



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

FOKUS

REVISTË PERIODIKE | NR. 30 | SHTATOR 2015

PAKETAT SHËNDETËSORE

Ja përfituesit në spitalet
publike dhe private



FINANCIMI I SHËRBIMIT NGA FSDKSH



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

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

Vlerësoni gjënë më të çmuar! **Siguroni shëndetin**



- Masa e kontributit për personat e punësuar është 3.4% e pagës mujore bruto (1.7% i paguan punëdhënësi dhe 1.7% i paguan punëmarrësi).
- Të vetëpunësuarit në qytet (biznes i vogël) paguajnë kontribute për sigurimet shëndetësore në masën 3.4% të dyfishit të pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve.
- Të vetëpunësuarit në bujqësi derdhin kontribut mujor për sigurimin e kujdesit shëndetësor në masën 3.4% të dyfishit të pagës minimale mujore (4620 lekë).
- Një mënyrë tjetër është edhe sigurimi vullnetar. Masa e kontributit është 3.4% e dyfishit të pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve.

FOKUS

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

REVISTË PERIODIKE
NR. 30 SHTATOR 2015

NË BRENDËSI ▶

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

Bordi i Revistës:

Margarit Ekonomi

Aurel Voda

Albana Adhami

Dritan Ulqinaku

Përgatiti:

Etiola KOLA

ekola@fsdksh.com.al

Tel/Fax: +355 4 2259 855

Adresa:

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

Tel: +355 4 2230 984

Fax: +355 4 2274 953

www.fsdksh.com.al



Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm
të Kujdesit Shëndetësor



FSDKSH



Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm
të Kujdesit Shëndetësor

Print & Design
Adel Co

7

PAKETAT E ZEMRËS

Zgjerohet shërbimi në spitalet publike



10

08:00-16:00

Zgjatet orari për t'u pajisur me kartë shëndeti. Shpërndahen 420 mijë karta



16

STUDIMI

Mbulimi Shëndetësor Universal,
leksione nga 11 shtete



20

Statistika

6-mujori, ja kategoritë me peshën
më të madhe në rimbursim



Paketat shëndetësore, në 8 muaj përfituan rreth 4500 pacientë

Financimi nga FSDKSH, ja shërbimet
falas në spitalet publike dhe private

Përfituesit dhe paketat e realizuara në 8 muaj



SHËRBIMI FINANCOHET 100% NGA FSDKSH

Duke filluar nga janari i vitit 2015, pacientët shqiptarë po përfitojnë paketat shëndetësore të nefrologjisë dhe kardiokirurgjisë pa pagesë, si në spitalet publike, ashtu edhe në ato jopublike. Këto paketa financohen 100% nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH).

Financimi dhe realizimi i këtyre ndërhyrjeve, kryhet 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, FSDKSH i financon këto paketa edhe në spitalet jopublike me kontratë me Fondin.

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 përkatës (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, atëherë 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 në momentin e krijimit të mundësisë për marrjen e shërbimit.

Financimi është në masë të njëjtë, pra 100%, si në institucionet shëndetësore publike, ashtu dhe në ato jopublike – e thënë më thjeshtë, pacienti nuk paguan asgjë shtesë. Edhe spitali jopublik, që ka kontratë me FSDKSH-në, është i detyruar të trajtojë pacientët e referuar nga Regjistri Kombëtar i Paketave të shërbimeve dhe nuk aplikon pagesë ndaj pacientëve të referuar nga Fondi.

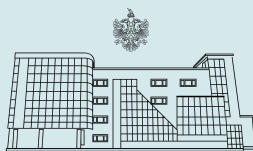


Përfituesit

Për periudhën 8-mujore, kanë përfituar paketa shëndetësore pa pagesë mbi 4400 pacientë, nga të cilët, mbi 3100 në spitalet publike dhe pjesa tjetër në spitalet jopublike (rreth 880 pacientë përfitojnë rregullisht paketën e dializës, me rreth 14 seanca mujore).

Janë kryer 3545 procedura dhe intervente – paketa të kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë. Janë realizuar me sukses 6 transplante veshkash dhe janë në proces 6 të tjera, ndërsa dializën e përfitojnë rregullisht afro 900 pacientë.

Vlera totale e paketave të realizuara është mbi 1.5 miliardë lekë.



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË

INVESTIMET NË HEMODINAMIKË

ULIM NDJESHËM

KOHËN E PRITJES PËR KORONAROGRAFINË

SHTATOR 2013

6 MUAJ

SHTATOR 2015

1 MUAJ

Paketat e zemrës, zgjerohet shërbimi në spitalet publike

Zgjerohet shërbimi i hemodinamikës, që ofron procedura dhe ndërhyrje në zemër në spitalet publike. Koronarografite, pjesë e paketave shëndetësore që financohen 100% nga FSDKSH, ofrohen tashmë edhe në spitalin universitar “Shefqet Ndroqi” në Tiranë. Shërbimi është zgjeruar edhe sa u takon orareve. Në QSUT, ai do të funksionojë edhe në orët e mbrëmjes.

Në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” u vu në punë qendra e dytë publike në vend për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve kardiovaskulare.

Shërbimi i ri i hemodinamikës nis të ofrohet dhe në spitalin universitar “Shefqet Ndroqi”.

Në QSUT, koronarografi edhe në orët e vona të natës





“Përveç se përmbushim një angazhim të rëndësishëm programor për këtë shërbim, por përgjithësisht edhe për sëmundjet kardiovaskulare si grupsëmundjet me barrën më të rëndë të sëmundshmërisë shqiptare me një fokus të veçantë në Programin e Qeverisë. Në këtë mënyrë, ne zgjerojmë mundësitë për ofrimin e këtij shërbimi në institucionet tona publike, të financuara me paratë publike, përveç dy njësive ekzistuese të hemodinamikës në QSUT”, tha ministri Beqaj në takimim me drejtues, mjekë e punonjës të kësaj qendre spitalore.

Për Prof. Dr. Perlat Kapisyzi, njëherësh edhe drejtor i SU “Shefqet Ndroqi”, vënia në funksionim e këtij shërbimi vjen në vazhden e transformimeve që po bëhen në këtë spital universitar, dikur Sanatoriumi, për ofrimin e shërbimeve më të zgjeruara dhe shndërrimin e tij nga një spital i sëmundjeve të mushkërive, në një qendër spitalore universitare të sëmundjeve të brendshme. “Hapja e shërbimit të hemodinamikës, procedurave invazive të koronarografisë dhe stent-eve, do të ngrejë më lart performancën e shërbimit të spitalit tonë, dhe ndihem vërtet mirë, që së bashku me Ministrinë e Shëndetësisë, së bashku me Ministrin e Shëndetësisë, ne arritëm të realizojmë një nga premtimet e Kryeministrit Rama” – tha Dr. Kapisyzi.

