumëplanëshe, në përmbushje të angazhimit të Qeverisë për ofrimin e kujdesit shëndetësor bazë për të gjithë popullatën. Program, që synon mbulimin universal të popullatës me shërbim shëndetësor, akses në shërbimet shëndetësore për të gjithë qytetarët rezidentë, në mënyrë që, askush të mos ndihet i përjashtuar nga marrja e shërbimit shëndetësor bazë, vetëm prej faktit se nuk mund ta përballojë financiarisht këtë shërbim.



Zhvillimi i mjekësisë sot në Botë është një sfidë mes kosto-efektivitetit; mes shpenzimeve në rritje prej ritmeve kapluese të teknologjisë mjekësore dhe nevojës për mbulimin e sëmundshmërisë në rritje. Në këtë përballje, në përpjekje për të aplikuar ‘recetën e drejtë’, ne po ndërmarrim disa hapa të rëndësishëm drejt mbulimit shëndetësor me shërbimet bazë, duke kthyer vëmendjen nga parandalimi i hershëm, ofrimi i shërbimeve me cilësi dhe financimin e shërbimeve sipas nevojave reale. Mbështetur në vizionin e ri të Qeverisë për shërbimin shëndetësor dhe mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë, FSDKSH do të jetë blerës i shërbimeve shëndetësore në bazë të kostove të përcaktuara drejt, duke përdorur me efikasitet paratë publike në shërbim të kujdesit ndaj popullatës.



Kryeministri Rama dhe drejtues të institucioneve shëndetësore gjatë raportimit të 300 ditëve të para të qeverisjes drejt Mbulimit Shëndetësor Universal

Fondi nisi menjëherë punën për të vendosur një standard të unifikuar si në spitalet publike ashtu edhe në ato private, duke i hapur rrugë ndryshimit të mënyrës së financimit të spitaleve, jo më sipas një buxheti historik, por sipas nevojave reale, duke hedhur një hap të rëndësishëm për politika më të drejta të mbulimit shëndetësor për popullatën.

Fokus i rëndësishëm i FSDKSH-së ishte gjithashtu dhe një vëmendje më e madhe drejt dixhitalizimit dhe fuqizimit të sistemit të informacionit si brenda Institucionit, ashtu edhe në sistemin tonë shëndetësor, pasi në këtë mënyrë, përpos shkurtimit të

burokracive, por edhe kostove financiare, do të bëjmë të mundur aksesin më të saktë dhe të shpejtë të informacionit, e kësisoj, rritjen e transparencës.

Qasja e re ishte edhe përfshirja në të gjitha këto procese, të të gjithë aktorëve të interesit - mjekë, infermierë, farmacistë, shoqatat e pacientëve, shoqatat e profesionistëve të shëndetit, etj - për të bashkëpunuar ngushtë dhe me institucionin politikbërës, që është Ministria e Shëndetësisë, në funksion të qëllimit tonë të përbashkët – një shërbimi cilësor për pacientët, sipas nevojave reale.

FSDKSH, ME IMAZH TË RI

Fondi, pikëtakimi i përkujdesjes shëndetësore për të gjithë

Me ndryshimin e emrit të Institucionit, u kujdesëm të përmirësojmë edhe imazhin publik të Fondit, duke nisur nga një element shumë i rëndësishëm i prezantimit të Institucionit, sikurse është logo e FSDKSH. Larmia e ngjyrave që vjen “gëzueshëm” në prezantimin e Institucionit tonë, është frut i një pune të gjatë në kërkim të asaj çka për ne është e rëndësishme, përcimit të mesazhit të solidaritetit dhe gjithëpërfshirjes. Elementë që janë mbledhur me kujdes, duke patur në vëmendje komunitetin, mbulimin shëndetësor, financimin e drejtë dhe nevojën për të qenë solidarë, në atë që është e drejtë e patjetërsueshme – e drejta për kujdes shëndetësor! Një rrugë e gjatë, e shenjuar nga këmbëngulja dhe dëshira për të arritur më të mirën, për të reflektuar qasjen e re të Institucionit, me fokus mbulimin e të gjithë popullatës me shërbimin bazë shëndetësor. Askush nuk duhet të ndihet i përjashtuar nga kjo e drejtë themelore, pavarësisht mundësisë apo pamundësisë për të paguar. Kjo filozofi e re, me anë të së cilës po shtrohet rruga e mbulimit universal të popullatës, gjen reflektim në imazhin e ri që do të simbolizojë këtë e tutje Fondin. Nëpërmjet kësaj logoje rifreskuam imazhin e FSDKSH-së, si pikëtakimi i përkujdesjes shëndetësore për të gjithë shqiptarët! Pikërisht e simbolizuar nga duart e mbledhura në qendër në formë zemre, jo vetëm si shenjë solidariteti, besimi dhe bashkëpunimi, por, përsëpari, duke vënë shëndetin në qendër. Gjithashtu prania e ngjyrave të ndryshme përfaqëson pjestarë të komuniteteve të ndryshme, duke përçuar idenë e gjithëpërfshirjes. Rikthimi i besimit të pacientëve te shërbimi ynë shëndetësor, është sfida e madhe e sistemit, ndaj besimi është në themel të imazhit të ri të Fondit, i cili do të udhëhiqet (sikurse e gjithë politika e re shëndetësore) nga shëndeti, jo sëmundja!

ÇFARE DUAM TE KOMUNIKOJME

Nepermjet kesaj logoje duam te rifreskojme imazhin e fondit si piketakimi i perkudjesjes shendetesore per te gjithë shqiptaret. Pikerisht e simbolizuar nga duart e mbledhura ne qender ne forme zemre jo vetem si shenje solidariteti, besimi dhe bashkepunimi por te shendetit ne plan te pare. Gjithashtu prania e ngjyrave te ndryshme perfaqeson pjesetare te komuniteteve te ndryshme.



FRYMEZIMI

Bashkimi bën fuqinë.
Imazhi i propozuar përfaqëson
përkujdesje, organizim të
një grupi dhe gjithashtu
komunikon besueshmëri.



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

SI FUNKSIONON SOT FSDKSH

Sot, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) është si vetmi institucion publik dhe autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Fondi financon shërbimet shëndetësore nga ofrues publikë dhe privatë, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

Vizioni i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është krijimi i një ndjenje sigurie në përmbushjen e nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore. FSDKSH, në funksion të rritjes së aksesit dhe përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor për popullatën, fokusohet në prirje të rëndësishme që lidhen me ndryshimet demografike dhe epidemiologjike; zhvillimet teknologjike, si dhe pritshmëritë në rritje të konsumatorit për akses në trajtimet mjekësore cilësore dhe bashkëkohore. FSDKSH garanton përfitimet e sigurimeve shëndetësore për popullatën dhe qëndrueshmërinë e skemës së sigurimeve, e cila vepron në bazë të parimit të solidaritetit dhe barazisë.

Fondi organizohet dhe funksionon mbi bazën e statutit të Fondit, i cili miratohet nga Këshilli Administrativ. Fondi drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm. Përbërja e Këshillit Administrativ është prej 7 anetarësh, të cilët përfaqësojnë palët e interesuara në zhvillimin e skemës: personat që paguajnë kontribute, personat që përfitojnë shërbime si dhe shtetin. Këshilli zgjedh Drejtorin e Përgjithshëm, me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të të gjithë anëtarëve të Këshillit Administrativ. Koha e ushtrimit të detyrës së drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet. Ndërsa koha e shërbimit të anëtarëve në Këshillin Administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës.

KOMPETENCA TË KËSHILLIT ADMINISTRATIV

- Zhvillon procedurën dhe vendos për zgjedhjen, emërimin apo shkarkimin e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit.
- Cakton përbërjen e anëtarëve të komisioneve teknike për hartimin e paketave shëndetësore.
- Miraton projektin e paketave të shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik dhe i dërgon në Ministrinë e Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave.
- Cakton rregullat për funksionimin e komisioneve teknike, për kontraktimin dhe shpërblimin e anëtarëve të tyre, si dhe për kriteret e hartimit të paketave të shërbimeve.
- Miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat e dhënësve të shërbimit, duke synuar stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve privatë dhe publikë ndaj komunitetit.
- Miraton mënyrën e pagesës së dhënësve të shërbimit shëndetësor dhe të stafit të tyre në institucionet shëndetësore publike të kontraktuara.
- Miraton rregullat e hartimit të Regjistrisë të Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore, si dhe të përfshirjes së subjekteve në të.
- Miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor të paraqitur nga Drejtori i Përgjithshëm.
- Miraton projektbuxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tri vitet e ardhshme.
- Miraton nivelet e pagave të punonjësve të Fondit si dhe kriteret për kontraktimin dhe shpërblimin e ekspertëve të jashtëm që kontribuojnë për Fondin.
- Miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit dhe përcakton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit.
- Aprovon projekt-statutin e Fondit, rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon ministrit të Shëndetësisë për t'i miratuar në Këshillin e Ministrave.
- Miraton rregullat dhe procedurën e funksionimit të komitetit të shqyrtimit administrativ të Fondit, të propozuara nga Drejtori i Përgjithshëm.
- Miraton propozimin e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për anëtarësimin në organizma ndërkombëtarë në fushën e sigurimeve shëndetësore.

- Miraton rregullat dhe procedurat e zbatimit të paketave të shërbimit nga dhënësit e kontraktuar.
- Miraton kriteret e përfitimit të shërbimit të paketave, në mënyrë përjashtimore kur vërtetohet se rrezikohet shëndeti i pacientit, si dhe rastet e këtyre përfitimeve.
- Miraton rastet e rimbursimit të personave të siguruar, si dhe rregullat e procedurat e rimbursimit të personave të siguruar, që marrin shërbime nga dhënësit e shërbimit shëndetësor brenda vendit, që nuk kanë kontratë me Fondin, vetëm në mungesë të dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore.

KOMPETENCAT E DREJTORIT TË PËRGJITHSHËM

- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ, projektstatutin, rregulloret ekonomike, financiare, procedurale, të auditimit dhe të kontrollit, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;
- Drejton veprimtarinë e Fondit në përputhje me statutin, rregulloret dhe vendimet e miratuara nga Këshilli Administrativ;
- Miraton strukturën e brendshme, përshkrimet e punës së Drejtorisë së Përgjithshme dhe të zyrave vendore, si dhe rregulloret e organizimit dhe funksionimit të përgjithshëm të Fondit;
- Emëron e shkarkon nëndrejtorët e Përgjithshëm të Fondit; personelin e Drejtorisë së Përgjithshme, drejtuesit e drejtorive rajonale, agjencive;
- I propozon Këshillit Administrativ sistemin e pagave të Fondit;
- Propozon në Këshillin Administrativ politikat e zhvillimit të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Përfaqëson Fondin në marrëdhëniet juridike me të tretët, mediat, si dhe në komunikimin me personat e siguruar dhe dhënësit e shërbimit shëndetësor;
- Mund të ngrejë komisione ose komitete “ad hoc” për ta ndihmuar në kryerjen e funksioneve të tij;
- Përgatit raport vjetor në lidhje me financën, administrimin, kontraktimin, paketën e shërbimeve shëndetësore dhe popullsinë, mbuluar nga siguri shëndetësor i detyrueshëm, të cilin e paraqet në Këshillin Administrativ;
- I përgjigjet kërkesave specifike të informacionit për pjesën e buxhetit që financohet nga buxheti i shtetit, që mund të kërkojë Ministria e Financave gjatë vitit;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloren, si dhe kushtet dhe

- përmbajtjen e kontratave të sigurimit shëndetësor vullnetar;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloret mbi procedurat e verifikimit dhe të kontrollit të kërkesave për pagesë;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregullat dhe procedurën e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ në zyrën qendrore ose vendore;
- Këshillohet me specialistë të jashtëm për çështje që kanë të bëjnë me njohuri të veçanta;
- Lidh marrëveshje ndërinstytucionale për shkëmbimin në mënyrë të vazhdueshme të informacionit të nevojshëm për veprimtarinë e Fondit me entet private dhe publike;
- Lidh marrëveshje me institucione të huaja ose organizata joqeveritare në fushën e sigurimeve shëndetësore, sipas dispozitave ligjore në fuqi.

PANORAMË E PËRGJITHSHME E SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

Skema e sigurimeve shëndetësore u krijua në bazë të Ligjit nr. 7870, datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”. Që prej krijimit, mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme si dhe pagesën e mjekut të familjes në sistemin publik. Skema evoloi gradualisht, me zgjerimin e gamës së shërbimeve të mbuluara, duke kaluar nga financimi i padiferencuar, në pagesa për paketa shërbimesh shëndetësore.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model mix, i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit. Por barrën kryesore e mban pikërisht buxheti i shtetit, ci cili financon rreth 75% të totalit të buxhetit të FSDKSH-së.

Popullësia ekonomikisht aktive paguan sigurime shëndetësore, ndërsa fondet e buxhetit të shtetit (të cilat vijnë nga taksimi i përgjithshëm), mbulojnë popullatën joaktive dhe kategoritë në nevojë, duke duke i dhënë kështu skemës qasjen solidare.

Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e paguesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili e menaxhon skemën në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. FONDI përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit,

parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës. Mekanizëm i implementimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon:

- Shërbimin parësor (përveç qendrave komunitare);
- Shërbimin spitalor (përveç spitaleve psikiatrike);
- Listën e barnave të rimbursueshme.

Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:

- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike me kontratë me FSDKSH;
- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në dhënës privat të kujdesit parësor dhe spitale private që kanë kontratë me FSDKSH;
- barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënës të kontraktuar shërbimesh shëndetësore.

Politikat e reja të Qeverisë, të cilat po reflektohen në funksionimin e skemës së sigurimeve shëndetësore, përmes vendimeve si, Kontrolli Mjekësor Bazë pa pagesë për grupmoshën 40-65 vjeç, synojnë që të gjithë qytetarët rezidentë në Shqipëri, kudo që janë, të kenë akses të plotë tek shërbimet shëndetësore bazë dhe t'i përfitojnë ato pa pagesë, duke shkuar drejt mbulimit universal të popullatës.

MBI Ç'PARIME BAZOHET SKEMA E SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË SHQIPËRI

- Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor synon mbulimin me shërbim shëndetësor për gjithë shtetasit e Republikës së Shqipërisë, duke njohur kështu të drejtën për mbrojtje, për kujdes shëndetësor të çdo individit, si të drejtë themelore të njeriut.
- Ajo ka në bazë të saj parimin e solidaritetit për përfitimin e kujdesit shëndetësor.
- Akses të barabartë për të gjithë shtetasit; Arsytet e pabarazive janë ekonomike,

sociale, ambjentale, morale, biologjike, gjenetike etj. Është tërësia e këtyre faktorëve që krijojnë pabarazinë edhe në kujdesin shëndetësor. Barazia në skemën e sigurimit shëndetësor është e shprehur në gjithëpërfshirjen e sigurimit shëndetësor, në soliditetin, në mbrojtje të grupimeve në risk, në kujdesin shëndetësor të garantuar nga ligji, pa diskriminime race, feje, seksi apo sëmundje.

- Skema bazohet në zgjedhjen e lirë të mjekut, si e drejtë e individit për të vendosur përkujdesjen shëndetësore. Të sëmurët kanë të drejtën të zgjedhin mjekun që dëshirojnë dhe ta ndryshojnë atë, pa qenë të detyruar t'i japin motivimet mjekut apo tjetërkujt.
- Partneritetit (blerës–dhënës–përfitues). Partneritet tri palësh, të kontribuesve, dhënësve të shërbimeve shëndetësore dhe sigurimit shëndetësor si një zgjidhje optimale. Sigurimi shëndetësor, në përmbushjen e misionit të tij me pajisjen e të siguruarve me kartën e shëndetit realizon bashkëpunimin ndërmjet ofruesve të shërbimeve shëndetësore, farmaceutike dhe të siguruarve, nëpërmjet lidhjes së kontratave me institucionet shëndetësore (qendrat shëndetësore dhe spitalet), farmacitë, depot farmaceutike.

KATEGORITË PËRFITUESE NGA SKEMA E SIGURIMEVE

Çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor ose për të cilin paguan shteti, është i siguar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore. Sot karta e shëndetit (ende në përdorim edhe librezja e shëndetit) – është dokumenti i vetëm që vërteton se personi është i siguar në skemën e sigurimeve shëndetësore. Kategoritë aktuale të të siguruarve sipas masës së përfitimit janë:

TË PLOTË ME PËRFITIM 100%	
• Veteranë	• Të sëmure me TBC
• Invalidë lufte	• Viktimat e trafikimit
• Invalidë pune (gr. I,II)	• Jetimë
• Fëmijë 0-18 vjeç	• Të verbër
• Pensionistë	• Persona që gëzojnë statusin e ish-të dënuarit/përndjekurit politik
• Të sëmurë me Ca	• Raste të veçanta (Talasemia, Skleroza multiple, Transplantet, Deficit hormonit rritjes etj)

ME BASHKËPAGESË	
• Popullësia aktive	• Të paaftë mendorë, fizikë
• Studentë deri në 25 vjeç	• Invalidë të pjesshëm (gr. III, IV)
• Gratë shtatzëna	• Të siguruar vullnetarë
• Të papunë	

MASA E KONTRIBUTIT

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri, si:

- të punësuarit;
- personat e vetëpunësuar;
- punonjësit e papaguar të familjes;
- persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3 dhe 4 të nenit 7 të ligjit nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar. Për të punësuarit, kontributet paguhën, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuari. Si bazë për llogaritjen e kontributit shërben paga bruto e personit të siguruar. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga buxheti i shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:

- Personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- Personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- Personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
- Shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- Fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- Nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga

- veprimtari ekonomike;
- Kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta;
- Viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë të Punëve të Brendshme.

Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi, së bashku me miratimin e buxhetit vjetor. Ndërkohë që baza për llogaritjen e kontributit për punonjësit e vetëpunësuar është dyfishi i pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve. Paga minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve për të vetëpunësuarit në qytet dhe në fshat, përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Personat, që nuk përfshihen në asnjë prej grupeve të mësipërme, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6 (gjashtë) mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfutur. Pas përfundimit të periudhës së sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar, personat që nuk përfshihen në kategoritë, për të cilat kontribuon shteti, duhet të regjistrohen pranë Fondit për sigurim vullnetar brenda 3 (tre) muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 (një) vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor.

Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

Mbledhja e kontributetve bëhet nga organet tatimore, në përputhje me legjislacionin relevant në Shqipëri.

