



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

FOKUS

REVISTË PERIODIKE | NR. 25 | KORRIK 2014



MBULIMI UNIVERSAL

FONDI PIKËTAKIMI I PËRKUJDESJES
SHËNDETËSORE PËR POPULLATËN



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 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. 25 KORRIK 2014

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

04 **RISIA** Imazhi i ri i Fondit.



06 **SKEMA** Sistemi i sigurimeve shëndetësore në Shqipëri.



13 **OPINION NGA DR. ASTRIT BECI** Barnat gjenerike në 'luftë civile' me etikën dhe interesat.



15 **TAKIMI** Shqipëri-Kosovë, thellohet bashkëpunimi.



17 **MONITORIMI** Lëvizja drejt mbulimit universal.



FONDI me imazh të ri

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor vjen me një imazh të ri në përmbushje të funksionit të ri të Fondit.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor vjen me një imazh të ri në përmbushje të funksionit të ri të Fondit.

Ndryshimi i logos së Institucionit, erdhi si domosdoshmëri me ndryshimin e ligjit nr 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", (të ndryshuar).

Nëpërmjet kësaj logoje, mendojmë të paraqesim përmes imazhit, rolin e ri të Fondit, si pikëtakimi i përkujdesjes shëndetësore për të gjithë shqiptarët.

Logo e re është bazuar në frymën e solidaritetit, si element themelor i skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Duart e mbledhura në qendër, në formë zemre, e forcojnë këtë ide, duke përçuar gjithashtu ndjenjën e besimit dhe bashkëpunimit, për një shëndet më të mirë të popullatës. Prania e ngjyrave të ndryshme, përfaqëson pjesëtarë të komuniteteve të ndryshme dhe idenë kujdesit shëndetësor gjithëpërfshirës të Fondit.

Logoja është simboli identifikues i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, që do të përdoret në të gjitha materialet, shkresat dhe dokumentet zyrtare të institucionit.





Frymëzimi

Bashkimi bën fuqinë.

Imazhi i propozuar përfaqëson përkujdesje, organizim të një grupi dhe gjithashtu komunikim besueshmëri.



FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Si u arrit te imazhi i ri

Fondi, pikëtakimi i përkujdesjes shëndetësore për të gjithë

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, përçimit 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 këtej e tutje Fondin. Nëpërmjet kësaj logoje duam të rifreskojmë 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!

Sistemi i Sigurimeve Shëndetësore në Shqipëri

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 miks, i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit.

Popullsia 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 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.

Një tjetër mekanizëm i funksionimit të skemës është bashkëpagesa për shërbimeve shëndetësore. Por shtresat në nevojë si, veteranët, pensionistët, invalidët etj, janë të përjashtuar nga bashkëpagesat.

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.

Identifikimi në skemën e sigurimit shëndetësor

Çdo shtetas ekonomikisht aktiv paguan vetë për sigurimin shëndetësor, ndërsa për kategori të caktuara paguan shteti.

Libreza e shëndetit / Karta e Shëndetit – dokumenti i vetëm që verteton se personi është i siguruar në sigurimet shëndetësore.

Kategoritë aktuale të të siguruarve sipas masës së përfitimit:

Të plotë me përfitim 100%	Me bashkëpagesë
Veteranë	Aktivë
Invalidë lufte	Fëmijë 1-14 vjeç
Invalide pune (gr. I,II)	Nxënës, studentë >14 vjeç deri 25 vjeç
Fëmijë 0-12 muaj	Gra me leje lindje
Pensionistë	Të papunë, asistencë
Të sëmurë me Ca	Të paaftë mendor, fizik
Të sëmurë me TBC	Invalidë të pjesshëm (gr. III,IV)
Jetimë	Të siguruar vullnetarë
Të verbër	
Raste të veçanta (Talasemia, Skleroza multiple, Transplantet Defiçit hormonit rritjes etj)	



Përfitimet nga skema e sigurimeve për të siguruarit:

- **Vizitat mjekesore 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 bashkëpagesë)
- **Trajtimet mjekesore në institucionet publike / private me kontratë.**
- **Rimbursimi i pjesshëm ose i plotë i barnave në varesi të kategorisë.**