Paketat e kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë ofrohen me financim publik edhe në spitalet jopublike, pa kosto shtesë për pacientët





Gjithashtu, edhe Prof. Dr. Artan Goda, i pranishëm në këtë takim theksoi se ky është një lajm shumë i gëzuar, pasi për herë të parë diversifikohet sektori publik në disa njësi, dhe kjo është në vazhden e konsolidimit të mëtejshëm të ndërhyrjeve koronare në vendin tonë në të dy sektorët, atë privat dhe atë publik, duke i dhënë zgjidhje këtij problemi për shqiptarët, të cilët s'kanë nevojë të shkojnë askund, pasi këto lloj ndërhyrjesh zgjidhen tërësisht, në çdo element, në vendin tonë.

“Megjithë rritjen eksponenciale të numrit të ndërhyrjeve koronare me të gjitha sëmundjet e zemrës muajt e fundit,” – tha më tej Dr. Goda, **“pritet që ky numër të vijë duke u rritur si kërkesë dhe ne duhet t'i përgjigjemi kërkesave në rritje edhe në vendin tonë, si në të gjitha vendet e botës. Në këtë vazhdë është edhe kjo nismë, ne kemi tashmë një qendër të re hemodinamike, me njerëz të apasionuar, të specializuar, të cilëve u uroj sukses në rezultatet në të ardhmen”.** Duke folur për zgjerimin e mundësive të financimit me para publike për krijimin e një qendreje të dytë publike, e cila përtej zgjerimit të ofertës, krijon edhe

mundësinë për më tepër konkurrencë profesionale dhe më shumë zhvillim, z. Beqaj u shpreh i bindur se **“ajo çfarë mund të arrijmë vitin e ardhshëm, që do të jetë viti i plotë, do të jetë plotësimi i rreth 20% të nevojave me këtë shërbim, duke marrë parasysh QSUT-në, këtë shërbim, financimin tek privati, dhe padyshim, edhe kabinetin që do të duhet ta hapim në Spitalin Rajonal të Shkodrës”.**

Me funksionimin e plotë të këtij shërbimi, pritet që vitin e ardhshëm të realizohen nga ky spital rreth 1/5 e vëllimit të ndërhyrjeve të kardiologjisë mini-invasive që do të financohen me para publike, duke plotësuar kështu, gamën e shërbimeve dhe funksioneve që ky spital universitar ofron për pacientët shqiptarë. **“Hapja e këtij shërbimi, e plotëson profilin e këtij spitali, si spital universitar i përgjithshëm, jo vetëm për sëmundjet e mushkërive, siç jemi mësuar normalisht,”** – tha z. Beqaj, duke falënderuar drejtuesit e spitalit që e bënë të mundur fillimin e funksionimit të këtij shërbimi, si dhe drejtuesit e shërbimit universitar të QSUT-së për mbështetjen profesionale që i dhanë këtij procesi.

Në QSUT, kabineti i hemodinamikës në shërbimin e kardiologji/kardiokirurgjisë, falë pajisjes me një aparat të ri angiografie, do të funksionojë edhe gjatë orëve të vona të mbrëmjes

JA MASAT PËR LEHTËSIMIN E SHËRBIMIT

Shpërndahen 420 mijë karta shëndeti

Procesi i pajisjes me kartë shëndeti po ecën me ritme të mira në të gjithë vendin. Gradualisht, librezat shëndetësore po zëvendësohen nga karta e shëndetit, e cila lehtëson si qytetarët, përsëpari pensionistët, të cilët janë përdoruesit kryesorë të shërbimeve që financohen nga FSDKSH, po ashtu edhe personelin shëndetësor.

Për të lehtësuar procedurën e shpërndarjes së kartës së shëndetit për qytetarët dhe për të shmangur radhët për pajisjen me kartë, FSDKSH vendosi zgjatjen e orarit të shpërndarjes së kartës së shëndetit. Orari 08-14:00 gjatë së cilit kryheshin veprimet për pajisjen me kartë, tanimë do të jetë 08:00-16:30, nga e hëna deri të premten.

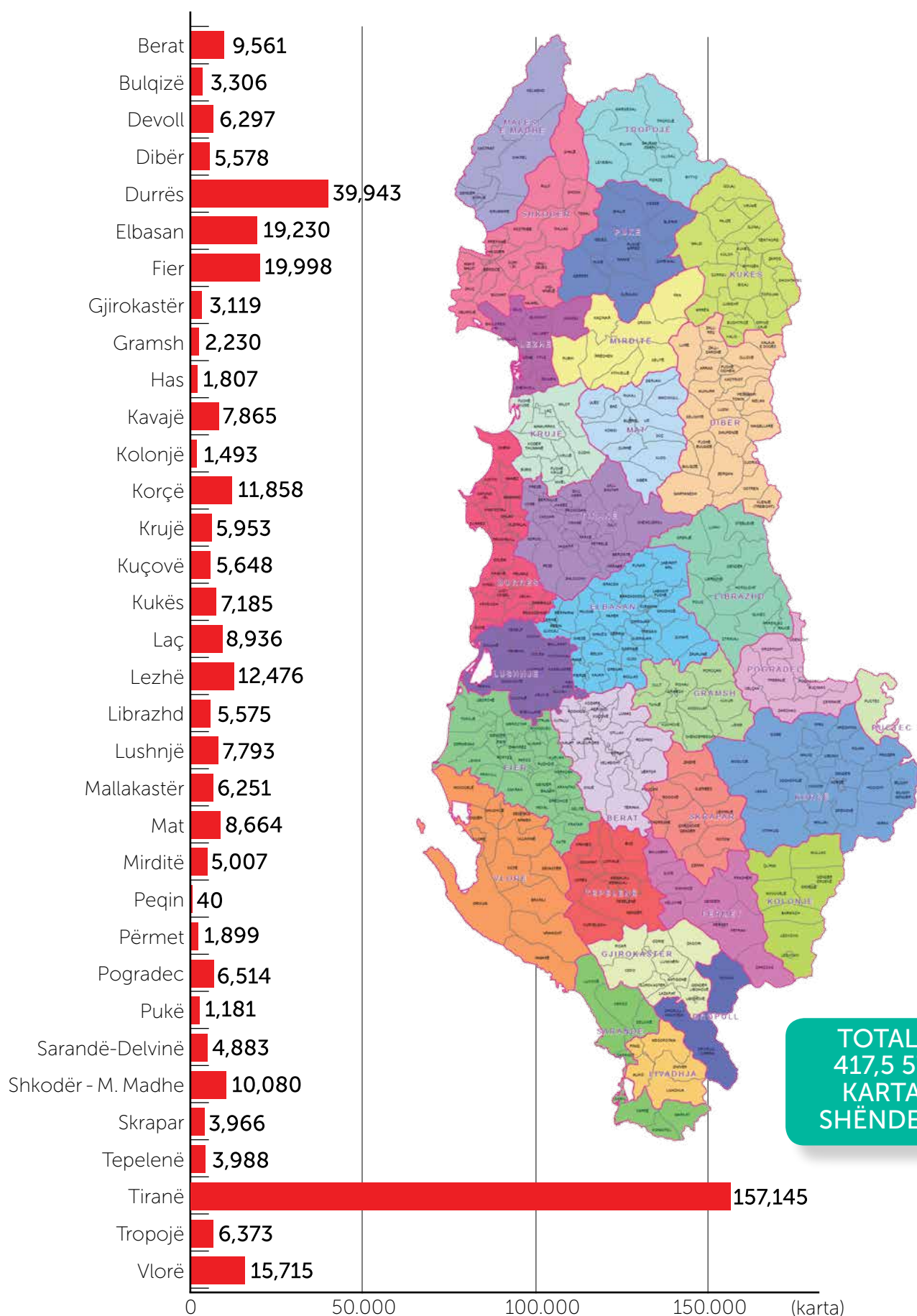
Një tjetër risi do të jetë shtimi i pikave të shpërndarjes së kartës së shëndetit në Tiranë. Së shpejti do të shtohen disa pika në zonat me fluksin më të lartë, në mënyrë që të lehtësohet shërbimi për pajisjen me dokumentin që vërteton se personi është i siguruar dhe mund të përfitojë shërbimet shëndetësore të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Paralelisht me këto masa, FSDKSH po punon për ta bërë kartën e shëndetit pjesë e shërbimeve elektronike që përfitojnë nga qytetarët në portalin unik e-Albania. Në këtë mënyrë, do të bëhet e mundur që qytetarët të prenotojnë vizitën për t'u pajisur me kartë shëndeti. Kjo nismë do të lehtësojë shërbimin për të gjithë ata që duan të pajisen me kartë shëndeti.