PËRFITIMET E POPULLATËS

Ligji nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, zgjeroi mundësitë e përfitimit të shërbimeve nga popullata, përmes procesit të kontraktimit nga ana e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, si të shërbimeve publike ashtu edhe të atyre private.

Sigurimi i detyrueshëm financohet nga paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:

- Vizitat mjekësore pa pagesë -në institucionet shëndetësore publike që financohen nga sigurimi shëndetësor dhe në respektim të sistemit të referimit;
- Vizitën falas në banesë - kur gjendja shëndetësore e të sëmurit nuk mundëson paraqitjen në institucionin shëndetësor;

Ekzaminimet mjekësore në institucionet shëndetësore publike -falas ose me bashkepagesë; (Ekzaminimet unikale terciare jepen me rimbursim në masën 90% dhe bashkëpagesë nga personat e siguruar 10%).

- Trajtimet mjekësore në institucionet jopublike me kontratë me FSDKSH;
- Rimbursimi i plotë ose i pjesshëm i barnave në varësi të kategorisë.

Më konkretisht për barnat, personat e siguruar, ose nuk paguajnë fare ose kanë një pagesë të pjesshme që shkon deri në 50 % (për qind) të çmimit të barnave, por jo më shumë.

Kategoritë si: pensionistë, invalidë të plotë, fëmijë 0 - 12 muaj, të sëmurë me CA, TBC, të verbër përfitojnë falas alternativën e parë të çdo bari të përfshirë në listë. Kategoritë si: veteranë dhe invalidë të luftës, përfitojnë falas në masën 100 % të gjitha barnat e listës së rimbursueshme si dhe të gjitha barnat e tjera të regjistruara në Republikën e Shqipërisë.

PAKETA E SHËRBIMEVE NË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Paketa e shërbimeve të cilën Fondi kontraktonte me Qendrat Shëndetësore, përfshin 7 shërbime:

- Kujdesi në rastet e urgjencës
- Kujdesi Shëndetësor për fëmijët
- Kujdesi Shëndetësor për të rriturit
- Kujdesi Shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues
- Kujdesi Shëndetësor për të moshuarit
- Kujdesi shëndetësor mendor
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor

Paketa e shërbimeve shëndetësore në Shërbimin Parësor u konceptua në vitin 2006, për t'u konkretizuar pas dy vjetësh. VKM nr 857, datë 20.12.2006, në shtojcën 1 të saj, në rregulloren e përgjithshme të kontraktimit të shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP), përmend si detyrim hartimin e Paketës Bazë të Shërbimeve në KSHP. Kjo paketë u hartua nga një grup ekspertësh, me mbështetjen e USAID, për tu miratuar më pas në vitin 2008.

Pas 5 vitesh, për shkak edhe të evoluimeve në disa shërbime të KSHP, Paketa Bazë e Shërbimeve u rivlerësua dhe editua përsëri nga një grup ekspertësh të FSDKSH, MSH etj, për t'u miratuar më pas në Qeveri. Ndryshimet e Paketës Bazë të Shërbimeve konsistuan në dy shërbime kryesore të saj që ishin Kujdesi për fëmijët dhe Kujdesi për gratë dhe shëndetin riprodhues.

Mbështetur në këtë paketë shërbimesh, në përpjekjet aktuale që jemi duke bërë për ta kostuar atë, po bashkëpunojmë me MSH dhe disa projekte të UN - si UNFPA e UNICEF- për të hartuar udhërrëfyesit dhe protokollet e nevojshme të praktikës klinike si elementet kryesore mbi të cilët mbështet procesi i kostimit. Plotësimi i këtyre udhërrëfyesve e protokolleve, jo vetëm që ndihmon procesin e kostimit të paketës, por ndihmon gjithashtu në implementimin në praktikë të saj nga stafi mjekësor i Qendrave Shëndetësore. Nga ana tjetër, ato janë instrument tepër i dobishëm në duart e FSDKSH-së, për të monitoruar ofrimin e shërbimeve të veçanta të saj.

Por “kryepaketa”, nëse mund ta quajmë kështu, është “Kontrolli Mjekësor Bazë për popullatën 40-65 vjeç”, e cila do të përfitohet pa pagesë për të gjithë personat e kësaj grupmoshe, pavarësisht nëse janë ose jo të siguar. Ky projekt madhor i Qeverisë, është një hap shumë i rëndësishëm për të shkuar drejt mbulimit falas për të gjithë popullatën me shërbimet bazë.



KONTROLLO SHËNDETIN PA PAGESË

SHËNDETI NUK ËSHTË NJË PRIVILEGJ, ËSHTË E DREJTA JOTE.

"Check-Up" ofrohet për çdo person në grupmoshën 40-65 vjeç pranë qendrës shëndetësore të vendbanimit



Nën moton Shëndeti është një e drejtë, jo një privilegj, Kontrolli Shëndetësor Bazë u konceptua si një program kombëtar, pa pagesë për përfituesit e tij, që synon depistimin e popullatës për faktorët e rrezikut dhe sëmundshmërinë më prevalente me qëllim kujdesin për shëndetin, parandalimin e sëmundjeve dhe komplikacioneve, zbulimin e hershëm të çrregullimeve, mjekimin në fazat e hershme dhe përmirësimin e kulturës shëndetësore, prej të cilit do të përfitojnë të gjithë shtetasit e grupmoshës 40-65 vjeç me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë. Kjo paketë përfshin: Vlerësim, këshillim, trajtim dhe ndjekje për faktorët e stilit të jetesës:

- I. Ushqyerja;
- II. Konsumimi i duhanit;
- III. Konsumimi i alkoolit;
- IV. Niveli i stresit dhe depresionit.

Matje, vlerësim, këshillim, referim dhe ndjekje e parametrave fiziologjikë:

- I. Tensioni arterial;
- II. Indeksi i masës trupore;
- III. Aktiviteti i zemrës (EKG).

Matje, vlerësim, këshillim, trajtim, referim dhe ndjekje e parametrave biokimikë:

- I. Formula e gjakut;
- II. Hb, HCT, MCV, MCH, MCHC;
- III. Kolesterol total, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliceride;
- IV. Glicemia;
- V. Feçe për gjak okult;
- VI. Albuminuria, prania e qelizave, cilindrave, kristaleve në urine, azotemi dhe kratinemi;
- VII. Bilirubinë totale dhe direkte, transaminaza (SGPT, SGOT).

Menjëherë pas hartimit të paketës, Ministria e Shëndetësisë nisi procedurat për koncesionin e këtij shërbimi, gjë e cila u realizua nga MSH në fundvitin 2014.

U përcaktua se, përfituesit –pra personat e grupmoshës 40-65 vjeç- do të merrnin njoftimin dhe disa udhëzime më postë ose telefon nga Mjeku i Familjes, lidhur me paraqitjen, për të kryer kontrollin një herë në vit, në një afat kohor të caktuar (2-3

data) brenda muajit të lindjes, për të patur në këtë mënyrë lehtësi procedurale dhe për të ulur kohën e pritjes.

Kontrolli do të jetë i përvitshëm dhe synimi është të zbatohet për herë të parë realisht parimi i gjithëpranuar i kujdesit shëndetësor, sipas të cilit parandalimi është më mirë se kurimi! Ky program, do t'i shërbejë jo vetëm popullatës përfituese, por edhe forcimit të rolit të mjekut të familjes dhe infermierëve të QSH. Procesi i trajnimit përmes kurrikulave përkatëse të përgatitura nga stafe akademike, të cilit ju nënshtuan paraprakisht mjekët dhe infermierët, ndihmoi në përditësimin dhe përmirësimin e dijeve profesionale të stafit. Nga ana tjetër, aplikimi në praktikë i këtij procesi, si dhe vlerësimi dhe komunikimi i riskut shëndetësor që MPF duhet të bëjë në përfundim të tij personave që kanë kryer Kontrollin Mjekësor Bazë, ndihmon në rritjen e kopetencës profesionale të MPF, përmirësimin e marrëdhënieve me pacientin, ndihmon stafin në njohjen më të mirë të situatës shëndetësore të popullatës në zonën e mbulimit, rrit besueshmërinë e popullatës ndaj stafit mjekësor, duke e pozicionuar denjësisht ekipin e mjekut të familjes në rolin e portës hyrëse në sistemin shëndetësor.

Kontrolli Mjekësor Bazë ndihmon edhe në krijimin e rregjistrave kombëtare të sëmundshmërisë, për ato çka ky proces depiston, duke ndihmuar FSDKSH në parashikimin dhe menaxhimin e 'riskut financiar' për të ardhmen.

Hallkat e procesit të Kontrolli Mjekësor Bazë

- Thirrja e individëve për kontrollin bazë do të realizohet nëpërmjet:
- Shërbimit postar.



- Dërgim me zarf në adresë të çdo shtetasi qëndrim të përhershëm 40-65 vjeç:
 - ftesa që sistemi shëndetësor i dërgon personit;
 - informacioni standard në lidhje me kontrollin mjekësor bazë;
 - kontenieri për materialin e ekzaminimit IFOB.;
 - numër telefoni pa pagesë për informacione/paqartësi (qendra e thirrjeve – call center)
- Marrja pjesë në kontrollin mjekësor bazë do të ofrohet në një nga tri datat që do t'i propozohen individit, në muajin e tij/saj të lindjes.
- Thirrje back-up nëpërmjet telefonit.

PAKETAT E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE NË SPITALE

FSDKSH financon që prej vitit 2009 spitalet publike, ndërkohë që ligji i ri i Fondit, i cili hyri në fuqi në vitin 2013, i dha mundësi Institucionit, të financojë edhe strukturat jopublike përmes kostove të përcaktuara. Në fund të vitit 2013, me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit, datë 10.12.2013, nisi puna për hartimin dhe kostimin e paketave shëndetësore, me ngritjen e komisioneve teknike të hartimit të 10 paketave të para shëndetësore. Bëhet fjalë për 6 shërbime të kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë invazive, dializa, transplantit i veshkave, terapia e flakjes akute dhe implantit koklear për fëmijët me probleme dëgjimi. Projekti, do të sillte një risi në financimin e shërbimeve spitalore. U ngritën grupet e punës për hartimin e këtyre paketave, të përbërë nga ekspertët e shërbimeve përkatëse nga shërbimi universitar si dhe ekspertë të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, nën drejtimin e drejtorit të FSDKSH-së. Puna nisi mbi bazën e përcaktimit të kriterëve mjekësore, që do të thotë se, në hartimin e këtyre paketave u vlerësua shkalla e ofrimit të shërbimit në ndihmë të përmirësimit të cilësisë së jetës, të shmangies së përkeqësimit të mëtejshëm të shëndetit dhe të rritjes së jetëgjatësisë; kriteret ekonomike që lidhen me kosto-efektivitetin; si dhe kriteret sociale, duke vlerësuar problematikën e personave që kanë nevojë për këto shërbime. Komisionet e ngritura për çdo paketë shërbimi u udhëhoqën nga parimi i mbulimit të të gjithë kategorive të të sëmurëve për këto shërbime, duke bërë të mundur aksesin e barabartë dhe standarde të njëjta mjekësore në sektorin publik dhe privat.

Afatet ishin konkrete, koha ishte e limituar. Një process që kishte vite që diskutohej, u arrit të finalizohej në një kohë tejet të shkurtër. U zotua që brenda 31 marsit 2014, ne do të dinim saktësisht kostot e paketave të para të këtyre shërbimeve. Dhe kështu ndodhi.

FSDKSH dhe MSH, në bashkëpunim me mjekët elitë të shërbimeve në QSUT, në muajin mars prezantuan paketat e para të shërbimeve shëndetësore të hartuara nga Fondi – dializën dhe transplantin e veshkave. Me hartimin e këtyre paketave, konkretizuar qasjen e re të Institucionit tonë dhe të Qeverisë, për të financuar shërbimet shëndetësore në bazë të vlerës reale, në funksion të mirëmenaxhimit të fondeve dhe përdorimit të tyre me efikasitet për nevojat e pacientëve.

"Për herë të parë ndodh që puna për hartimin e paketave të tilla të shërbimeve shëndetësore të realizohet në një kohë kaq të shkurtër dhe nëpërmjet përfshirjes së një ekipi profesionistësh, duke hedhur edhe një hap të mëtejshëm në drejtim të jetësimit të angazhimit tonë për të siguruar se askush nuk mos përballet me pengesa financiare, moshore, gjinore, gjeografike apo kulturore në marrjen e shërbimit të kujdesit



Gjatë prezantimit të paketave shëndetësore

shëndetësor. Ashtu siç jemi angazhuar, këto paketa të shërbimeve shëndetësore ofrojnë më tepër siguri, dhe shënojnë qartësisht progres, dhe inovacion për pacientët shqiptarë”, u shpreh Ministri i Shëndetësisë, z. Ilir Beqaj, gjatë prezantimit të paketave të para.

Më pas u hartuan dhe kostuan edhe paketat e tjera të shërbimeve të kardiologjisë, etj, për t’u finalizuar me vendimin e Qeverisë, nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”. Qeveria miratoi vendimin për paketat që do të financoheshin nga FSDKSH.

Duhet theksuar se, financimi dhe realizimi i këtyre ndërhyrjeve, do të bëhej përsëpari në sektorin publik, por dihet se, kryesisht problemet e veshkave dhe ato kardiokirurgjike, janë sëmundje me incidencë të lartë dhe nevojat e popullatës për këto ndërhyrje nuk arrijnë të plotësohen nga spitalet publike. Për këtë arsye, për rastet që janë përtej kapaciteteve të institucioneve shëndetësore publike, Fondi i financon këto paketa edhe në spitalet private, duke mbuluar koston e plotë të ndërhyrjes për pacientët. Pas këtij vendimi, Fondi përcaktoi me vendim të Këshillit Administrativ kriteret për kontraktimin edhe të spitaleve jopublike, të cilat do të mund të lidhnin kontratë me FSDKSH-në për shërbimet e miratuara me VKM. Kriteret e përcaktuara për strukturat jopublike ishin të përgjithshme, që lidheshin me licensimin nga Ministria e Shëndetësisë apo regjistrimin pranë organeve tatimore dhe QKR; si dhe kriteret të veçanta, që ishin specifike për shërbimet që do të kontrakttoheshin nga Fondi. Pas kërkesa nga spitalet jopublike, përpos dokumentacionit, specialistë të FSDKSH-së verifikuan dhe në terren kushtet e spitaleve që kërkonin të lidhnin kontratë me FSDKSH-në për shërbime të caktuara. Më pas u lidhën kontrata me pesë spitale jopublike, të cilët do të ofronin paketat shëndetësore, pa kosto shtesë për pacientët. Fondi do të monitorojë edhe ofrimin e këtyre paketave për pacientët, në mënyrë që shërbimi i ofruar të jetë i parametrave optimalë. Përpos strukturave aktuale audituese, ne si Fond, po punojmë për rritjen dhe forcimin e këtyre strukturave, për auditimin e plotë dhe monitorimin e ofrimit të paketave të shërbimeve nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara.

Brenda vitit, nisi përfitimi real i këtyre paketave për pacientët në nevojë edhe në spitalet jopublike. Aktulisht, janë 900 pacientë që përfitojnë shërbimin e dializës në sektorin publik dhe privat dhe po ashtu janë realizuar 250 ndërhyrje të kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë në të dy sektorët. Gjithashtu kanë përfituar pa pagesë edhe pesë pacientët e parë që kanë kryer transplantin e veshkave.

PAKETA E SHËRBIMEVE	Çmimi (lek)
1. Dializa	11,204
Në këtë paketë përfshihen: Ekzaminimet e nevojshme klinike, imunologjike;- Vendosja e fistulës ose graftit; Kryerja e procedurës	
PAKETA E SHËRBIMIT TË TRANSPLANTIT TË VESHKËS (ME DHURUES TË GJALLË)	
1. Transplanti renal	1,186,053
Në këtë paketë përfshihen: Ekzaminimet para transplantit për marrësin e dhuruesin: - klinikë biokimike; - imunologjike; - markuesit tumoralë; - imazheri virologjike; Konsultat; operacioni dhe ndjekja; - ekzaminimet pas transplantit për marrësin e dhuruesin; Terapia e induksionit; - imunosupresoret (dozimi në gjak)	
2. Terapia e flakjes akute	478,011
PAKETA E SHËRBIMEVE TË KARDIOLOGJISË	
1. Angioplastikë koronare	164,360
2. Angiografi koronare	51,256
3. Pacemaker definitiv	209,598
PAKETA E SHËRBIMEVE TË KARDIOKIRURGISË	
1. By pass aorto koronar	360,239
2. Interventet valvulare	554,129
3. Interventet kongenitale	262,332
Në këtë paketë përfshihen - interventi - dy ditë qëndrimi në terapinë intensive	
Paketa e shërbimit të implantit koklear	
Implanti koklear *	242,745
Vetëm vendosja e implantit koklear	
*Aparatura e implantit koklear sipas standardeve të BE-së, sigurohet në çdo rast nga MSH-ja.	

Po cila është rruga që ndjek pacienti për përfitimin e paketave:

Pacientët e përfitojnë shërbimin sipas një listë-pritje me rregulla të qarta e transparente. Rruga që duhet të ndjekë pacienti nis nga zbatimi i sistemit të referimit, për të patur konsultën e shërbimit perkates (të nefrologjisë, kardiologjisë, kardiokirurgjisë ose ORL-së). Vendimin nëse pacienti ka nevojë për një paketë shërbimi, e merr pikërisht shërbimi përkatës në QSUT. Më pas pacienti drejtohet në zyrat e Fondit ku bën regjistrimin. Pacienti fillimisht regjistrohet në institucionet shëndetësore publike në përputhje me kapacitetet e lira të raportuara pranë zyrës së Fondit dhe në rast se, në datën e përcaktuar, nuk ka vende të lira në institucionin shëndetësor publik, atëhere nëpunësi i autorizuar i sektorit bën regjistrimin e pacientit në mënyrë të barabartë në institucionet shëndetësore private të kontraktuara nga Fondi. Pacientit i merren të dhënat anagrafike dhe adresa, për t'u kontaktuar më pas nga Fondi (FSDKSH) në momentin e krijimit të mundësisë për marrjen e shërbimit.

Sot FSDKSH ka lidhur kontratë me spitalet publike për financimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara prej tyre. Më konkretisht:

4 Spitale Universitare

11 Spitale Rajonale

24 Spitale Bashkiake

Për herë të parë, FSDKSH lidhi kontrata dhe me 5 spitale private gjatë vitit 2014 për ofrimin e paketave shëndetësore të sipërpërmendura, të miratuara me VKM.