Financimi i Qendrave Shëndetësore

- **420 QSh autonome** të kontraktuara me Drejtoritë Rajonale të FONDIT (1600 MF)
- **Borde drejtuese** (Drejtori Rajonale të Shëndetit Publik, Drejtori Rajonale të Fondit, Pushtet Lokal).
Bordi përgjegjës për rekrutimin e stafit profesional dhe Drejtorit të QSh.
- **Struktura e QSh:** Shërbimi i MF, Konsultori Grua/Femija, dhe / ose Laborator.
- **Financimi**

Pagesa 80% ----- bazohet në kapitacion (numri i banoreve/ mjek)

Pagesa për aktivitet 10% ----- bazohet në numrin mesatar ditor të vizitave/ mjek

Pagesa bonus 10% ----- bazohet në indikatorët si:

- % e pacientëve të vizituar
- kosto mesatare e trajtimit për 4 diag. të zgjedhura
- % e fëmijeve 0-1 vjeç të vizituar,
- % e fëmijeve 0-14 vjeç të vaksinuar
- % e grave shtazanë të vizituara në 3m e parë
- % e të sëmurëve me Hipertension dhe Diabet të stabilizuar
- % e grave të depistuar me Ca mamme

▶ PANORAMË E PËRGJITHSHME

- Buxheti i QSh i llogaritur në raportin 80/10/10 shkon për dhënien e Paketës Bazë të Shërbimeve.
- Paketa Baze e Shërbimeve në KShP është e miratuar nga Ministria e Shëndetësisë
- **7 Shërbime kryesore:**
 1. shërbimi për fëmijet (0-14),
 2. shërbimi për të rriturit (14-65),
 3. shërbimi për moshat e treta (>65),
 4. shëndeti riprodhues,
 5. shëndeti mendor;
 6. promocioni & parandalimi
 7. shërbimi i urgjencës

Ku duam të shkojmë: Konsolidimi i metodës së pagesës 'per capita';
kostifikimi i gjithë paketës së shërbimit në parësor

Financimi i Kujdesit Spitalor

- **Kontraktimi:**

4	Spitale Universitare
11	Spitale Rajonale
24	Spitale Bashkiake
- **Financimi:** sipas listës së shërbimeve për çdo spital, me buxhet historik, me llogari nga thesari (perveç Spitalit Durrës)

- **Ku duam të shkojmë?**



Skema e rimbursimit të barnave

- **Procesi i kontraktimit.**
- **Kontrata me 807 Farmacit dhe 134 Agjensitë farmaceutike.**
25 Depo Importuese dhe 40 Depo distributore.
- **Kontratat** – objekt i rishikimit të përvitshëm.
- **Mbi bazën e kontratave realizohet rimbursimi i barnave të shitura, referuar masës së mbulimit të caktuar me Vendim të Këshillit të Ministrave.**
- **Rimbursimi i subjekteve farmaceutike** – 1 herë në muaj sipas recetave të regjistruara në sistem.

Lista e Barnave të Rimbursuara

- **Është e ndërtuar sipas parimit të Listës Thelbesore të OBSH (në 1995)**
- **Është e konceptuar sipas klasifikimit ATC (u aplikua në 2001).**
- **Sot aplikohet sistemi ATC niveli V.**
- **Hartimi i Listës realizohet nga Komisioni teknik pranë FONDIT.**
- **Çmimet e Barnave përcaktohen nga Komisioni teknik pranë MSh**
- **Masa e mbulimit (sipas grupeve ATC), Lista dhe çmimi i referencë (i shitjes) barnave miratohen çdo vit me Vendim të Këshillit të Ministrave.**
- **Masa e mbulimit është e ndryshme dhe varion nga 50-100%**
- **Sigurimet shëndetësore rimbursojnë sipas masës së mbulimit të çmimit, alternativën e parë për çdo bar (përgjashtuar kategori të veçanta).**



Kriteret për përfshirjen e barnave në listë:

Për principe të reja aktive	Për alternativa të reja tregëtare
Duke u bazuar tek entiteti nozologjik / klasa terapeutike, përzgjidhen barnat që kanë sigurinë dhe profilin kosto – efektivitet më të favorshëm.	Çdo alternativë e re tregëtare që listohet si alternativë e parë e barnave të listës, përfshihet në listë nëse do të jetë në qarkullim në tregun farmaceutik.
Merret parasysh paraqitja e barit si formë farmaceutike dhe si dozë.	
Përparësi u jepet barnave të shërbimit parësor, në përputhje me prioritetet dhe politikat e Ministrisë së Shëndetësisë.	
Përparësi u jepet barnave xhenerike.	
Çdo princip aktiv që propozohet të përfshihet duhet të jetë në qarkullim në tregun farmaceutik.	

Kriteret për heqjen e barnave nga Lista e Rimbursuar

- Kur bari nuk përdoret më duke ju referuar praktikës mjekësore.
- Kur bari nuk është disponibël në tregun farmaceutik.
- Kur për barin nuk ka deklaram/miratim çmimi nga Komisioni i Çmimeve të Barnave pranë Ministrisë së Shëndetësisë.
- Kur bari ç’regjistrohet në Republikën e Shqipërisë.
- Kur formë dozat e të njëjtit princip aktiv të barit paraqiten me diferenca të theksuara çmimi, pa cënuar efektin farmakologjik.

Paketat e Shërbimeve që janë hartuar dhe do të financohen nga FONDI

1. Dializa
2. Transplanti i veshkave
3. Terapia e flakjes akute
4. Pacemaker definitive
5. Angiografi koronare
6. Angioplastikë koronare
7. Interventet valvolare
8. Intereventet kongenitale
9. By pass koronar
10. Implanti koklear për fëmijët me probleme dëgjimi

Financimi nga Fondi i paketave spitalore

- Financim i shërbimeve shëndetësore në bazë të vlerës reale dhe sipas nevojave të pacientëve.
- Financimi nga Fondi në masë të njëjtë si në institucionet shëndetësore publike, ashtu dhe për ato private të kontraktuara me Fondin.
- Per herë të parë, REGJISTRI i përfituesve të paketave shëndetësore. Administrimi i tij do të bëhet në bashkëpunim me shërbimet universitare.
- Kostot e përcaktuara do të kenë gjithashtu një marzh fitimi, i cili për të gjitha institucionet shëndetësore publike, do të përdoret si e ardhur dytësore për institucionin.
- Fondi do të monitorojë cilësinë e ofrimit të këtyre paketave,
- Transparencë në administrimin e fondeve, treg konkurrence mes sistemit publik e privat, në funksion të përmirësimit të kujdesit shëndetësor për popullatën.

Paketa e kontrollit shëndetësor bazë për popullatën 40-65 vjeç

- Është miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave.
- Kontrolli Shëndetësor Bazë – një program kombëtar, pa pagesë, që synon depistimin e popullatës për faktorët e rrezikut dhe sëmundshmërinë më prevalente, për parandalimin e komplikacioneve, zbulimin e hershëm të çrregullimeve, mjekimin në fazat e hershme dhe përmirësimin e kulturës shëndetësore.
- Paketa e kontrollit shëndetësor bazë përmban:
 1. Vlerësim, këshillim, trajtim dhe ndjekje për faktorët e stilit të jetesës (Puna, ushqyerja, konsumi duhanit, alkolit, niveli stresit e depresionit)
 2. Matje, vlerësim, këshillim, referim, ndjekje parametrave fiziologjike (Tensioni arterial, pesha, aktiviteti i zemrës)
 3. Matje, vlerësim, këshillim, referim, ndjekje parametrave biokimike (formulë gjaku, glicemia, parametra biokimike, fece gjak okult, albuminuri etj)
- Përfituesit – të gjithë shtetasit e grupmoshës 40-65 vjeç me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë.
- Fondi – mbulim financiar i paketës, auditimi i performancës dhe cilesisë së paketës.
- Përfshirja në kontratat me qendrat shëndetësore të indikatorëve të rinj cilësorë





Filozofia jonë: Me parandalimin, arrijmë të ulim kostot në tërësi për kujdesin shëndetësor, por mbi të gjitha, rrisim cilësinë e jetës për popullatën.