Pika të reja dhe orar i zgjatur për pajisjen me kartë shëndeti. Orari i shpërndarjes 08:00-16:30

▶ SHPËRNDARJA E KARTËS SË SHËNDETIT SIPAS ZONAVE



Qendrat e përkohshme, u trajtuan 25 mijë raste

FSDKSH akordoi fonde shtesë për funksionimin e qendrave, pagesën e personelit mjekësor dhe barnat e nevojshme

Funksionimi për herë të parë i 22 pikave të reja për kujdes shëndetësor dhe emergjenca pranë qendrave shëndetësore në zona turistike, duke filluar nga Alpet në veri të vendit e deri në Ksamil, ishte risia e sezonit që sapo lamë pas. Nisur nga problematika e verejtur gjate viteve të shkuara gjate sezonit turistik, Ministria e Shëndetësisë dhe Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor mundësuan dhe financuan kujdes shëndetësor të përforcuar në zonat turistike, për të qenë në këtë mënyrë më afër turistëve vendas dhe të huaj për çdo emergjencë apo problematikë shëndetësore.

Në bilancin e ofrimit të shërbimit në këto zona

përgjatë sezonit, rezulton se janë rreth 25 mijë raste të trajtuara, nga Alpet në jug të vendit.

Në një takim me mjekë dhe infermirë, ministri i Shëndetësisë I falenderoi për punën me shumë përkushtim dhe profesionalizëm në 3 muajt e verës në të 22 qendrat shëndetësore.

FSDKSH financoi qiratë e përkohshme për qendrat shëndetësore në këto zona bashkë me shpenzimet e tjera operative, financoi barnat dhe materialet mjekësore si dhe financoi shpërlimin e mjekëve dhe infermierëve që punuan në këto qendra shëndetësore.

Gjatë këtij sezoni turistik veror, në 3 qendrat e Alpeve - Valbonë, Theth dhe Razëm, si dhe në 19 qendrat që u ngritën përgjatë bregdetit, nga Velipoja në Ksamil, janë trajtuar më shumë se 25 mijë raste. Shërbimi ka qenë 24 orë për 7 ditë të javës.

Unë besoj se vitin e ardhshëm, me punën që po nisim që tani si dhe me një organizim të ri që do bëjmë, edhe shërbimi i autoambulancave të jetë shumë më efektiv, duke shtuar kohët e vënies së tyre në shfrytëzim si dhe duke shtuar disa pika ku ambulancat do të jenë të përqëndruara që në fillim të ditës. Gjithashtu po punojmë që i gjithë sistemi ynë i autoambulancave të jetë i pajisur me GPS, në mënyrë që të lokalizojmë vendndodhjen e tyre në territor si dhe po punojmë që dokumentimi i rasteve të urgjencës mjekësore të jetë më i plotë me formularët e ri që po pilotohen në urgjencë", tha ministri i shëndetësisë.



1 qershor - 30 gusht 2015

24 047 raste të trajtuara në

22 QSH-të e posaçme të sezonit veror

16 984 Vizita mjekësore

10 575 Mjekime lokale

2 665 Ndërhyrje mikrokirurgjikale

814 Referime në spital

22 qendra shëndetësore, të cilat funksionojnë me shërbim mjekësor të shpejtë dhe efikas, me mjekë dhe infermierë, 24 orë në 7 ditë të javës, të shtrira në të gjithë vendin: 19 përgjatë vijës bregdetare nga Velipoja në Ksamil dhe 3 të tjera në Alpe (Valbonë, Razëm, Theth). Qendrat janë të pajisura me një set standard mjekësor. Po ashtu, ato janë furnizuar me barna dhe materiale të nevojshme mjekësore. Info tek: shendetesia.gov.al

Fëmijët e Onko-Hematologjisë, mësim në distancë përmes teknologjisë

Zv/ministrja e Shëndetësisë, znj. Milva Ekonomi:
Heqim barrierat, u afrojmë
shkollën dhe dijen fëmijëve në spital

**Program i dedikuar mësimor për ciklin 9-vjeçar
për fëmijët e shtruar në Onko-Hematologji**





Fëmijët e pavionit të Onko-Hematologjisë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë, përmes teknologjisë, do të mund të ndjekim mësimet në ambjentet e spitalit.

“Të gjithë fëmijët që janë këtu në këtë pavijon do të donin të ishin në shkollë, ndaj ne menduam që, duke kërkuar pak ndihmë mund ta sjellim shkollën te fëmijët. Për këtë iniciativë na mbështeti shumë fort Telekom Albania, duke i mundur fëmijëve që të kenë afër shkollën dhe dijen, edhe pse janë në kushte që kanë nevojë për shërbim intensiv shëndetësor. Në të vërtetë këto lloj projektsh vijnë ngaqë ne kemi një staf të përkushtuar mjeksor dhe kemi një objektiv të qartë administrues për ta vendosur pediatri në qendër të vëmendjes. Falenderoj posaçërisht Telekom Albania që është një operator ekonomik që e ka rritur në një shkallë shumë të lartë përgjegjësinë sociale për të ndihmuar sa herë që ka nevojë për

diçka inovative në shërbimin shëndetësor në Shqipëri”, u shpreh znj. Milva Ekonomi, zv/ministre e Shëndetësisë.