LISTA E BARNAVE TË RIMBURSUESHME

Lista e barnave të rimbursueshme është një nga paketat e rëndësishme që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Mbi bazën e kontratave të Fondit me subjektet farmaceutike, realizohet rimbursimi i barnave, sipas listës së barnave të rimbursuara dhe referuar masës së mbulimit sipas kategorive – e caktuar me vendim të Këshillit të Ministrave. Pacienti e përfiton shërbimin në farmaci, në bazë të recetës së përshkruar nga mjeku, ndërsa rimbursimi i subjekteve farmaceutike bëhet 1 herë në muaj, sipas recetave të regjistruara në sistem.

Masa e mbulimit të çmimit të barnave të listes që rimburohet sipas grupeve anatomike është:

GRUPI I- Masa e mbulimit 100 për qind

Në këtë grup përfshihen barnat që kanë nivelin më të lartë të rimbursimit dhe që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike:

A12, A16, G03, J04, J05, L01, L02, L03, L04, M05, N02, V03.

Përkatësisht:

- Shtesa të kriprave minerale (Potassium chloride comb);
- Barna të tjera të aparatit gastro-intestinal dhe metabolizmit;
- Hormonet seksuale dhe modulatorët e sis.gjenital (Cyproteronum Acetatum);
- Antimykobakteriale;
- Antivirale sistematik (Valganciclovir)
- Antineoplaziket;
- Barnat ne terapine endokrine;
- Imunostimuluesit;
- Imunosupresivet;
- Barna për çrregullime të sistemit muskulo-skeletik;
- Analgjezikët (Morphinum, Pethidinum);
- Të gjithë produktet e tjere terapeutike.

GRUPI II- Masa e mbulimit 85-95 për qind

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në grupet terapeutike:

A09, A10, A12, B01, B03, H01, H05, M04, N03, N04, N07.

Përkatësisht:

- Digjestivët, përfshi dhe enzimët;
- Antidiabetikët;
- Shtesa te kriprave minerale;
- Antikoagulantet;

- Antianemiket;
- Hormone të hipofizës dhe hipotalamike;
- Kalcium homeostatiket;
- Preparatet antigutoze;
- Antiepileptiket;
- Antiparkinsoniket;
- Barna të tjerë të sistemit nervor.

GRUPI III- Masa e mbulimit 75-85 për qind

Në këtë grup përshihen barnat që bëjnë pjesë në grupet terapeutike:

C01, C02, C08, C09, H03, J05, N05, R03.

Përkatësisht:

- Barnat në terapine kardiake;
- Antihipertensivet;
- Kalçibllokuesit;
- Barnat vepruse në sistemin renin-angiotensin;
- Barnat në terapine e tiroides;
- Barnat antiviralesistematike;(Lamivudinum)
- Psikoleptikët;
- Antiasmatikët.

GRUPI IV- Masa e mbulimit 65-75 për qind

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike:

A02, A07, B05, C03, C07, G01, G04, H02, N02, N06.

Përkatësisht:

- Antiacidet, barnat për mjekimin e ulçeres peptikë dhe flatulencës;
- Antidiarreikët, antiinflamatorët dhe antiseptikët intestinale;
- Zëvendësuesit e plazmës dhe perfuzionet;
- Diuretikët;

- Betablokuesit;
- Antiinfektivet dhe antiseptiket gjinekologjike;
- Urologjiket;
- Kortikosteroidet sistemike;
- Analgjeziket;
- Psikoanaleptiket.

GRUPI V- Masa e mbulimit 55-65 për qind

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në grupet terapeutike:

A03, A05, A11, G03, J01, J02, M01, P02, R05, S01.

Përkatësisht:

- Barna antispastike, antikolinergjike dhe propulsive;
- Kolagoget dhe hepatoprotektoret ;
- Vitaminat;
- Hormonet seksuale dhe modulatorët e sistemit gjenital;
- Antibakterialet sistemik;
- Antimykotiket sistemike;
- Antiinflamatorët dhe antireumatiket;
- Antihelmentiket;
- Barnat kunder kolles dhe rrufes;
- Barnat oftalmike.

GRUPI VI- Masa e mbulimit 50 për qind

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në grupet terapeutike:

C10, D01, D06, D07, J05, R01, R06, V07.

Përkatësisht:

- Barnat për reduktimin e lipideve në gjak;
- Antimykotiket dermatologjike;
- Antibiotike dhe kimioterapeutike dermatologjike;
- Preparatë dermatologjike të kortikosteroideve;

- Barna antivirale sistematik;
- Preparatet nazale;
- Antihistaminiket sistemike;
- Të gjitha produktet e tjera joterapeutike.

Më 1 prill 2014, hyri në fuqi lista aktuale e barnave të rimbursueshme, e cila përfshin 477 barna të rimbursueshme. Popullata në nevojë përfiton nga lista e re e barnave të rimbursueshme 56 barna të reja më shumë se një vit më parë. Për herë të parë, Fondi hapi dyert për konsulta të gjera me të gjitha shërbimet universitare dhe ndërtuam një listë – më të mirën e këtyre viteve – bazuar në nevojat reale. Po për herë të parë, lista e barnave të rimbursueshme u hartua në Fond, ku u ngrit (bazuar në ligjin e ri që i jep këtë kompetencë FSDKSH) një komision teknik për hartimin e listës së barnave, i përbërë nga 11 ekspertë për kriteret mjekësore, ekonomike dhe sociale, të kryesuar nga drejtori i FSDKSH. Në hartimin e listës së re të barnave janë marrë parasysh disa kriterë shkencorë, duke i dhënë prioritet barnave të cilat përdoren



për sëmundje të rënda; sëmundje me rrezikshmëri të lartë për jetën; sëmundje që shkaktojnë invaliditet; sëmundje që kanë rrezikshmëri përhapje në shoqëri; sëmundje që shkaktojnë shumë vuajtje si dhe sëmundje kronike që kërkojnë mjekim të zgjatur. Barnat e reja të përfshira në listë, shërbejnë për sëmundje si diabeti, anemitë, sëmundjet kardiale, disa sëmundje tumorale, në neurologji, në nefrologji, në kujdesin paliativ, në dermatologji, gjinekologji, urologji, shëndetin mendor, alergjologji dhe okulistikë. Risia e vitit 2014 është dhe përfshirja e disa sëmundjeve të pambuluara më parë, si, disa lloje tumoresh, Hepati B dhe C, çrregullimet hormonale, apo edhe varësia nga alkooli.

Më konkretisht, janë shtatë diagnoza të reja që mbulohen nga lista e barnave të rimbursueshme në vitin 2014, më konkretisht:

- Disa lloje kanceri trajtohen aktualisht nga lista e barnave të rimbursueshme dhe në listë janë futur kombinime që përmirësojnë trajtimin e tyre, por për herë të parë, do të mbulohen nga lista e rimbursimit edhe lloje të tjera kanceri si ai i pulmonit, kanceri rektal, i lëkurës, i heparit etj. Bëhet fjalë, për rreth 600 pacientë më shumë që do të përfitojnë nga barnat e reja për trajtimin e disa lloje kanceri.
- Trajtimi i Hepatitit B dhe C (janë përfshirë në listë barna që nuk lejojnë kronicizimin e sëmundjes si dhe barna për mjekimin e hepatiteve);
- Parandalimi i trombozave – barna që përdoren pas ndërhyrjeve kirurgjikale si dhe në gratë shtatzana që vuajnë nga venat varikoze, në 3 mujin e fundit të shtatzanisë;
- Çrregullimet hormonale te fëmijët me pubertet të hershëm;
- Osteoporoza te gratë;
- Për herë të parë gjithashtu është përfshirë një bar për të ulur një plagë sociale si alkooli. Bëhet fjalë për një medikament për varësinë ndaj alkoolit;
- Degjenerim i syrit që të çon në verbëri.

Lista e plotë e barnave të rimbursueshme gjendet tashmë online në faqen web:

www.fsdksh.com.al/ebarna

Gjithashtu është e aksesueshme edhe nga pajisjet mobile.

ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

Zhvillimi i sistemeve të informacionit është një proces shumë i rëndësishëm në funksion të përmirësimit të skemës së sigurimeve shëndetësore e në këtë mënyrë, të shërbimeve që merr popullata që është përdoruese e kësaj skeme. Aktualisht FSDKSH ka mundur këto shërbime:

REGJISTRI ELEKTRONIK I BANORËVE TË REGJISTRUAR PRANË MJEKUT TË FAMILJES

Regjistri elektronik i banorëve është një sistem në të cilin regjistrohen banorët që mbulojnë mjekët me shërbim shëndetësor për çdo QSH. Regjistri elektronik i banorëve nisi për herë të parë në vitin 2013, pas një procesi të gjatë depistimi të banorëve nga ekipi i MPF në zonën e mbulimit. Regjistri mbështet transferimin e banorëve ndërmjet mjekëve, zgjedhjen e mjekut nga pacienti, rishpërndarjen e banorëve nëpërmjet mjekëve, regjistrimin e të dhënave demografike të personave, përfshirë dhe regjistrimin e vdekjes, si dhe sëmundjet e tyre kronike. Aktualisht në sistem janë hedhur rreth 4,3 milion persona (rezidentë dhe jorezidentë), nga të cilët rreth 2,8 milion me ID kombëtare. Sfidë përbën saktësimi nëse banori është rezident ose jorezident.

Sistemi përdoret në të gjitha qendrat shëndetësore të vendit dhe ka aktualisht rreth 1300 përdorues mjekë dhe infermierë.

REGJISTRI ELEKTRONIK I PERSONAVE TË SIGURUAR (KARTA E SHËNDETIT)

Sistemi filloi nga puna në 31 dhjetor 2014, është i centralizuar online, përdoret nga të gjitha pikat e shpërndarjes së kartës shëndetësore. Sistemi mundëson regjistrimin e të siguruarve, kategoritë e tyre përfituese me afatet përkatëse dhe lëshimin e kartës së shëndetit. Ky sistem furnizohet me të dhëna demografike nga regjistri elektronik i



Drejtori i FSDKSH dhe Ministri i Shendetesise prezantojne karten e shendetit

banorëve, duke bërë të mundur që të evitohet hedhja dyfishe e të dhënave demografike.

Vetë karta e shëndetit është nga arritjet më të mëdha të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2014, e cila tashmë ka nisur të shpërndahet gjerësisht në të gjithë Shqipërinë.

Karta e shëndetit është mjeti që identifikon të siguruarit dhe me anë të saj përfitohen shërbimet shëndetësore të skemës së sigurimeve shëndetësore në të gjitha nivelet. Pra, nëse jeni pensionistë, invalidë, veteranë, të punësuar, të vetëpunësuar, të siguruar vullnetarisht, fëmijë, gra shtatzëna, persona që trajtoheni me ndihmë ekonomike, punëkërkuar etj, me anë të kartës së shëndetit mund të përfitoni nga skema e sigurimeve shëndetësore, duke filluar nga recetat e rimbursueshme, shërbimi te mjeku i familjes, te mjeku specialist, në qendrat spitalore, pra në të gjithë sistemin tonë shëndetësor. Karta e shëndetit është mjeti që do të zëvendësojë gradualisht librezën e shëndetit. Por si lindi nevoja për kartën e shëndetit? Çdo person i siguruar duhej të kishte një librezë shëndeti për të përfituar shërbimet shëndetësore nga skema e sigurimeve. Librezja ishte mjeti për të identifikuar pacientin dhe me anë të saj përfitoheshin më pas shërbimet shëndetësore. Por një nga vështirësitë me të cilat përballeshin pacientët ishte vonesa në marrjen e shërbimit. Vështirësi që kishin dhe mjekët, të cilët duhet të rishkruanin 3 herë mjekimin për pacient në fletën e librezës



së shëndetit, në recetë dhe në kartelën mjekësore. Po kështu farmacisti shpenzonte kohë të tepërt gjatë dhënies së barnave të rimbursueshme, me riplotësim të recetës dhe fletëve të librezës shëndetësore. Kur u konceptuan këto procedura, ishte koha e një Bote të ndërtuar rreth letrave. Ishte domosdoshmëri lehtësimi i procedurave dhe eliminimi i burokracive, duke përdorur teknologjinë e informacionit. Për këtë arsye, një vit më parë ngritëm një grup pune për të parë mundësinë e lehtësimit të procedurave dhe rikthimit të rolit që i takon mjekut të familjes. Përcaktuam objektivat, që ishin lehtësimi i pacientit, i mjekut, i farmacistit, kalimin nga kodi i pacientit në identifikimin me ID kombëtare, krijimin e një sistemi online të centralizuar me sisteme të shpërndara, kalimin nga letër e shkruar në print.

Avantazhi kryesor i kartës së shëndetit është se lehtëson pacientët, sidomos pensionistët apo veteranët, të cilët nuk kanë nevojë të rinovojnë periodikisht kartën, sikurse ndodh sot me librezën e shëndetit. Një pensionisti i ndodhte të shkonte

dhe 3 herë në vit për të rinovuar librezën e shëndetit pasi i konsumoheshin fletët e librezës, ndërsa karta i vlen përgjithmonë. Duhet theksuar se ne kemi rreth 70% të përdoruesve të skemës, që janë pikërisht këto kategori: pensionistë dhe veteranë, pra është një lehtësim i madh për ta. Përveç kohës, pacienti kursen dhe para, pasi, ndryshe nga librezja e shëndetit, karta është falas! Është lehtësi dhe për mjekët dhe farmacistët, pasi, për çdo recetë, çdo mjeku do i duheshin mesatarisht dy minuta për të plotësuar librezën e shëndetit dhe po kështu farmacistit. Me kartën e shëndetit, kjo kohë nuk shpenzohet më. Duke patur parasysh volumin e recetave mujore, çdo mjek familje kursen rreth 8 orë të plota pune në muaj, çdo farmacist që jep barnat me rimbursim kursen po ashtu 8 orë të plota në muaj.

Mjekët e familjes në të gjithë vendin aksesojnë online regjistrin elektronik të pacientëve, ku hedhin të dhënat në sistem. Me këto të dhëna, karta printohet nga punonjësit tanë, në pikat e shpërndarjes së Fondit.

SISTEMI I INFORMACIONIT NË SHËRBBIMIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Ky projekt ka filluar të administrohet nga Fondi që në vitin 2008 dhe përdorimi i tij është zgjeruar duke u shtuar vazhdimisht numri i përdoruesve të tij, veçanërisht gjatë viteve të fundit me qëllim decentralizimin e tij. Gjatë vitit 2013 ky sistem ka pësuar zgjerim në disa Qendra Shëndetësore sipas kërkesave të tyre, duke rritur numrin e Qendrave Shëndetësore që regjistrojnë dhe menaxhojnë vetë informacionin e tyre në sistem.

Sistemi është ndërtuar me asistencën e USAID dhe bën të mundur regjistrimin e formularëve të vizitave të shërbimin parësor. Falë këtij sistemi u realizua llogaritja e performancës dhe indikatorëve të cilësisë në KSHP, sipas përcaktimeve të bëra në kontratën me Qendrat Shëndetësore. Pra me këtë sistem ishte i lidhur financimi i QSH, i cili ishte një sistem miks mes kapitacionit dhe elementeve të pagesës për shërbim.

Mënyra e financimit në kujdesin parësor është në fokusin tonë. Me mbështetjen e projektit të Bankës Botërore kemi nisur aktualisht një proces rivlerësimi të saj, për të aplikuar një mënyrë sa më eficiente të financimit.

SISTEMI eFarmaci

Ky projekt, i nisur që në vitin 2010 tashmë është një sistem që vazhdon të konsolidohet. Nëpërmjet tij, farmacitë regjistrojnë online të dhënat për recetat e rimbursueshme dhe furnizimet. Sistemi shërben gjithashtu për pranimin e listëtreguesve në Drejtoritë Rajonale të Fondit.

SISTEMI I PËRLLOGARITJES SË KOSTOVE SPITALORE

Logaritja e kostove spitalore është një nga elementet e domosdoshëm në procesin ndryshimit të metodës së financimit në spitale, me objektiv përmirësimin e mënyrës së ofrimit të kujdesit spitalor. Në kuadër të zhvillimeve të Fondit në sektorin spitalor dhe kërkesës së vazhdueshme për informacione mbi kostot e këtij shërbimi, gjatë 2013 është bërë përmirësim i sistemit 'Kosto Spitali', për shtimin e elementeve dhe raporteve të reja në këtë drejtim.

REZULTATE:

- Rritja e performancës në punë të përdoruesve të sistemeve duke lehtësuar punën e tyre të përditshme.
- Rritja e cilësisë dhe saktësisë së informacionit që rregjistrohet në sistem, si rrjedhojë informacion më i plotë e i saktë nga raportet që perdoren nga Fondi dhe aktorët e tij.
- Rritja e kapaciteteve raportuese të sistemeve në funksion të rritjes së shpejtësisë dhe performacës.
- Si rrjedhojë e faktorëve të mësipërm, rritja e eficiencës në shërbimin ndaj të tretëve (përfutjes e kontraktorë).

e-Ankesa

Në kuadër të rritjes së transparencës dhe për t'ju përgjigjur në kohë kërkesave të publikut, si përsa i takon denoncimeve të fenomeneve abuzive, ashtu edhe informacionit në kohe reale për popullatën, në portalin online e-Ankesa, çdokush mund të dërgojë pyetje apo denoncime dhe specialistë të Fondit i përgjigjen në kohë reale.

KONTROLLI I DHËNËSVE TË SHËRBIMIT DHE STRUKTURAVE TË FSDKSH

FSDKSH është organizuar dhe funksionon me dy struktura audituese. E para, drejtoria e Auditit të Brendshëm, e cila punon me një udhëzues të ri metodik, i cili ka ndikuar mjaft për një planifikim dhe realizim me cilësi të auditimit të të gjitha strukturave të FSDKSH-së. Struktura tjetër lidhet me dhënësit e shërbimeve shëndetësore. Monitorimi i kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore, është element shumë i rëndësishëm i punës së Fondit, në mënyrë që financimi publik për shërbimet shëndetësore, të shkojë në të mirë të popullatës, duke shmangur abuzimet.

Fondi kontrollon të gjithë subjektet me kontratë, duke filluar me farmacitë, depot farmaceutike, spitalet publike dhe private me të cilat FSDKSH lidh kontratë.