Barnat gjenerike në 'luftë civile' me etikën dhe interesat



Nga Dr. Astrit Beci

Drejtor i Përgjithshëm i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

Pak kohë më parë, Komisioni Europian 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 paguan konkurrentin e saj, që të vonojë futjen e barnave më të lira" - thotë Joaquin Almunia, komisioneri i Konkurrueshmërisë në Komisionin Europian - duke rritur shpenzimet e barnave në dëm të pacienteve 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 generike, në vend të atyre origjinare, atëherë kur atyre i ka skaduar mbrojtja e patentës, rezultojnë 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/origjinare, 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/origjinare, 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 "rezikun" 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 generike, 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 kompanite gjenerike tashmë janë blerë nga kompanitë e mëdha multinacionale që prodhojnë barna origjinare, duke konfirmuar faktin që 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, 'atorvastatinës', 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 mjekëve t'ju 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 mbrohesh nga patenta është fundamentale për të mundur të vazhdash 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 promocionalë 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 influencë. Disa nga editorialet e saj kanë hapur shtigje te reja në shkencë.

Natyrisht liria e barnave ekuivalente duhet dhe është shoqëruar me një kontroll të rreptë për shmangien e abuzimeve, 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, Corriere 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 industrisë farmakologjike Novartis dhe Roche paskan marrë një penalizim të jashtëzakonshëm prej 1.2 miliard 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 perifrashuar i ekspertëve të Këshillit të Lartë të Shëndetësisë, kordinuar nga Andrea Lenzi.

Cilido qoftë opinioni i grupeve apo individëve të interesit në Shqipëri për barnat gjenerike në përgjithësi, opinioni i FDA karshi barnave gjenerike, të pakten deri në maj të vitit 2014, mbetet i palëkundur: Barnat gjenerike janë të sigurtë dhe efektive.

Takimi i drejtorëve të Fondeve të Sigurimeve Shëndetësore Shqipëri-Kosovë



Beci: Bashkëpunim për financimin e spitaleve sipas DRG

Paketat shëndetësore për veshkat, zemrën dhe implantin koklear për fëmijët me probleme dëgjimi, do të nisin të financohen në spitalet publike dhe private, pas hartimit të kontratave nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Deklarata u bë nga drejtori i Fondit, dr. Astrit Beci, gjatë takimit të zhvilluar në Tiranë me drejtorin e Agjencionit të Sigurimit Shëndetësor të Kosovës, dr. Arsim Qavdarbasha. Ky i fundit falenderoi dr. Becin për mbështetjen që në hapat e parë të krijimit të Fondit të Kosovës, i cili për herë të parë, do të nisë mirëfilli rimbursimin e shërbimeve në Kosovë.

Më poshtë, fjala e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimeve Shëndetësore, dr. Astrit Beci

Më lejoni fillimisht t'i uroj mirëseardhjen drejtuesve të Fondit të Sigurimeve Shëndetësore të Kosovës, për të nisur së bashku, një rrugë të gjatë bashkëpunimi në fushën e sigurimit shëndetësor dhe kujdesit ndaj popullatës.

Shqipëria dhe Kosova po njohin një dinamikë të re në bashkëpunimin mes dy vendeve tona, që pas deklaratës së përbashkët të nënshkruar nga Kryeministrat Rama dhe Thaçi, në janarin e këtij viti. Mbledhja e përbashkët e dy qeverive në Prizren, me një simbolikë të jashtëzakonshme, çeli një rrugë të re për zhvillimin e gjithanshëm ekonomik, social dhe kulturor në dy shtetet tona dhe në mbarë hapësirën shqiptare që përkufizojnë këto dy shtete.

