



FONDI  
I SIGURIMIT  
TË DETYRUESHËM  
TË KUJDESIT  
SHËNDETËSOR

# FOKUS

REVISTË PERIODIKE | NR. 28 | PRILL 2015



PACIENTI NË QENDËR

**SHËRBIMI SHËNDETËSOR,  
LEHTËSOHEN PRODECURAT**

**KARTA E SHËNDETIT  
RECETAT 2-MUJORE ME RIMBURSIM  
RECETA ELEKTRONIKE**



FONDI  
I SIGURIMIT  
TË DETYRUESHËM  
TË KUJDESIT  
SHËNDETËSOR

KUJDESEMI PËR SHËNDETIN TUAJ!  
[www.fsdksh.com.al](http://www.fsdksh.com.al)

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



Masa e kontributit për personat e punësuar është 3.4% e pagesës mujore (1.7% i paguan punëdhënësi dhe 1.7% i paguan punëmarrësi).

Kontributi për të vetëpunësuar në qytet është 7% e pagës minimale, ndërsa të vetëpunësuarit në fshat paguajnë 3% zonat kodrinore dhe malore dhe 5% zonat fushore.

Një mënyrë tjetër është sigurimi vullnetar. Masa e kontributit është 3.4% e pagës mujore minimale.

# FOKUS

Revista "Fokus" është një botim periodik i Institucionit të Sigurimeve 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. 28 PRILL 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**

Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm

**Aurel Voda**

Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm

**Albana Adhami**

Drejtoreshë e Drejtorisë së Shërbimit Parësor

**Dritan Ulqinaku**

Drejtor i Drejtorisë së Kontrollit Spitalor

Përgatiti:

**Etiola KOLA**

ekola@isksh.com.al

Tel/Fax: +355 4 2259 855

Adresa:

Instituti i Sigurimeve të Kujdesit  
Shëndetësor (ISKSH)  
Rruga "Sami Frashëri", Lagjia 8, Tiranë.  
Tel: +355 4 2230 984  
Fax: +355 4 2274 953

Përktheu:

Mimoza Backa

Print & Design  
Adel Co

## 07 RRËFIMI Transplanti i veshkave që i ndryshoi jetën



## 12 RISITË Lista e barnave me rimbursim



## 14 OPINION NGA DR. ASTRIT BECI "Rrëfimi", qasje e re e mjekësisë.



## 18 SHËRBIMET SHËNDETËSORE Metodë e re financimi për QSH



# Paketat shëndetësore falas, ja përfituesit

## Një nga arritjet më të rëndësishme të FSDKSH

Një nga arritjet më të rëndësishme të FSDKSH-së është kostifikimi dhe ofrimi i paketave shëndetësore pa pagesë si në institucionet shëndetësore publike dhe ato jopublike. Kjo u realizua pas bashkëpunimit të suksesshëm të Fondit me mjekët elite të shërbimeve të QSUT-së, me mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë.

Pas kostifikimit të paketave shëndetësore, FSDKSH lidhi kontratë me spitalet publike dhe jopublike për ofrimin e këtyre shërbimeve. FSDKSH I financon 100% paketat shëndetësore dhe spitali (publik ose jopublik) 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

Oftojmë sot paketat shëndetësore falas në spitalet publike dhe jopublike me financim nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

<b>Përfitues të drejtpërdrejtë</b>	<b>900 pacientë</b> që kryejnë dializën <hr/> <b>4 spitale publike</b> dhe <b>3 spitale private</b>
<b>Në vetëm 4 muaj</b>	<b>400 pacientë</b> <b>përfituan pa pagesë</b> <hr/> ndërhyrje të kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë në spitalet publike dhe jopublike
<b>Në vetëm 4 muaj</b>	<b>12 pacientë</b> <b>kryen transplante</b> <b>të veshkave</b> <hr/> në spitalet private, me financim publik
<b>Në vetëm 4 muaj</b>	<b>shkurtuam me 50%</b> <b>listën e pritjes për pacientët</b> <hr/> që kanë nevojë për transplant dhe kanë dhurues familjarë të përshtatshëm, pacientë që ishin prej vitesh në listë-pritje.

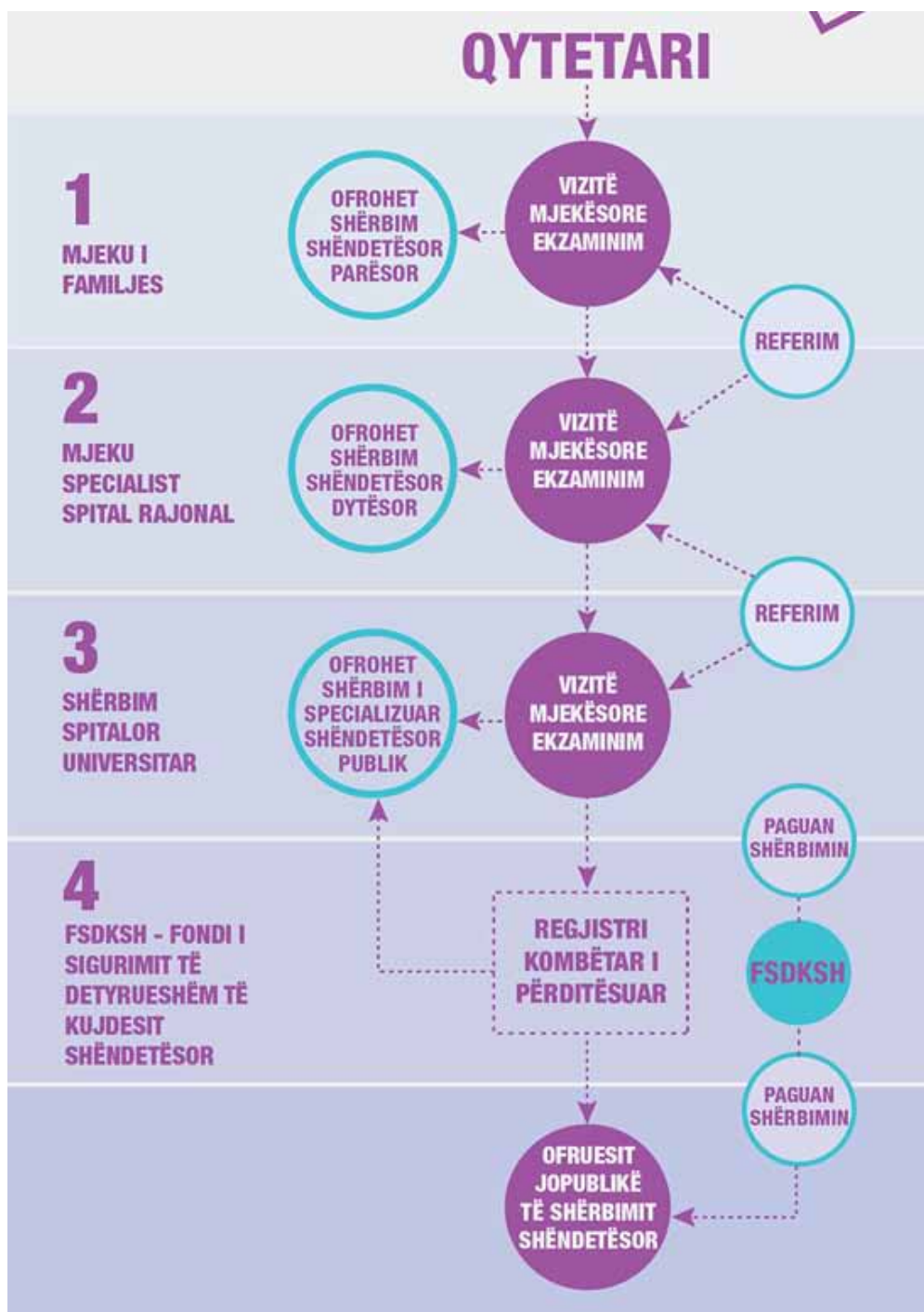
## Paketa e Shërbimeve që financohen 100% nga FSDKSH në spitalet publike dhe jopublike