Përdorimi i sistemeve informatike është një nga mënyrat për të përmirësuar mënyrën e kontrollit të subjekteve me kontratë me FSDKSH dhe në këtë mënyrë, edhe të shërbimit që i ofrohet popullatës. Në këtë këndvështrim, një nga fokuset e Institucionit është përmirësimi i auditimit në dhënësit e shërbimit, si farmacitë, qendrat shëndetësore, spitalet, përmes aplikimit të metodave të avancuara të profileve të riskut.

INFORMIMI I PUBLIKUT

Procesi i komunikimit me publikun ka ardhur në ridimensionim të plotë gjatë viteve të fundit, në përshtatje me nevojat e palëve të interesuara (të brendshme e të jashtme) të Fondit, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetet e Institucionit. Transparenca e veprimtarisë së FSDKSH me kontribuesit, me popullatën në tërësi, me institucionet qeveritare, etj, ka qenë në fokus të komunikimit publik. Pasqyrimi i përfitimeve që ka popullata nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, bërja transparente e aktiviteteve financiare të institucionit në faqen tonë të internetit, revista periodike “Fokus”, publikimi i raportit vjetor të institucionit, komunikimi i vazhdueshëm me qytetarët dhe median, janë faktorë që kanë ndikuar në përmirësimin e imazhit dhe të veprimtarisë së Institucionit. Konferencat për shtyp, njoftimet për shtyp, komunikimi i drejtpërdrejtë dhe elektronik me publikun, konferencat kombëtare dhe ndërkombëtare, fushatat sensibilizuese; kanë patur në fokus disa prioritete të Fondit:

- Transparencën e veprimtarisë së Institucionit në raport me partnerët, aktorët e interesit dhe publikun.
- Ndërgjegjësimin e popullatës për detyrimet dhe përfitimet nga skema e sigurimeve shëndetësore.
- Informimin e popullatës për risitë e skemës së sigurimeve shëndetësore (shtimi i shërbimeve të reja, përmirësimi i shërbimeve shëndetësore, etj).
- Informimi dhe përfshirja e aktorëve të interesit në reformat e ndërmarra nga Institucioni, në kuadër të përmirësimit të shërbimit shëndetësor në të gjitha nivelet.

Ligji i ri i sigurimeve shëndetësore, aksesit i popullatës në shërbimin shëndetësor, kontrollet e skemës nga ana e Institucionit, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit për pacientët, dixhitalizimi si një proces shumë i rëndësishëm në rritjen e transparencës së shërbimeve – kanë qenë në fokus të konferencave për shtyp dhe takimeve të zhvilluara me median. Ndërkohë, me drejtimin e ri, Fondi i ka kushtuar një vëmendje të posaçme komunikimit dhe informimit të publikut, duke krijuar edhe një drejtori të posaçme të marrëdhënieve me publikun, për të qenë në këtë mënyrë, sa më afër nevojave të komunitetit, por edhe partnerëve tanë, siç janë dhënësit e shërbimeve shëndetësore.

BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET

BASHKËPUNIMI NDËRINSTITUCIONAL

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Shëndetësisë për politikat, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kanë lidhje me funksionimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Këshilli i Ministrave është organi i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të Fondit. Në këtë kontekst, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Financave për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e Fondit. Në kuadrin e realizimit të veprimtarisë së tij institucionale, Fondi ka vendosur dhe respektuar praktikën e bashkëpunimit paraprak me palët e interesit. Përkatesisht, në kuadrin e hartimit të draft/kontratave tip me subjektet farmaceutike, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka bashkëpunuar paraprakisht me Urdhërin e Farmacistëve të Shqipërisë (UFSH). Gjithashtu, Fondi lidh marrëveshje ndërinstitutionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre lidhur me kategoritë e të siguruarve si dhe të dhëna të tjera të domosdoshme për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

MARRËVESHJET NDËRKOMBËTARE

Në aspektin e mbrojtjes sociale, në kuadër të rekomandimeve të Komisionit Evropian, institucioni ka negociuar dhe lidhur një sërë marrëveshjesh, të cilat konsistojnë në ofrimin e mbrojtjes në aspektin e sigurimeve shoqërore, të kujdesit shëndetësor si dhe të asistencës sociale.

- Me **Qeverinë e Turqisë**, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor po zbaton parimin e eksportimit të përfitimeve në zbatim të marrëveshjes për mbrojtjen shoqërore midis Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Turqisë. Bëhet fjalë për shtetas turq që punojnë dhe janë të siguruar sipas legjislacionit shqiptar dhe kanë marrë kujdes shëndetësor në Turqi, për vete ose dhe për familjarët e tyre dhe në mënyrë reciproke dhe për shtetas shqiptarë. Sipas marrëveshjes së ratifikuar, institucioni kompetentë për zbatimin e procedurave administrative është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili ka filluar të aplikojë lëshimin e formularëve për sigurim shëndetësor të subjekteve përfituese të marrëveshjes. Pranë Drejtorisë së Përgjithshme të Fondit janë paraqitur kërkesa nga shtetas turq dhe shqiptarë për t'u pajisur me formularë të sigurimit shëndetësor, gjatë qëndrimit të tyre në Turqi. Këto kërkesa kanë të bëjnë me shtetas turq të vetëpunësuar në Shqipëri, shtetas turq që janë punësuar në kompani private shqiptare dhe kompani private turke, si dhe kërkesa nga studentë dhe pensionistë shqiptarë. Vlen për tu theksuar se në Fond deri tani nuk është paraqitur asnjë kërkesë nga punonjës "posting-eorke". Benifitet në natyrë jepen në emër të institucioneve kompetente nga agjencia e vendit të banimit në përputhje me klauzolat që ajo administron në skemën e sigurimeve shëndetësore. Aktualisht pranë Fondit deri tani nuk janë paraqitur fatura financiare në lidhje me aplikimin e formularëve të sigurimit shëndetësor të lëshuar për kërkesat e sipërcituara.

Në lidhje me marrëveshjet e tjera për mbrojtjen sociale, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (si palë e qeverisë shqiptare) është në negociata e sipër me shtete të ndryshme:

- Fondi (si palë e Qeverisë shqiptare) ka zhvilluar negociata me **Qeverinë e Hungarisë**. Në këto raunde negociatash është përmbyllur "Draft/marrëveshja e mbrojtjes shoqërore" dhe "Draft/marrëveshja administrative". Janë parashikuar për t'u mbajtur raunde të tjera negociatash.
- Fondi (si palë e Qeverisë shqiptare) është në negociata e sipër me **Dukatin e Luksemburgut**. Në raundet e negociatave të zhvilluara është përmbyllur "Draft/marrëveshja e mbrojtjes shoqërore" dhe "Draft/marrëveshja administrative". Në gjashtë mujorin e dytë të vitit 2015 do të mbahet në Luksemburg, raundi tjetër i negociatave, në të cilin do të diskutohen formularët përkatës.
- Me **Qeverinë e Republikës së Çekisë**, Fondi si palë e Qeverisë së Republikës së

Shqipërisë, është në negociatë e sipër. Në raundin e dytë të negociatave të mbajtur në prill 2013, në Tiranë, është negociuar për përmbylljen e “Draft/marrëveshjes për mbrojtjen shoqërore”, diskutimet për të cilën do të vazhdojnë dhe në raundin e rradhës. Po ashtu, do të nisnin diskutimet për “Draft/marrëveshjen administrative”. Data e takimit do të rregullohet nëpërmjet rrugës diplomatike.

- Me **Qeverinë e Republikës së Maqedonisë**, Fondi si palë e Qeverisë shqiptare, ka përmbyllur “Draft/marrëveshjen e mbrojtjes shoqërore”, si dhe në raundin e rradhës të negociatave do të përfundohet “Draft/marrëveshja administrative”. Data e takimit do të përcaktohet nëpërmjet rrugës diplomatike.
- Me **Qeverinë e Rumanisë**, Fondi si palë e Qeverisë së Republikës së Shqipërisë, ka përmbyllur “Draft/marrëveshjen e mbrojtjes shoqërore”, si dhe në raundin e rradhës të negociatave do të përfundohet “Draft/marrëveshja administrative”. Data e takimit do të përcaktohet nëpërmjet rrugës diplomatike.
- Me **Mbretërinë e Belgjikës**, është miratuar Ligji nr. 35/2014, në datën 03.04.2014 “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Mbretërisë së Belgjikës për Mbrojtjen Shoqërore”.

MARRËDHËNIET ME PARTNERËT NDËRKOMBËTARË

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor mbështetet në asistencën, shkëmbimin e përvojës dhe bashkëpunimin me partnerët ndërkombëtarë, përmes pjesëmarrjes të përfaqësuesve të Fondit në veprimtari të shumta ndërkombëtare, si seminare, konferenca, forume dhe vizita njohëse. Qëllimi është përgatitja dhe trajnimi si i stafit drejtues, ashtu dhe stafit në nivelet më të ulta, për realizimin me sukses të reformës në fushën e sigurimeve shëndetësore. FSDKSH është anëtar i ISSA-s (Shoqata e Sigurimit Shoqëror Ndërkombëtar), i cili është institucioni kryesor ndërkombëtar që bashkon agjencitë dhe organizatat e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore dhe gjithashtu anëtar i projektit PPRI (Informacioni i Rimbursimit dhe Çmimit të Barnave), i cili financohet nga Komisioni Europian, Drejtoria e Përgjithshme e Mbrojtjes së Konsumatorit dhe Shëndetësisë (DG SANCO) dhe Ministria Federale Austriake e Shëndetësisë, Familjes dhe Rinisë (BMGF). Pjesëmarrja në këto veprimtari ka forcuar bashkëveprimin me vendimmarrësit nga komuniteti i sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore ndërkombëtare dhe ekspertë nga organizata

rajonale dhe ndërkombëtare. Institucioni ynë ka patur akses ndaj faqeve të internetit të partnerëve, gjë që ka ndihmuar në shkëmbimin e rregullt të informacionit lidhur me risitë dhe veprimtaritë e anëtarëve, posedimin e botimeve kërkimore, udhëzimeve praktike dhe raporteve analitike lidhur me sigurimet shëndetësore. Përmes këtyre kontakteve, ne kemi mundësi të marrim këshilla dhe ekspertizë të ofruar nga specialistë në fushën e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore në mbarë botën.

QËLLIMET STRATEGJIKE TË FONDIT

- FONDI synon që ofrimi i shërbimeve shëndetësore për popullatën të bëhet nëpërmjet paketave standarde të shërbimeve në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor.
- FONDI synon përmirësimin e vazhdueshëm të metodave të pagesës së ofruesve të shërbimeve shëndetësore për rritjen e eficiencës dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
- FONDI synon fuqizimin e sistemit të informacionit, nëpërmjet ofrimit të shërbimeve online për dhënësit e shërbimeve, me qëllim rritjen e eficiencës, transparencës dhe afrimit të shërbimeve sa më afër qytetarëve.
- FONDI synon ofrimin e shërbimeve shëndetësore për të gjithë popullatën në përputhje me politikat e Qeverisë, për të shkuar drejt mbulimit shëndetësor universal!



ANEKS I



FINANCIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË VITE:

BUXHETI në milionë lekë	1995			1996			1997		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Te ardhurat, nga të cilat:	1,131	872	77%	1,621	1,482	91%	1,584	1,754	111%
Buxheti i shtetit	501	376	75%	521	507	97%	790	790	100%
Kontribute	630	496	79%	1,100	953	87%	794	947	119%
Të tjera	0	0		0	22		0	17	
Fondi rezervë									
Shpenzimet, nga të cilat:	1,131	414	37%	1,286	1,270	99%	1,584	1,623	102%
Rimbursimi i barnave	1,023	304	30%	881	867	98%	1,159	1,202	104%
Shërbimi Parësor	74	72	97%	327	320	98%	345	343	99%
Shpenzime Administrative	34	25	74%	78	64	82%	76	75	99%
Investime		13			19		4	3	75%

BUXHETI në milionë lekë	1998			1999			2000		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Të ardhurat, nga të cilat:	2,418	2,298	95%	2,951	2,655	90%	3,000	2,826	94%
Buxheti i shtetit	1,273	1,071	84%	1,300	1,300	100%	1,300	1,300	100%
Kontribute	1,070	1,177	110%	1,459	1,311	90%	1,543	1,458	95%
Të tjera	75	50	67%	192	44	23%	157	68	43%
Fondi rezervë									
Shpenzimet, nga të cilat:	2,351	2,380	101%	2,728	2,592	95%	2,908	2,437	84%
Rimbursimi i barnave	1,726	1,783	103%	1,909	1,941	102%	2,030	1,705	84%
Shërbimi Parësor	430	432	100%	549	475	87%	583	529	91%
Shpenzime Administrative	162	137	85%	208	154	74%	219	176	80%
Investime	33	28	85%	62	22	36%	76	26	35%

BUXHETI në milionë lekë	2001			2002			2003		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Të ardhurat, nga te cilat:	3,528	3,447	98%	3,786	3,611	95%	4,559	4,647	102%
Buxheti i shtetit	1,678	1,678	100%	1,750	1,619	93%	2,100	2,100	100%
Kontribute	1,800	1,695	94%	1,956	1,902	97%	2,359	2,349	100%
Të tjera	50	74	148%	80	90	113%	100	198	198%
Fondi rezervë									
Shpenzimet, nga të cilat:	3,112	2,967	95%	3,786	3,604	95%	4,559	4,366	96%
Rimbursimi i barnave	1,749	1,681	96%	1,687	1,697	101%	2,101	2,249	107%
Shërbimi Parësor	889	826	93%	1,365	1,209	89%	1,581	1,380	87%
Shpenzime Administrative	229	222	97%	307	300	98%	347	315	91%
Investime	30	23	76%	107	78	73%	140	121	87%
Spitali Durrës	215	215	100%	320	320	100%	390	301	77%

BUXHETI në milionë lekë	2004			2005			2006		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Te ardhurat nga te cilat:	5,150	5,181	101%	6,893	6,557	95%	6,502	6,371	98%
Buxheti i shtetit	2,350	2,350	100%	3,250	3,250	100%	2,805	2,805	100%
Kontribute	2,690	2,680	100%	3,233	3,234	100%	3,647	3,365	92%
te tjera	110	152	138%	110	72	66%	50	201	402%
Fondi rezerve				300		0%			
Shpenzimet, nga të cilat:	5,450	5,760	106%	6,893	6,870	100%	6,502	6,246	96%
Rimbursimi i barnave	3,046	3,492	115%	4,371	4,373	100%	3,630	3,619	100%
Shërbimi Parësor	1,555	1,520	98%	1,603	1,590	99%	1,750	1,630	93%
Shpenzime Administrative	354	340	96%	372	365	98%	402	359	89%
Investime	100	59	59%	52	51	99%	100	36	36%
Spitali Durrës	355	350	98%	440	436	99%	467	467	100%
Ekzaminime Terciare	40	0	0%	56	56	100%	153	135	88%

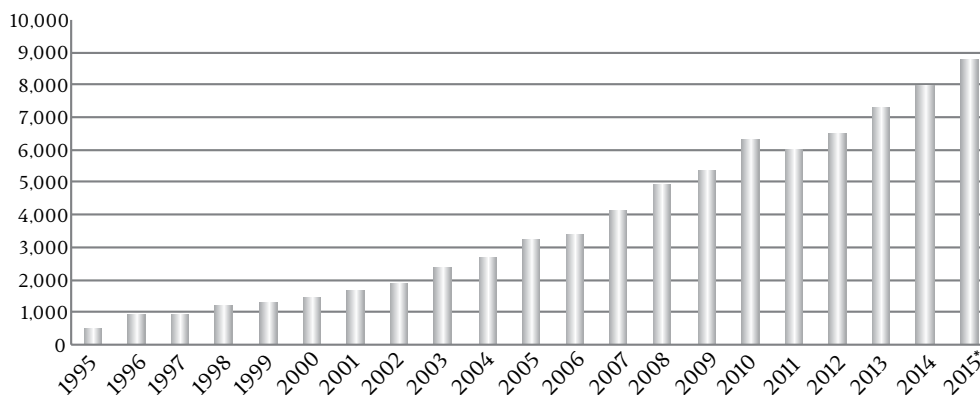
BUXHETI në milionë lekë	2007			2008			2009		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Të ardhurat, nga të cilat:	10,082	9,972	99%	11,160	10,983	98%	24,211	23,010	95%
Buxheti i shtetit	5,545	5,545	100%	5,937	5,937	100%	6,431	6,431	100%
Kontribute	4,487	4,155	93%	5,173	4,966	96%	5,829	5,377	92%
Të tjera	50	272	544%	50	80	160%	50	90	181%
Fondi Rezervë									
Buxheti për Spitalet							11,901	11,112	93%
Shpenzimet, nga të cilat:	10,082	9,069	90%	11,160	10,376	93%	24,211	22,982	95%
Rimbursimi i barnave	3,997	3,494	87%	4,270	4,216	99%	4,840	4,856	100%
Shërbimi Parësor	4,779	4,537	95%	5,525	4,949	90%	6,000	5,722	95%
Shpenzime Administrative	505	405	80%	525	486	93%	624	579	93%
Investime	190	42	22%	130	42	32%	110	11	10%
Spitali Durrës	501	501	100%	590	590	100%	626	626	100%
Ekzaminime Terciare	110	90	82%	120	94	78%	110	76	69%
Spitalet, nëpërmjet Thesarit							11,901	11,112	93%

BUXHETI në milionë lekë	2010			2011			2012		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Të ardhurat, nga të cilat:	25,649	25,836	101%	27,767	26,877	97%	28,934	29,031	100%
Buxheti i shtetit	7,235	7,235	100%	7,812	7,812	100%	9,057	9,057	100%
Kontribute	5,914	6,304	107%	6,510	6,030	93%	6,246	6,467	104%
Të tjera	100	130	130%	100	124	124%	190	124	65%
Fondi Rezervë				300					
Buxheti për Spitalet	12,400	12,167	98%	13,045	12,912	99%	13,441	13,382	100%
Shpenzimet, nga të cilat:	25,649	25,268	99%	27,767	26,970	97%	28,934	28,828	100%
Rimbursimi i barnave	5,900	5,927	100%	6,901	6,883	100%	7,881	7,880	100%
Shërbimi Parësor	5,930	5,899	99%	6,470	5,903	91%	6,260	6,246	100%
Shpenzime Administrative	665	573	86%	667	598	90%	657	632	96%
Investime	100	48	48%	15	5	31%	10	3	28%
Spitali Durrës	654	654	100%	670	670	100%	685	685	100%
Ekzaminime Terciare									
Spitalet, nëpërmjet Thesarit	12,400	12,167	98%	13,045	12,912	99%	13,441	13,382	100%