Bashkëpunimi konkret vijoi me marrëveshjen e përbashkët mes Ministrisë së Shëndetësisë së Shqipërisë dhe Kosovës dhe pas dy takimeve të zhvilluara në Prishtinë, jam i lumtur të vijoj bashkëpunimin mes Institucioneve tona, këtu në Tiranë, në funksion të përmirësimit të jetës së përditshme të qytetarëve tanë, të jetës së përditshme në dy shtetet tona, ku padyshim, shëndetësia është një sfidë e rëndësishme.

Ne nuk ndajmë vetëm të njëjtën gjuhë, ne po unifikojmë edhe "gjuhën mjekësore", ku besojmë se ndërveprimi do të jetë i frytshëm.

Fondi i Sigurimeve Shëndetësore të Kosovës ka vetëm pak javë që është krijuar, por ka ambicje dhe pritshmëri të mëdha për të tjetërsuar financimin e shërbimeve shëndetësore në Kosovë, e kësaj, të mundësojë një shërbim më të mirë për popullatën.

Në terminologjinë dhe funksionin e ri, edhe Fondi ynë është rishtar, por ka një eksperiencë 20 vjeçare në fushën e kujdesit shëndetësor.

Do të shkelim së bashku në rrugë të reja dhe metodologji po ashtu të reja financimi, me synim përdorimin me efikasitet të fondeve, për një shërbim sa më cilësor për popullatën.

Ne aktualisht kemi përfunduar 10 paketat e para të shërbimit – të cilat do të financohet nga Fondi dhe do të përfitohen pa kosto shtesë për pacientët edhe në spitalet private, në rast se nuk arrihen të plotësohen nevojat nga spitalet tona publike.

Financim i shërbimeve shëndetësore, përmes kësaj metode të re, është bërë në bazë të vlerës reale dhe sipas nevojave të pacientëve. Për herë të parë po krijohet regjistri i përfituesve të paketave shëndetësore dhe administrimi i tij do të bëhet nga Fondi në bashkëpunim me shërbimet universitare. Fondi do të monitorojë gjithashtu edhe cilësinë e ofrimit të këtyre paketave, për të patur më shumë siguri në ofrimin e kujdesit shëndetësor për popullatën.

Bashkëpunimi mes Fondeve të dy vendeve tona do të ketë në fokus metodën e pagesës DRG në spitale – pra pagesë për diagnoza, çka do të sjellë efikasitet në përdorimin e fondeve sipas nevojave.

Jam i bindur se, në frymën e re të bashkëpunimit mes dy vendeve tona, shëndetësia do të ketë rezultate të prekshme falë bashkëpunimit efikas që po ndërtojmë.



OBSH dhe BB: Kuadër i përbashkët për matjen e progresit

Lëvizja drejt mbulimit universal



Lëvizja drejt mbulimit shëndetësor universal është një prirje në rritje në të gjithë Botën. Si rrjedhim, është bërë e nevojshme të matet ecuria e mbulimit universal. Për këtë qëllim, OBSH dhe Banka Botërore po bashkëpunojnë për të ndërtuar një kuadër të përbashkët për matjen e ecurisë së kësaj qasje të re në shumë vende të Botës.

Kuadri i përbashkët

Mbulimi universal është rezultati i një sistemi shëndetësor, i cili është ndërtuar në mënyrë të tillë që u siguron shërbim shëndetësor të gjithë njerëzve që kanë nevojë për të, pavarësisht mundësisë apo pamundësisë për të paguar për këto shërbime.

Monitorimi i mbulimit universal duhet të bëhet si pjesë e matjes së sistemit shëndetësor kombëtar. Por pavarësisht nga vendi, monitorimi i mbulimit universal, duhet të përfshijë dy komponentë:

- **Niveli i mbulimit me shërbime shëndetësore**
- **Mbrojtja financiare, me një fokus te barazia/drejtësia sociale**

Progresi drejt mbulimit universal duhet të pasqyrojë profilin e veçantë epidemiologjik dhe demografik të çdo vendi, nivelin e zhvillimit ekonomik si dhe kërkesat dhe pritshmëritë e popullatës.

Dimensionet kombëtare përcaktojnë atë çka duhet monitoruar. psh. vendet në zhvillim mund të fokusohen në zhvillimin e shërbimeve thelbësore në zonat të thella, ndërsa vendet më të zhvilluara mund të fokusohen në shërbime që duhet të jepen për të moshuarit.



Parimet kryesore

Parimet e mëposhtme nënvizojnë kuadrin e përbashkët për matjen e ecurisë së mbulimit universal:

- Indikatorët e mbulimit duhet të përshijnë spektrin e plotë të shërbimeve thelbësore shëndetësore - promovimin, parandalimin, trajtimin, rehabilitimin, kujdesin paliativ dhe kostot e tyre.
- Indikatorët e mbulimit dhe mbrojtjes financiare, duhet të përfshijnë të gjithë popullatën gjatë gjithë ciklit të jetës, në të gjitha moshat dhe për të dy gjinitë.
- Indikatorët duhet të përfshijnë të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor. Disa ndërhyrje, të tilla si taksat e duhanit përfshijnë të gjithë shoqërinë, ndërsa të tjerat të tilla si imunizimi jepen në pikat e shërbimit shëndetësor.
- Indikatorët duhet të ndahen sipas shtresave socialo-ekonomike dhe demografike, në mënyrë që të mund të bëhet një vlerësim, nëse ka një shpërndarje të drejtë sociale të mbulimit me shërbime shëndetësore dhe të mbrojtjes financiare. Kjo duhet bërë, duke patur parasysh që, në të gjitha sistemet shëndetësore, rreziqet nuk janë uniform, por ndryshojnë në mënyrë kuptimplotë në varësi të të ardhurave familjare, vendbanimit, gjinisë dhe faktorëve të tjerë social-ekonomik.

Matja e mbulimit me shërbimeve shëndetësore bazë

Shërbimet shëndetësore janë të grupuara në dy kategori të gjera:

Parandalimi, (i cili përfshin promovimin e shëndetit dhe parandalimin) dhe trajtimi (i cili përfshin shërbime të tilla si trajtimi, rehabilitimi dhe kujdesi paliativ). Mbulimi i shërbimit shëndetësor mund të matet me një numër të madh indikatorësh. Nga këta indikatorë, përzgjidhet një nëngrup për të matur mbulimin universal. Kriteret me të cilat përzgjidhen këta indikatorë, janë:

Rëndësia: A masin këta indikatorë situata shëndetësore prioritare? A janë ndërhyrjet kosto-efektive? A zë një përqindje të konsiderueshme të kostos situatave shëndetësore që matet?

Cilësia: A masin këta indikatorë edhe cilësinë e shërbimit? A mund të përdoren indikatorë shtesë për të arritur këtë informacion?

Disponueshmëria: A maten treguesit rregullisht, në mënyrë të besueshme dhe të krahasueshme me instrumentet ekzistuese (p.sh. anketat ose sistemet informatike ekzistuese?)

Duke zbatuar këto kritere, mund të identifikohen një numër I konsiderueshëm indikatorësh të kënaqshëm që masin shkallën e mbulimit të shërbimit me ndërhyrje parandaluese. Psh. Indikatorët e zhvillimit të Mijëvjeçarit, si shkalla e vaksinimit apo indikatorë të tjerë që masin parandalimin e sëmundjeve jo ngjitëse siç është psh. mospërdorimi I duhanit.

Këto kritere nxjerrin gjithashtu në pah që, indikatorët për matjen e mbulimit shëndetësor përsa i takon trajtimit, janë të paktë.

Megjithatë, për situata shëndetësore për të cilat përdoren teste klinike, si psh për diagnoza si diabeti apo hipertensioni, anketat ndihmojnë për të përcaktuar përqindjen e popullatës që ka nevojë për shërbim dhe numrin e të trajtuarve.

Matja e mbrojtjes financiare

Për të matur mbrojtjen financiare zakonisht përdoren dy indikatorë:

- **Incidenca e shpenzimeve shëndetësore katastrofike (numri I familjeve që bëjnë pagesa për qëllime shëndetësore përtej mundësive të tyre financiare)**
- **Incidenca e varfërimit, si pasojë e bashkëpagesave dhe pagesave informale (numri I familjeve që zbresin nën nivelin e varfërisë plus numri I familjeve që janë nën nivelin e varfërisë dhe kryejnë bashkëpagesa apo pagesa informale).**

Këta indikatorë masin në thelb mungesën e mbrojtjes financiare. Ndërsa këta tregues masin aktualisht mungesën e mbrojtjes. të dy rikalibron në mënyrë që mbulimi në masën 100% të paraqesë mbrojtjen e plotë financiare. Kështu, treguesi i shpenzimeve katastrofike do të masë përqindjen e popullsisë që nuk kryen shpenzime katastrofike dhe treguesi i varfërimit do të masë përqindjen e popullsisë që nuk është varfëruar përmes pagesave informale.

Barazia në mbulim

Në rrugën e mbulimit universal, ekziston rreziku që shtresat më në nevojë të anashkalojnë. Pra, është thelbësore që masat e mbulimit dhe të mbrojtjes financiare të ndahen sipas "shtresimeve" social-ekonomike dhe demografike.

Kuadri i përbashkët propozon tre indikatorë kryesorë që mund të maten krahasimisht:

Të ardhurat familjare, shpenzimet ose pasuria (mbulimi i shtresave më në nevojë të popullsisë në krahasim me ato më pasura), vendbanimi (rurale apo urbane) dhe gjinia.

Objektivat e mbulimit universal

Qëllimi përfundimtar është mbulimii i shërbimit në masën 100%. Megjithatë, është praktike që të vendosen objektiva të bazuara në të dhëna empirike bazë dhe trendet e deritanishme, meqënëse është e pamundur të maten me saktësi 100% si nevojat ashtu edhe mbulimi efektiv. Psh - për disa shërbime, të tilla si trajtimi i hipertensionit, mbulimi efektiv mund të arrijë 100% vetëm nëse trajtimi është 100% efektiv, gjë që ndodh rrallë. Gjithashtu, treguesit e trajtimit janë shpesh të bazuara në nevojat e vlerësuara (jo të matura drejtpërdrejt), të cilat e bëjnë të pamundur matjen nëse objektivi realizohet 100%.

Si rrjedhim, kuadri i përbashkët rekomandon që objektivi për mbulimin me shërbime shëndetësore bazë, të jetë 80%, pavarësisht nga niveli i pasurisë, vendbanimit apo gjinisë.

Për mbrojtjen financiare, përvoja e deritanishme sugjeron se mbulimi 100% i popullatës, është një objektiv ambicioz por i arritshëm.



Barnat me konsumin më të madh për kategorinë invalidë të plotë (janar-maj 2014)

kodi ATC	Emertimi Kimik	Rimbursimi (Lekë)	Sasia	Kod grupi
N03AF01	Carbamazepine 200 mg	2,253,880	914,765	N03
N03AG01	Acid Valproic 500mg	23,025,560	822,742	N03
A10BA02	Metformine 850 mg	1,888,512	599,153	A10
N05AH02	Clozapine 100 mg	13,426,806	552,359	N05
A12AA20	Calcium -3-methyl-2 oxovalerate etj	65,372,101	548,622	A12
C09AA02	Enalapril 20 mg	1,459,859	529,191	C09
C02AB01	Methyldopa 250 mg	5,108,287	485,834	C02
C03CA01	Furosemide 40 mg	3,587,831	481,083	C03
H02AB07	Prednisone 5 mg	3,142,799	479,981	H02
N05AH03	Olanzapine 10 mg	13,446,352	457,496	N05
N05AX08	Risperidone 2 mg	3,675,080	398,402	N05
C03AA03	Hydrochlorothiazide 25 mg	1,604,459	391,422	C03
C07AB03	Atenolol 100 mg	738,509	369,231	C07
A10BB01	Glibenclamide 5 mg	815,210	345,418	A10
C09CA01	Losartan Potassium 50mg	1,548,573	337,696	C09

15 barnat me sasinë më të madhe të konsumit për 5/mujorin 2014