Paketa e Shërbimeve	Çmimi (lekë)
<b>1.Dializa</b>	<b>11,204</b>
Në këtë paketë përfshihen: Ekzaminimet e nevojshme klinike, imunologjike; - Vendosja e fistulës ose grafitit; Kryerja e procedurës Paketa e shërbimit të transplantit të veshkës (me dhurues të gjallë)	
<b>1. Transplanti renal</b>	<b>1,186,053</b>
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)	
<b>2. Terapia e flakjes akute</b>	<b>478,011</b>
Paketa e shërbimeve të Kardiologjisë	
1.Angioplastikë koronare	164,360
2.Angiografi koronare	51,256
3.Pacemaker definitiv	209,598
Paketa e shërbimeve të kardiokirurgjisë	
1.By pass aorto koronar	360,239
2.Interventet valvolare	554,129
3.Interventet kongenitale	262,332
Në këtë paketë përfshihen	
- interventi	
- dy ditë qëndrimi në terapinë intensive	

## Si përfitohen paketat shëndetësore:

Për të përfituar paketat shëndetësore që financohen nga FSDKSH, duhet të zbatoni sistemin e referimit:

- Fillimisht paraqiteni pranë mjekut tuaj të familjes. Ai ju jep shërbimin dhe ju referon pranë specialistit në rrethin tuaj.
- Specialisti zbaton sistemin e referimit dhe pasi ju jep shërbimin, ju dërgon pranë shërbimit terciar përkatës.
- Konsulta e shërbimit terciar përcakton nëse keni nevojë për trajtim.
- Me konsultën, kartën e shëndetit dhe mjetin e identifikimit, pacienti paraqitet në zyrën e FSDKSH pranë shërbimit terciar, e cila i planifikon ndërhyrjen në spitalin public dhe në rast të tejkalimit të kapaciteteve, e dërgon pacientin në spitalin jopublike me të cilat FSDKSH ka kontratë për këto shërbime.



# Historia e Eriolës Transplanti i veshkave që i ndryshoi jetën

**Nga Sonila Mlloja**

Gazetare në Televizionin Publik Shqiptar

## Financimi u mundësua nga Fondi

Eriola Luca është vetëm 22 vjeç dhe gjatë shtatzanisë së parë të saj në muajin e gjashtë konstaton shkatërrimin e plotë të dy veshkave nga sasia e tepërt e albuminës. Kërcënimi i veshkave po vinte në rrezik dy jetë: atë të djalit të saj dhe vetë jetën e saj. Në një rrëfim ajo shpjegon ankthin e atyre ditëve kur gjatë pritjes së ëmbël të fëmijës, tre muajt e fundit të shtatzanisë i kaloi në një ferr të vërtetë.

"Pas muajit të gjashtë kisha tension të lartë për shkak të albuminës në veshka por shkakun nuk ma gjetën shpejt. Djalin e linda me probleme në shikim, ndërkohë që tensioni lartë vashdonte të më përndiqte. Në spitalin e Durrësit nuk mora një përgjigje, ndërsa në QSUT në Tiranë më dhanë lajmin e veshkave. Ato kishin marrë fund! Nefrologët e QSUT më thanë se veshkat e mia ishin dëmtuar rëndë dhe se nuk e parashikonin dot sa mund t'i mbaja në punë me mjekime. Rruga drejt Hemodializës ishte e pashmangshme por nëse do të isha me fat, gjetja e një dhuruesi për të bërë transplant, ishte zgjidhja përfundimtare".

Lajmet në gazetë se Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor do të financonte transplatin e veshkave për personat e parë të listës së pritjes në QSUT, vuri në lëvizje prindërit. Lindja e djalit me disa probleme në shikim, rënia në koma për 10 ditë dhe 6 muaj hemodializë ishin vuajtjet e fundit para lajmit të madh se veshka e mamasë së saj përputhej plotësisht për të dhe se transpanti do të financohej nga shteti në një spital privat.

"Kur babait i thanë se vajza juaj do ta kryejë transplantin në Spitalin Amerikan me financim nga shteti, jemi mrekulluar nga gëzimi. Po na ringjallej edhe njëherë shpresa. Gëzimin e këtij lajmi e përjetoi gjithë fisi, madje edhe kolegët në fabrikën e këpucëve ku unë punoja më parë dhe që për mua kishin filluar të mblidhnin fonde nga pagat e tyre. Në muajin Janar u krye transplani. Ishte një eksperiencë që kaloi pa vuajtje, si për mua ashtu edhe për mamanë. Ditët në spital kaluan shpejt dhe nuk pata asnjë komplikacion. Edhe faza postoperative po mbikqyret nga mjekët e këtij spitali dhe po marr medikamentet që ata më kanë përshkruar. Shërbimi ishte i përkryer dhe për më tepër nuk kemi paguar asgjë.

Të vetmet pagesa që po bëjnë janë ato për blerjen e disa medikamente që më nevojiten tani dhe që nuk ndodhen në listën e barnave të rimbursueshme. Sot ndihem shumë mirë dhe jam shumë në formë. Edhe mami im gjithashtu ndihet mirë. Drejtori i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dr. Astrit Beci thotë se përgjysmimi për 4 muaj i listë-pritjes së personave që kanë gjetur dhuruesin është sukses.

"Në një total prej 80 të sëmurësh që kanë nevojë për transplant të veshkës, në një kohë që 24 prej tyre kanë përshtatshmëri me dhuruesin, gjysma e tyre u mundësua të kryhej në periudhën Janar- Prill 2015. Kjo është një arritje shumë positive, pasi këta pacientë e dinë se sa vite kanë që presin për të kryer këtë ndërhyrje. Këto ndërhyrje u kryen me një kosto-efektivitet pozitiv për Fondin. Mjafton të themi që një ndërhyrje e tillë paguhet nga ne tek privati vetëm 7200 Euro, ndërkohë që vite më parë janë harxhuar mbi 1 milion Euro për tre raste transplantesh që janë bërë". Dr. Astrit Beci thotë se vitin ardhshëm, me këtë ritëm, nuk do të kemi më listë-pritje dhe kjo do të thotë invaliditet më i pakët, jetë më e shëndetshme, traumë familjare më e vogël.

Sot Eriola ka rifituar shpresën për jetën, ëndrrën për të prindëruar dhe projektet për të ardhmen

E sigurtë ajo shprehet: "Tani do të eci përpara. Do t'i përkushtohem fëmijës tim!"



*Eriola Luca, vajza që kreu transplantin me financimin e shtetit*

# Nis Kontrolli Mjekësor Bazë për popullatën 40-65 vjeç

Në përmbushje të angazhimit të Qeverisë për të shkuar drejt mbulimit shëndetësor universal, sot, çdo shqiptar i grupmoshës 40-65 vjeç përfiton kontrollin mjekësor falas në qendrat shëndetësore në të gjithë Shqipërinë.

- Çdo shtetas me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë, që i përket grupmoshës 40-65 vjeç, ka të drejtën e kontrollit mjekësor bazë, pa diskriminim.
- Kontrolli mjekësor bazë 40-65 vjeç është pa pagesë për shtetasit përfitues të programit.
- Kontrolli mjekësor bazë 40-65 vjeç ofrohet dhe realizohet nga punonjësit e shëndetësisë në Kujdesin Shëndetësor Parësor.
- Kontrolli mjekësor bazë realizohet në infrastrukturën e 415 Qendrave Shëndetësore, të shtrira në të gjithë territorin e vendit.