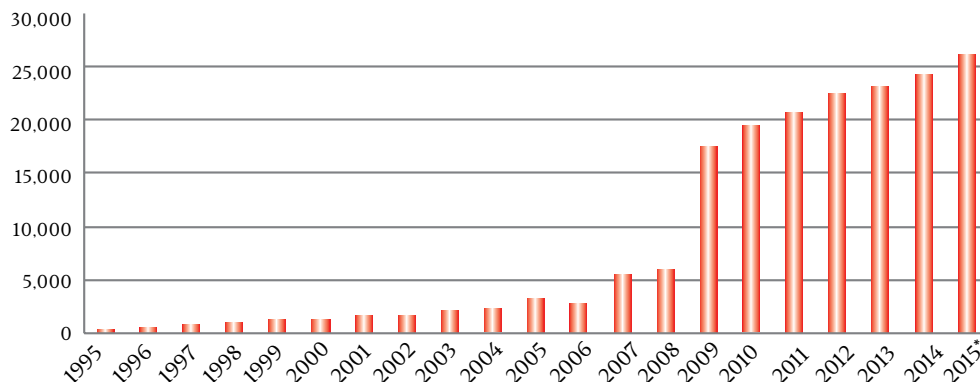
BUXHETI në milionë lekë	2013			2014			2015		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
Të ardhurat, nga të cilat:	30,736	30,612	100%	32,910	32,458	99%	35,014	0	0%
Buxheti i Shtetit	9,367	9,367	100%	8,575	8,575	100%	9,859		0%
Kontribute	7,190	7,294	101%	8,202	8,008	98%	8,801		0%
Të tjera	120	115	96%	117	135	115%			
Fondi Rezervë									
Buxheti për Spitalet	14,059	13,836	98%	16,016	15,740	98%	16,354		0%
Shpenzimet, nga të cilat:	30,736	30,145	98%	32,910	32,206	98%	35,014	0	0%
Rimbursimi i Barnave	8,422	8,420	100%	8,340	8,251	99%	8,907		0%
Shërbimi parësor	6,830	6,525	96%	6,985	6,687	96%	7,860		0%
Shpenzime Administrative	692	645	93%	724	703	97%	813		0%
Investime	20	6	32%	127	107	84%	330		0%
Spitali Durrës	713	713	100%	719	719	100%	750		0%
Ekzaminime Terciare									
Spitalet, nëpërmjet Thesarit	14,059	13,836	98%	16,016	15,740	98%	16,354		0%

ECURIA E FINANCIMIT TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR 1995-2014

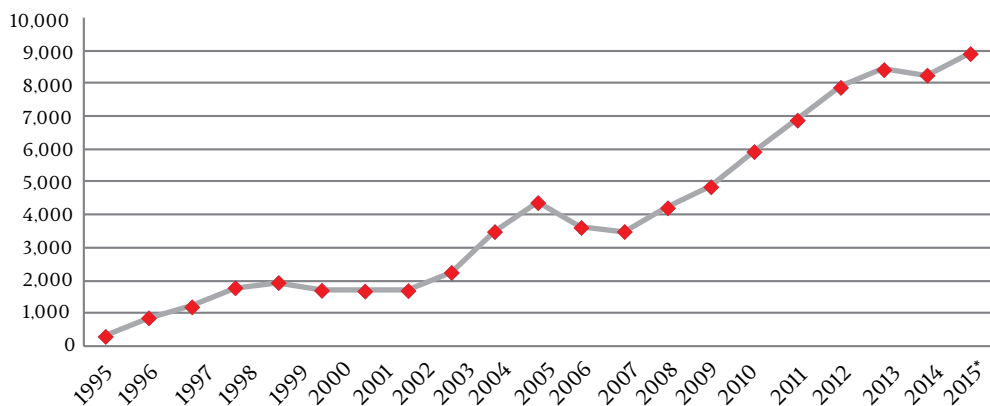
KONTRIBUTI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË VITE



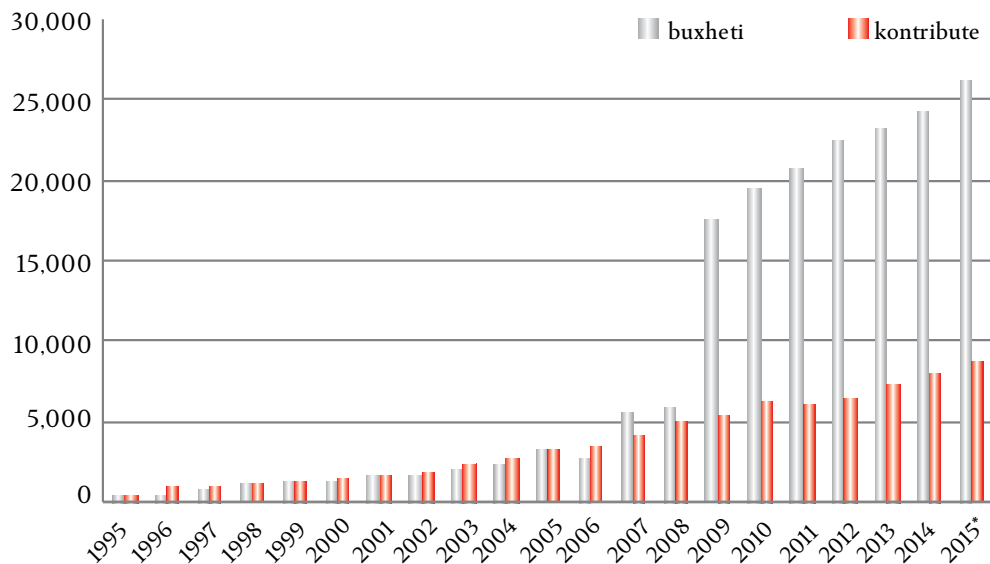
TRANSFERTA E BUXHETIT NË VITE



RIMBURSIMI NË VITE



KRAHASIMI I TRANSFERTES SË BUXHETIT ME KONTRIBUTET NË VITE



FINANCIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË VITE:

Vitet 1995 - 2006

Mbulimi i pagave vetëm për mjekët e përgjithshëm dhe të familjes me kontratë me Institucionin (MPF)

Mbulimi i shpenzimeve për rimbursimin e barnave dhe të medikamenteve të dhëna nga shërbimi ambulator për popullsinë e përfshirë në skemën e sigurimit shëndetësor (subjektet me kontratë me Institucionin -farmaci, agjenci, depo farmaceutike).

Viti 2001 e në vazhdim:

Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor zgjerohet me financimin e spitalit të Durrësit, i cili u përfshi në skemë si projekt pilot.

Viti 2007 e më vazhdim:

Në këtë vit përfshihen në skemën e financimit nga sigurimet shëndetësore të gjithë Qendrat Shëndetësore (QSH) të shërbimit parësor.

Viti 2009 e në vazhdim

Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor zgjerohet me përfshirjen në skemën e financimit nga sigurimet shëndetësore të shërbimeve spitalore.

Viti 2014 e në vazhdim

Skema e sigurimeve shëndetësore përfshin financim të posaçëm të paketave shëndetësore të miratuara nga Këshilli i Ministrave, të cilat financohet nga FSDKSH si në shërbimin shëndetësor publik shtu edhe në sektorin privat.

LISTA E BARNAVE TË RIMBURSUESHME

Lista e barnave 1995-2014

VITET	Nr. i barnave alternativa të para në LBR	Nr. i princi- peve aktive në LBR	Nr. total i bar- nave alternati- va tregtare në LBR	Shpenzimet e rimbursimit (000) lekë
	ne LBR	ne LBR	ne LBR	
1995	174	118	174	303,534
1996	278	188	278	866,680
1997	278	184	278	1,201,872
1998	278	184	278	1,783,108
1999	278	193	596	1,941,150
2000	308	175	611	1,705,164
2001	308	181	627	1,681,208
2002	341	213	650	1,693,856
2003	346	209	791	2,345,457
2004	344	209	724	3,616,990
2005	402	238	722	4,127,980
2006	355	207	748	3,361,455
2007	362	220	824	3,509,766
2008	377	222	865	4,233,005
2009	405	233	944	4,892,178
2010	409	236	991	5,941,468
2011	420	236	1061	6,908,682
2012	413	233	1102	7,922,000
2013	426	239	1135	8,472,000
2014	477	268	1275	8,256,747

1995

Lista e parë e barnave që u rimbursua nga sigurimet shëndetësore është hartuar duke u bazuar në listën thelbësore të barnave të rekomanduar nga OBSH. Lista përmbante 174 barna të shprehura në emrin gjenerik të tyre dhe të renditura sipas rendit alfabetik duke u pasuar nga çmimi referencë, çmimi i pacientit dhe ai i rimbursimit.

1996

Me VKM nr. 54 datë 02.02.1996 u miratua “Lista e barnave kryesore që rimbursohen nga sigurimet shëndetësore”, e cila hyri në fuqi më 01.03.1996 dhe përmbante 278 barna (188 principe aktive). Në këtë listë u shtuan 104 barna krahasuar me listën e vitit 1995 si dhe u percaktua masa e mbulimit të çmimit të barnave të ndare sipas 20 grupeve terapeutike. Për herë të parë u vendosën kufizimet në përdorimin e barnave.

1997

Me VKM nr.202 datë 09.05.1997 u miratua lista e re e barnave e cila hyri në fuqi më 15.05.1997. Lista ishte e njëjtë me atë të vitit të mëparshëm (278 barna-184 principe aktive). Reflektoi vetëm ndryshimet në strukturën e çmimeve të barnave sipas vendimit të Komisioni të Çmimeve të Barnave nr. 78 datë 29.04.1997. Kjo listë u shoqërua me sqarimin “Pacienti përfiton masën e rimbursimit të përcaktuar në këtë listë për të gjitha barnat alternative”, duke mos specifikuar alternativat tregtare që rimbursohen.

1998

Me VKM nr.798 datë 24.12.1998 u miratua një ndryshim në masën e mbulimit të barnave të rimbursuara, ku masa më e vogël e mbulimit u vendos 37.5 % - 100 % për listen që hyri në fuqi më 01.09.1998. Edhe kjo listë kishte po të njëjtin numër barnash – 287. Në këtë listë, krahas emrit gjenerik të barit, u vendos edhe emri tregtar si dhe firma farmaceutike prodhuese (duke reflektuar ndryshimet e gjithë tregut farmaceutik në vendin tonë).

1999

Për të katërtin vit radhazi, lista e barnave nuk ndryshon në numër – ajo përmbante 278 barna të rimbursueshme (193 principe aktive apo 596 alternativa tregtare).

2000

Gjate vitit 2000 nuk ka patur liste të re të barnave të rimbursuara nga ISKSH por janë bërë disa ndryshime mbi listën e vitit 1999. Kështu me VKM nr.190 datë 21.04.2000 shtohen barnat Acidum ursodeoxycholicum 250 mg dhe Cyproteronum 100 mg inj si dhe u bë zëvendësimi i Insulinave shtazore me Insulinat Humane në formë pene. Me VKM nr. 610, datë 17.11.2000 u bënë disa ndryshime në LBR, nga ku u hoqën 23 barna dhe u shtuan 9 barna si antikanceror (Letrazol, Danazol etj) dhe imunosupresive(ciclosporinat).

2001

Lista e barnave të rimbursuara nga ISKSH hyri në fuqi më 01.07.2001, duke u bazuar në VKM nr.307 datë 12.05.2001. Në këtë listë u shtuan 9 barna të reja dhe u hoqën 17 barna të tjera që ishin në trajtë pluhurash për përgatitje galenike, por që nuk përdoreshin më në praktikën mjekësore, me zgjerimin e tregut farmaceutik me forma të gatshme. Efekti i tyre financiar ishte i papërfillshëm. Risi në këtë listë ishte rikonceptimi i saj duke u mbështetur në klasifikimin ndërkombëtar ATC (anatomok, terapeutik, dhe kimik) të rekomanduar nga OBSH. Lista përmbante 308 barna gjenerike (181 principe aktive) apo 627 alternativa tregtare. U shtuan 47 barna si formë doza të reja të listës së mëparshme, për të rritur cilësinë e shërbimit ndaj pacientëve.

2002

Me VKM nr.347 datë 11.07.2002 u miratua lista e barnave të rimbursueshme për vitin 2002, e cila hyri në fuqi më 01.09.2002. Kjo listë përmbante 341 barna (213 principe aktive apo 650 alternativa tregtare). Në këtë listë u bënë ndryshime të rëndësishme në përmbytje, që konsistuan në futjen e 73 formë dozave të reja ose 33 principe aktive, ndërkohe që u heqën nga lista 40 barna kryesisht të paregjistruara në RSH.

2003

Miratuar me VKM nr. 321 datë 15.05.2003, lista e re përmbante 346 barna (209 principe aktive apo 791 alternativa tregtare). Lista hyri në fuqi më 01.07.2002 dhe u pasurua me 10 barna, si përshtatje doza dhe vëllime të reja të barnave ekzistuese të listës 2002 si dhe u hoqën 7 barna të përfshira në listën OTC, të rinovuar nga MSH, që tregtohen në farmaci pa recetë mjekësore. Në listën 2003 u përfshi vetëm një bar i ri si princip aktiv që ishte Mycophenolate Mofetil (Cell Cept), i futur për trajtimin e pacientëve që kishin kryer transplant të veshkave, si terapi kundër flakjes së organit.

Po në këtë listë, u miratua shtesa me VKM nr. 696, datë 16.10.2003, duke shtuar barnat: Erythropeatinum beta 1000 Nj.N dhe Erythropeatinum beta 2000 Nj.N. Gjithashtu në këtë listë, për kategorinë “Pensionistë” fillon dhe rimbursimi i alternativave të para të barnave të listës me masë mbulimi 100%. Ndikimi i këtij vendimi pasqyrohet me rritjen e shpenzimeve të rimbursimit për këtë kategori në masen 50% në vitin 2004, krahasuar me vitin 2003.

2004

Miratuar me VKM nr. 322, datë 21.05.2004 dhe VKM nr. 578, datë 27.08.2004, lista e re përmbante 344 barna (209 principe aktive apo 724 alternativa tregtare). Kjo listë pati një rritje shumë të ndjeshme të shpenzimeve të rimbursimit -rreth 65.5 % të atij të realizuar në 2003, në bazë të VKM nr.696, datë 16.10.2003, me të cilën bëhet miratimi i ndryshimeve të çmimeve të disa barnave si dhe përcaktohet “Masa e mbulimit të çmimit të barnave të rimbursueshme për kategorinë pensionistë është 100 %”. Rritja e konsumit të barnave lidhet direkt me rritjen e interesit të kategorise “Pensionistë” për të përfituar barnat e rimbursueshme në kushtet e përfitimit 100 % të alternativës së parë të çdo bari. Më konkretisht, në vitin 2004, rritja e rimbursimit për kategorinë “pensionistë” përbënte afërsisht 70% të rritjes totale të rimbursimit ndër vite.

2005

Lista e barnave të rimbursueshme e vitin 2005, ka një rritje sinjifikative të numrit të barnave. Miratuar me VKM nr 138, datë 18.03.2005 dhe VKM nr.493, datë 30.06.2005, lista hyri në fuqi më 01.07.2005 dhe përmbante 402 barna (238 principe aktive apo 722 alternativa tregtare). U shtuan 72 barna të reja (42 principe aktive, prej të cilave 26 ishin principe aktive që futeshin rishtazi në rimbursim).

2006

Miratuar me VKM nr. 161, datë 21.03.2006 dhe VKM nr.178, datë 29.03.2006, lista e re e barnave hyri në fuqi më 19.04.2006. Kjo listë përmbante 355 barna (207 principe aktive apo 748 alternativa tregtare). Nga kjo listë u hoqën 43 barna, nga të cilat 31 principe aktive, në bazë të vendimit të Komisionit të Listës së Barnave nr.78, datë 09.03.2006, me propozim të OBSH, barna të paregjistruara si dhe barna që nuk përdorshin shumë në terapinë bashkëkohore.

2007

Miratuar me VKM nr. 107, datë 28.02.2007, lista e re hyri në fuqi më 01.04.2007. Kjo listë permbante 362 barna (220 principe aktive apo 824 alternativa tregtare). Në këtë list u shtuan 14 barna të reja (13 principe aktive), u hoqën dy barna si dhe u bë ndryshim i formë-dozave të 6 barnave, në përshtatje me ato që qarkullonin në treg, në bazë të vendimit të Komisionit të Listës së Barnave nr.10, datë 12.01.2007. Lista e barnave të rimbursuara 2007 përmban barna të rreth 121 firmave farmaceutike të vendeve të ndryshme, sipas ligjit në fuqi.

2008

Miratuar me VKM nr. 780, datë 14.05.2008, lista e re e barnave hyri në fuqi më 01.07.2008 dhe përmbante 377 barna (222 principe aktive apo 865 alternativa tregtare). Në këtë listë është bërë zëvendësimi i 5 barnave të listës me 5 formë doza të tjera të të njëjtave principe aktive, në përshtatje me tregun farmaceutik (për shkak se ato nuk prodhohen më nga firmat prodhuese farmaceutike); u hoqën 9 alternativa barnash, të cilat po kështu nuk prodhoheshin apo nuk importoheshin më në RSH; u shtuan 24 barna të reja, nga të cilat 6 principe të reja aktive. Disa nga barnat e reja që u shtuan, ishin formë doza të reja si dhe kombinime të barnave të listës së mëparëshme (2007). Risi për këtë liste ishte përfshirja e Insulinave analoge, që do të sillnin një përmirësim në trajtimin e të sëmureve diabetikë.

Rritet përfaqësia e firmave farmaceutike, pasi lista e barnave të rimbursuara 2008 përmbante barna të rreth 130 firmave farmaceutike të vendeve të ndryshme, ku dominojnë barnat e vendeve të Bashkimit Europian. Lista e barnave të vitit 2008 kishte 203 barna si alternativa të vetme dhe 174 si barna gjenerike, që përbënin rreth 54 % të barnave të listës.

2009

Miratuar me VKM nr 521, datë 13.05.2009, lista e re e barnave hyri në fuqi më datë 01.06.2009 dhe përmbante 405 alternativa të para apo 944 alternativa tregtare, që përbëjnë 233 principe aktive. Në këtë listë janë hequr 4 barna dhe janë shtuar 31 barna si formë doza (apo 12 principe aktive të reja). Risi e kësaj liste ishte përfshirja e barit për trajtimin e leuçemisë mieloidë kronike, një bar jetik për të sëmurët e prekur nga kjo sëmundje gjaku. E veçantë në këtë listë ishte vendimi për dhënien e barnave me kosto të lartë vetëm në farmacinë e QSUT-së, ku do të aplikohet vetëm marzhi i diferencuar i tregtimit me shumicë në masën 8%.