Telekom Albania dhuroi 20 tableta për fëmijët e shtruar në këtë pavijon. Këto pajisje teknologjike do t’u shërbejnë fëmijëve të ndjekin programet mësimore nga ambjentet e spitalit. Ato kanë të instaluar një program, i cili përmban njohuritë shkollore themelore të shkollës 9-vjeçare për grupmoshat 5-16 vjeç. Në programin e instaluar në këto tableta, mësimet janë të ndara sipas klasave, lëndëve dhe temave duke marrë për model sistemin arsimor të Republikës së Shqipërisë. Lëndët shpjegohen në shqip nëpërmjet regjistrimeve me zë dhe figurë nga mësues dhe shoqërohen të sinkronizuara me video shkencore, filma, imazhe, dokumente, harta specifike, duke shtjelluar, thelluar dhe përditësuar të gjitha temat mësimore të renditura sipas programit arsimor.

Milva Ekonomi: “Të gjithë fëmijët që janë këtu në këtë pavijon do të donin të ishin në shkollë, ndaj ne menduam që, duke kërkuar pak ndihmë mund ta sjellim shkollën te fëmijët”

Kontrolli mjekësor bazë, rruga drejt mbulimit shëndetësor universal

PARAQITUNI pranë qendrave tuaja
shëndetësore për ta përfituar atë
PA PAGESË

377 KABINETE STABILE
të instaluara pranë
Qendrave Shëndetësore

55 NJËSI TË LËVIZSHME
për ofrimin e shërbimit
në zona të vështira



SI JE?

KONTROLLO SHËNDETIN CHECKUP PA PAGESË

Kontrolli Mjekësor Bazë është një program kombëtar, pa pagesë, i miratuar me vendim nr. 185, datë 2.4.2014, të Këshillit të Ministrave, "Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40 - 65 vjeç".

Ky program synon: Depistimin e popullatës për faktorët e rrezikut dhe sëmundjet prevalente me qëllim:

- kujdesin për shëndetin ● parandalimin e sëmundjeve dhe komplikacioneve,
 - zbulimin e hershëm të çrregullimeve, ● mjekimin në fazat e hershme,
 - përmirësimin e kulturës shëndetësore.
- FSDKSH realizon mbulimin financiar të paketës, kontrollin e performancës dhe cilësisë së ofrimit të saj.

Drejt mbulimit universal shëndetësor, mësim nga 11 vende

Gjatë 15 viteve të fundit, shumë vende kanë adoptuar mbulimin universal shëndetësor (UHC) si një aspiratë për politikën kombëtare. Megjithatë, ekziston relativisht pak informacion në lidhje me mënyrën se si një vend mund të lëvizë drejt sistemit shëndetësor universal.

Qeveria e Japonisë dhe Banka Botërore kanë bashkëpunuar në një program kërkimor 2 vjeçar në disa vende për të analizuar procesin e lëvizjes drejt UHC. Programi ka përfshirë 11 vende të përzgjedhura për nga niveli i të ardhurave dhe ii sistemit shëndetësor. Të gjitha këto vende janë angazhuar të zbatojnë UHC, si një aspiratë të rëndësishme, por ndodhen në faza të ndryshme të procesit, ashtu siç tregon tabela në vijim:

	GRUPI 1	GRUPI 2	GRUPI 3	GRUPI 4
Gjendja aktuale e politikave dhe programeve të UHC	Përpilimi i axhendës; testimi i programeve të reja dhe zhvillimi i sistemeve të rinj.	Programe dhe sisteme fillestarë, zbatim i progres; Nevoja për zhvillimin e mëtejshëm të sistemeve të lartë dhe ngritjen e kapaciteteve për të trajtuar popullsinë ende të pambuluar	Lidership i fortë politik dhe kërkesa e shtetasve për investime të reja dhe politikë për reforma UHC; zhvillimi i programeve dhe sistemeve për t'iu përqsuar kërkesave të reja	Sisteme dhe programe të maturuara; rregullimet e vazhdueshme e nevojshme për të përmbushur kërkesat në ndryshim dhe kostot në rritje
Gjendja aktuale e mbulimit shëndetësor	Mbulim i paktë i popullsisë, në fazën e hershme të UHC.	Pjesa e konsiderueshme e popullsisë fitojnë akses në shërbime me anë të mbrojtjes financiare, por mbulimi i popullatës nuk është akoma universal dhe mangësitë në mbulim vazhdojnë të mbeten në përfitimin e shërbimeve dhe të mbrojtjes financiare.	Është arritur mbulimi universal i popullsisë, por vendet janë përqëndruar në përmirësimin e mbrojtjes financiare dhe cilësinë e shërbimeve.	Mbulimi universal me qasje gjithëpërfshirëse ndaj shërbimeve shëndetësore dhe mbrojtjes efektive financiare.
Vendet pjesëmarrëse	Bangladesh dhe Ethiopia	Ghana, Indonezia, Peru, dhe Vietnam	Brazil, Thailand, dhe Turkey	Japan

Vendet e Grupit 1 janë ende duke përpiluar axhendën politike kombëtare për të lëvizur drejt mbulimit universal UHC; vendet e grupit 2 kanë bërë progres të rëndësishëm drejt UHC, por akoma përballesh me mangësi të mëdha përsa i përket mbulimit; vendet e grupit 3 së fundmi kanë arritur shumë objektiva të politikës së mbulimit universal, por po përballesh me sfida të reja në thellimin dhe mbështetjen e mbulimit; dhe vendet e grupit 4 kanë maturuar sistemet shëndetësore me UHC, por akoma kanë nevojë të rregullojnë politikën kombëtare për t'iu përqsuar ndryshimit të rrethanave.

Studimi përqendrohet në 3 tema: ekonomia politike dhe politika e procesit për adoptimin, zgjerimin dhe mirëmbajtjen e UHC; politikën e financimit të shëndetësisë për rritjen e mbulimit universal; dhe politika përqsasjeje për kërkesa në burime njerëzore për UHC.

Ekonomia politike

Duke qene se reformat UHC qëllimisht rishpërndajnë të ardhurat në sektorin e shëndetësisë dhe në të gjitha nivelet e familjeve, këto politika në mënyrë të pashmangshme përfshijnë kompromise politike, konflikte dhe negociata.