## PAKETA E KONTROLLIT MJEKËSOR BAZË 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)




## SI FUNKSIONON KONTROLLI BAZË SHËNDETËSOR?

**1** ÇDO PERSON MINDIS MISHËS 40 DHE 65 VIEÇ QË ËSHTË RESIDENT NË SHqipëRI ËZON TË DREJTËN TË KRYEJË KONTROLL SHËNDETËSOR BAZË PA PAGESË.

**2** PËN TË PËRFTUAR NDA KY SHËRBIUM, JU LAJMEROHENI NDA MIKRU I FAMILJES I QENDRËS SHËNDETËSORE TË VENDBANIMIT DHE JU PROPOZOHEN TË MUNDËSI NË TË DITA NË MUJIN TUAJ TË LINDJES.


**3** PASI JENI INFORMUAR PËR DATËN, JU PRITENI NDA PUNONJËSIT SHËNDETËSOR NË MIKRESËT E QENDRËS SHËNDETËSORE.

**4** PERSONELLI I QENDRËS SHËNDETËSORE SIGUROHET QË TË JENI TË MIREINFORMUAR DHE QË PËRMBLUSINI KRITERET PËR TË PËRFTILLAR KONTROLLIN SHËNDETËSOR PA PAGESË.



**0800 7453**  
Numër pa pagesë

[www.sije.al](http://www.sije.al)



**9** DITËN KY PROCES NUK ZBATET NË SHIRËME SE 2 JAVË DEJI NË MARRJEN E PËRULORJËVE.

**8** PËRQATITËT PËRQIJAN DHE SHENJUAN DHE JU NJAFTOHEN ME POSTË.

**7** GRUMBULLOHEN TË GJITHA ANALIZAT DHE PËRQIJANET E TESTEVE, TË ÇILAT ANALIZOHEN NDA MIKRE NË QENDRËN SHËNDETËSORE.

**6** NË KONTROLLIN SHËNDETËSOR PA PAGESË PËRFSHIHEN KONTROLLI I QIARKUT, EKOL, ANALIZAT E PARAMETRAVE BIOKIMIKE TË GLUKOZËSË, KOLESTEROLIT, BILIRUBINËS, TRANSAMINAZAVE, ALBUMINURIA, SI DHE NIVELIN E STRESIT DHE DEPRESIONIT.

**Kontrolli Mjekësor Bazë synon zgjatjen e viteve të shëndetshme të jetës së popullatës shqiptare dhe parandalimin e fataliteteve të parakohshme duke rivendosur, ruajtur dhe përmirësuar shëndetin.**

**Shëndeti është një e drejtë, jo një privilegj!  
Të shëndetshëm, jemi të gjithë të barabartë!**

# Karta e shëndetit, lehtësohen burokracitë

## Së shpejti nis pilotimi i recetës elektronike

"Karta e shëndetit mund të konsiderohet një projekt i suksesshëm i FSDKSH-së, pasi ecuria e saj është në pritshmëritë tona dhe rezultatet janë të dukshme. Vetëm pak muaj pas nisjes së lëshimit të kartës së shëndetit e cila po zëvendëson gradualisht librezën shëndetësore, janë rreth 152 mijë persona që janë pajisur me kartë shëndeti, kryesisht pensionistë, invalidë por edhe të papunë e kategori të tjera që përfitojnë nga skema e rimbursimit" – deklaron drejtori i FSDKSH, dr. Astrit Beci.

Por ne po punojmë –shprehet drejtori i Fondit- për ta përsosur më tej procesin, për të lehtësuar dhe pjesën shkresore të dokumentacionit. Aktualisht po punohet për të realizuar shkëmbimin e të dhënave online me Regjistrin e Gjendjes Civile, Sigurimet Shoqërore, Administratën Tatimore dhe Shërbimin Kombëtar të Punësimit, të cilët kanë të dhëna online. Realizmi i këtij shkëmbimi ndërinstitucional, do të lehtësojë kërkesën për dokumentacion letër që u bëhet sot përfituesve të kartës së shëndetit.

Së bashku me dhënien e barnave me rimbursim për periudha 2-mujore si dhe implementimin e recetës së unifikuar, do të zbusin një plagë të madhe të sistemit - burokracitë në marrjen e shërbimit shëndetësor.

## Avantazhet e kartës së shëndetit:

- Lehtëson ngarkesën burokratike në punën e mjekut dhe farmacistit, të cilët nuk do të jenë më të detyruar të plotësojnë faqet e librezës për çdo recetë të lëshuar;
- Bën të panevojshme paraqitjen e pacientit pranë degëve të Fondit për të rinovuar librezën sa herë që ajo konsumohet;
- Lejon informimin nga sistemi elektronik të mjekut të familjes për statusin e personit përfitues;
- Realizon lidhjen e ID kombëtare me personin përfitues, duke ofruar mundësi për shkëmbimin e të dhënave me institucione të tjera në sistem.



# Receta 2 mujore me rimbursim

## FSDKSH krijon lehtësira për pacientët kronikë

Një hap i rëndësishëm që Fondi ndërmori në drejtim të lehtësimit të procedurave dhe eliminimit të burokracive të shumta për marrjen e shërbimeve shëndetësore, ishte edhe dhënia e barnave me rimbursim për periudha deri në 2-mujore. "Duke filluar nga data 1 prill, me hyrjen në fuqi të listës së re të barnave me rimbursim për vitin 2015, ka nisur dhënia e recetave për periudha dy mujore për pacientët kronikë të stabilizuar. Kjo do të thotë se pacientët, sidomos pensionistët (që janë dhe përfituesit kryesorë), do të kenë një lehtësim të ndjeshëm, pasi nuk do ta kenë të nevojshme paraqitjen pranë mjekut të familjes çdo muaj për barnat që marrin rregullisht me rimbursim, por një herë në dy muaj. Përveç rasteve kur ka ndryshim terapie (gjë e cila përcaktohet nga mjeku)", shprehet drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH-së, dr. Astrit Beci.

Mjekët e familjes shprehen se ky është një lehtësim shumë i madh për ta, sidomos nëse shihet volumi i madh që ata përballojnë në përditshmërinë e tyre. "Në muajt në vijim do ta ndjejmë këtë lehtësim aq të kërkuar prej nesh", shprehet dr. Bruna Shiroka, mjeke familjeje.

Theksojmë se, vetëm gjatë një viti, ne kemi rimbuaruar afro 4.6 milion receta dhe vetëm gjatë vitit të fundit, numri i tyre është rritur me 375 mijë krahasuar me vitin e kaluar. Ky vendim, shkurton ndjeshëm edhe kohën administrative të mjekut, i cili do të ketë më tepër mundësi edhe për kontrollin mjekësor bazë që ka filluar të ofrohet në Qendrat Shëndetësore me financim nga FSDKSH, një paketë shumë e rëndësishme kjo, drejt objektivit të Qeverisë për mbulimin shëndetësor universal!

## Të dhëna të recetave me rimbursim për vitin 2014:

- Numri i recetave në total për vitin 2014 është rritur me 374, 525 receta më shumë se në vitin 2013.
- Viti 2014 paraqitet me rritje të numrit të recetave në mënyrë progresive çdo muaj, që përkthehet në më shumë barna me rimbursim për pacientët.

Viti	Receta	Receta/ mijë banorë
Viti 2014	4,596,033	90
Viti 2013	4,221,508	84



Mjeke familjeje në QSH nr 8 në Tiranë

# Barnat e rimbursueshme, kush përfiton nga zgjerimi i listës

## LISTA E BARNAVE 2015

Lista e re e barnave të rimbursueshme e vitit 2015 është pasuruar me 29 barna të reja, 12 prej të cilave janë principe të reja aktive. Këto barna përmirësojnë dhe zgjerojnë trajtimin e pacientëve në shërbime si: Onkologjik, Gastrohepatologji, Pneumologji, Reumatologji, Infektiv, në terapinë kardiake, Parkinson, etj. Lista e re hyri në fuqi më 1 prill 2015. Nëse bëjmë një bilanc të këtyre dy viteve, duhet theksuar se, lista e barnave të rimbursueshme u shtua me plot 85 barna të reja, ku prioritet ka qenë trajtimi i sëmundjeve të rënda dhe zgjerimi i gamës së personave përfitues nga skema e rimbursimit.

Së bashku me dhënien e barnave me rimbursim për periudha 2-mujore si dhe implementimin e recetës së unifikuar, do të zbusin një plagë të madhe të sistemit - burokracitë në marrjen e shërbimit shëndetësor.

## Ulen çmimet e barnave Ulen çmimet e barnave.

Vendimi i Këshilli të Ministrave nr 645, datë 1.10.2014 për ngritjen dhe funksionimin e Komisionit të Çmimit të Barnave përcaktoi qartë këtë vit se, çmimi i barnave duhet të jetë i krahasueshëm me çmimin e pesë vendeve të Rajonit (Maqedoni, Greqi, Itali, Serbi dhe Kroaci) dhe nuk mund të jetë më i lartë se në këto vende. Ky vendim, i mundësoi Komisionit që miraton çmimet e barnave pranë Ministrisë së Shëndetësisë, që të arrijë një ulje të konsiderueshme të çmimeve të barnave këtë vit, ulje e cila reflektohet jo vetëm në listën e rimbursimit por edhe në tregun e hapur farmaceutik.

Po ju sjellim disa shembuj të uljes së çmimeve të barnave të njëjtë, krahasuar me vitin e kaluar:

- *Bari Lercanidipine që përdoret në Kardiologji, nga 24.7 lek (çmimi ref/njësi) u ul këtë vit në 15.8 lek.*
- *Bari Imatinib që përdoret për Leuçeminë, nga 1776.2 lek është ulur në 384.4 lek.*
- *Bari Capecitabin që përdoret në Onkologji, nga 307.90 lek është ulur në 153.6 lek.*
- *Insulina Glargine për diabetikët – nga 1891 është ulur në 1461 lek.*

## Rimbursim materialeve mjekësore

### RISIA

Por risia e këtij viti është rimbursimi i materialeve mjekësore. Falë ligjit të ri të FSDKSH, tanimë kemi hapësirat ligjore për të rimbursuar edhe materiale mjekësore, për të cilat ka patur kërkesa të vazhdueshme në Fond nga popullata në nevojë. Ne do të bëjmë të mundur këtë vit edhe rimbursimin e materialeve mjekësore, siç janë strishat për diabetikët, aq të nevojshme për të mbajtur nën kontroll sëmundshmërinë, e për pasojë, për të patur një mjekim efikas e cilësor për pacientët; qeset njëpërdorimshme për shkarkimin kolostomik; disa pajisje për kardiologjinë invasive, etj.

## Barnat që shtohen në listën e rimbursimit 2015

### PRINCIPE TË REJA AKTIVE

Nr.	Emërtimi Kimik	Forma	Shërbimi ku përdoret
1	Lactuloze 667 g/1L - 200ML	flakon	gastro - hepatologjia
2	Sofosbuvir 400mg	tablet	gastro - hepatologji / Hepati C
3	Vemurafenib 240mg	tablet	për trajtimin e melanomave metastatike
4	Ruxolotinib 5mg, 15mg, 20mg	tablet	onkologji / kancer i rrallë i gjakut
5	Acetat Abirateroni 250mg	tablet	onkologji / kancer të prostatës
6	Infliximab 100 mg	pluhur për infuzion	rheumatologji/artrit të formës së rëndë
7	Glycopyrronium bromide inhalation powder 50mcg	caps.për inhal.	në pneumologji / SPOK
8	Acarbose 50mg, 100mg	tablet	endokrinologji (diabet)
9	Alendronat + Cholecalciferol 70mg + 5600IU	tablet	rheumatologji
10	Lixisenatide 20mg	pen	endokrinologji (diabet)
11	Fluvoxamine 100mg	tablet	psikoanaleptikët
12	Ocreotide Acetate 30mg/2ml	pluhur për injec.	Grupi Hormoneve Hypotalamike
13	Lomustine 40mg	tablet	Ne tumoret e kokes dhe ne metastaza
14	Everolimus 10mg	tablet	onkologji, kanceri i gjirit

\*Bari Ruxolotinib ka 3 alternativanë listë: 5mg, 15mg, 20mg

\*Bari Acarbose ka 2 alternativa në listë: 50mg, 100mg

### BARNA TË REJA (FORMA DHE FORMËDOZA) TË BARNAVE EKZISTUESE

Nr.	Emërtimi Kimik	Forma	Shërbimi ku përdoret
1	Epoetin Zeta 30000 IU	shiringe	në hematologji
2	Lercanidipine 20mg	tablet	terapinë kardiake
3	Telmisartan 80mg	tablet	terapinë kardiake
4	Ferric hydroxide sucrose complex 100mg/5ml - 5ml	ampul	në hematologji
5	Cefixime 100mg/5ml X 50ml	flakon	
6	Glyceryl Trinitrate 0.5mg	sublingual. tab	terapinë kardiake
7	Hydrocortisone 17 - butyrate 0.1 % 30g	tubet	dermatologji
8	Peginterferon alfa - 2b 50mcg, 80mcg, 100mcg,	sol per injec	gastro - hepatologji dhe infektiv
9	Spirolacton 50mg	tablet	terapinë kardiake
10	Levodopa + Carbidopa (2g + 0.5g) / 100ml	gel intestinal	anti - parkinsonik

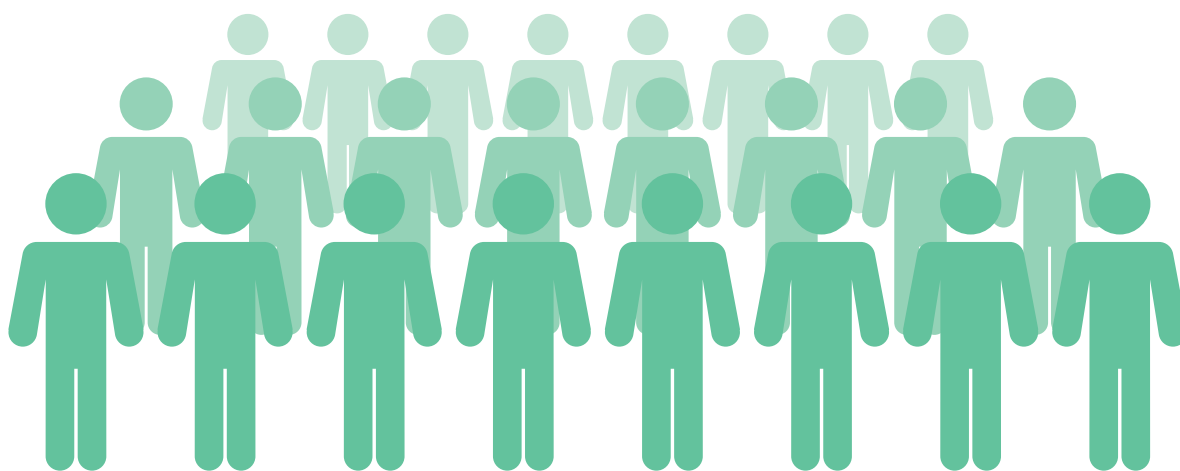
# Barnat e reja në 2 vitet e fundit, ja përfituesit

**Në 2013-2014 shtuam 85 barna, prej të cilave 45 principe të reja aktive**

**150 mijë qytetarë shqiptarë**

përfitues të barnave të reja të shtuara në listën e rimbursimit.

Barnat e reja, përfituesit sipas shërbimeve:



Terapia kardiake	11 barna të reja, përfitojnë 120.400 qytetarë
Onkologji	5 barna të reja, përfitojnë 1117 qytetarë
Hematologji	4 barna të reja, përfitojnë 8301 qytetarë
Reumatologji	3 barna të reja, përfitojnë 5510 qytetarë
Dermatologji	5 barna të reja, përfitojnë 1117 qytetarë
Endokrinologji	5 barna të reja, përfitojnë 1117 qytetarë
Gastro-Hepatologji	5 barna të reja, përfitojnë 1117 qytetarë
Neurologji-Psikiatri-Kujdesi Paliativ	5 barna të reja, përfitojnë 1117 qytetarë
Nefrologji-Dializë	2 barna të reja, përfitojnë 1100 qytetarë
Alergologji	2 barna të reja, përfitojnë 1020 qytetarë
Pneumologji	1 barna të reja, përfitojnë 1000 qytetarë
Gjinekologji-Urologji	3 barna të reja, përfitojnë 750 qytetarë
Okulistikë	3 barna të reja, përfitojnë 430 qytetarë

# “Rrëfimi”, qasje e re e mjekësisë

Shkrim i botuar në gazetën “Panorama”



**Nga Dr. Astrit Beci**

Drejtor i Përgjithshëm i FSDKSH

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 ambiente 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 mjekësia “humane”, e projektuar mbi kontaktin midis mjekut dhe të sëmurit, 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 perspektives, 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: Sëmundja 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 nënvlehtësuar në dekadat e fundit dhe e mëshiruar në një karte 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.

# Përmirësohet paketa e shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor



**Nga Albana Adhami**

Drejtoreshë e Drejtorisë së KSHP në FSDKSH

## Paketa Shëndetësore

Që prej reformës financiare që ndodhi në vitin 2007 në kujdesin parësor, kontratat e lidhura nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (sot Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor) me qendrat shëndetësore synojnë në financimin e paketës së shërbimeve që ato duhet të ofrojnë për popullatën e regjistruar në zonën e tyre të mbulimit.

Paketa e shërbimeve e miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë në vitin 2009, paraqiste nevojën e ndryshimeve apo shtesave si rezultat i përditësimeve që kishin ndodhur në vite.

Nga ana tjetër, një ndër risitë që solli ligji i ri nr. 10383 datë 24.02.2011 "Për sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", ishte blerja e shërbimeve shëndetësore nëpërmjet Paketave të mirëpërcaktuara dhe të ofruara nga institucionet shëndetësore. Kështu që në përmbushje të këtij detyrimi ligjor, nevojitej që paketa e shërbimeve të hartuar nga komisioni teknik përkatës, bazuar mbi kritere mjekësore, ekonomike dhe sociale, të miratohej paraprakisht nga Këshilli Administrativ i Fondit e më pas në Qeveri.



Në këtë kontekst, rishikimi i paketës bazë të shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor ishte produkt i përpjekjeve të përbashkëta të një grupi ekspertësh të Ministrisë së Shëndetësisë, Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Institutit të Shëndetit Publik, përfaqësuesve nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore, UNICEF dhe UNFPA në Shqipëri e cila mundësoi dhe mbështeti të gjithë procesin e rishikimit të paketës.

Paketa e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor e rishikuar, u bazua në përditësimet që përfshinë kryesisht kapitujt e kujdesit shëndetësor për fëmijët dhe kujdesit shëndetësor për gratë dhe shëndetin riprodhues, por gjithashtu u përditësuan edhe shtojcat lidhur me kuadrin rregullator dhe ligjor të cilat ndikojnë në aktivitetin e qendrave shëndetësore.

#### Objektivat e këtij dokumenti janë:

- *Përcaktimi i shërbimeve bazë të KShP, që ofrohen në çdo QSh në Shqipëri.*
- *Planifikimi i nevojave për burime njerëzore, për pajisje dhe instrumenta për QSh, nevojat për referim tek specialisti si dhe për të.*
- *Përcaktimi i aftësive për personelin shëndetësor në kujdesin parësor dhe trajnimet e nevojshme.*
- *Njohja e komunitetit me shërbimet bazë që ofrohen nga QSh në të gjithë vendin.*
- *Të shërbejë si bazë për negociata specifike për lidhjen e kontratës ndërmjet FSDKSh/ Drejtori Rajonale dhe QSh.*

Theksi i ndryshimeve konsistoi në mbikëqyrjen e mirëritjes së fëmijës, zhvillimit psikomotor dhe në zbulimin e hershëm të çdo anomalie kongenitale që prek sferën konjiktive.

Ndryshime u bënë gjithashtu në përshkrimin e kujdesit ndaj shëndetit të gruas dhe ndjekjes së shtatzanisë.

Rishikimi i këtyre kapitujve iu referua 4 Udhërrëfyeseve të Praktikës Klinike të hartuara për kontrollin e shtatzënisë, ndjekjen para dhe pas lindjes të gruas si dhe monitorimin e shëndetit të fëmijës dhe 25 Protokolleve të Praktikës Klinike, derivate të këtyre udhërrëfyeseve.

U rishikuan gjithashtu disa angazhime të personelit shëndetësor në Kujdesin Shëndetësor Parësor përsa i përket edukimit dhe promovimit shëndetësor, përgjegjësisë së tyre për menaxhimin korrekt të sistemit të vaksinimit, zbulimit, raportimit dhe ndjekjes së sëmundjeve infektive, të cilat mungonin në variantin e mëparshëm, si dhe u përfshinë disa ekzaminime të parandalimit të hershëm të kancerit të gjirit, qafës së mitrës dhe disa sëmundjeve të trashëgueshme hematologjike.

Në kapitullin e kujdesit ndaj të rriturve u pasqyruan hap pas hapi detyrat e mjekut dhe infermierit në kuader të programit kombëtar të kryerjes së kontrollit mjekësor bazë për personat e grupmoshës 40-65 vjeç.

Ky dokument që përfaqëson kapacitetin, aftësitë dhe detyrat aktuale të qendrës shëndetësore dhe stafit të saj profesional, është në proces të vazhdueshëm përmirësimi, pasi pasqyron zhvillimet në fushën e shëndetësisë, ndryshimet në strategjitë, politikat shëndetësore dhe sigurisht edhe në buxhetet përkatëse.

# Metodë e re financimi për Qendrat Shëndetësore

**Nga Adriana Ristani**

Drejtoreshë e Dretorisë Ekonomike në FSDKSH

*Si nisi financimi i shërbimeve shëndetësore nga skema e sigurimeve shëndetësore:  
Ne fakt nisi me një vendimmarrje të guximshme për privatizimin e rrjetit farmaceutik.  
Për u konsiderua që ky shërbim kryej me mirë nga iniciativa private.  
Një vendimmarrje e sukseshme, duke konsideruar që në një kohë mjaft të shkurtër u furnizua tregu me të gjithë gamën e nevojshme të produkteve farmaceutike.  
Në shërbimin pauesor filloi me pagesën thjeshtë të pages së mjekut të përgjithshëm e të familjes të përcaktuar në kontratën individuale.  
Skema e sigurimeve shëndetësore sot financon:  
-LBR, me 506 barna nga 174 në vitin e parë të financimit.  
-Pagesën e plote të shërbimit të kujdesit pauesor, nëpërmjet financimit të qendrave shëndetësore të shërbimit pauesor.  
-Pagesën e shërbimit shëndetësor spitalor, përmes financimit të spitaleve në nivel bashkiak, rajonal e terciar.rimbursion dhënësit e shërbimit.*

## FINANCIMI I SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Financimi i shërbimeve shëndetësore nga skema e sigurimeve shëndetësore është një proces dinamik ashtu sikurse vetë sistemi shëndetësor ndaj është e domosdoshme që në çdo stad të reformës, të vlerësohen ato mekanizma apo incentive që i shërbejnë në fund të fundit qëllimit final për të cilin është ngritur dhe funksionon skema e sigurimeve shëndetësore; përmirësimi i shërbimit ndaj komunitetit, pacientit.

Në këtë këndvështrim, për vitin 2015 u vendos një metode e re financimi për QSH, e ndryshme nga ajo e viteve 2007-2008 ku objektivi kryesor ishte arritja e një financimi jo të fregmentuar, por nga një burim i vetëm financiar sic ishte Fondi.

Pritshmerite lidhur me autonome, bordet, apo formulën e financimit, e cila do shërbente në rritjen e nivelit të shërbimeve si edhe në një performancë më të lartë të vetë qendres, nuk qene sipas parashikimit. Në shumë raste bordet e QSH u kthyen në barriera të pakapercyeshme për funksionimin normal të tyre. Po ashtu lidhja e financimit me numrin e vizitave, krijoi shteg për një superprodhim të tyre. Megjithatë një pjesë e buxhetit të QSH (10%) jepej në përputhje me realizimin e treguesve të performancës, ky buxhet shkante për shpërblime të pamerituara për stafin e QSH. Kjo pagesë nuk lidhej direkt me individin që kishte performuar me

mire, apo që kishte tregues më të lartë të realizimit të performancës, apo që kishte më pak raste të referuara e të kuruara në nivelin pauesor të shërbimit, apo banorë të regjistruar më të shëndetshëm.

Ndodhur përballë kësaj situatë Fondi nderhyri në shërbimin pauesor duke shkrirë Bordet e QSH dhe duke krijuar një model të ri pagese për qendrat. Modeli ofron 100% të fondeve të destinuara për shërbimin pauesor në përdorim të QSH. Rritet kështu mundësia për përballimin e nevojave të QSH për më shumë shërbime.



Ne vazhdim do të synohet pagesa direkte e ofruesve të shërbimeve, mjekë familje, specialiste, infermiere, nepermjet kontratave individuale të performances ku do të jene të percaktuara qarte shërbimet në sasi dhe standartet që duhet të ofrojnë në punën e profesionit të tyre.

Një tjetër risi në shërbimin shëndetësor përsosur është edhe financimi falas i Programit të Kontrollit Shëndetësor Bazë Pa Pagesë, për shqiptarët rezidentë të grupmoshës 40-65 vjeç.

Sfidat më të rëndësishme në financimin e shërbimit spitalor deri tani pa dyshim që janë dy, sfida këto që Fondi i ndërmorri në shtator 2014:

- *Fillimi i procesit të gjatë e të vështirë të financimit të spitaleve nepermjet aplikimit për herë të parë të pagese për shërbim, nepermjet kostimit të 10 paketave të shërbimeve shëndetësore dhe ofrimit të tyre. Kjo sfidë do të shërbejë për një kalim gradual nga buxhetet historike të spitaleve në buxhete reale bazuar në nevojat reale për një shërbim më të mirë të popullatës.*
- *Shërbimi spitalor privat i parë si një shërbim komplementar u përfshi për herë të parë në rolin e ofruesit të shërbimeve në kontratën dypalëshe të lidhur me FSDKSH.*

Ne vazhdimi do të synohet që spitalet të jene institucione me llogari me vet bankare dhe financimi i tyre të jete jashtë sistemit të thesarit, për t'i dhënë me shumë frymëmarrje spitalit në përdorimin e fondeve, sigurisht nën një monitorim të rreptë nga Fondi për një menaxhim efektiv të burimeve financiare.

Ndryshimi i sistemit të pagesës për spitalet do të krijojë stimuj të rinj për motivimin e ofruesve për dhënien e kujdesit dhe për të kryer ndryshime të plota organizative lidhur me rolin e spitalit në shpërndarjen e shërbimeve.

Për të përmbushur gjithë këto objektiva pa dyshim që duhet të përmendim edhe sigurimin e burimeve financiare të qëndrueshme dhe në rritje, qofshin këto kontribute, taksa apo para që vijnë nga buxheti i shtetit, si një nga aktivitetet kryesore përsosore të financimit në shëndetësi. Në fakt financimi i shërbimeve shëndetësore përfshin tre aktivitetet bazë:

- *Mbledhja e kontributeve, taksave*
- *Përqendrimi i tyre në një pagues të vetëm sic është Fondi*

alokimi i tyre, në mënyrë efektive tek ofruesit e shërbimeve: mjeku, qendra, spitali, farmacia etj, nepermjet një procesi transparent kontraktual.

Për sa i përket buxhetit për shëndetësinë, Shqipëria është një ndër vendet me nivelin më të ulët të shpenzimeve për shëndetësinë në raport me PPB në rajon e më gjërë. Buxheti i Shëndetësisë për vitin 2015 përben 2.8% të PPB

Më zbatimin e Ligjit të ri të Sigurimeve Shoqërore janë mobilizuar me shumë fonde nga kontributet, të cilat pritet që në vitet në vijim të jene në rritje me 10 % cdo vit.

Kjo rritje e të ardhurave nga kontributet parashikohet nga rritja e aktivitetit ekonomik, punësimit, uljes së informalitetit, si edhe heqjes së tavanit për llogaritjen e kontributit të sigurimeve shëndetësore.

Në përfundim mund të themi se modelet e pagesës që aplikojmë janë të lidhura ngushtë me nivelin e zhvillimit të institucioneve shëndetësore, të dhënave të disponuara dhe prioritetet.

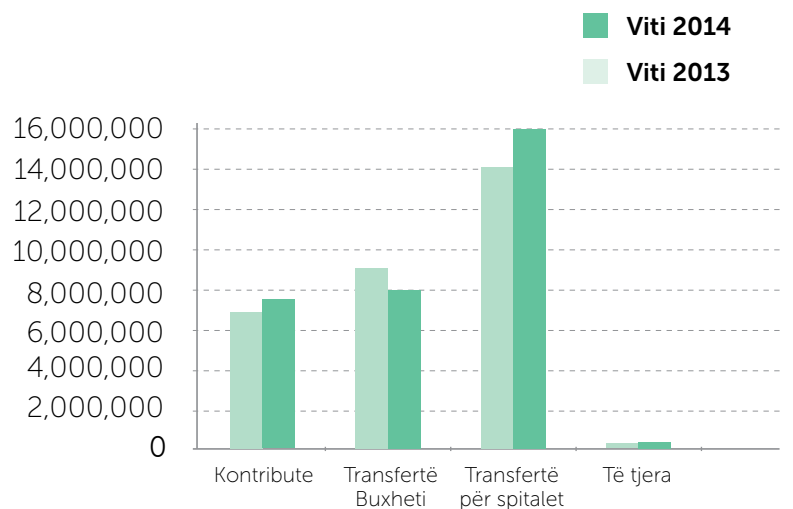
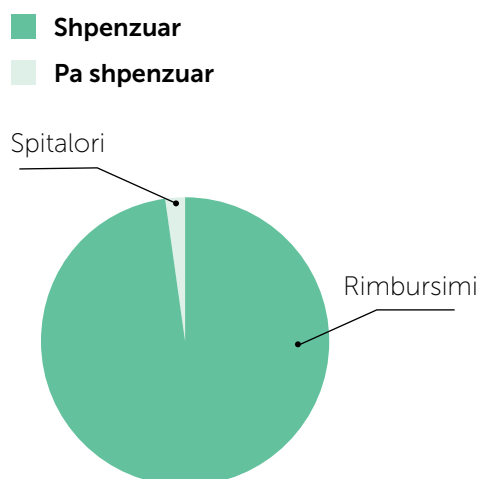
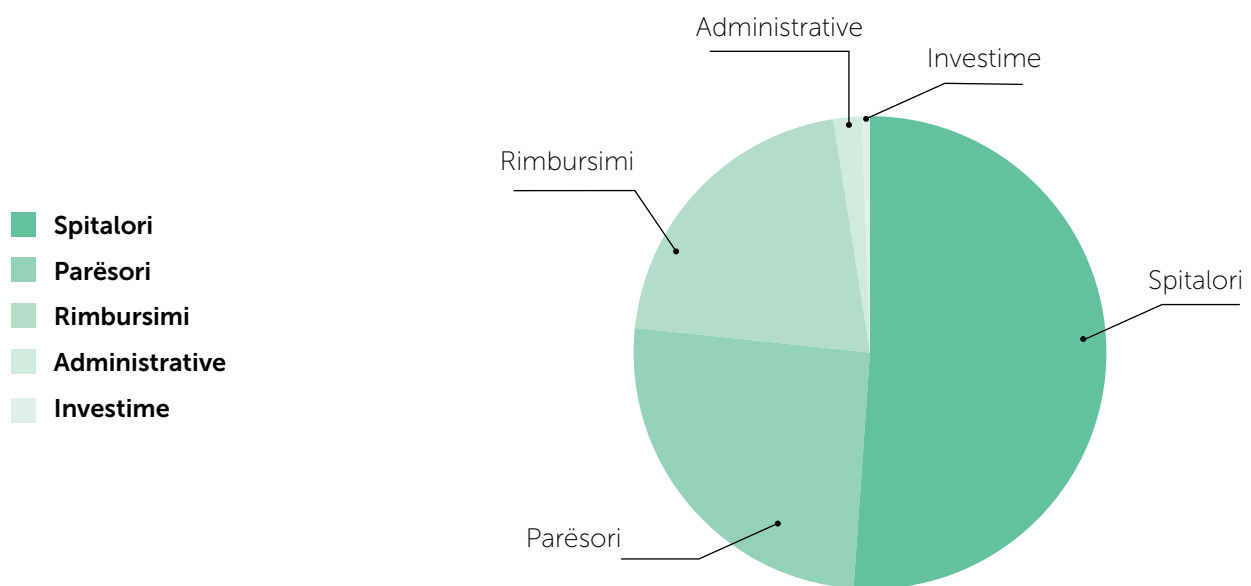
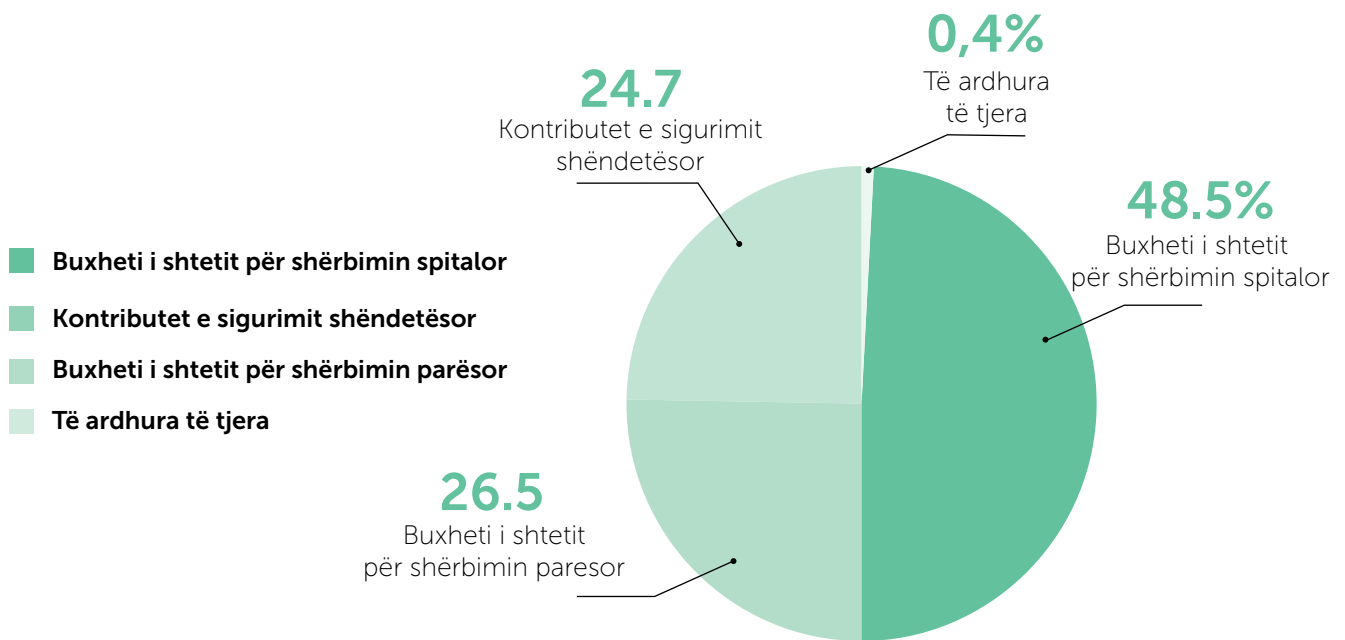
Ndryshimet në financimin e shërbimit parësor do të shërbejnë për zbutjen e mangësive që ka ky shërbim, të konstatuara edhe nga studimet e USAID për SHKP, ku gjetjet ishin se vetëm 85 % e QSH janë aktive në të gjithë vendin, infrastruktura e dobët, pajisje e tyre me pajisje mjekësore e medikamente jo në mënyrën e duhur.

Mënyra e pagesës së qendrës shëndetësore do të shoqërohet me rishikimin e pagesës së personeli mjekësor dhe jomjekësor të qendrave shëndetësore së bashku me rishikimin e strukturave për çdo qendër shëndetësore dhe rishikimin e normave të mbulimit të popullatës.

Për të realizuar gjithë këto sfida në financimin e shërbimeve shëndetësore Fondi do të ketë edhe asistencën e huaj. Vetëm se fundi u nënshkrua nga qeveria projekti i Bankes Botërore:

Projekti i Përmirësimit të Sistemit Shëndetësor i cili do të kontribuojë ndër të tjera edhe në përmirësimin e mënyrës së financimit shëndetësor, duke vlerësuar mundësitë e zgjerimit të mbulimit shëndetësor universal drejt taksimit të përgjithshëm.

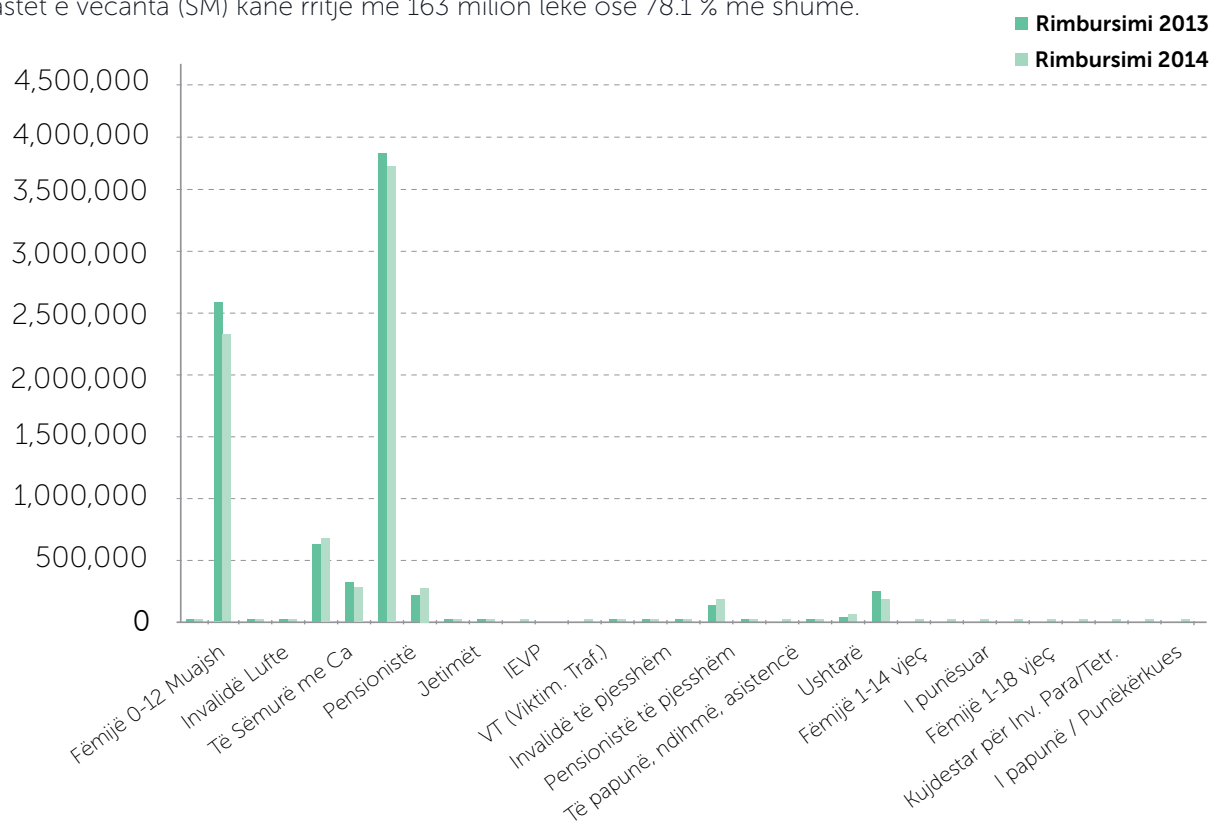
# Burimet financiare 2014



# Rimbursimi gjatë vitit 2014 krahasuar me vitin 2013

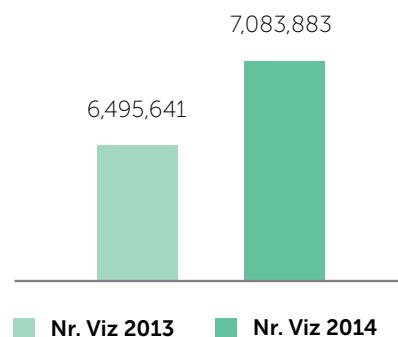
Viti 2014 pati ulje të shpenzimeve të rimbursimit krahasuar me 2013 me rreth 216 milion lekë më pak ose 2.5% më pak. Si rezultat I rënies rreth 6 % të çmimeve të aplikuara në LBR 2014 dhe heqja e tvsh (10 %) për barnat.

- Kategoria Pensionistë ka një ulje prej 140 milion lekë ose e shprehur në përqindje 3.64 % më pak në krahasim me vitin 2013.
- Kategoria Invalidë të plotë ka një ulje prej 226 milion lekë ose 8.7 % më pak në krahasim me vitin 2013.
- Të sëmurë me Ca kanë një rritje rreth 19 milion lekë më shumë se në vitin 2013 ose 2.6 % më shumë.
- Rastet e vecanta (SM) kanë rritje me 163 milion lekë ose 78.1 % më shumë.



## Statistika të Kujdesit Shëndetësor Parësor

Nr. Total i Vizitave 2014 vs 2013



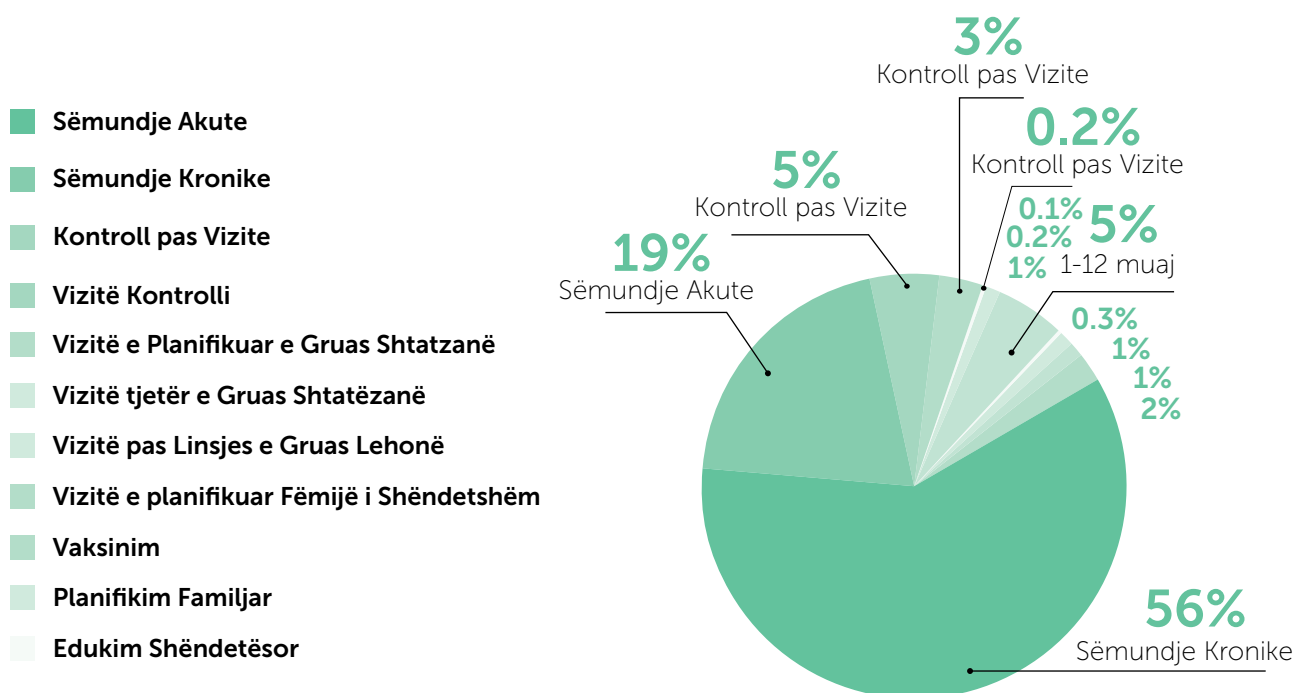
### Paketa e Kujdesit Parësor

Rishikimi i Paketës së Kujdesit Parësor u realizua në bashkëpunim me MSH. Qëllimi ishte përmirësimi i cilësisë së ofrimit të shërbimeve në kujdesin parësor me fokus kujdesin për femijet dhe gratë e shëndetit riprodhues.

Përfshirja e elementeve të reja në paketë krijon mundësi më të mira për kostimin e saj sipas shërbimeve të veçanta.

Jemi në proces bashkëpunimi me MSH për hartimin e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike për zbatimin më të plotë në praktikë të kësaj pakete.

### Shpërndarja e vizitës sipas arsyes



### Shpërndarja e Vizitave sipas grupmoshave 2014