2010

Miratuar me VKM nr.138, datë 24.02.2010 , lista e re hyri në fuqi më 01.07.2010. Lista e re e barnave të rimbursueshme e vitit 2010 pasurohet me shtruar 17 barna të reja (apo 5 principe aktive të reja), ndërkohë që hiqen nga lista 13 barna, të cilat firmat farmaceutike nuk i prodhonin dhe rrjedhimisht nuk i tregtonin më në vendin tonë.

2011

Lista e barnave 2011 u miratua me VKM nr.504, datë 01.06.2011 dhe hyri në fuqi më 01.07.2011.

Në listën e barnave të vitit 2011, u shtuan 24 barna të reja (apo 6 principe aktive të reja) që ishin kryesisht formë doza të reja të barnave të listës si dhe kombinime të reja të barnave të listës, duke krijuar alternativa të reja mjekuese. Ndërkohë që nga kjo listë u hoqën 13 barna (6 principe aktive), të cilat firmat farmaceutike nuk i prodhonin dhe rrjedhimisht nuk i tregtonin më në vendin tonë, si dhe barna që u kishte mbaruar afati i regjistrimit në RSH. Në total lista 2011 përmbante 420 barna nga 409 barna që kishte lista 2010, duke mbetur me 236 principe aktive. Në këtë listë, u aplikua marzhi i diferencuar i tregtimit 4% për barnat me kosto të lartë që do të jepeshin vetëm nga farmacia e QSUT-së. Ndërsa barnat që mjekojnë anemikë nga IKR, në bazë të urdhrit të ministrit të Shëndetësisë nr. 540, datë 12.10.2010, do të liberalizoheshin, duke u dhënë pranë farmacive në spitalet rajonale Shkodër, Elbasan e Gjirokastrë, spitale që ofrojnë shërbimin e dializës.

Por vetëm 26 ditë pas hyrjes në fuqi, lista ndryshohet me VKM nr.544, datë 27.07.2011, e cila hyri në fuqi më 01.09.2011, pasi vendoset ulja e marzheve të tregtimit. Barnat e LBR të re ishin me marzhe të diferencuara 10%-26 %, nga 14%-29% që ishin në listën e miratuar më herët.

2012

Me VKM nr.471, datë 18.07.2012 miratohet lista e re 2012, e cila hyri në fuqi në muajin gusht të këtij viti. Në këtë listë u shtuan 22 barna të reja (apo 4 principe aktive të reja) formë doza të reja të barnave të listës si dhe kombinime të reja të barnave të listës, duke krijuar alternativa të reja mjekuese. U hoqën nga lista e mëparshme 7 barna (3 principe aktive), të cilat firmat farmaceutike nuk i prodhonin më. Në total lista 2012 përmbante 435 barna, nga 420 barna që përmbante lista 2011 dhe 237 principe aktive.

2013

Lista e re e barnave të vitit 2013 u miratua me VKM nr.102, datë 06.02.2013 dhe hyri në fuqi më 1 mars të vitit 2013. Në këtë listë, krahasuar me vitin 2012, u shtuan 19 barna të reja (apo 6 principe aktive të reja) dhe u hoqën 6 barna, formë doza të barnave të listës ekzistuese. Në total LBR 2013 përmbante 426 barna, duke u shtuar barna me përdorim kryesisht në kardiologji, endokrinologji, pneumologji, nefrologji, pediatri, reumatologji, neurologji etj.

2014

Për herë të parë, lista e barnave të rimbursueshme hartohet –falë ligjit të ri të FS-DKSH- nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Lista e barnave të vitit 2014 pati një hop cilësor në pasurimin e listës së barnave të rimbursueshme. Lista e re u miratua me VKM nr.135, datë 12.03.2014 dhe hyri në fuqi më 01.04.2014. Lista u pasurua me 56 barna të reja, që shërbejnë për sëmundje si diabeti, anemitë, sëmundjet kardiale, disa sëmundje tumorale, në neurologji, në nefrologji, në kujdesin paliativ, në dermatologji, gjinekologji, urologji, shëndetin mendor, alergjologji, okulistikë etj. Risi e vitit 2014 ishte dhe përfshirja e disa sëmundjeve të pambuluara më parë, si, disa lloje tumoresh, Hepati B dhe C, çrregullimet hormonale, apo edhe varësia nga alkooli. Me mbështetjen e Qeverisë, me një menaxhim më të mirë të fondeve, falë heqjes së TVSH për barnat si dhe falë negociimit të çmimeve të barnave, FSDKSH arriti të vërë në shërbim të popullatës në nevojë këtë vit, një numër prej 477 barnash të rimbursueshme.

ANEKS II



BOTIMET E FSDKSH DHE DISKURSE PUBLIKE



Kjo është një histori 10 vjeçare, por me gjasë, do të bashkëshoqërojë historinë e vështirë por të suksesshme të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor edhe në vitet në vijim. Prej 10 vitesh, Institucioni boton periodikisht revistën e tij “Fokus”, ku gjen vend aktualiteti shëndetësor, aktivitetet e Institucionit dhe impakti që vendimmarrjet e tij kanë në popullatë. Botimi periodik i Institucionit ka si synim informimin e të gjithë aktorëve që japin dhe marrin shërbimin shëndetësor. Profesionistët e shëndetit kanë një dritare më shumë për t’u informuar, ndërsa pacientët, një mundësi më tepër për ditur të drejtat e tyre. Institucioni në këto vite ka publikuar gjithashtu edhe botime të posaçme, raporte vjetore si dhe botime të përbashkëta me institucione të tjera shqiptare dhe ndërkombëtare në fushën e shëndetësisë.

Disa nga revistat e Institucionit ndër vite:







SHKRIME TË PUBLIKUARA NË
SHTYPIN E PËRDITSHËM NGA
DREJTORI I PËRGJITHSHËM I
FSDKSH, DR. ASTRIT BECI



KURAJË PËR NDRYSHIM!



Ishite viti 1924 kur mjekët më të mirë të Shteteve të Bashkuara të Amerikës ishin mbledhur në konsultë për djalin e Presidentit Calvin Coolidge. Një fshikëz e vogël në këmbë, e shkaktuar nga këpucët e tenisit të veshura pa corape, pak ethe, më pas temperaturë dhe rëndim i gjendjes, septicemia. Calvin junior do të vdiste pas pak ditësh, në moshën 16 vjeçare, i shoqëruar nga një tis trishtimi dhe ankthi që prej ditësh kishin mbuluar të gjithë Amerikën dhe nga një depresion i thellë i presidentit që do ta shoqëronte deri në fund të jetës. Penicilina dhe antibiotiket e tjere akoma nuk ishin zbuluar! Në qershor të '44 penicilina jo vetëm që do të mbushte depot e ushtrisë dhe të popullatës, por, ajo do të sfidonte rregullat e shkencës mjeksore duke ndryshur Botën me të cilën kishte punuar deri në atë kohë industria. Kurrë më parë

profesorët e universitetit dhe kërkuesit shkencorë të industrisë nuk kishin provuar të punonin së bashku. Kishte filluar kështu periudha më pjellore për shkencën e jetës, që ndërmjet viteve '40 dhe '80, do të sillte rezultate që deri në atë kohë as që mund të imagjinoreshin. Në këtë periudhë, barnat do të profiloheshin si një "instrument i fuqishëm i shëndetit" dhe dëshira për të zbuluar barna të reja, do të arrinte të

superonte gjithçka tjetër deri dhe ato për të cilat njeriu ishte krenuar në shekuj! Fatkeqësisht, zhvillimi i industrisë farmaceutike, në rrugën e saj galopante, nuk i rezistoi dot 'ndotjes' së marketingut të paskrupullt nga ana e të interesuarit për shitjen e barnave, i cili jo rrallë kushtëzoi zhvillimin e barnave të reja në drejtime që nuk përkonin me nevojat reale të shëndetit të popullatës, duke i kthyer ato nga "instrumenta të shëndetit" në "të mira të konsumit". Pikërisht ky deviacion, do të çonte në rritjen në mënyrë të frikshme të konsumit dhe kostos së barnave, duke u kthyer në sfidë, jo vetëm për vendet në zhvillim, por edhe për vendet e zhvilluara.

Në kohë krize, diferencat ekonomike të mjekimit, nuk janë thërrmija!

Pikërisht kjo kosto dhe ky konsum, shoqëruar me acarin e dimrit ekonomik, ka bërë që dhe në vendet e zhvilluara, ekuivalentet e barnave patentë të ftohen në katedër si alternativë e parë e mjekimit. Adoptimi i barnave ekuivalente në vend të atyre origjinare, atëherë kur atyre i ka skaduar mbrojtja e patentës, rezulton një magji ekonomike per Shërbimin Sanitar Nazional Amerikan. Sipas këtij shërbimi, mbi 80% e barnave të përshkruar në SHBA gjatë vitit 2012, ishin ekuivalente dhe vetëm 20 % barna patentë/origjinare, nëpërmjet të cilëve ekonomia amerikane kurseu 193 miliard dollarë. Akoma më imperative bëhet adaptimi i kësaj strategjie në vendet në zhvillim. Në këto vende, t'i hapësh rrugë barnave gjenerike/ekuivalente, do të thotë jo vetëm të ulësh koston e mjekimit në mënyrë të ndjeshme, por, sidomos të kesh mundësi të mjekosh më shumë të sëmurë me të njëjtat cilësi mjekuese. Konkretisht, për të mjekuar një të sëmurë me leuçemi (New England Journal 2013), një muaj mjekim me një bar patente/origjinar, kushton rreth 2.600 dollarë, përkundër 175 dollarëve që ky bar kushton i prodhur nga një kompani e fuqishme për barna gjenerike/ekuivalente. Ndërsa, për të mjekuar një të sëmurë me AIDS, nga 10.000 dollarë që kushtonte një vit trajtimi me barna patentë, me futjen e ekuivalenteve të tyre, çmimi i mjekimit zbriti në 150 dollarë në vit. Pikërisht në diferencat e mëdha ekonomike të mjekimit me barna ekuivalente nga njëra ana dhe industrisë gjigande të barnave patentë nga ana tjetër, qëndron sfida e politikave të mjekimit, jo vetëm në vendet në zhvillim, por

edhe në ato të zhvilluara. Me çfarë çmimi duhet ta blejmë shendetin? Pyet Daniel Callahan, në librin e tij me të njëjtin titull. Sa më lirë, do ti përgjigjeshin amerikanët pa as më të voglën medyshje, pasi 80% e barnave që ata përdorin, janë gjenerike. Po ashtu Anglia, Gjermania dhe Franca kanë adaptuar në praktiken e përditëshme të njëjtin qëndrim ndaj barnave ekuivalente. Sipas Sherbimeve Nacionale të këtyre vendeve, rreth 60–70 % e barnave të konsumuara, janë ekuivalente. Barnat patentë në keto vende, kanë ardhur drejt një rrudhjeje graduale. Italia lëkundet nën presionin e madh të politikbërësve të mjeksisë dhe të shpurës së mjekëve që i shkojnë pas nën logon e cilësisë së barnave gjenerike, të ngushtimit të hapësirave krijuese dhe të demotivimit të industrisë së barnave për të prodhuar barna të reja. Dhe kjo pasi, sot në Itali, çdo ditë rreth 30.000 informatorë farmaceutikë, të cilët vizitojnë mesatarisht nga 8 deri 10 mjekë, emetojnë mesazhe të një kulture në të cilën barnat shihen vetëm si bartës të të mirave dhe aspak si, jo rrallë, gjeneratorë të

toksicitetit. Gjithsesi, pak ditë më parë, qendra italiane e studimit dhe analizës së tregut (TEVA), publikoi rezultatet e një studimi mbi perceptimin e italianëve rreth barnave gjenerike/ekuivalente. Rezultatet konfirmuan jo vetëm një dakordësi të shprehur të italianëve ndaj barnave gjenerike, por evidentuan një fakt shumë të rëndësishëm; se, vetëm në vitin e kaluar, italianët do të kishin kursyer të pakten 1 miliard euro, nëse ata do të përdornin barna ekuivalente në vend të atyre origjinare. Siç duket, kriza ekonomike, i ka bërë italianët të reflektojnë!

Sa kushton ndryshimi?

Shumë, sepse preken interesa. Pak ditë më parë, më 20 qershor të vitit 2013, Komisioni Europian dënoi ashpër nëntë firma medikamentesh, përfshirë edhe atë daneze Lundbeck, për vonimin e hyrjes në treg të medikamenteve gjenerike, më të lira, të firmave konkurente, duke nxitur kështu jo vetëm një betejë ligjore, por edhe një betejë qytetarie për barnat gjenerike. Lundbeck akuzohet se ka paguar kompanitë e tjera që të vonojnë hedhjen në treg të barit gjenerik, citalopram, i njohur ky në mjekimin e depresionit. Aspak, sepse përdorimi i këtyre barnave, i shndërruar në realitet në SHAB dhe në shumicën e vendeve europiane, i ka superuar paragjykimet e lidhura me cilësinë e tyre, si dhe ka argumentuar se ato nuk ndikojnë në frenimin e investimeve për barna të reja apo dhe në kërkimin shkencor.

Së pari, shumë nga kompanitë gjenerike, tashme janë blerë nga kompanitë e mëdha multinazionale që prodhojnë barna origjinare, duke konfirmuar faktin se, barnat

gjenerike i plotësojnë kërkesat e legjislacionit European, «kualitet, efikasitet dhe siguri». Ky kombinim përkthehet në cilësi në favor të një çmimi shumë më të ulur. Është kjo arsyeja, që këto produkte njihen si ekuivalente të patentuar (branded generics). Në vitin 2012, atorvastatines, barit të përdorur për të ulur nivelin e kolesterolit, që prej vitesh ka qenë ilaçi më i shitur në Botë, i skadoi patentat. Efekti i mjekimit me alternativat ekuivalente është i shkëlqyeshëm, edhe pse çmimi është shumë më i ulur. Gabimisht, në filozofinë popullore, por edhe e lidhur me interesa, vazhdon të dominojë qëndrimi se, çmimi më i ulët dë të thotë cilësi më e ulët. Është detyrë e mjekëve t'ua shpjegojnë të sëmureve. Çmimi i tyre është shumë më i lirë se origjinari, jo për cilësinë, por për faktin se ato nuk kanë harxhuar gjë për zhvillimin dhe marketingun e tyre!

Së dyti, sipas kompanive multinacionale që prodhojnë barna origjinare, «të mbrohesh nga patentat është fundamentale për të mundur të vazhdosh të investosh në barna gjithmonë e më të reja». A është vërtet kështu? Jo tamam. Industria farmaceutike ka dekada që nuk prodhon fare barna të reja. Përse? Pjesërisht pasi gjërat më të lehta për tu zbuluar, janë zbuluar tashmë, dhe pjesërisht pasi edhe ato që kanë dalë në treg si të reja, kanë vetëm modifikime të vogla që nuk përbëjnë një zbulim të vërtetë, (thonë specialistë të FDA). Sipas tyre, rrezikon më pak dhe fiton më shumë me modifikime, sesa me barna vërtet të reja. Më thoni një emër antibiotiku të ri këto 30 vitet e fundit?

Së treti, pretendohet se kosto e barnave origjinare është shumë më e lartë se e barnave ekuivalente, pasi paguhet kërkimi shkencor. Vërtet? "Për kërkimin shkencor industria shpenzon më pak se gjysmën e asaj që ajo shpenzon për promocion. Informatorët promociionalë janë më të shumtë se kërkuesit shkencorë dhe që për më tepër, jo rrallë, informacioni i tyre është i deformuar me qëllimin e vetëm rritjen e tregut," insiston Marcia Angell, Professore e Harvard, mbi 25 vjet në revisten New England Journal of Medicine, 15 vjet si drejtore e revistës, e klasifikuar nga Time Magazine si ndër 25 amerikanët më me influencë. Disa nga editorialet e saj kanë hapur shtigje të reja në shkencë.

A mundemi ne të përqafojmë ndryshimin?

Një ditë pashë një zog me ngjyrë të bukur dhe pyeta një fshatar. Çfarë zogu është ky? Ngriti supet, më pa me habi dhe m'u përgjigj: "Përse të duhet or mik? Ai nuk hahet".

Pikërisht sot, në zgrip të ekonomisë, ka ardhur koha e rigjykimit të këtij paradoksi

ballkanik, përshkruar kaq bukur nga nobelisti grek, Kazanzaqis, pasi konsumi dhe kostoja e barnave ka arritur në qiell, duke u kthyer në sfidë sidomos në vendin tonë. Jemi të detyruar të rishohim shumë nga qëndrimet tona, pasi nuk kemi luksin të bëjme asgjë nga ato që kemi bërë në të kaluarën. Realiteti i sotëm, si nje erë shiroku që paralajmeron shiun, na shtyn drejt një kulture të re të eficiencës, pjesë e së cilës janë edhe barnat ekuivalente. Gjithsesi nuk duhet të jetë e lehtë, pasi me gjithë sigurinë, efikasitetin dhe përparësitë ekonomike që barnat ekuivalente ofrojnë, ekziston akoma në vendin tonë një mosbesim ndaj tyre, e ushqyer natyrisht nga ata që ju preket fitimi, në raport me barnat origjinare. Dhe në fakt reagimi është i kuptueshëm, pasi me futjen e tyre si zgjedhje e parë, industritë farmaceutike duhet të pakësojnë çmimet dhe kuotat në merkato, farmacistët fitimet e tyre, ndërsa mjekët bonuset. A mjafton ky cenim interesi për t'u bërë bllok kundër “erës” së barnave ekuivalente? Natyrisht liria e barnave ekuivalente është shoqëruar me një kontroll të rreptë për shmangjen e abuzimeve. Vetëm 2 muaj më parë, FDA deklaroi përjashtimin nga tregu të barit ekuivalent të antidepressantit Ëellbutrin për abuzime në cilësinë e tij. Por pavarësisht këtij rasti, opinioni i FDA karshi barnave gjenerike mbetet i palëkundur: Gjeneriket janë të sigurtë dhe efektive!