Ky studim ka vlerësuar tre sfida të ekonomisë politike drejt mbulimit universal UHC: adoptimin e objektivave të UHC; shtrirjen e mbulimit universal; dhe reduktimin e pabarazisë në mbulim.

Adoptimi i objektivave të mbulimit universal (UHC) Qëllimet e UHC janë miratuar shpesh në lidhje me një ndryshim të madh social, ekonomik apo politik.

Për shembull, UHC u shndërrua në një prioritet kombëtar menjëherë pas periudhës së krizës financiare të Indonezisë, Tailandës dhe Turqisë; gjatë kohës së ridemokratizimit në Brazil; dhe gjatë përpjekjeve për rindërtim pas Luftës së 2-të Botërore në France dhe Japoni. Këto ndryshime krijuan mundësi për të thyer rezistencën ndaj reformave të grupeve të interesit. Në disa vende, ato gjithashtu, gjeneruan lëvizje me bazë të gjerë sociale dhe mundësi për udhëheqësit politikë për të krijuar një ndjenjë solidariteti kombëtar, për të nxitur reforma më të mëdha.

Megjithatë, menaxhimi strategjik i presioneve të grupit të interesit është thelbësor për të mundësuar reforma të suksesshme. Përvoja e Turqisë është një shembull i qartë i kësaj kërkesë: reformatoret fillimisht zhvilluan një plan për reformën, e cila filloi me identifikimin e grupeve

të interesit që mund ta kundërshtonin atë me qëllim që të hartonin strategji për të menaxhuar opozitën.

Përveç kësaj, ata zhvilluan një bashkim të ri për punëtorët dhe vendosën stimuj paguaj-për-performance dhe të dyja këto ndihmuan në thyerjen e bazës mbështetëse të shoqatave ekzistuese 9.

Studimet në 11 vende sugjerojnë gjithashtu se rritja ekonomike nuk është një kusht i domosdoshëm për adoptimin e objektivave të politikave UHC, megjithatë rritja ekonomike është një mbështetje e rëndësishme në shtrirjen e mbulimit. Angazhimi i Brazilit për mbulimin universal u nxit nga lëvizja për demokraci dhe ka ndodhur në një ambient të vështirë ekonomik. Tajlanda u angazhua në Skemën e mbulimit universal në vitin 2002, pas krizës financiare aziatike, kur ekonomia ishte ende e brishtë.

Shtrirja e mbulimit shëndetësor

Të gjitha vendet e përfshira në këte studim, kanë përdorur një qasje në rritje, për zgjerimin e mbulimit shëndetësor. Kjo qasje hap pas hapi lidhet me përpjekjet për të fituar mbështetje politike (nganjëherë edhe konfrontime) nga grupe të caktuara të interesit, dhe u përqendrua në zhvillimin e kapaciteteve institucionale dhe teknike për të lëvizur drejt mbulimit universal.

Zhvillimi i masave qeverisëse efektive është një vulë e vendeve të grupit 3 dhe 4 që e kanë arritur mbulimin universal.

Në zgjerimin e mbulimit, shpesh vendet kanë mësuar gjithashtu nga përvojat e kaluara duke ndërmarrë veprime korrigjuese.

Reduktimi i pabarazisë në mbulimin shëndetësor

Pothuajse të nëntë vendet që po zbatojnë ose kanë zbatuar sigurimin shëndetësor social, ofrojnë fillimisht sigurimin e mbulimit për nëpunësit civilë dhe punonjësit e sektorit formal, sepse këto grupe kanë ndikim politik, jetojnë në zonat urbane pranë institucioneve shëndetësore ekzistuese dhe kanë marrëdhënie institucionale me qeverinë nëpërmjet pagesës së taksave. Zgjerimi i mbulimit të popullsisë së varfër dhe në nevojë shpesh kërkon angazhim të fortë qeveritar për t'i dhënë zë grupeve të marginalizuara dhe për të kapërcyer grupet e interesuara të politikës. Vendet e grupit 3 (Brazil dhe Tajlandë) janë shembuj të kombeve, në të cilat lëvizjet sociale janë kombinuar me udhëheqjen politike, duke luajtur një rol katalizues në tejkalimin e sfidave politike për të reduktuar pabarazitë në mbulim.

Vendet e grupit 2 po përpiqen të rregullojnë këtë çështje: Gana dhe Vietnami kanë krijuar një skemë kombëtare të sigurimit të shëndetit si një platforme për një rezultat të unifikuar të rrezikut, dhe Indonezia dhe Peruja janë gjithashtu duke ndërmarrë hapa të konsiderueshme për të integruar apo harmonizuar mundësitë e shumta të rrezikut.

Financimi në shëndetësi

Ky studim ka shqyrtuar përvojat kombëtare në tre fusha të financimit të shëndetësisë mobilizimi i të ardhurave për të zgjeruar dhe për të mbështetur mbulimin; Krijimi i mekanizmave efektive të rishpërndarjes për të siguruar barazi dhe mbrojtje financiare; dhe ndërtimi i kapaciteteve për të menaxhuar shtrirjen.

Rritja e të ardhurave

Të gjitha vendet në studim janë përballur me sfida në gjetjen e financimeve të mjaftueshme shtetërore për të mbështetur mbulimin universal. Vendet kanë gjetur qasje të ndryshme për të siguruar shpërndarjen e nevojshme buxhetore për zbatimin e UCH. Dhënia e prioritetit shëndetësisë në buxhetin e qeverisë, përkrah rritjes makroekonomike, u ka mundësuar vendeve shtrirjen e mbulimit të popullsisë dhe mundësinë që të ofrojnë mbrojtje më të mirë financiare. Megjithatë, qeveritë shpesh nuk shoqërojnë angazhimin e tyre politik për mbulimin universal me një plan të qartë financiar. Vetëm tre nga 11 vendet (Brazil, Franca dhe Gana) kanë përdorur vendime ligjore të Qeverisë, që në mënyrë eksplicite kanë vendosur mënjanë fonde nga buxheti për kujdesin shëndetësor. Vende të tjera kanë arritur mbulimin pa këto masa (paneli 1), por kanë mbajtur vazhdimisht lart në axhendën politike kombëtare ndarjen e fondeve buxhetore në sektorin e shëndetësisë lartë.

Franca dhe Japonia janë duke u përpjekur të reduktojnë mbështetjen e tyre në kontributet e pagave premium (sepse kontributet e pagave premium nuk gjenerojnë më të ardhura të mjaftueshme, si pasojë e plakjes së popullsisë) dhe ata po drejtohen tek forma të tjera të të ardhurave tatimore. Brazil ka lejuar rritjen e sigurimit shëndetësor vullnetar privat, dhe me kalimin e kohës pjesa e shpenzimeve private është rritur dhe Brazili tani ka pjesën më të madhe të shpenzimeve jashtë buxhetit (30%) në vendet e grupit 3.

Vendet me një sektor të gjerë informal, të tilla si Tailanda, kanë patur të vështirë zgjerimin e mbulimit, duke u bazuar vetëm nga taksimi i pagave e kështuqë kanë rritur përdorimin për këtë qëllim të të ardhurave tatimore në përgjithësi. Në të kundërt, vendet me të ardhura të ulëta, si Bangladeshi dhe Etiopia janë duke kërkuar mënyra për të zgjeruar bazën e tyre të ngushtë tatimore, duke futur taksa të reja për pagat nëpërmjet një programi sigurimesh shoqërore.

Menaxhimi i riskut dhe rishpërndarja e të ardhurave

Studimi tregon se të ofrosh mbulim universal për të gjithë popullsinë, nevojiten forma të ndryshme të tej-subvencionimit, si nga të pasurit, edhe nga të varfrit, si edhe nga grupet me rrezik të ulët (p.sh. të rinjtë) tek popullatat me rrezik të lartë (p.sh. të moshuarit). Konsolidimi i skemave të sigurimit ka përmirësuar

shpërndarjen e drejtë në disa vende të grupit të 3-të. Japonia ka mbajtur disa rreziqe, por ka arritur drejtësi të konsiderueshme përmes një kombinimi të përfitimeve standarde dhe dhënësve të pagesave standarde.

Kontrolli i kostos së presioneve

Të gjitha 11 shtetet e studimit përballen me kufizime të konsiderueshme të burimeve për të arritur mbulimin universal. Studimi tregoi se sistemet e hapura të pagesës tarifë e shërbim çojnë zakonisht në përshkallezimin e kostos.

Vendet që menaxhojnë me kujdes burimet totale në sistem dhe që përdorin në mënyrë strategjike levat politike për të rritur efikasitetin, janë më të suksesshëm në menaxhimin shpenzimeve pa ulur mbulimin. Për shembull, Tajlanda dhe Turqia kanë përdorur strategji të forta negociuese me kompanitë farmaceutike dhe sistemet e shpërndarjes së pagesës për të sjellë më shumë përfitime për shumë njerëz. Tajlanda ka zhvilluar kapacitete institucionale të fuqishme për të ndërmarrë vlerësimin e teknologjisë shëndetësore, për efektivitetin e kostove për vlerësimin e ndërhyrjeve teknologjike dhe mjekësore, të përfshira në programin e mbulimit universal. 24. Franca, po forcon rregullimin shtetëror të sigurimit shëndetësor, përmes mekanizmave të monitorimit rigoroz të shpenzimeve.

Japonia rishikon dy herë në vit unifikimin e planit tarifor, ofron mbrojtje financiare për familjet, duke bërë bashkëpagesa dhe duke ofruar mbulim për shpenzime shëndetësore katastrofike.

Burimet njerëzore në shëndetësi

Të 11 vendet e përfshira në studim janë përballur me sfida të mëdha në prodhimin, performancën dhe shpërndarjen e punonjësve të shëndetësisë në lidhje me qëllimet e UHC. Mesazhi kryesor i këtij studimi është që vendet duhet të përshtasin angazhimin mbi kapacitetin e tyre për të ofruar shërbime shëndetësore me atë të UHC, e cila nga ana tjetër varet nga disponueshmëria e një fuqie punëtore shëndetësore të kualifikuar dhe të motivuar. Ky problem është veçanërisht i mprehtë për vendet në fazat e hershme të adoptimit dhe zbatimit të UHC (grupet 1 dhe 2)

Shtrirja e prodhimit të nevojave të punëtorëve të shëndetësisë duhet të shoqërohet me qeverisjen e duhur dhe reforma rregullatore për të siguruar cilësinë dhe aftësitë e duhura të punëtorëve shëndetësorë, gjë që është veçanërisht e rëndësishme për vendet e grupit 1 dhe 2. Këto vende përballen me një mungesë të fuqisë punëtore shëndetësore dhe kanë parë një shtim të shpejtë të institucioneve arsimore private dhe publike pa cilësinë e duhur. Për të trajtuar problemin

e punëtorëve të pakualifikuar, Indonezia ka reformuar procesin e akreditimit, duke përdorur programe profesionale dhe standardizimin e proceseve të çertifikimit pas matrikulimit. 11

Vendet e tjera kanë zgjeruar me sukses fuqinë punëtore në shëndetësi, duke ofruar mundësi fleksibël të karrierës dhe pika jotradicionale hyrjeje të punëtorëve shëndetësorë. Shembujt përfshijnë punëtorët e shëndetit në Etiopi dhe komunitetin të punëtorëve shëndetësorë në Brazil. Këto strategji kërkojnë ndryshime në mënyrën se si jepet kujdesi shëndetësor, një ripërcaktim të qëllimeve të praktikës dhe funksioneve të kategorive të ndryshme të punonjësve të shëndetësisë, dhe rishikimin e rregullores për arsimimin dhe standardeve të trajnimit dhe praktikës.

Të gjitha vendet në këtë studim po hasen me një keqshpërndarje të punonjësve të shëndetësisë. Vendet në grupet 1 dhe 2 përballen me vështirësi veçanërisht në rekrutimin dhe mbajtjen e punonjësve të shëndetësisë në zonat rurale dhe të largëta. Vendet në grupin 3 kanë reduktuar këtë pabarazi në shpërndarjen gjeografike të punëtorëve shëndetësorë dhe përvojat e tyre kanë ofruar njohuri të dobishme. Pabarazitë rurale-urbane në shpërndarjen e punonjësve shëndetësor mund të reduktohet nga disa strategji të ndryshme, përfshirë balancimin e incentivave monetare dhe jomonetare dhe përmirësimin e kushteve të punës. Ndërhyrjet përfshijnë rekrutimin e studentëve nga zonat me shërbime të pakta, përmes bursave, kuotave dhe futjen e komponentëve të shërbimit rural në kurrikula; duke lëvizur midis spitaleve dhe qendrave të kujdesit parësor; dhe ofrim të një mbështetjeje monetare dhe jomonetare për zhvillimin e mëtejshëm të karrierës. Shërbimi i detyrueshëm është një tjetër politikë për të inkurajuar vendosjen në zonat me më pak shërbime. Vendet në grupin e 3, kanë përdorur një kombinim të këtyre politikave. Shumë vende të Grupit 2 janë duke zhvilluar dhe implementuar politika me një qasje më të gjerë. Një tjetër mënyrë për të përmirësuar bilancin gjeografik të shpërndarjes është që të investojë në punonjësit e kujdesit parësor në komunitet.

Ky studim tregon se lëvizja drejt mbulimit universal është një angazhim politik afatgjatë që kërkon njohuri teknike dhe eksperiencë politike. Në përgjithësi, vendet kanë një mundësi më të mirë për të lëvizur drejt UHC nëse liderët tregojnë përkushtim politik ndaj reformave, kuptojnë qartë sfidat e politikës ekonomike dhe kanë vullnet të mirë për të mësuar nga eksperiencia dhe ta përshtasin atë. Ky kombinim faktorësh mbështet përpjekjet e liderëve për të hartuar dhe zbatuar reformat për rritjen e mbulimit, përpjekje që duhet të jenë gjithëpërfshirëse dhe të qëndrueshme në një afat të gjatë.

Rregulla të reja për rimbursimin e barnave

Rritet transparencja, ja pikat e përmirësuara në kontratën mes FSDKSH dhe shërbimit farmaceutik

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) ka rishikuar rregulloren e të gjithë procedurës së rimbursimit të barnave, duke vendosur elementë të rinj transparence për të gjitha hallkat e procesit. Rregullat e reja janë reflektuar edhe në kontratat me depot dhe farmacitë për vitin 2015. Shtojcat e kontratës u miratuan nga Këshilli Administrativ i FSDKSH-së dhe hynë në fuqi nga data 1 gusht 2015.

Masat e reja të parashikuara në kontratë janë një hap cilësor drejt rritjes së shkallës së transparencës dhe parandalimit të mundësive për abuzime me barnat e rimbursueshme.

Ndryshimet e miratuara reflektojnë konstatimet e Njësisë Anti-Korrupsion pranë Këshillit të Ministrave, që synojnë shmangien e çdo mundësie për rimbursimin e recetave që nuk janë të plotësuara në mënyrë të saktë, si nga pikëpamja formale, ashtu edhe përsa i përket përmbajtjes së tyre.

Në ndryshim nga kontrata e mëparshme, e cila parashikonte një afat 48-orësh, brenda të cilit, farmacia mund t'i merrte recetat, t'i korigjonte dhe t'i kthente përsëri në Drejtorinë Rajonale përkatëse të Fondit, me qëllim shmangien e abuzimeve të mundshme, kjo pikë e kontratës është hequr. Pra, me kontratat e reja, nuk parashikohet mundësia e kthimit të recetave për korigjime. Në

rast se receta do të ketë parregullsi, ajo nuk do të rimbursohet.

Një ndryshim tjetër i rëndësishëm lidhet me fenomenin e zgjidhjes dhe rilidhjes së kontratave, pasi u konstatua se shumë subjekte bënin zgjidhje kontrate dhe rilidhje të tyre pas disa ditësh, një praktikë abuzive kjo, për të humbur gjurmën e kontroleve me inventarizim. Me rregullat e reja, hiqet koncepti i zgjidhjes së kontratës me marrëveshje të palëve. Në rast se subjekti zgjidh kontratën, ai nuk do të ketë më të drejtë ta rilidhë atë për një periudhë 1-vjeçare.

Një tjetër ndryshim i rëndësishëm është edhe futja e konceptit të faturës tatimore. Deri më sot, nuk është kërkuar prerja e një fature tatimore nga

subjektet, ndonëse ka edhe raste që farmaci të konsoliduara e depozitojnë një dokument të tillë. Me kontratat e reja, fatura tatimore është, tashmë, një detyrim ligjor.

Për të rritur shkallën e transparencës së verifikimit të recetave me rimbursim, në drejtoritë Rajonale të Fondit do të gjurmohet lëvizja e dosjes së çdo subjekti farmaceutik nga njëri kontrollor, tek tjetri. Kontratat e përmirësuara synojnë rritjen e transparencës në çdo hallkë të procesit të rimbursimit, me qëllim shmangien e çdo abuzimi të mundshëm me listën e barnave të rimbursueshme.



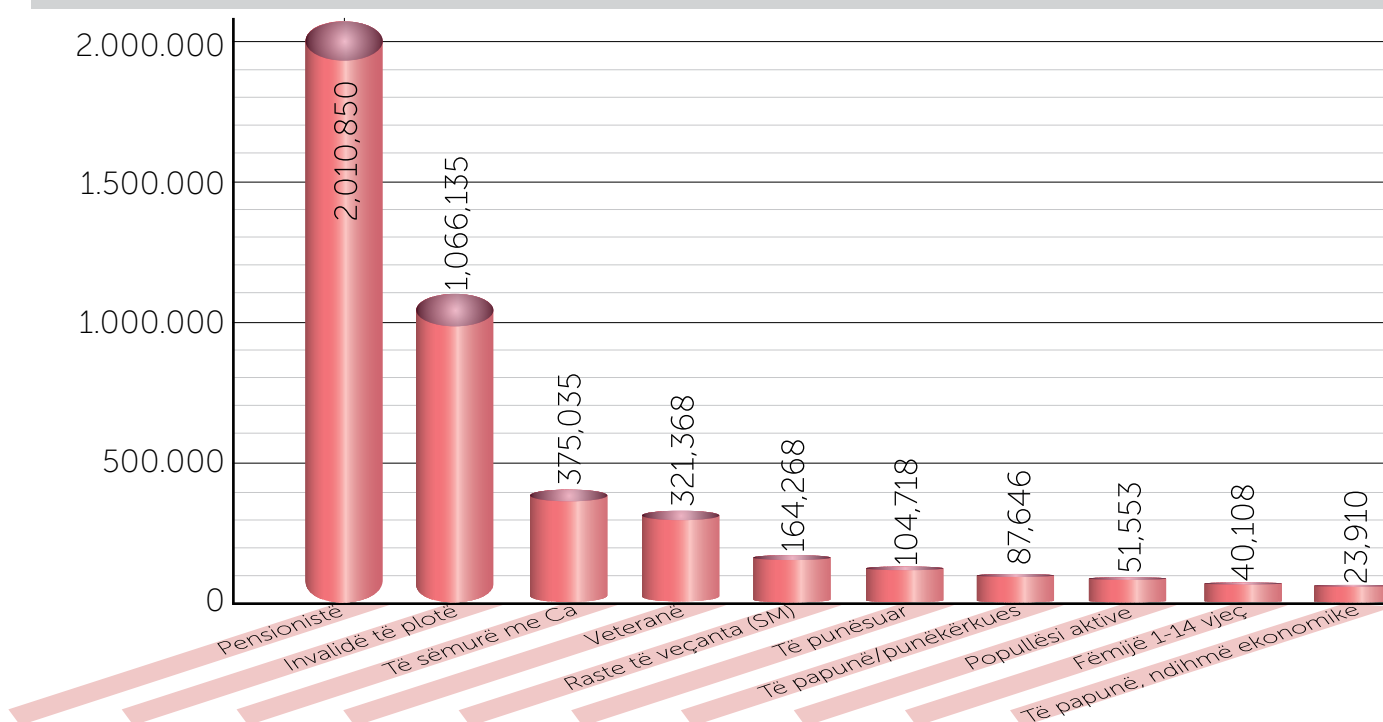
Statistika

1

BARNAT E RIMBURSUESHME, KATEGORITË ME RIMBORSIMIN MË TË LARTË – për 6 mujorin e parë 2015

NR. KATEGORIE	EMRI I KATEGORISË SË POPULLSISË	RIMBORSIMI(000LEKE)
10	Pensionistë	2,010,850
02	Invalidë të plotë	1,066,135
06	Të sëmurë me Ca	375,035
16	Raste të veçanta (SM)	321,368
07	Veteranë	164,268
22	Të punësuar	104,718
28	Të papunë/punëkërkuar	87,646
15	Popullësi aktive	51,553
12	Të papunë, ndihmë ekonomike	40,108
19	Fëmijë 1-14 vjeç	23,910

▶ PESHA SPECIFIKE QË ZËNË KATEGORITË ME RIMBORSIMIN MË TË LARTË PËR 6/MUJORIN 2015



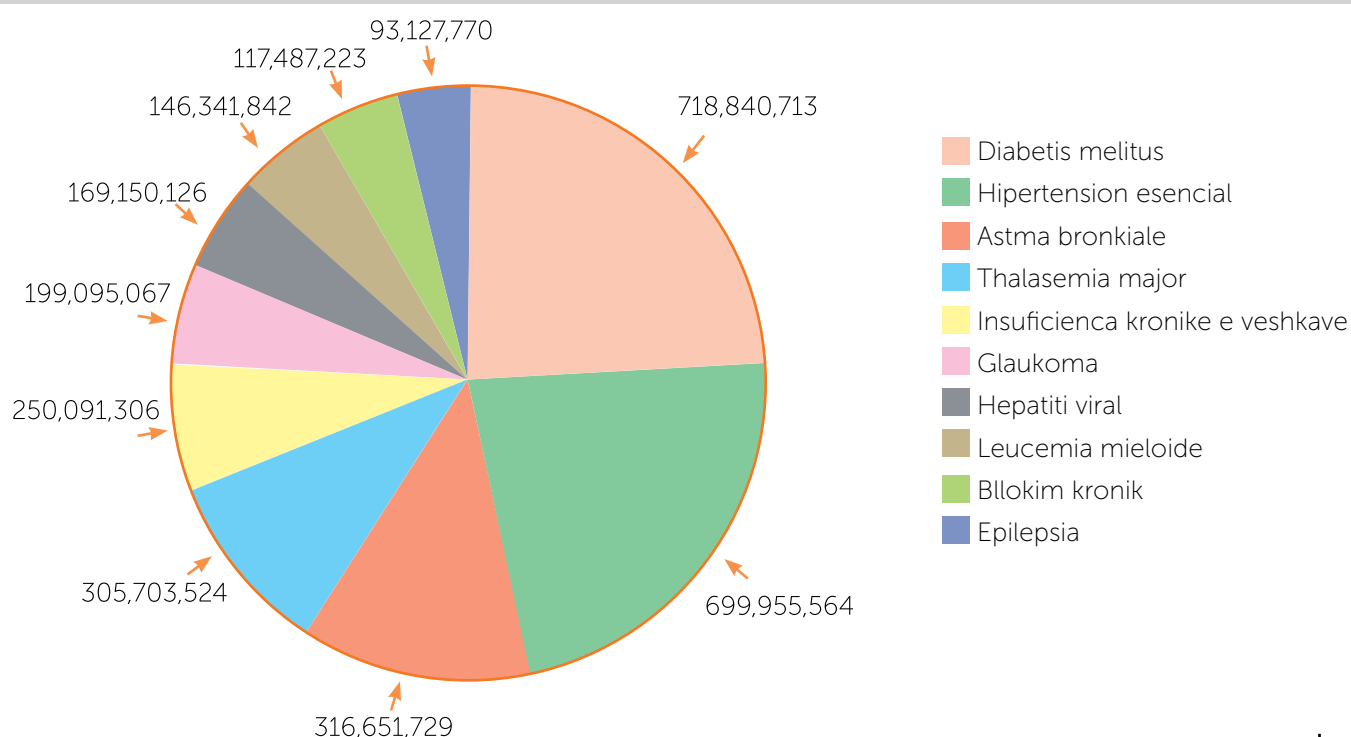
Statistika

2

10 DIAGNOZAT ME RIMBURSIMIN MË TË LARTË për 6 mujorin e parë 2015

DIAGNOZA	NUMRI I PACIENTËVE	NUMRI I RECETAVE	RIMBURSIMI (LEKË)
Diabetis melitus	65,445	251,729	718,840,713
Hipertension esencial	231,316	866,618	699,955,564
Astma bronkiale	25,752	85,062	316,651,729
Insuficiencia kronike e veshkave	3,945	15,184	305,703,524
Thalasemia Major	266	830	250,091,306
Glaukoma	15,661	59,842	199,095,067
Leucemia mieloide	283	629	169,150,126
Hepatiti viral	713	2,272	146,341,842
Bllokim kronik	10,549	31,827	117,487,223
Epilepsia	11,140	41,926	93,127,770

► PESHJA SPECIFIKE QË ZËNË 10 DIAGNOZAT MË TË SHTRËNJTA NË RIMBURSIM



Statistika

3

10 BARNAT ME RIMBURSIM MË TË LARTË për 6 mujorin e parë 2015

KODI ATC	EMËRTIMI KIMIK	RIMBURSIMI (LEKË)	SASIA
V03AC03	Deferasirox 250 mg	237,245,640	138,540
A10AE05	Insuline Glargine solution 100 Nj.N/ml - 3 ml	222,211,711	134,968
L01XE08	Nilotinib 150 mg	133,889,433	45,690
A10AB01	Insuline Humane Biosintetike Neutrale 100 Nj.N. / ml - 3 ml	123,575,466	178,286
A12AA20	Calcium -3-methyl-2 oxovalerate etj	99,222,494	1,074,261
S01EC04	Brinzolamide 10mg/ml-5ml	82,946,135	52,874
R03AK06	Salmeterol Xinafoate Micronised + Fluticasone Propionate Micronised inh. (50 mcg + 250 mcg)/ unit dose	78,485,060	18,185
B03XA03	Methoxy Polyethylene Glycol - epoetin beta 200mcg/0.3 ml	69,632,122	1,510
S01EE04	Travoprost 40mcg/ml-2.5 ml	65,061,833	25,092
R03AK06	Salmeterol Xinafoate Micronised + Fluticasone Micronised Propionate inh. (50 mcg + 500 mcg)/ unit dose	61,654,895	11,754

▶ 10 BARNAT ME RIMBURSIMIN MË TË LARTË PËR 6-MUJORIN E PARË 2015