Ndaj besoj që, implementimi i këtyre barnave (gjenerikë), do të bëjë që ne të sigurojmë një numër më të madh përfituesish, duke na krijuar dhe hapësirën e shtimit të paketave të parësorit dhe spitalorit, për nozologji të veçanta. Kjo do t'i shërbejë përmirësimit të kujdesit shëndetësor për të gjithë popullatën, si dhe do të përmirësojë dhe ndikojë direkt dhe në furnizimin me barna dhe materiale mjekimi të shërbimeve parësore dhe spitalore. Po kështu, prioritet i joni mbetet edhe siguri i fondeve për check-up-e bazike, me qëllim depistimin dhe parandalimin e sëmundjeve në përgjithësi, duke u fokusuar në sëmundje me rrezikshmëri për jetën. Besojmë që me një mirëmenaxhim të fondit, do të bëjmë të mundur që në vitin e parë të qeverisjes, rritjen në mbi dyfish të fondit për preparatet citostatike etj, duke kontribuar direkt në rritjen e cilësisë së shërbimit dhe rritjen e numrit të përfituesve.

BARNAT GJENERIKE NË ‘LUFTË CIVILE’ ME ETIKËN DHE INTERESAT



Pak kohë më parë, Komisioni European dënoi ashpër nëntë firma medikamentesh, përfshirë edhe firmen daneze të medikamenteve ‘Lundbeck’, për vonimin e hyrjes në treg të medikamenteve gjenerike, më të lira, të firmave konkurrenente. Ky i fundit akuzohet se ka paguar kompanitë e tjera, që të vonojnë hedhjen në treg të barit gjenerik Citalopram, i njohur në mjekimin e depresionit. “Eshtë e papranueshme, që, një kompani pagan konkurrentin e saj, që të vonojë futjen e barnave më të lira” - thotë Joaquin Almunia, komisioneri i Konkurrueshmërisë në Komisionin European - duke rritur shpenzimet e barnave në dëm të pacientëve dhe sistemit nacional të shëndetit, duke nxitur kështu jo vetëm një betejë ligjore, por edhe një betejë qytetarie për barnat gjenerike. Betejë kjo e pranishme jo vetëm në vendet në zhvillim, por edhe në vendet e standartizuara, betejë, që për herë të parë u shfaq publikisht edhe në Shqipëri, në një kohë kur ekuivalentet e barnave patentë, tashmë në të gjithë Botën, janë ngjitur në katedër si alternativë e parë e mjekimit.

Adoptimi i barnave bioekuivalente, alias gjenerike, në vend të atyre origjinare, atëherë

kur atyre i ka skaduar mbrojtja e patentës, rezulton një magji ekonomike për Shërbimin Sanitar Nacional Amerikan. Sipas këtij Shërbimi, mbi 80% e barnave të përshkruar në U.S.A gjatë vitit 2012, ishin ekuivalente dhe vetëm 20 % barna patentë/originare, nëpërmjet të cilave, ekonomia amerikane kurseu 193 miliard dollarë. Ti hapësh rrugë barnave gjenerike, do të thotë jo vetëm të ulësh koston e mjekimit në mënyrë të ndjeshme, por, sidomos, të kesh mundësi të mjekosh më shumë të sëmurë me të njëjtat cilësi mjekuese. Konkretisht: Për të mjekuar një të sëmurë me leucemi (New England Journal 2013), një muaj mjekim me një bar patentë/originar, kushton rreth 2.600 dollarë kundër 175 dollarëve që ky bar kushton i prodhur nga një kompani e fuqishme për barna gjenerike/ekuivalente. Pikërisht në diferencat e mëdha ekonomike të mjekimit me barna gjenerike/ekuivalente nga njëra ana dhe industrisë gjigande të barnave patentë nga ana tjetër, qëndron sfida e politikave të mjekimit jo vetëm në vendet në zhvillim, por edhe në ato të zhvilluara.

Vendet europiane gjithashtu kanë adaptuar në praktikën e përditshme të njëjtin qëndrim ndaj barnave ekuivalente. Sipas Shërbimeve Kombëtare të këtyre vendeve, rreth 60 – 70 % e barnave të konsumuara, janë ekuivalente. Barnat patentë në këto vende, kanë ardhur drejt një rrudhjeje graduale. Natyrisht, e gjithë rruga drejt kësaj filozofie, ka qenë vetëm “malore”, nën presionin e madh të politikbërësve të mjekësisë dhe të shpurës së mjekëve që i shkojnë pas, nën logon e cilësisë së barnave gjenerike, të ngushtimit të hapësirave krijuese dhe të demotivimit të industrisë së barnave për të prodhuar barna të reja. Vetëm në Itali, çdo ditë rreth 30.000 informatorë farmaceutikë, të cilët vizitojnë mesatarisht nga 8 deri 10 mjekë, emetojnë mesazhe të një kulture, në të cilën barnat shihen vetëm si bartës të të mirave dhe aspak si, jo rrallë, gjeneratore të toksicitetit. Pikërisht nën këtë filozofi dhe nën këto vështirësi, me shtrirje të gjerë dhe realitet edhe në vendet në zhvillim, në klimen e ftohtë ekonomike, shtjellohet e gjithë politika jonë e barnave, politikë që nuk ka si të ndryshojë edhe nga vende të tilla si, Kroacia, Sllovenia apo deri dhe Maqedonia, ku përdorimi i barnave ekuivalente, i ka superuar paragjykimet e lidhura me cilësinë e tyre. Politikë kjo, e mbështetur në realitetin e sotëm, i cili imponon një kulturë të re të eficiencës, pjesë e së cilës janë edhe barnat gjenerike/ekuivalente. Eksperiencat botërore na kishin paralajmëruar se nuk do të ishte e lehtë, pasi me gjithë sigurinë, efikasitetin dhe përparësitë ekonomike që barnat ekuivalente ofrojnë, ekziston akoma një lloj mosbesimi ndaj tyre, i ushqyer natyrisht nga ata që ju preket fitimi me futjen e barnave origjinare. Dhe në fakt, reagimi është i kuptueshëm, pasi me futjen e tyre

si zgjedhje e parë, industritë farmaceutike duhet të pakësojnë çmimet dhe kuotat në merkato, farmacistët fitimet e tyre, ndërsa mjeket bonuset.

A mjafton ky cënim interesi për t'u bërë bllok kundër "erës" së barnave ekuivalente?

Pikërisht kjo filozofi, e cila në rastin më të mirë cënon etikën dhe në rastin më të keq interesat, u sulmua nga një grup profesionistësh të barnave dhe te shitblerjes së tyre, nën petkun e cilësisë së barnave, duke kontribuar dhe në një farë mase në një "panik" në popullatë mbi cilësinë e barnave që përdoren në Shqipëri. Reagim që mbështetet edhe në mungesën e informacioneve mbi cilësinë dhe eficiencën e barnave bioekuivalente, të paktën në një pjesë të medias që mbështet "rrezikun" e shqiptarëve nga barnat gjenerike, a thua se amerikanet apo europianet që i konsumojnë, janë qytetarë të kategorisë së dytë.

Ku mbështetet filozofia jonë e barnave?

Nga të dhënat e fundit, që vijnë jo vetëm nga laboratorët, por edhe nga eksperiencat e vendeve të tjera- që tashmë jetojnë në realitetin e barnave gjenerike, në të cilin na takon edhe ne të jemi pjesë- emetohen argumente të pakundërshtueshme mbi efektivitetin dhe sigurinë e kësaj klase barnash.

Së pari, shumë nga kompanitë gjenerike tashmë janë blerë nga kompanitë e mëdha multinacionale që prodhojnë barna origjinare, duke konfirmuar faktin që barnat gjenerike i plotësojnë kërkesat e legjislacionit Europian, «kualitet, efikasitet dhe siguri». Ky kombinim përkthehet në cilësi, në favor të një çmimi shumë më të ulur. Është kjo arsyeja që këto produkte njihen si ekuivalente të patentuar (branded generics). Në vitin 2012, 'atorvastatines', barit të përdorur për të ulur nivelin e kolesterolit, që prej vitesh ka qenë bari më i shitur në Botë, i skadoi patenta. Efekti i mjekimit me alternativat ekuivalente është i shkëlqyeshëm, edhe pse çmimi është shumë më i ulur. Gabimisht, në fizozofinë popullore -dhe e lidhur me interesa- vazhdon të dominojë qëndrimi se, çmimi më i ulët do të thotë cilësi më e ulët. Është detyrë e mjekeve t'jua shpjegojnë të sëmurëve: Çmimi i tyre është shumë më i lirë se origjinari, jo për cilësinë, por për faktin se ato nuk kanë harxhuar gjë për zhvillimin dhe marketingun e tyre.

Së dyti, sipas kompanive multinacionale që prodhojnë barna origjinare, «të mbroresh nga patenta është fundamentale për të mundur të vazhdosh të investosh në barna gjithmonë e më të reja». A është vërtet kështu? Jo taman. Industria farmaceutike ka

dekada që nuk prodhon fare barna të reja. Përse? Pjesërisht, pasi gjërat më të lehta për t'u zbuluar janë zbuluar tashmë dhe pjesërisht së, edhe ata që kanë dalë në treg si të reja, kanë vetëm modifikime të vogla që nuk përbejnë një zbulim të vërtetë, (thonë specialistë të FDA). Sipas tyre, rrezikon më pak dhe fiton më shumë me modifikime, sesa me barna vërtet të reja. Më thoni një emer antibiotiku të ri këto 30 vitet e fundit?

Së treti, pretendohet se kosto e barnave origjinare është shumë më e lartë se e barnave ekuivalente, pasi paguhet kërkimi shkencor. Vërtet? "Për kërkimin shkencor industria shpenzon më pak se gjysmën e asaj që ajo shpenzon për promocion. Informatorët promcionalë janë më të shumtë se kërkuesit shkencorë dhe që për më tepër, jo rrallë informacioni i tyre është i deformuar me qëllimin e vetëm- rritjen e tregut," insiston Marcia Angell, Professore e Harvard, mbi 25 vjet në revistën New England Journal of Medicine, 15 vjet si drejtore e revistës, e klasifikuar nga Time Magazine ndër 25 amerikanët më më influence. Disa nga editorialet e saj kanë hapur shtigje te reja në shkence.

Natyrisht liria e barnave ekuivalente duhet dhe është shoqëruar me një kontroll të rreptë për shmangien e abuzimive, të cilat janë një rrezik konstant jo thjesht për barnat gjenerike, por për të gjitha fushat e zbulimit dhe shitjes së barnave në të gjithë Botën. Pikërisht pak ditë më parë, 28 maj 2014, Coriere della Sera hapet me një titull bombastik:

Novartis-Roche, il ministero chiede risarcimento record: 1,2 miliardi. La richiesta arriva dopo i pronunciamenti dell'Antitrust su comportamenti ritenuti anticoncorrenziali relativi alla commercializzazione di medicinali....

Dy gjigantët e e industrise farmakologjike Novartis dhe Roche paskan marrë një penalizim të jashtëzakonshem prej 1.2 miliadr eur gjobë, për sjelljen antikonkurrenciale dhe për dëmin ekonomik që kanë shkaktuar në Itali! Të dy medikamentet, nuk paraqesin diferenca nga pikpamja e efikasitetit dhe sigurisë, ndërsa diferenca është 10 fish. Bari 10-fish më i lirë, i privuar nga rimbursimi, duhet të futet në rimbursim sa me shpejt- është konkluzioni i perfrazuar i ekspertëve të Këshillit të Lartë të Shëndetësisë, kordinuar nga Andrea Lenzi.

Cilido qoftë opiniononi i grupeve apo individëve të interesit në Shqipëri për barnat gjenerike në përgjithësi, opiniononi i FDA karshi barnave gjenerike, të paktën deri në maj të vitit 2014, mbetet i palëkundur: Barnat gjenerike janë të sigurtë dhe efektivë!

MJEKËSIA E SË ARDHMES APO E ARDHMJA E MJEKËSISË?



Më së fundi, pas premtimeve të ngrohta, e herë herë të zjarrra, po “zhytemi” në ujin e ftohtë të realitetit mjekësor. Në këtë klimë acari, përpjekjet për të përshfaqur vizionin tonë, kaluan në një proces diskutimesh e debatesh profesionale, që më së paku, inspirohej nga një skepticizëm i moderuar, por i domosdoshëm për t’i rezistuar tentacionit, më së shumti ballkanik, se tashmë i dimë të gjitha dhe e kemi çelësin për zgjidhjen e tyre. “Një politikan vështrohet zgjedhjet e ardhshme, një shtetar, gjeneratat e ardhshme”, shprehet De Gasperi. Ne na duhet t’i sfidojmë të dyja.

Së pari, një analizë e detajuar rreth trendit të deritanishëm të mjeksisë sonë, ishte e domosdoshme. Industria e mjeksisë — që nuk është vetëm ajo farmaceutike, por edhe ajo diagnostike, teknologjike, dietetike dhe alternative — duhet të ndjekë rrugë

dhe rregulla që plotësojnë nevojat e vërteta të shërbimit shëndetësor kombëtar, dhe jo të devijojë nga interesa ekonomike që duket se kanë dominuar dhe po dominojnë skenën, duke drenuar burimet jo në drejtimet e duhura, brenda vetë mjeksisë publike apo në drejtim të privatit. Pikërisht këtë lloj analize kishte parasysh Obama, kur në vitin 2010 lançoi «Star Metrics», duke i kërkuar jo vetëm politikbërësve, por edhe shkencëtarëve, ta ndihmonin për të qartësuar efektivitetin e investimeve të bëra në ekonominë amerikane në vitet e fundit, dhe sidomos në detaje mbi efektivitetin e investimeve në fushën e mjekësisë, për të paraprirë sfidën e tij me reformën në shëndetësi.

Së dyti, pikërisht kjo analizë e detajuar dhe trendi i sëmundshmërisë në vendin tonë, dhe jo vetëm në botën globale, do të na lejojë të zgjedhim rrugën e duhur, duke u larguar përfundimisht nga ndërhyrja e interesave ekonomike, që nuk çojnë ujë tek interesi i të sëmurit. Sipas një studimi të dhjetorit të vitit që kaloi, në Lancet, më i madhi deri më sot, me 500 autorë, ne po jetojmë më gjatë, por "më të sëmurë". Kjo sepse, sëmundjet kronike, të tilla si tensioni i lartë i gjakut, sëmundjet e zemrës, të veshkave, tumorale dhe sidomos diabeti, po shtohen dhe mjekimi i tyre, i kushton gjithnjë e më shumë mjekësisë. Natyrisht, këto të dhëna duhet te perceptohen si një "tërmet mjekësor" dhe duhet të na orientojnë në zgjedhjen e rrugës së duhur në zbulimin dhe parandalimin e hershëm të sëmundjeve kronike, në mënyrë që të mos i lëmë këto sëmundje të bëhen gjithnjë e më të kushtueshme e mbi të gjitha, gjithnjë e më pak të trajtueshme. Në këto shina është duke u orientuar edhe vizioni aktual i Ministrisë së Shëndetësisë, e cila në bashkëpunim me klinikat universitare dhe aktivizimin e mjekut të familjes, së shpejti do të materializojë sfidën e depistimit të hershëm, me qëllim parandalimin e sëmundjeve kronike si diabeti, hipertensioni, sëmundjet e zemrës etj.

Së treti, nëse idetë e reja kanë nevojë për përbërës të domosdoshëm, sidomos për kohën ku jetojmë, që sipas Fridrih Hebeli, "herë na mungon vera, herë na mungon kupa", llogaritë duhen bërë sipas xhepit. Sado i madh të jetë buxheti i shëndetësisë, ai asnjëherë nuk do të mjaftojë të plotësojë kërkesat e profesionistëve të shëndetit, pasi teknologjia mjeksore sa vjen e perfeksionohet me aparatura e teknologji moderne, me mjete e mënyra jo vetëm diagnostikuese, por edhe mjekuese, gjithmonë e më të sofistikuar e më të kushtueshme. Në këtë këndvështrim, sidomos në kushtet e një vendi me një buxhet të vogël, jemi të detyruar ta rrënjosim thellë e ta aplikojmë

konceptin e eficiencës, duke seleksionuar jo vetëm trajtimet e mbështetura në evidenca, por edhe ato më të domosdoshmet që prodhojnë shëndet.

Para pak ditësh, bota shkencore u "turbullua" nga disa protokolle mjekimi, të cilat në dukje i shërbejnë vetëm shëndetit të të sëmurit, por që në themel, duket se janë influencuar edhe prej konceptit të mirëmenaxhimit të burimeve financiare, në kohën e një krize ekonomike globale. Sipas këtyre protokolleve, përdorimi i statinave - barnat antiyndyore më të shitura dhe që marrin pjesën më të madhe të buxhetit të barnave- do të kufizohet vetëm në një kategori të caktuar të sëmurësh. Deri dy muaj më parë, këto barna rekomandoheshin për çdo të sëmurë që kishte nivelin e kolesterolit LDL mbi 130 mg/dl, ndërsa me protokollet e reja, ato do të jepen vetëm në rastet kur LDL kolesteroli është në shifrat mbi 190 mg/dl, dhe për më tepër, vetëm për të sëmrët me dëmtime të zemrës, veshkave apo diabetit. E nëse bota shkencore e vendeve të zhvilluara, e natyrisht të pasura, ka filluar të mendojë në detaje të tilla, sa të ridimensionojë deri edhe eficiencën e një bari, deri dje të ngritur në piedestal për efektivitetin e tij gati në çdo individ mbi 40 vjeç, atëhere si duhet të veprojmë ne, që edhe burimet i kemi shumë më të kufizuara?

“Back to the future”- të kthehemi nga e ardhmja e shëndetësisë – nëpërmjet modernizimit hap pas hapi të mjekësisë tonë -mjekësi e arrnuar me arna interesash meskine prej 20 vjetësh – do të ishte zgjidhja e vetme.

Revolucionarizimi i saj, pra kalimi nga “mjekësia difensive”, me objektiv mbrojtjen dhe shërimin e të sëmurit, në “mjekësinë preventive dhe të bazuar në evidencë” që ka si objektiv parandalimin, zbulimin e hershëm, pakësimin e personave të sëmurë, duket se teorikisht të paktën, ka një bazë të fortë mbi të cilën do të mbështeten përpjekjet e politikës së re të Ministrisë së Shëndetësisë. Politikë kjo, që për herë të parë këto vitet e fundit, mirëfilli ka në fokus të sëmurin, mbështetet në rregullat e evidencës shkencore, të ardhura nga shkenca dhe mjekësia akademike dhe përqëndrohet te mjeku i familjes, i cili duhet të përfshihet zyrtarisht, si në Angli, me kontrata në rolin jo thjesht diagnostikues dhe mjekues, si deri më sot, por edhe parandalues, pasi vetëm ata kanë në dorë shëndetin tonë dhe duhet të kthehen në protagonistët e vërtetë të mjekësisë preventive.

AKADEMIA NË PAZAR?



Deklaratat e titujt të shpëtojnë nga shumë telashe dhe zallahi”, deklaronte Gëte në një nga veprat e tij, siç duket, një nga më të lexuarat nga stafi akademik i Fakultetit të Mjekësisë. Vetëm në vitet e fundit, përtej çdo parashikimi, numri i tyre është disafishuar, përtej çdo limiti e përtej çdo afati të nevojshëm për t’u konsumuar në rrugën e vështirë të ngjitjes akademike dhe shkencore. Titujt shkencorë po lulëzojnë si bimët e harlisura tropikale, filozofia “mbas meje shkatërrimi”, e trashëguar si një tipar gjenetik nga njëri drejtues te tjetri, tashmë është në kulmin e saj. Kanë të drejtë, pasi është një rrugë e lehtë për të bërë “miq”, klientelë, votues potencialë në zgjedhje strukturash akademike, fansa apo anëtarë “klanesh pragmatiste”, në kurriz të bastardimit dhe unifikimit, deri në nivele banale, të pragjeve të ëndërruara nga çdo njeri që një titull e ka parë si një mishërim përpjekjesh të një jete të tërë akademike.

E turpshme kur mendon se dy individë, njëri me një titull të arritur me përpjekjet e Sizifit, e për më tepër, në një shtrirje kohore pedagogjike prej dekadash dhe botimesh

në revistat europiane, dhe tjetri në një hark kohor 1-2 vjeçar dhe me botime në universitete anonime (dhe të tilla sot ka plot) - bartin të njëjtat vlera akademike dhe financiare!

Fatkeqësisht, këto forca, në emër të barazisë, ulin vlerat dhe për arsye të vetë natyrës së tyre të ulët, janë më të fuqishme e më agresive sesa forcat që ushqejnë vlerën; përveç kësaj, pas tyre fshihen interesa shumë të paskrupullta, po ti krahasosh me intereset e një pjesë tjetër.

Marrëzia ka dalë sheshit e po bën kërdinë mbi brishtësinë e asaj që universitetet tona trashëguan nga e kaluara. Në këtë vërshim të barazisë së pa vlerë, nuk ka asnjë standard, asnjë vlerë fikse, por ekziston vetëm një virtyt: Të jesh i shkathët, dinak, pa skrupuj dhe ti kërcesh në shpinë kalit që rend me gallop, në vend që të rrish e të të dërmohet shpina nga barra e rëndë e përpjekjeve. Morali? Morali -thoshte një prift- është një mal që nuk ulet, njeriut i duhet ta kapërcejë atë. Siç duket, nuk e dinte i shkreti se tani kanë shpikur helikopterë dhe avionë. Edhe paratë, të japin krah për fluturim!

Ndonjëherë, kur të tjerët bëjnë si të tërbuar, arsyes i takon të heshtë, të lexojë 'Kandilin' e Volterit, fjalët e fundit të të cilit këshillojnë: "Duhet punuar kopështi ynë"; ose të veshë fustanin e kuq kloshe të Greta Garbos, për të pasur luksin e një përgjigje komode. Kur profesori e pyet Greta Garbon se kur ka lindur regjizori i famshëm Strindbergu, ajo me një qetësi absolute ju përgjigj: "Në dimër". Perfekt zonja Garbo, po ku ta çosh të kaluarën se! Si mund ta takosh nesër të nesërmen pa u skuqur! Jo jo. "Nuk mund të kesh apo të jesh pjesë e qytetërimit, nëse gjithësecili ulet në shkëmbin e tij dhe i mjafton vetëm të mbijetojë". Nuk mund të jesh apo të bësh pjesë në moralin e vendimmarrjes së re, pa entuziazmin se, jo vetëm do ta takosh të ardhmen, por do të jesh pjesë e identitetit të saj të shndërruar në të kaluarën.

Pikërisht në këtë thatësi prej saharaje, si ujë oazi e përcolla, apo më mirë, e përcollëm mesazhin e Kryeministrit mbi reformën në arsimin e lartë, i cili, siç shihet, nuk është dakort me "Kopështin e Volterit", pasi mesazhi i tij shpreh qartë, një vullnet të fortë politik të orientuar nga ndryshimi. Deri më sot, nuk ka patur kurrë pozicionime të tilla me kahje të qartë pro ndryshimit, por vetëm orientime drejt vetes. Besoj se ka gjithmonë një herë të parë! Ka ardhur momenti, që profesorët tanë të tregojnë jo vetëm nivelin, por edhe forcën që vetëm intelektualit bart në vetvete, për të ndryshuar situatën.

Një grup pune me njerëz të aftë e të përkushtuar, të drejtuar nga një model suksesi i një profesori në London School of Economics, nuk ka se si të mos emetojë shpresë dhe vëmendje, jo vetëm te qarqet politike, por sidomos të atyre pedagogjike e studentore. Mjafton të shohësh shtypin e përditshëm dhe thuajse çdo ditë, do të shohësh opinione e këndvështime të ndryshme të profesoriatit mbi këtë reformë. Sfidë e tyre ka për të qenë realisht sfidë! Sfidë, që do ta përqasja më sfidën e bërjes së Kushtetutës apo me sfidën e mazhorancës me sistemin e kalbur shëndetësor deri thellë në themele.

“E kam lexuar Gëten dhe shprehjen e tij mbi gradat e titujt shkencorë –thotë Cvajgpor, brenda meje është im atë, me atë krenarinë e fshehtë, që nuk më lë dhe unë nuk e kundërshtoj dot, sepse atij i detyroj atë që e çmoj ndoshta si të vetmen pasuri të sigurtë: ndjesinë e lirisë së brendshme”.

Sa pak pedagogë, mjekë, stomatologë, farmacistë, biologë, matematicienë e inxhinierë e paskan lexuar të madhin Cvajg këtu në këtë vend!

HEPATITI C DHE “BARI PREJ FLORIRI”



Lajmi më i bujshëm i këtij viti, i cili zuri faqet e para jo vetëm të revistave më në zë botërore të shkencës por edhe të shtypit të përditshëm, si kurrë më parë, se më në fund mjekësia e fitoi sfidën me hepatin C – një sëmundje invalidizuese dhe vdekjeprurëse që prek miliona njerëz në të gjithë Botën- do të eklipsohej nga çmimi faraonik i barit.

Në themel të dilemës më të madhe në botën farmaceutike, qëndron një bar i konsideruar zbulimi i ri më i suksesshëm në historinë e industrisë farmaceutike. Mendoni, vetëm 12 javë mjekim dhe rreth 90% e të sëmurëve të trajtuar me këtë bar, shërohen plotësisht! Çfarë sfide fantastike për të gjithë ata njerëz të destinuar të kenë probleme madhore në një të ardhme të afërt! Por, rimendoni, çmimi i barit për mjekimin e një pacienti shkon 84 mijë dollarë, kur në Botë janë qindra miliona njerëz të prekur nga hepatiti C! Mbështetur mbi këto shifra, parashikuesit financiarë kanë përlogaritur se, nëse do të tentonim të mjekonim të gjithë këta pacientë, do të kërcënohej buxheti për shëndetësinë i cilitdo vendi!

Ditët e fundit, në pritje të vendimit të Dhomës së Deputetëve mbi aprovimin e 1

miliard eurove për blerjen e barit të ri Sofosbuvir për mjekimin e hepatitit C, kanë qenë shumë të vështira për specialistët e Institutit Italian të Sigurimeve Shëndetësore, të cilëve ju kërkua të shpreheshin qartë: Të shpenzojmë kaq shumë për barin më të shtrenjtë në historinë Botërore të farmakologjisë apo të përballemi me sëmundjen e kobshme të hepatitit C, që po përhapet me ritme të frikshme?

Këto qëndrime të dyzuara të specialistëve dhe politikbërësve italianë, janë të ngjashme me dilemën e specialistëve amerikanë, të cilët në pamundësi për të dhënë një përgjigje të prerë dhe pa ekuivoke, e transferuan problemin deri në Senatin Amerikan, siç nuk kishte ndodhur kurrë më parë!

Në të njëjtat “ethe botërore” duket se së bashku me ne, “dridhen” edhe specialistët tanë të farmakologjisë, të dyzuar në opinione. Sa bukur tingëllon që për 12 javë, thuajse të shfaroset hepatiti C në të gjithë vendin! Por institucionet shëndetësore dhe politikbërësit janë përballë sfidës së kosto-efektivitetit; atë mes shpenzimeve “faraonike” të diktuar prej ritmeve kapluese të industrisë farmaceutike dhe nevojës për mbulimin e të gjithë sëmundshmërisë në rritje (jo vetëm hepatiti C).

Është kjo arsyeja, që bota farmakologjike, e udhëhequr nga ajo politike, po kërkon rrugë të tjera alternative, sikurse është ajo e negociimit të çmimit të barit me firmën apo presionit ndaj saj në emër të dyshimeve për spekulim me çmimin e barit. Radiografia e firmës Gilead nga specialistët amerikanë të farmakologjisë, evidenton të dhëna që janë sa të çuditshme, aq edhe të debatueshme. Fitimet e kësaj firme kanë kapërcyer 20 milion euro në ditë! Sigurisht që kjo nuk mund të jetë kostoja e principit aktiv, duke ditur që ajo në tregun e produkteve kimike shkon në rreth 12.000 euro kilogrami. Një përlllogaritje e thjeshtë tregon se, me 1 kg Sofosbuvir, mund të konfeksionohen 30 cikle mjekimi që lejojnë të rimerren rreth 2 milion euro, gjithmonë nëse i referohemi çmimit të barit të blerë nga i sëmuri.

Këto të dhëna, çmimi stratosferik i barit si dhe fakti që në Egjipt i njëjti bar shitet me çmimin 700 euro për cikël –dhe kjo aspak për ndonjë ndjenjë bamirësie të firmës-nxjitën reagimet e Senatit Amerikan, i cili i ka kërkuar firmës Gilead transparencë më të madhe mbi çmimin e barit Sofosbuvir. “Nëse paska mundësi që ky bar të shitet edhe me një çmim të tillë, atëherë përse amerikanët duhet të paguajnë mijëra herë më shumë?” – thumbon Senati Amerikan. Këndvështrimi i industrisë është që duhet llogaritur edhe vlera e shërimit! “Po, por edhe kjo e ka një kufi”. “Ok, po kush e

përcakton atë? Spekulum?” – hedh dyshime si kurrë më parë Senati.

“Nëse të dhëna të tjera spekulative do të dalin në dritë, duhet të organizohemi për ta bllokuar sa më shpejt, pasi do ti hapë rrugën edhe spekulimeve të firmave të tjera. Një koalicion i përbashkët ndërkombëtar ndaj problemit financiar të këtij bari, edhe pse me efekte të shkëlqyera, është i domosdoshëm. Të shpresojmë të arrihet në një qëndrim të përbashkët të mishëruar thjesht dhe qartë nga Financial Times, e cila shprehet se, ndoshta ka ardhur momenti që industria e barnave, që megjithëse ka meritat e veta, të vihet përballë përgjegjësisë pa kushte” – do të shprehej një nga deputetët amerikanë gjatë seancës së Senatit.

Por si duhet të veprohet me të sëmurët në këtë sfidë të madhe mes pamundësisë ekonomike dhe efekteve “çudibërëse” të barit?

Bari për gjenotipin 1 b (që është më i vështiri për tu mjekuar) e shëron sëmundjen në 90% të rasteve; shkurton kohën e mjekimit në 12 javë (nga 48-72 javë mjekim standard, efekti terapeutik i të cilit nuk i kapërcen 45% sipas studimeve të ndryshme); heq mundësinë e ripërsëritjes së mjekimit standard në rast mospasë të mjekimit; heq çdo lloj KEMP-i pasi pacientët shërohen plotësisht; heq shpenzimet e tjera mjekësore si barna jo specifike; eliminon kostot e shtrimit në spital, transplantit dhe të barnave për mbajtjen e tij.

E ndërsa kostot për këtë bar janë tepër të larta, duket se industria farmaceutike nuk do të ndalet këtu. Kohët e fundit është regjistruar nga European Medicines Agency bashkëshoqërimi Sofosbuvir/ledipasvit në një kokërr të vetme (megjithëse është ende në fazë studimi klinik dhe virologjik) që është akoma më i shtrenjë se bari që aktualisht po ndan më dysh opinionet e specialistëve dhe politikbërësve në mbarë Botën.

Por ne, duhet të jemi pjesë e këtij koalicioni Botëror, për t'i vënë përballë përgjegjësisë pa kushte firmat farmaceutike, e njëherësh, duhet të shohim mundësinë, bazuar në kosto-efektivitet, të trajtimit sa më të mirë të pacientëve, duke përlllogaritur si më sipër, edhe kostot e invalidizimit dhe mbi të gjitha asaj që është e paçmuar –jeta e njeriut!

“RRËFIMI”, QASJE E RE E MJEKËSISË



Një ditë Gary Kaplan, administratorit të një spitali në Seattle, u pyet publikisht se si është e mundur që industria e automobilave arrin të bëjë aq shumë makina pa gabuar kurrë, ndërkohe që në mjekësi gabimet janë varg. Tek Toyota, Kaplan ka parë ambjente të bukura, apartura moderne, por sidomos një gjë i ka bërë shumë përshtypje; ata që punonin tek Toyota kishin vetëm një objektiv: Të mos zhgënjenin klientin! A nuk duhet të ketë të njëjtin motiv mjeku, infermieri apo administratori i spitalit? Sigurisht, për të mos thënë se për të sëmurin duhet bërë akoma më shumë sesa bëhet për makinën, pasi “Duhet mjekuar shpirti, përveç trupit” - insiston Veronesi, në librin e tij shumë interesant: “Una carezza per guarire”. Por, fatkeqesisht mjeksia “humane”, e projektuar mbi kontaktin midis mjekut dhe të semurit, ka marrë një rrugë të shtruar vetëm me teknologji dhe racionalitet, duke e “derdhur” ditë pas dite humanizmin e saj. Mungesa e kontaktit human ka tharë burimin e magjishëm si

dhe ka zbehur forcën e lidhjes mjek-pacient. Shoqëria moderne ka kohë që ka hequr dorë nga nevoja për një raport solid të konfidencës dhe komunikimit në të gjitha dejet e saj e për pasojë edhe në mjekësi. Ajo çdo ditë e më shumë duket se po kontribon në prishjen e "arkitekturës së raporteve njerëzore" në përgjithësi, e të asaj mjek-pacient në veçanti. Pa këtë raport besueshmërie dhe konfidencialiteti midis mjekut dhe pacientit, në rastin më të mirë "gjella e gatuar" do të jetë pa kripë.

Vitin e kaluar, në Kosovë, pata rastin të vlerësoj një studim të një kolegu kosovar mbi vlerën e kohës që mjeku i familjes i kushton pacientit gjatë një vizite të zakonshme dhe orientimin e mjekëve për ekzaminimet dhe diagnostikimin e të sëmurëve, nëpërmjet pacientëve "të stimuluar". Studimi ishte mësim për të gjithë ne, koha e marrjes së anamnezës dhe e ekzaminimit linte shumë për të dëshiruar, po kështu dhe dhënia e mjekimit mbështetej në një diagnozë aspak të thelluar ndërkohe që, studimet e viteve të fundit tregojnë se një pacient që ka mundësi të "rrëfejë" e të ndjekë më mirë mjekimin, ka më shumë probabilitet të shërohet. Ai që vuan, ka nevojë të flasë më shumë, të ketë një lidhje më të fuqishme me atë që e kuron, të ndjejë që e thërrasin në emër dhe jo pacient. Për më tepër, duke u dëgjuar nga mjeku, do të thotë të kalosh nga i kuruar, në pjesëmarrës në kurim. Pra, një ndryshim i perspektivës, e lindur për të vlerësuar atë çka i sëmuri përjeton dhe për të mos e konsideruar patologjinë vetëm një fakt të thjeshtë biomjekësor. "Jeta është ajo çka kujtojmë për të mundur që të tregojmë" - shprehet Gabriel Garcia Marquez, që në mjekësi do të duhej të përkthehej: Sëmunda është ajo që jeton dhe tregon i sëmuri dhe jo vetëm shenjat dhe simptomat.

Pikërisht mbi këtë nevojë të të sëmurit për të rrëfyer e për t'u dëgjuar, ka lulëzuar një qasje e re e mjekësisë, "Mjekësia Rrëfyese", e cila bazohet mbi një raport më të ngushtë ndërmjet mjekut dhe pacientit, instrument ky i fuqishëm dhe i nënvleftësuar në dekadat e fundit dhe e mëshiruar në një kartelet klinike, në të cilën detyrimisht duhet të përfshihen edhe fjalet e të sëmurit, "kartela klinike e integruar", me qëllim që të nxisë e stimulojë nevojën e të sëmurit për të rrëfyer.

Një fluks i madh studimesh vetëm gjatë muajve të fundit, konfirmojnë se qasja rrëfyese, jo vetëm që favorizon vënien e një diagnoze më të saktë, por, favorizon raportin e të sëmurit me mjekun, përmireson ekuilibrin e të sëmurit dhe cilësinë e shërbimit dhe mbi të gjitha, ka edhe një impakt në komplaincën më të mirë të ilaçeve, pasi të sëmurët e marrin mjekimin më me shumë bindje. Nga ana tjetër, rëndësia e fjalës, pesha e ndjenjës së ngrohtë janë instrumenta rimoduluese të kahershme, të shtrira

e të konfirmuara në mijëra vjet, të cilat i japin jetë një raporti të ri, i cili i ushqen aleancën terapeutike, duke i rikthyer dimensionin human artit të vjetër të mjekësisë, të shndërruar tashmë në shkencë. A mund të kurohesh me një fjalë të mirë? Vetëm jo, por sigurisht fjala e mirë, e kombinuar me një informim më të mirë të shqetësimeve dhe ankesave të të sëmurit, përdorimit adekuat të teknologjisë, mjekimit me barna cilësore, kushtëzon probabilitet më të madh të shërimit.

Ky botim shërben për njohjen e skemës së financimit të shërbimeve shëndetësore në 20 vitet e fundit, që prej krijimit të ISKSH-së e deri më sot, kur FSDKSH po ridimensionohet në frymën e re drejt-mbulimit shëndetësor universal.



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR