

**E DREJTA PER KUJDES SHENDETESOR  
ESHTE E DREJTE THEMELORE E NJERIUT**



**KUSHTETUTA E REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË**

**NENI 55**

**SHTETASIT GËZOJNË NË MËNYRË TË BARABARTË  
TË DREJTËN PËR KUJDES SHËNDETESOR NGA SHTETI.  
KUSHDO KA TË DREJTË PËR SIGURIM SHËNDETESOR  
SIPAS PROCEDURËS SË CAKTUAR ME LIGJ.**

## **SIGURIMI SHENDETESOR NE SHQIPERI**

## HJRJE

Botimi i parë “Sigurimi i Kujdesit Shëndetësor në Shqipëri” i përket dhjetë vjetorit të zbatimit të skemës së sigurimit shëndetësor në Shqipëri nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. Ky libër është botimi i dytë dhe bëhet në përvjetorin e pesëmbëdhjetë të tij. Duhej shkruar sërish, sepse kanë kaluar disa vjet gjatë të cilëve janë bërë ndryshime shumë të rëndësishme dhe sepse botimi i parë doli në numër shumë të kufizuar.

Financimi i shërbimeve shëndetësore nga sigurimi shëndetësor në Shqipëri është një mënyrë e re financimi për të nxjerrë nga prapambetja dhe për të mundësuar zhvillimin e mëtejshëm të shërbimeve shëndetësore. Sigurimi shëndetësor është vlerësuar si një strukturë që mundëson më shumë të ardhura, shpërndarje më të drejtë, përdorim racional të tyre, e për rrjedhojë përmirësim të shërbimeve shëndetësore dhe njëherazi zbutje të efekteve financiare si pasojë e rritjes së kostos së shërbimeve shëndetësore gjatë tranzicionit.

Në këto pesëmbëdhjetë vjet, në sistemin shëndetësor janë zbatuar reformat që koha kërkonte dhe në qëndër të reformave ka qënë financimi nga skema e sigurimit shëndetësor. Aktualisht skema e sigurimit të kujdesit shëndetësor financon shërbimet shëndetësore në të tre nivelet. Ecuria ka qënë e veshtirë, por e suksesshme. Arritjet dhe eksperiencia e fituar kanë krijuar sigurinë e ISKSH për të bërballuar me sukses sfidat e së ardhmes.

Ky libër, besojmë do të ndihmojë punonjësit e Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, të strukturave varëse të tij, të gjithë aktorët e skemës së sigurimit shëndetësor, si dhe personat e interesuar për problemet sociale, të njihen me misionin, strukturën, funksionimin, financimin, vështirësitë dhe ecurinë e sigurimit shëndetësor në Shqipëri.

Në shenjë respekti e ndjenim për detyrë të listonim në këtë botim të gjithë punonjësit e ISKSH.

Për kontributin e dhënë në botimin e këtij libri shprehim mirënjohjen dhe falenderojmë punonjësit:

Zj. Leonora Horanlliu, Zj. Elida Jaho, Z. Rustem Prenika, Zj. Fjoralba Memia, Z. Alban Myftiu, Z. Arian Qazim Qoku, Zj. Jolina Ikonimi (Goxhabelliu), Z. Bajram Caka, Zj. Majlinda Hunda, Zj. Suela Zeneli, Z. Besnik Bruci, Zj. Miranda Bleta, Zj. Mukades Hashorva, Z. Alfred Çareri, Z.Xhadi Gjana, Z. Kastriot Orizaj, Znj Etiola Kola, Zj. Mira Capi, Zj. Tanja Memi, Zj. Mimoza Xhavo, Zj. Majlinda Deda, Znj. Mirela Duro, Zj. Eridana Karkini.

Falenderime të gjithë personave të tjerë që na ndihmuan, emrat e të cilëve nuk janë përmendur.

## PERMBAJTJA

1. Hyrje	Faqe
2. Përmbajtja	Faqe
3. Shkurtime	Faqe
4. Historik	Faqe
5. Sigurimi Shëndetësor	Faqe
6. Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH)	Faqe
7. Organizimi – Funksionimi	
8. Ecuria në vite	
9. Struktura ISKSH	
10. Informatizimi	
11. Ligji “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”	
12. Skema e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor	
13. Lista e barnave te rimbursueshëm	
14. Kontrata	
15. Libreza e Shëndetit	
16. Financimi	
17. Kontributet – Të ardhurat	
18. Shpenzimet	
19. Buxheti në vite - Përmbledhje	
20. Përfitimet	
21. Mjeki i Përgjithshëm dhe Familjes (MP/F)	
22. Marrdhëniet e ISKSH	
23. Perceptime & Refleksione	
24. Mbulimi shëndetësor	
25. Kontrolli	
26. Burokracia	
27. Profesionalizmi	
28. Cilësia	
29. Projektet pilot	
30. Strategjia	
31. Sfidat	
32. Lista e punonjësve të ISKSH	

## SHKURTIME

MSH	Ministria e Shëndetësisë
ISKSH	Instituti i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.
ISSH	Instituti i Sigurimit Shoqëror
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
QKCSA-ISH	Qendra Kombëtare e Cilësisë Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore
DRSKSH	Drejtoria Rajonale e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.
DSKSH	Dega e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.
ASKSH	Agjensia e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.
SSKSH	Skema e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.
KSHP	Kujdesi Shëndetësor Parësor.
KSHS	Kujdesi Shëndetësor Spitalor.
DIAS	Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistikore
LBR	Lista e Barnave të Rimbursueshme.
QSUT	Qendra Spitalore Universitare Tiranë
MP	Mjek i Përgjithshëm
MF	Mjek Familje
MP/F	Mjek i Përgjithshëm dhe i Familjes
MS	Mjek Specialist
QSH	Qendra Shëndetësore
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
VKA	Vendim i Këshillit Administrativ
PVHP	Persona të Vizituar për Herë të Parë
KHF	'Know How Fund' – organizatë britanike që ka kryer konsulencën për ISKSH
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
BB	Banka Botërore
ATC	Kodi ATC – Anatomic Therapeutic Chemiofarmakologic Classification
KHRLBR	Komisioni i Hartimit e Rishikimit të Listës së Barnave të Rimbursueshme
QKKB	Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave
GTZ	German Technical Cooperation – Health Policy Consultancy in Albania
AHIS	Albanian Health Information System

## HISTORIK

Të gjithë njerëzit kanë të drejtë të mjekohen dhe është përgjegjësi e shoqërisë të kujdeset për përballimin e fatkeqësisë sëmundje. Sëmundja shoqërohet me nevojën për mjekim, ndërsa varfëria me mungesën e mjeteve financiare për të përballuar shpenzimet. Në historinë botërore sëmundja dhe varfëria kanë qenë dy arsyt kryesore të lindjes së sigurimeve shëndetësore. Bota ka njohur sisteme të ndryshme shëndetësore dhe sisteme të ndryshme të financimit të tyre. Sistemi Bismark është sistemi i sigurimit shëndetësor, i cili me ligj u vendos në Gjermani në vitin 1883, fillimisht ishte vullnetar, e më pas i detyruar. Më vonë sistemi Bismark u përhap në Angli, Austri, Francë, Hollandë, Belgjikë etj.

Sistemi Semashko i përket vitit 1920 dhe është sistemi i shërbimeve shëndetësore të centralizuara, i vendosur në BRSS dhe më pas në vendet e tjera të pushtetit të “socializmit real” të Evropës Lindore dhe Juglindore. Sistemi Semashko është sistemi shtetëror, me buxhet qeveritar, të planifikuar, personeli mjekësor ka një rroge fikse të përcaktuar dhe asgjë tjetër, por nuk është eficient. Ashtu sikurse do të shohim më poshtë, ky sistem ka qenë i dështuar edhe për Shqipërinë.

Sistemi Beveridge (ekonomist anglez) u vendos fillimisht në Angli në vitin 1942, më pas u përhap në Danimarkë, Norvegji, Suedi e Finlandë. Ky është sistemi i shërbimeve shëndetësore popullore, i financuar nga buxheti shtetëror i taksave. Në kujdesin parësor mjeku paguhet për shërbimet që i jep çdo personi, ndërsa në spitalet paguhet me rrogë fikse.

Sistemet shëndetësore kanë qenë të ndryshme për kohë dhe vende të ndryshme. Sot nuk mund të flasësh për sisteme të “pastra”, sepse vende të ndryshme kanë bërë pershtatjet e kohës, sipas specifikave të tyre dhe natyrshëm zbatohen sistemet e përziera.

Pavarësia e gjeti Shqipërinë pa një sistem shëndetësor. Para vitit 1912 shërbimet shëndetësore ofroheshin të organizuara për ruajtjen e aftësisë luftarake të trupave, ndërsa për pjesën tjetër të popullatës ekzistonin shërbimet e mjekësisë popullore. Pas pavarësisë dhe sidomos në qeverisjen e mbretit Zog I, u krijua një sistem shëndetësor publik dhe privat, u caktuan mjekët e bashkive, u ndërtuan disa spitale, u organizuan shërbimet shëndetësore komunitare, trajtimi i të sëmurëve shumë të varfër përgjithësisht bëhej falas, si nga mjekët e bashkive, ashtu dhe nga ata privatë.

Pas Luftës së Dytë Botërore, sikurse në vendet e tjera ku u vendos sistemi totalitar i socializmit real, u zbatua sistemi Semashko, krejtësisht shtetëror, i cili përjashtoi atë privat edhe pse nuk kishte arritur mundësitë e plotësimit të kërkesave të kohës. Strukturat e shërbimeve shëndetësore u shtrinë në të gjithë Shqipërinë. Për shërbimin shëndetësor parësor u ngritën poliklinika në qytete dhe ambulanca nëpër fshatra, u ndërtuan shumë spitale, u hapën disa farmaci në qytete dhe në fshatrat e bashkuara, u hapën konsultore të nënës dhe femijës, disa laboratorë, disa qendra radiologjike, si dhe disa struktura të tjera shëndetësore.

Mjekët u shkolluan fillimisht jashtë Shqipërisë, në vendet e kampit socialist. Më vonë, pas vitit 1952, me krijimin e Institutit të Mjekësisë, i cili u shndërrua më pas në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Tiranës, u përgatitën në Shqipëri gjeneratat e reja të mjekëve, ndërsa personeli i mesëm dhe i ulët shëndetësor (ndihmësmjekë, ndihmësfarmacistë, infermierë, mami, laborantë) u përgatit në shkollat e vendit, me programe disa mujore deri në katër vjet.

Të gjitha këto struktura, si dhe slloganet e propagandës për shëndetin të tilla si “Njeriu kapitali më i çmuar”, “Kujdesi për fëmijët”, “Kujdesi për gratë shtatzanë”, ishin realisht vetëm paraqitja sipërfaqësore e sistemit shëndetësor në Shqipëri. Formalisht gjithçka ishte në rregull, por nuk ishte kështu në realitet, e vërteta ishte krejt ndryshe nga ajo që propagandohej. Për hir të së vërtetës, vlejnë të përmenden përpjekjet e suksesshme për zhdukjen e malarjes, për luftën ndaj tuberkulozit, ndaj sifilizit në vitet e para, si dhe për vaksinimin e fëmijëve. Më pas, si rrjedhojë e sistemit politik utopik, të diktaturës së proletariatit, centralizmit, luftës së klasave, politizimit ekstrem edhe në sistemin shëndetësor, sikurse në të gjitha fushat e jetës në vendin tonë, pati

pasoja shumë të rënda, mangësi dhe dështime të shërbimeve shëndetësore. Shqipëria kishte sëmundshmëri të lartë, parazitoza, sëmundje infektive mjaft të përhapura dhe vdekshmërinë foshnjore më të lartë në Evropë. Shqiptarët vuanin nga sëmundje që për evropianët i përkisnin mesjetës, si pellagra, ndërsa çrregullimet e tjera pasojë e keq jetesës, e keq dhe nën ushqyerjes, si hypotrofitë dhe rakiti, ishin shumë të përhapura. Tregues të shumtë flisnin jo vetëm për nivelin e ulët të jetesës, për varfërinë, por dhe për nivelin e ulët të shërbimeve shëndetësore. Vitet '90 e gjetën Shqipërinë një shtet totalitar, me ekonomi të rrënuar, me varfëri të theksuar, me shërbime shëndetësore jo cilësore, jo racionale dhe me institucione shëndetësore të shkatërruara. Deklarohej shërbim pa pagesë për të gjithë shtetasit, megjithatë në shërbimin parësor barnat jo vetëm bliheshin nga të sëmurët, por numri i tyre ishte mjaft i vogël, mungonin barnat e efektshme, barnat e kohës, mungonin reagentët, filmat, aparaturat, mungonin ekzaminimet e nevojshme laboratorike, imazherike, deri tek çarçafët, batanijet dhe ushqimi. Të sëmurët detyroheshin të blinin barnat për t'u mjekuar në spital, cilësia e teknikës mjekësore ishte e dobët për shkak të paisjeve mjekësore, ndërsa ekzaminimet unikalë terciare thuajse nuk ekzistonin.

Shqipëria e modelit komunist u shoqërua me kolapsin e institucioneve dhe organizmave shtetërore. Kjo gjendje kërkonte një sistem shëndetësor të ri. Reformat duhet të ndërhyjnë në organizimin, administrimin, strukturat, burimet financiare deri në konceptimet e shërbimeve shëndetësore. Nevojat për shërbime shëndetësore kërkonin ndryshime në përputhje me ndryshimet politike, sociale dhe ekonomike.

Reformat u mbështetën në politika dhe strategji mirë të konceptuara për realitetin e vendit tonë, u përqëndruan në prioritetin e shërbimit shëndetësor parësor, në ristrukturimin dhe rajonalizimin e shërbimit spitalor, në privatizimin e shërbimit farmaceutik të rrjetit të hapur, në privatizimin e shërbimit stomatologjik ambulator, në formimin e mjekut të familjes si pikë referimi e sistemit të shërbimeve shëndetësore, në përdorimin e listave thelbësore të barnave për trajtimet në shërbimet e kujdesit parësor, si dhe në krijimin e sigurimit shëndetësor.

Tërësia e këtyre reformave në ideimin, konceptimin dhe zbatimin e tyre është e lidhur ngushtësisht me dy figura të shquara të shëndetësisë në Shqipëri, Prof. Dr. Tritan Shehu dhe Prof. Dr. Maksim Cikuli, të cilët nuk kanë reshtur së dhëni kontributin në reformimin e sistemit shëndetësor. Reformat në sistemin shëndetësor të Shqipërisë u bënë pjesë e pandarë e politikës dhe strategjisë, si domosdoshmëri e zhvillimit të regjimit të ri demokratik.

Krijimi i Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor ishte reformë e mbështetur mbi realitetin e mundësive të kufizuara financiare, e ndërmarrë si mënyrë e re e financimit dhe administrimit, e përdorimit racional të burimeve financiare, e shpërndarjes më të drejtë të tyre në shërbimet shëndetësore në kushtet e tranzicionit në vend, e kalimit drejt ekonomisë së tregut.

## **SIGURIMI I KUJDESIT SHËNDETËSOR**

### **Sigurimi Shëndetësor në Shqipëri u ngrit me Ligjin nr. 7870, date 13.10.1994 “Për sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”.**

Aktiviteti i Sigurimit Shëndetësor do të zhvillohej në përputhje me ligjin e sigurimeve shëndetësore, duke marrë në konsideratë skemën e kujdesit shëndetësor. Me sigurimin shëndetësor, edhe pse për herë të parë në Shqipëri, nuk do të ecej më në një rrugë të pashkelur, por në një rrugë tashmë të njohur, të eksperiencës së botës së qytetëruar perëndimore, të ndërgjegjësuar për vështirësitë që qëndronin në zbatimin e kësaj eksperience në kushtet e vendit tonë.

Në ecurinë e zbatimit të reformave për përmirësimin e sistemit shëndetësor, u miratuan një numër i konsiderueshëm ligjesh, ndër të tjerë: Ligji nr. 7643, dt. 2.12.1993 “Për inspektoriatin

sanitar shtetëror”, i ndryshuar, Ligji nr. 7761, dt. 19.10.1993 “Për parandalimin dhe luftimin e sëmundjeve ngjitëse”, i ndryshuar, Ligji nr. 7889, dt. 14.12.1994 “Për Statusin e Invalidit”, Ligji nr. 8032, dt. 16.11.1995 “Për shërbimin e transfuzionit dhe kontrollin e gjakut, produkteve të tij dhe transplantimeve”, Ligji nr. 8045, dt. 7.12.1995 “Për ndërprerjen e shtatzanisë”, Ligji nr. 8092, dt. 21.3.1996 “Për shëndetin mendor”, Ligji nr. 8095, dt.28.3.1996 “Për Statusin e të Verbërit”, Ligji nr. 8153, dt. 13.10.1996 “Për Statusin e Jetimit”, Ligji nr. 8528, dt. 23.9.1999 “Për nxitjen dhe mbrojtjen e ushqyerjes me gji”, Ligji nr. 8626, dt. 22.6.2000 “Për Statusin e Invalidit paraplegjik dhe tetraplegjik”, Ligji nr. 8615, dt. 1.6.2001 “Për Urdhërin e Mjekëve të Shqipërisë”, Ligji nr. 7876, dt. 4.4.2002 “Për shëndetin riprodhues”, Ligji nr. 9106, dt. 17.07.2003 “Për Shërbimin Spitalor ne Republikën e Shqipërisë”, Ligji nr. 9323, dt. 24.11.2004 “Për Barnat dhe Shërbimin Farmaceutik”, Ligji nr. 9518, dt. 18.4.2006 “Për mbrojtjen e të miturve nga përdorimi i alkolit”, Ligji nr. 9636, dt. 6.11.2006 “Për mbrojtjen e shëndetit nga produktet e duhanit”, Ligji nr. 9718, dt. 29.4.2007 “Për Urdhërin e Infermierit në Republikën e Shqipërisë”, Ligji nr. 9863, dt. 28.1.2008 “Për ushqimin”, Ligji “Për shërbimin stomatologjik” 2008, Ligji “Për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS ne RSH” 2008, Ligji nr. 10107, dt. 30.3.2009 “Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”etj.

Legjislacioni për shërbimet shëndetësore evoluoi edhe në përputhje me kërkesat e reformimit, harmonizoi statusin e dhënësve të shërbimeve shëndetësore me decentralizimin e qendrave shëndetësore dhe spitaleve, me financimin e tyre nga sigurimi shëndetësor, duke shtrirë skemën e sigurimit shëndetësor gjerësisht në të gjithë shërbimin shëndetësor parësor në 2007 dhe duke e plotësuar në 2009 ciklin e madh me shërbimin spitalor. Jemi të ndërgjegjshëm se ka ende shumë për të bërë, sikurse jemi të ndërgjegjshëm se këto ndryshime të sistemit shëndetësor janë garanci e përmirësimit të sigurtë të shërbimeve shëndetësore.

Foto me poshte te kete shenimin:  
Stafi i hartimit te Ligjit te Sigurimeve te Kujdesit Shendetesor





## **INSTITUTI I SIGURIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR (ISKSH)**

U krijua me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 22, dt. 20.12.1994 “Për Institutin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor” dhe VKM nr. 613, dt. 20.12.1994 “Për miratimin e Statutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor” në zbatim të Ligjit nr. 7870, dt.13.10.1994. ISKSH u krijua si institucion shtetëror, i pavarur, jo buxhetor dhe jo fitimprurës. Misioni i këtij Instituti ishte mbulimi me kontributet për sigurimin shëndetësor i shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore të mjekëve të përgjithshëm dhe shpenzimeve për barnat e rimbursueshëm që përdoren për mjekimin në kujdesin parësor.

Brenda një kohe të shkurtër ISKSH-se i duhej të ngrinte strukturat e veta në qendër pranë Drejtorisë së Përgjithshme dhe degët e sigurimeve të kujdesit shëndetësor (DSKSH) në 36 rrethet e Shqipërisë, i duhej të trajnonte stafin e vet pa eksperiencë, të nxirrte një mori aktesh nënligjore (udhëzimesh, urdhërash, aktesh administrative), të domosdoshme për rimbursimin, për pagesat e mjekëve të përgjithshëm, për recetat, librezat e shëndetit, kontratat, kartelat individuale, etj. Institutit i duhej gjithashtu të shkonte rreth më rreth dhe të përgatiste mjekët e përgjithshëm për një mënyrë të re të administrimit të shërbimeve të tyre, si dhe të ndërtonte marrdhëniet e reja me farmacistët për rimbursimin e barnave. ISKSH vërtet u përball me një punë tepër të vështirë, por ja doli në krye falë angazhimit serioz dhe të ndërgjegjësuar, mençurisë, mendimit dhe veprimit unik të të gjithë punonjësve. E gjithë kjo u bë brenda tre muajve, e përsërisim për të shprehur mirënjohje, u bë në kohë kaq të shkurtër falë përkushtimit të të gjithë punonjësve të Institutit, askush nuk ju shmang përgjegjësive, orarit të zgjatur të punës, orëve të pakta të gjumit apo pushimit.

Aktiviteti i ISKSH filloi në të gjithë vendin njëherazi për rimbursimin e barnave të listes së rimbursueshme në Mars 1995 dhe në Korrik të vitit 1995 u shtri në mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve të mjekut të përgjithshëm dhe familjes (MP/F). Financimi i skemës së sigurimit shëndetësor në 1995 u bë kryesisht nga buxheti i shtetit që i kaloi ISKSH, për të vazhduar në 1995 - 1996 me financimin nga kontributet për sigurimin e kujdesit shëndetësor. Financimi dhe përfitimet nga ajo skemë ishin të thjeshtë dhe mirë të përcaktuar.

### **ORGANIZIMI - FUNKSIONIMI**

Sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë organizohen e drejtohen nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. ISKSH është një institucion shtetëror i pavarur, i cili ka administratën e vet, në qendër dhe në rrethe.

ISKSH organizohet dhe funksionon sipas përcaktimeve të organizimit dhe drejtimit në Ligjin nr. 7870, dt. 13.10.1994, Statutit të Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, Rregullores së Përgjithshme për organizimin dhe funksionimin e ISKSH, më pas Rregullores “Për organizimin, funksionimin dhe detyrat për çdo pozicion pune në Drejtorinë e Përgjithshme të ISKSH” dhe Rregullores financiare. Strukturat vendore të ISKSH funksionojnë sipas Rregullores së Brendshme të Drejtorive Rajonale të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor.

Statuti i ISKSH miratohet nga Këshilli i Ministrave, me propozim të Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH. ISKSH drejtohet nga Këshilli Administrativ (KA) dhe Drejtori i Përgjithshëm. KA është organi më i lartë ekzekutiv dhe përbëhet nga 11 anëtarë, prej të cilëve:

- Tre anëtarë të caktuar nga Këshilli i Ministrave, që përfaqësojnë:  
Ministrinë e Shëndetësisë; Ministrinë e Punës, Emigracionit dhe Përkrahjes Sociale,  
Ministrinë e Financave;
- Një anëtar nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- Një anëtar nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor;

- Dy përfaqësues: një nga sindikata që ka numrin më të madh të anëtarëve dhe një nga Organizata më e madhe e bujqve;
- Katër përfaqësues të palëve të interesuara: një nga Urdhëri i Mjekëve, një nga një organizatë punëdhënësish, një nga prodhuesi më i madh farmaceutik në Shqipëri dhe një nga Urdhëri i Farmacistëve.

Afati i shërbimit në KA është 4 vjet. Nga Këshilli Administrativ zgjidhet Kryesia e KA që përbëhet nga kryetari dhe dy zëvendëskryetarë. Këshilli Administrativ ka kompetencat si më poshtë:

- Propozon emërimin dhe shkarkimin e Drejtorit të Përgjithshëm;
- Miraton për çdo vit programin e paraqitur nga Drejtori i Përgjithshëm, raportin, bilancin, buxhetin vjetor dhe perspektivat trevjeçare të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Propozon në Ministrinë e Shëndetësisë dhe në ISSH ndryshimet në Statutin e ISKSH dhe në ligjin e sigurimeve shëndetësore;
- Vendos për lidhjen e marrëveshjeve dhe kontratave të rëndësishme;
- Miraton rregulloret e propozuara nga Drejtori i Përgjithshëm, që kanë të bëjnë me çështje financiare;
- Miraton komitetin e kontrollit për veprimtarinë e ISKSH;
- Miraton rregulloret e ISKSH lidhur me organizimin, administrimin, procedurat administrative, kur është ngarkuar nga ky ligj;
- Përcakton dhe miraton strukturën dhe numrin e punonjësve të ISKSH, si dhe pagat e tyre.

Drejtori i Përgjithshëm i ISKSH emërohet dhe shkarkohet nga Ministri i Shëndetësisë me propozim të Këshillit Administrativ. Drejtori i Përgjithshëm ka kompetencat si më poshtë:

- Drejton veprimtarinë e ISKSH;
- Raporton çdo vit për veprimtarinë e ISKSH në Këshillin Administrativ;
- Emëron Zv.Drejtorin e Përgjithshëm dhe drejtorët e ISKSH;
- Përcakton rregulloren e brendshme të ISKSH;
- Emëron punonjësit e ISKSH dhe Drejtorët e Drejtorive Rajonale të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor;
- Vendos për të gjitha çështjet e administrimit të ISKSH dhe raporton para Këshillit Administrativ për veprimtarinë e tij;
- Propozon në Këshillin Administrativ buxhetin e ISKSH, planin financiar dhe paraqet raportin vjetor, parashikimin për tre vjet dhe rregulloret e ISKSH lidhur me kontributet dhe problemet financiare;
- Përcakton dhe miraton strukturën e punonjësve të ISKSH-së, si dhe pagat e tyre.

Ligji i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor përcakton se Ministri i Shëndetësisë është përgjegjës për drejtimin e politikës shëndetësore të ISKSH.

Këshilli Administrativ i paraqet Ministrin të Shëndetësisë: Raportin vjetor dhe bilancin; Projektbuxhetin për vitin pasardhës; Parashikimin e shpenzimeve për tre vjetët e ardhshëm. Ministri gjithashtu shqyrton propozimet e KA të ISKSH për amendamente në ligjin e sigurimeve shëndetësore, projektvendimet për në Këshillin e Ministrave dhe akte të tjera nënligjore.

Instituti i Sigurimeve Shoqërore (ISSH) është përgjegjës për: mbledhjen e kontributeve për llogari të buxhetit të ISKSH, për regjistrimin e të gjithë personave të siguruar, sipas skemës së sigurimit të detyrueshëm dhe vullnetar, të përcaktuar nga ligji për sigurimet shëndetësore dhe pajisjen me kartën e sigurimit dhe me numrin e identitetit. ISSH, fondet e mbledhura i derdh në buxhetin e ISKSH dhe çdo vit i paraqet ISKSH-së një raport për veprimet e tij sipas ligjit për sigurimet shëndetësore.

**Struktura** e ISKSH në krijim përbehej nga Drejtoria e Përgjithshme me Drejtorinë e Mjekut, Drejtorinë e Financës që kishte Sektorin e Kontabilitetit dhe Sektorin e Buxhetit, Drejtorinë e

Rimbursimit si dhe Sektorin e Administratë-Financës, Sektorin e Kontroll-Revizionimit, Sektorin e Statistikës. Në strukturën fillestare të ISKSH ishin gjithashtu dhe 36 Degët e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (DRSKSH) të shpërndara në të gjitha rrethet e Shqipërisë. Pak kohe më pas, në 1995, Sektori i Statistikës u bë drejtori dhe po në këtë vit u krijuan Sektori Juridik dhe Sektori i Programim - Zhvillimit.

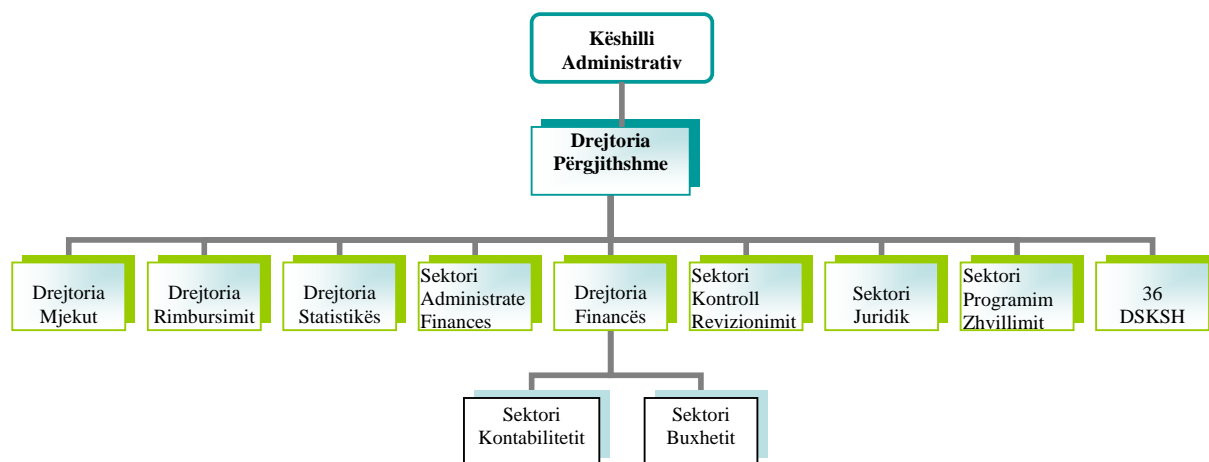
ISKSH kishte në përbërjen e vet gjithsej 133 punonjës, prej tyre 28 në Drejtorinë e Përgjithshme dhe pjesa tjetër në degët e sigurimit të kujdesit shëndetësor të rretheve. Punonjësit ishin kryesisht me arsim të lartë, ekonomistë, mjekë, farmacistë, juristë.

Në krijim, Drejtore e Përgjithshme e ISKSH ishte Zj. Alma Çiço – ekonomiste. Zv/Drejtori i Përgjithshëm dhe Drejtor i Drejtorisë së Financës ka qenë Z. Sokrat Proko - ekonomist, Drejtor i Drejtorisë së Mjekut Z. Agron Belishova - mjek, Drejtore e Drejtorisë së Rimbursimit Zj. Lindita Shehi (Dauti) - farmacistë, Shefe Sektorit të Kontabilitetit Zj. Vjollca Xhani - ekonomiste, Shef i Sektorit të Buxhetit Z. Miltiadh Koço - ekonomist, Shefe e Sektorit të Administratë – Financës Zj. Mira Capi - ekonomiste, Shefe e Sektorit të Kontroll – Revizionimit Zj. Nexhmije Baushi - ekonomiste, Shefe e Sektorit të Statistikës më pas Drejtore e Drejtorisë së Statistikës Zj. Merita Guçe – ekonomiste e statistikës, Shefe e Sektorit Juridik Zj. Laureta Mano - juriste. Drejtor i Përgjithshëm në shkurt 2000 u emërua Z. Vigan Saliasi - farmacist, ndërsa në tetor 2001 Drejtor i Përgjithshëm u emërua Z. Gjergji Leka - ekonomist. Në 2005 Drejtore e Përgjithshme e ISKSH u emërua Zj. Elvana Hana - ekonomiste, e cila vazhdon të drejtojë këtë Institut.

Në Janar të 1999 ndahet nga jeta Zv/Drejtori i Përgjithshëm, Z. Sokrat Proko, një nga themeluesit më të përkushtuar dhe më produktiv të ISKSH.

Në 1999, Zv/Drejtor i Përgjithshëm emërohet Z. Arqile Loli ekonomist dhe po atë vit emërohet Z. Arben Çavolli - ekonomist, ndërsa në 2004 Zj. Edlira Sharra - mjeke, në 2005 Z. Arben Runa – mjek, në 2007 Z. Xhavit Grezda – mjek, në 2009 Z. Naun Sinani – mjek dhe në janar 2010 Z. Saimir Ivziu – jurist.

#### ISKSH - STRUKTURA 1995



Strukturat qendrore dhe vendore të ISKSH kanë ndryshuar si përshtatje ndaj ndryshimeve të legjisllacionit në funksion të administrimit dhe shtrirjes së skemës së sigurimit shëndetësor, gjithashtu si përshtatje e rritjes së aktivitetit të tyre. ISKSH filloi aktivitetin në Mars 1995 me 133 punonjës, në Dhjetor 1995 ISKSH kishte 160 punonjes, rrjedhojë kjo e rritjes së aktivitetit për shkak të shtimit të numrit të të siguruarve aktivë (perfitues për vizitat dhe barnat e

rimbursueshme). Punonjësit u shtuan kryesisht në DRSKSH dhe vetëm tre në Drejtorinë e Përgjithshme.

## ECURIA NË VITE

Në vitin e parë puna e ISKSH u përqëndrua për vënien në efikasitet të plotë të strukturave vendore, në përcaktimin, realizimin e marrdhënieve të punës ndërmjet farmacive dhe degëve të sigurimit të kujdesit shëndetësor nëpërmjet kontratave të dy palëve, në përcaktimin e marrdhënieve të punës të mjekëve të përgjithshëm dhe familjes (MP/F) nëpërmjet kontratave individuale të tyre me DSKSH. Lidhja e kontratave ishte kërkesë e ligjit për sigurimet shëndetësore. Kontratat edhe pse të thjeshta, ishin të sakta dhe shprehnin një mënyrë të re të marrdhënieve të punës mbi bazë partneriteti të një shoqërie në tranzicion drejt demokratizimit. Identifikimi i mangësive shoqëronte në vazhdimësi aktivitetin e Drejtorisë së Përgjithshme dhe strukturave vendore. Informacioni qarkullonte sipas rrugëtimit të vizitës së të sëmurit tek mjeku i përgjithshëm, i cili lëshonte recetën me rimbursim, kalimin për marrjen e barnave në farmacitë e kontraktuara, të cilat çdo 15 ditë dorëzonin recetat në DSKSH, ku çdo muaj dorëzohej edhe deklarata mujore e mjekut (MP/F). Çdo muaj recetat e rimbursueshme dhe deklaratat e mjekut, kalonin dorazi nga DSKSH në Drejtorinë e Statistikës, ku të dhënat hidheshin në kompjuter, përpunoheshin, shpërndaheshin në drejtoritë e ISKSH. Drejtorja e Statistikës prodhonte raportet statistikore mujore, tremujore, gjashtë mujore, nëntëmujore dhe vjetore. Çdo muaj bëheshin analizat e rimbursimit, çdo muaj në Drejtorinë e Përgjithshme bëheshin takimet e rradhës të gjithë drejtorëve të Drejtorisë së Përgjithshme dhe drejtorëve të DSKSH të rretheve. Në këto takime raportohej dhe diskutohej realizimi i programeve mujore të punës, duke u fokusuar në mbulimin shëndetësor dhe shpenzimet e rimbursimit të barnave.

Më pas në 1996, 1997 kujdes u tregua në ndërtimin, zbatimin dhe përmirësimin e kontratave, po ashtu në përmirësimin e marrdhënieve me të sëmurët, në përmirësimin e marrdhënieve të mjekëve të përgjithshëm ndërmjet tyre, ndërmjet mjekëve të përgjithshëm dhe specialistëve.

Në drejtim të shërbimeve shëndetësore në këtë periudhë u kontraktua dhe me MP/F shëndetësor privat edhe me mjekun specialist (MS) të sistemit publik e privat. Shërbimet e tyre sikurse dhe shërbimet e mjekëve të familjes në sistemin publik u kushtëzuan nga kriteret e përcaktuara të sigurimit shëndetësor në kontratat përkatëse. Identifikimi i mangësive do të qëndronte si pika e referimit në aktivitetin e ISKSH, strukturave, partnerëve të tij dhe informacionet ishin identifikime mangësish, më tej vazhdohej me analizat burimore të ndryshme dhe me mundësitë e zgjidhjeve. Për mjekun kërkohej si detyrim kontratual dhënia kolegut e të gjithë informacionit të nevojshëm mbi të sëmurin, për të siguruar kështu trajtimin e pandërprerë të sëmurëve në rastet e mungesës së përkohshme të mjekut, në rastet e ndërrimit të mjekut apo të lëvizjes së të sëmurëve. Detyrime të tjera kontratuale ishin :

Mjeku nuk duhet të bënte propagandë në dëm të kolegëve; duhet të respektoje dinjitetin dhe intimitetin e të sëmurit; të jepte shërbim pa diskriminim bindjesh politike, fetare, sëmundjeje, race, moshe apo seksi; të dërgonte të sëmurin tek kolegu specialist sipas specialitetit përkatës sa herë që kishte paqartësi diagnoze, dekursi apo terapie; të respektoje kohën e punës 6 orë e 40 minuta dhe orarin para dhe pasdite, si për MS dhe MP/F; të mos merrte nga i sëmuri shpërblime të paligjshme; i sëmuri pa rekomandimin e mjekut të përgjithshëm të mos vizitohej tek specialisti pa paguar tarifën ligjore; të mos sorolletej i sëmuri në rastet kur kishte nevojë për analiza, ekzaminime apo vizitë tek një specialist tjetër, për rastin e fundit, specialisti duhet ta dërgonte direkt të sëmurin me rekomandimin e tij, pa qenë nevoja e marrjes sërisht të rekomandimit tek mjeku i familjes.

Foto me poshte te kete shenimin: Nga e majta ne te djathte: Sokrat Proko, Milto Koço, Mirela Çaçi, Agron Belishova (Punonjes te ISKSH qe ne krijimin e tij me 1995)



I përmendëm këto, sepse që në fillim kërkohej të mos lejoheshin mangësitë, e thënë ndryshe të bëhej profilaksia e së keqes. Gjatë kësaj kohe dolën një sërë aktesh të praktikës së përditshme dhe të perspektivës, të cilët morën në konsideratë standartizimet, administrimin e shërbimeve, disiplinimin në zbatim të ligjit, zbatimin e politikave në ndihmë të të gjithë të siguruarve dhe në mbrojtje të grupimeve të veçanta të popullatës me risk etj, pa larguar vëmendjen nga kujdesi sidomos për pjesën e popullatës me mundësi të kufizuara të përfitimit të shërbimeve në institucionet shëndetësore. Përmendim këtu :

- Urdhërin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 75, dt. 12.4.1995 “Për statusin e invalidit”, me të cilin mjekët e përgjithshëm ishin të detyruar të jepnin shërbimin shëndetësor në shtëpi pa pagesë - të paralizuarve, të gjymtuarve, invalidëve, pra personave që nuk janë të aftë të shkojnë në qendrat shëndetësore, po ashtu urdhëroheshin institucionet spitalore dhe ato balneare të krijojnë kushtet e përshtatshme për invalidët.
- VKM nr. 182, dt. 25.4.1995 “Për çmimet e barnave”, sipas të cilit barnat konsideroheshin të një rëndësie të veçantë për shëndetin. Vendimi zbatoi nëpërmjet çmimeve një politike mbështetje për masën e gjerë të popullatës që ishte me të ardhura të pakta.
- VKM nr. 189, dt. 6.3.1995 “Për trajtimin shëndetësor të veteranëve të luftës kundër pushtuesve nazifashist të popullit shqiptar” i siguroi këtij grupimi mjekimin falas në institucionet shtetërore shëndetësore buxhetore, në shërbimin stomatologjik, si dhe në shërbimin ambulator për sëmundjet kronike të listës së miratuar bashkëgjatur atij vendimi.
- VKM nr. 323, dt. 26.6.1995 “Për listën e barnave kryesore dhe masën e mbulimit të çmimit të barnave”. Lista e barnave të rimbursueshme ishte një element i domosdoshëm pa të cilin nuk mund të zbatoheshin skema e sigurimit shëndetësor. Ky vendim ishte pjesë e politikës mbrojtëse nëpërmjet masës së mbulimit të grupimeve të medikamenteve.
- Udhëzimi i MSH nr. 73, dt. 10.4.1995 “Për zbatimin e detyrave që dalin përpara mjekut të përgjithshëm në bazë të Ligjit nr. 7870, dt. 13.10.1994” jo vetëm përcaktoi detyrat e mjekut të përgjithshëm, por vendosi edhe sistemin fillestar të referimit.
- VKM nr. 343, dt. 3.7.1995 që përcaktoi se në sistemin e shërbimeve shëndetësore kujdesi shëndetësor bazë sigurohet nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes.
- Urdhërin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 165, dt. 17.7.1995 “Për ngarkesën e mjekut të përgjithshëm dhe të familjes dhe tarifën e shërbimit shëndetësor”, me të cilin standartizoheshin ngarkesat e mjekut të përgjithshëm dhe familjes (MP/F) për mbulimin shëndetësor sipas kategorizimeve MP/F për të rritur në qytet 2000 banorë, MP/F për moshën deri në 14 vjeç në qytet 1000 fëmijë, MP/F për gjithë moshat në fshat 1700 banorë, MP/F përgjegjës i ambulancës në qytet 1400 banorë, MP/F përgjegjës i qendrës shëndetësore në fshat 1700 banorë.
- Urdhërin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 165, dt. 17.7.1995, i cili përcaktoi se shtetasit shqiptarë dhe të huaj që nuk kanë paguar kontributin e sigurimit të kujdesit shëndetësor do të paguanin për çdo vizitë tarifën prej 300 lekësh.
- Udhëzimin e përbashkët të Ministrit të Shëndetësisë dhe Drejtores së Përgjithshme të ISKSH nr. 27, dt. 28.8.1995 “Për administrimin e mjekut të përgjithshëm dhe familjes” që përcaktonte emërtimin e mjekut të përgjithshëm, vendin e ushtrimit të profesionit në institucione të caktuara për zona të caktuara të mbulimit shëndetësor, lidhjen e kontratave, shpërbimin e MP/F, varësine e dyfishtë të MP/F, riorganizimin e shërbimit shëndetësor të përgjithshëm, bashkëpunimin ndërmjet drejtorive të Shëndetit Publik dhe degëve të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor, përcaktonte përgjegjësitë e secilës palë dhe ato të përbashkëta, përcaktonte kontrollin mbi shërbimet etj, të gjitha këto shumë të rëndësishme për zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor.
- VKM Nr. 285, dt. 30.4.1996 mundësonte mbulimin shëndetësor për të sëmurët e fshatrave në kufijtë midis dy rretheve ose kur kushtet e terrenit e vështirësonin marrjen e shërbimit shëndetësor nga mjeku i rrethit, nëpërmjet zgjedhjes nga i sëmurit të mjekut të rrethit tjetër.



Foto me siper: Takim pune me perfaqesues te MSH dhe konsulente te huaj 1996.

Deri në vitin 1997, veprimtaria e ISKSH vërtet ishte e kufizuar në shërbimet që financonte (MP/F + Rimbursimi i barnave), por nuk pati dukuri negative serioze të administrimit, të financimit, nuk pati vuajtje nga mungesa e efikasitetit, nga shpërdorimet, korrupsioni, keqtrajtimet, në të kundërt veprimtaria e Institutit vlerësohej, mirëpritje, pati me të vërtetë ecuri të mirë. Për këtë ecuri flisnin dëshmitë e kënaqësisë së të sëmurve (përfundime të shumë takimeve dhe të disa pyetësorëve të thjeshtë), të partnerëve tanë mjekë, farmacistë. Shprehje e kësaj ecurie ishte gadishmëria e MP/F dhe farmacistëve për t'ju përgjigjur kërkesave të ISKSH për bashkëpunim.

Në vitin **1997**, me gjithë trazirat e egra, shkatërruese të lëvizjes antishtet, ISKSH mund të themi se nuk e ndërpreu aktivitetin tij të rimbursimit të barnave dhe të mbulimit të shpenzimeve të shërbimeve të mjekut të përgjithshëm, por më pas vuajti pasojat, nuk pati ecuri të mëtejshme të zhvillimit të skemës së sigurimit shëndetësor. Pasojat e 1997 do të ndiheshin edhe në vitet pasardhëse për shkak të ndërthurjes së shumë faktorëve që përcaktojnë zhvillimin e skemës së sigurimit shëndetësor dhe ndër to duam të përmendim politizimin partiak të ISKSH për efektet e padëshiruara dhe sidomos në strukturat vendore, politizim i cili erdhi duke u rënduar.

Vitet në vazhdim, 1998, 1999, 2000 ishin vitet e ruajtjes së vazhdimësisë dhe ecurisë së ngadaltë. Për këtë duhej të ndaloheshin dukuritë negative në shërbimet shëndetësore, sidomos për mbulimin shëndetësor. Për këtë arsye, u nxorën një sërë aktesh për mbulimin shëndetësor (drejtuesit e DSKSH duhet të ndiqnin në mënyrë të përditshme mbulimin shëndetësor), për administrimin e shërbimeve, për disiplinimin etj.

Urdhëri i Ministrisë të Shëndetësisë i 31 Tetorit 1997 detyronte mjekët specialistë, që jepnin shërbim kurativ në parësor, të lidhnin kontratë me ISKSH. VKM nr. 144, dt. 26.2.1998 përcaktonte si pikë të parë “Vizita e mjekut specialist bëhet me rekomandimin e mjekut të përgjithshëm dhe familjes, pa rekomandim të paguhet tarifa prej 300 L”. Me këtë akt nuk i njihej mjekut specialist e drejta e qëndrimit subjektiv për të pranuar apo mos pranuar rekomandimin e MP/F dhe për të vendosur nëse i sëmuri pa rekomandimin do të paguante ose jo tarifën. Kontratat me mjekët specialistë për të drejtën e lëshimit të recetës së rimbursueshme bashkërenduan kërkesat për mjekët e përgjithshëm dhe mjekët specialistë dhe forcuan kërkesat e identifikimit të përfituesve të shërbimeve. Kështu, sipas detyrimeve kontratuale, i sëmuri mbulohej vetëm nga një specialist për çdo specialitet dhe u forcuan sanksionet për çdëmtimin ekonomik e kushtin penal etj. U lidhën gjithashtu kontrata specifike për shërbime të specializuara me shpenzime të mëdha rimbursimi, sikurse ishin kontrata me shërbimin onkologjik dhe me shërbimin e hematologjisë.

U ndërpre ekzekutimi i liberalizuar i recetës së rimbursueshme dhe u kushtëzua me ekzekutimin e detyrueshëm të saj në rrethin ku ishte përshkruar receta, përjashtimisht për barnat që nuk ndodheshin në atë rreth, receta ekzekutohej në një tjetër rreth me lejen e DSKSH.

U rrit bashkëpunimi i ISKSH me autoritetet profesionale mjekësore. Kundër qëndrimit jo profesional, ISKSH ndërmori zbatimin e disa programeve për kualifikimin e kuadrove të strukturave vendore. Ato ishin programe për njohjen e legjislacionit, të akteve administrative që përcaktonin skemën e sigurimit shëndetësor dhe zbatimin e saj, i cili niste me punën e programuar, detyrat e përcaktuara saktë, ndjekjen nga kontrolli, informacionin përkatës, analizat, vendimmarrjet për të kaluar nga një cikël në tjetrin, nga një program në tjetrin.

Kontrollit ju dha drejtimi jo vetëm të identifikonte mangësitë e konstatuara, por njëherazi të bënte korrigjimet e mundshme. ISKSH mundësoi pjesëmarrjen e punonjëve të saj mjekë në kurset e kualifikimit mjekësor të përgjithshëm dhe bashkëpunimin me lektorët e atyre kurseve për dhënien e shërbimeve shëndetësore në kushtet e përcaktuara të kontratave, pa dëmtuar profesionalizmin mjekësor.

Foto me poshte te kete shenimin: Konferenca e OBSH, tetor 1999.





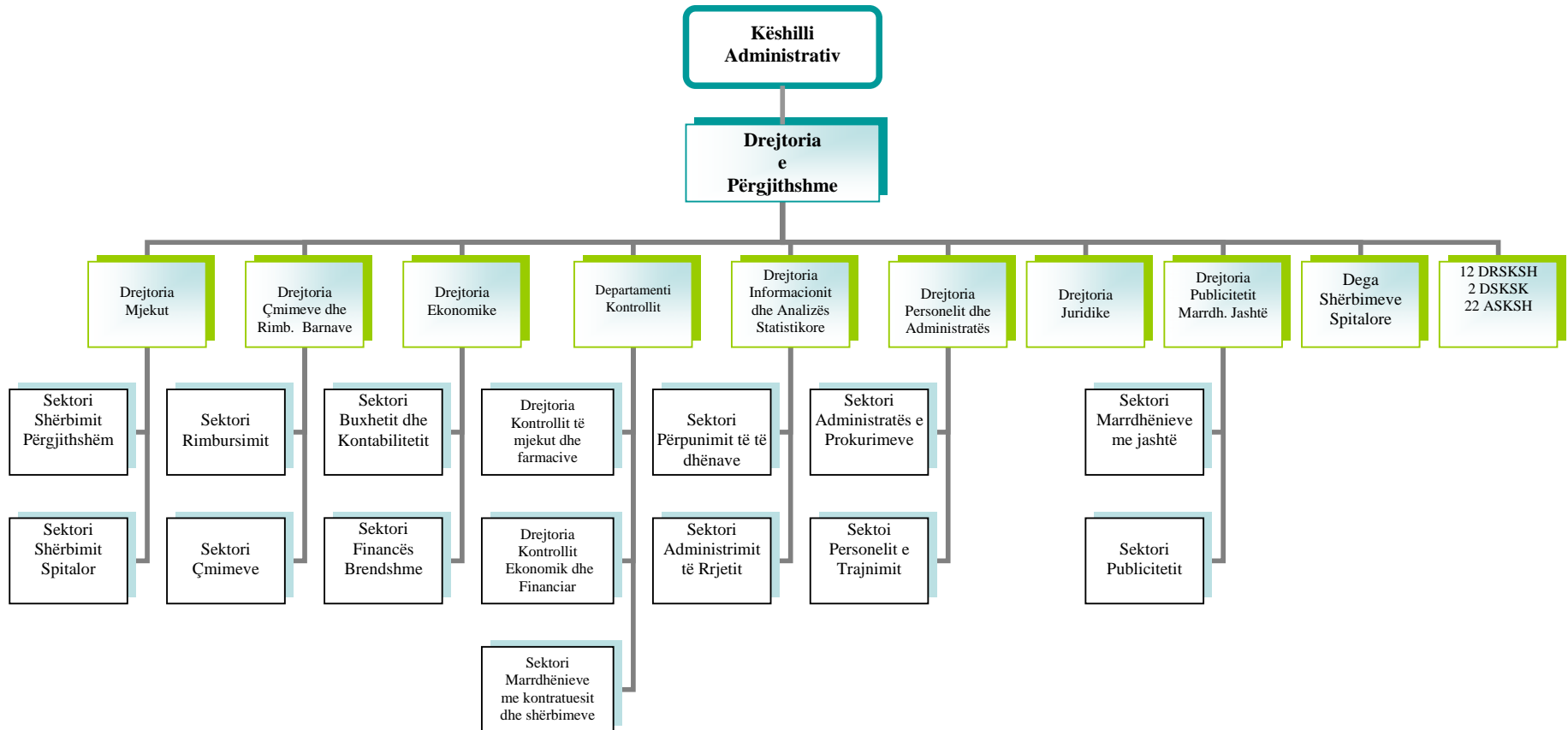
Ketu te vendoset foto e fq. 57 te librit per 10 vjetorin e ISKSH:  
Ne konferencen e organizuar me rastin e 5-vjetorit te formimit te ISKSH

Duke njohur ndërgjegjësimin e pamjaftueshëm të tërësisë së aktorëve të skemës së sigurimit shëndetësor, nëpërmjet akteve të posaçme, DSKSH u ngarkuan që nëpërmjet mediave lokale të shkruara, auditive dhe vizive, të informonin popullatën për njohjen e skemës, për përfitimet, për rastet e mangësive, veprimet e dënueshme të konstatuara dhe masat e marra tek të sëmurët, mjekët, farmacistët dhe punonjësit e saj.

Në , në raportet e ISKSH relatohej për ndryshime të Rregullores së Komisionit të listës së barnave, ndryshime të kriterëve të përfshirjes apo largimit të barnave, për të cilët ISKSH kishte kërkuar korrigjimin e tyre dhe kishte insistuar sidomos për kriteret e përfshirjes së barnave në listën e rimbursueshme, për domosdoshmërinë e motivimit të përfshirjes, të disponibilitetit në tregun farmaceutik, të mendimit të komisioneve terapeutike të shërbimeve të specialiteteve, të të dhënave të përdorimit dhe të kufizimeve e çmimeve të barnave.

Nga viti **2000** deri në **2005** ndryshoi struktura e ISKSH. Ne 2004 struktura e ISKSH paraqitej si më poshtë:

## ISKSH - STRUKTURA 2004



## STRUKTURA VENDORE E ISKSH 2004

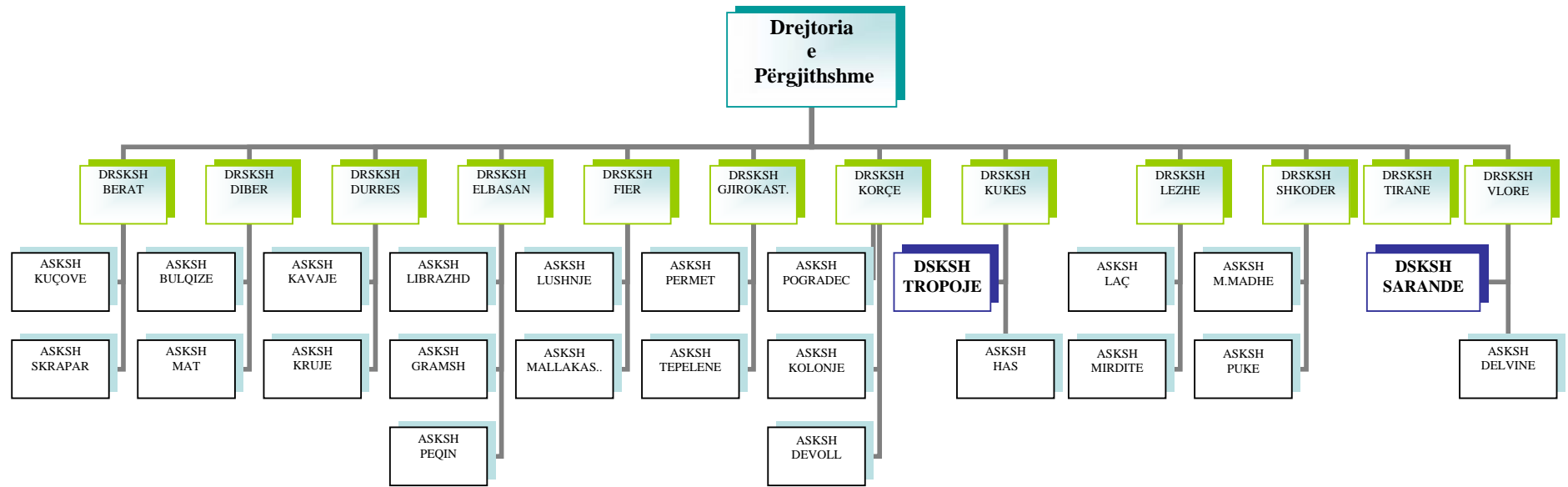


Foto me poshte te kete shenimin: Me punonjesit e Drejtorise se Mjekut, 2003



Vitet 2000 - 2004 kanë qënë vitet e përpjekjeve kundër stanjacionit, të përpjekjeve për konsolidimin e arritjeve, vazhdimësisë dhe ecurisë së mëtejshme, shtrirjes së skemës së sigurimit në shërbime të tjera shëndetësore. Në këtë kuadër, për përmirësimin e punës së ISKSH dhe të përgatitjes për shtrirjen e skemës, u bënë ristrukturime dhe disa ndryshime ligjore. Ristrukturimet qëndrore dhe ato vendore synonin rritjen e efikasitetit të aparatit administrativ të sigurimeve shëndetësore nëpërmjet decentralizimit, riorganizimit, krijimit të strukturave të reja (drejtorive rajonale, degeve dhe agjensive), shtimit numerik, përmirësimit të kontrollit për minimizimin e shpërdorimeve dhe përgatitjes së stafit për përmbushjen e përgjegjësisë të shtrirjes së skemës së sigurimit në shërbime të reja. Ndryshimet u mbështetën kryesisht në ristrukturimin e kontrollit dhe rindërtimin e informatizimit, me synimin e rritjes së produktivitetit dhe të cilësisë së analizave dhe vendimmarrjeve. Realizimit të këtyre synimeve i kanë shërbyer vendimet e mëposhtme të Këshillit të Ministrave :

- VKM nr. 84, dt. 13.2.2003 “Për administrimin dhe mbulimin e shërbimeve nga personeli mjekësor i përfshirë në sigurimin shëndetësor”.
- VKM nr. 85, dt.13.2.2003 “Për lidhjen e kontratave me farmacitë dhe depot e barnave me Institutin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor”.
- VKM nr. 86, dt.13.2.2003 “Për Librezat e Shëndetit”.
- VKM nr. 87, dt.13.2.2003 “Për identifikimin dhe detyrimin e personave që marrin shërbim shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”.
- VKM nr. 88, dt.13.2.2003 “Për miratimin e Statutit të Institutit të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor”

## **INFORMATIZIMI**

Informatizimi përfshiu aktivitetet kryesore të ISKSH dhe strukturave të saj varëse. U instaluan dhe u zbatuan programe të reja, me bazë të fuqishme të dhënash. Programet prodhonin dhjetëra raporte të lidhura me elementë të rëndësishëm si kodi i mjekut, kodi i të sëmurit, kodi i diagnozës si dhe elementë të tjerë të shpenzimeve për çdo recetë të rimbursuar, për çdo person të siguruar përfitues, për çdo mjek të kontratuar me sigurimin shëndetësor, për konsumin e çdo bari të rimbursuar, etj.

Falë programeve të informatizimit u rrit gama e informacioneve dhe përpunimi i tyre, u mundësua gjenerimi i një numri të madh raportesh të vlefshme në trajtimin e problemeve më të rëndësishme të aktualitetit dhe të perspektivës për monitorimin, identifikimin e të sëmurëve, mjekëve, farmacistëve, gjendjes epidemiologjike, shpenzimeve dhe planifikimit, çka do të thotë një informacion i gjerë dhe mundësi për një vendimmarrje racionale në kohën dhe vendin e përshtatshëm, mundësi të mbajtjes nën kontroll të shpenzimeve.

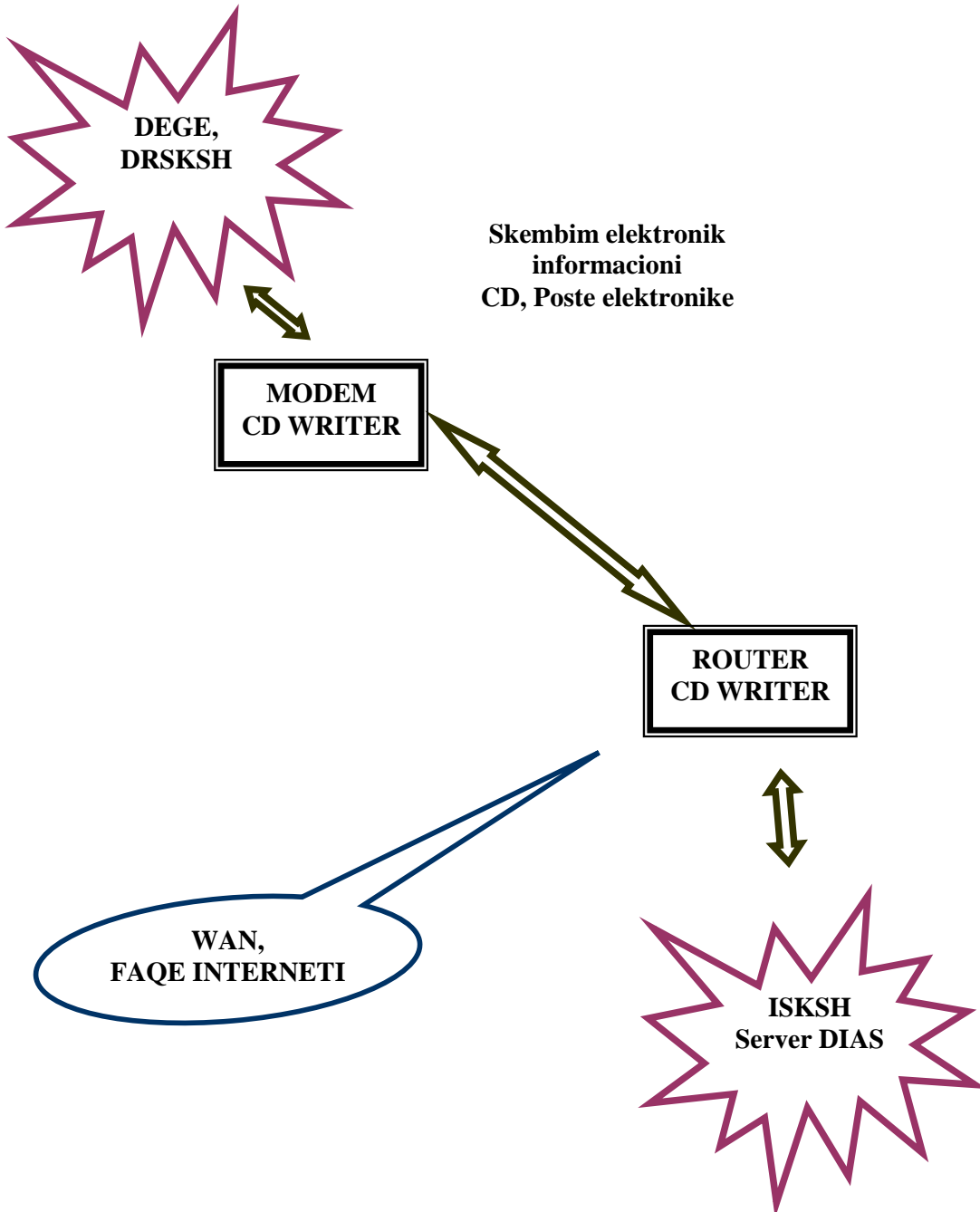
Sipas programeve të reja të informatizimit u bënë përpjekje për pakësimin e ngarkesës burokratike të mjekëve dhe përmirësimin e shërbimeve të tyre, nëpërmjet rritjes së kohës aktive të punës me të sëmurin, por kjo realisht nuk u arrit. Qëllimisht përmendet disa herë fjala “mundësi”, sepse nuk pati një ecuri paralele me saktësinë e të dhënave informative, statistikore dhe për rrjedhojë më vonë do të konstatoheshin mangësi apo pasoja të padëshiruara. Informacioni qarkullonte sipas rrugëtimit të vizitës të sëmurit tek mjeku i përgjithshëm, i cili i lëshonte recetën me rimbursim për të marrë barnat në farmacinë e kontraktuar, çdo 15 ditë farmacitë dorëzonin recetat në DRSKSH, ku gjithashtu çdo muaj dorëzohej deklarata mujore e MP/F. Nga DRSKSH, çdo muaj me CD kalonin në server-in e Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike (DIAS) recetat e rimbursueshme dhe deklaratat e mjekëve, të dhënat përpunoheshin elektronikisht, shpërndaheshin në drejtoritë të ISKSH. DIAS prodhonte raportet statistikore mujore, tremujore, gjashtë mujore, nëntëmujore dhe vjetore.

Foto me poshte te kete shenimin: Ne nje seminar organizuar me drejtuesit e DRSKSH, 2003



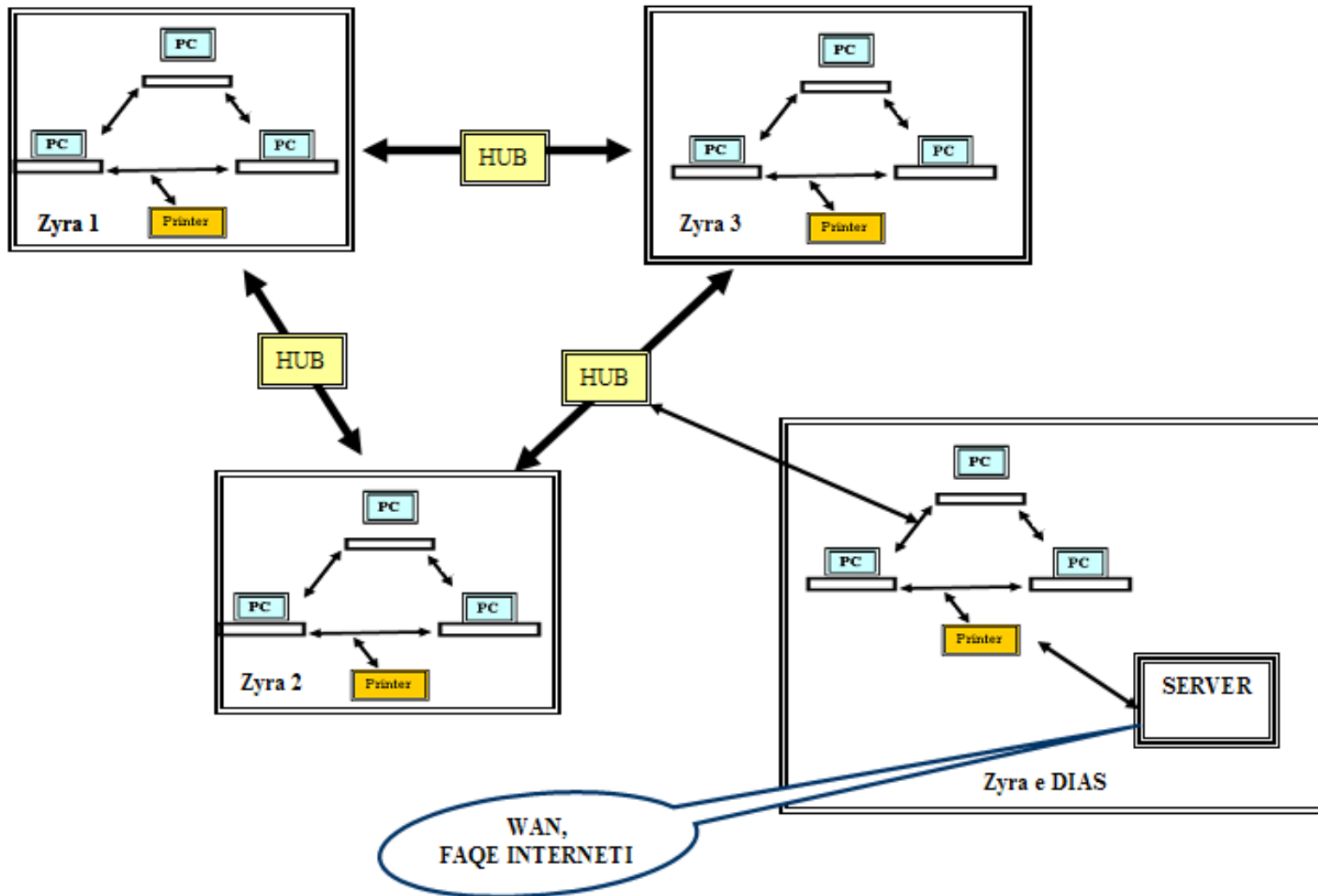
Informatizimi i ISKSH dhe qarkullimi i informacionit në këtë periudhë paraqitet sipas skematizimeve të mëposhtme:

## INFORMATIZIM 2004

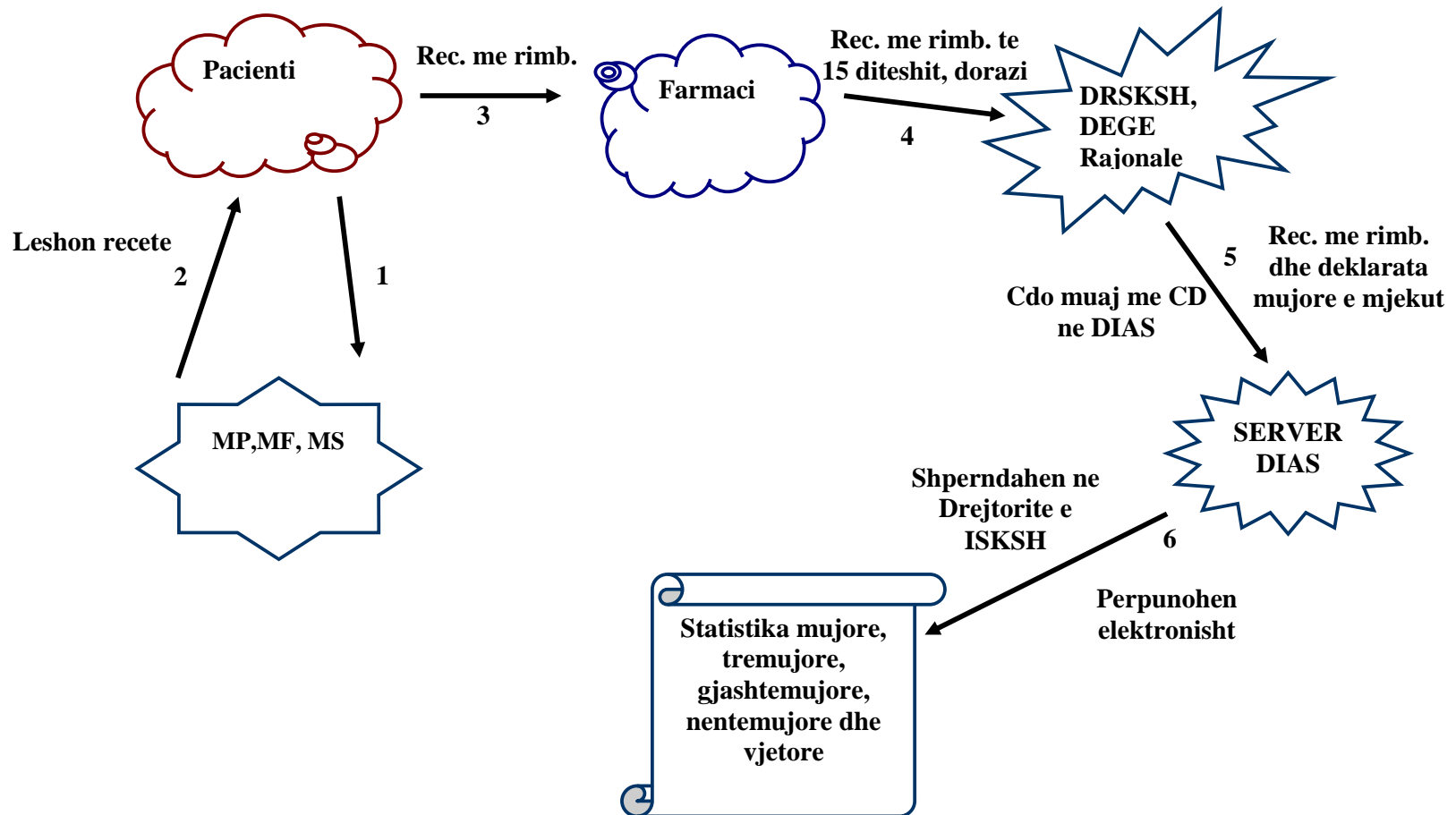




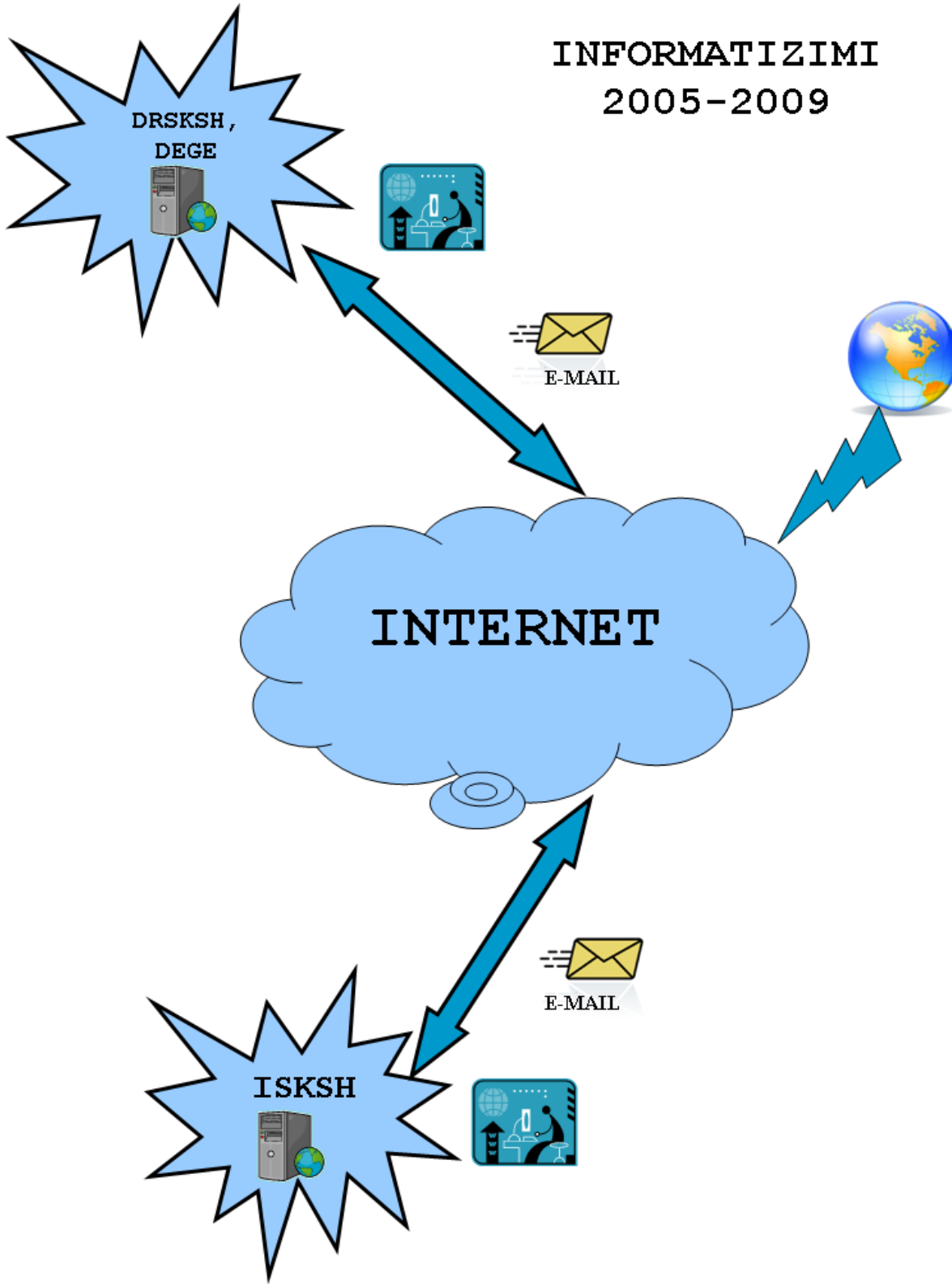
## INFORMATIZIMI I ISKSH-se



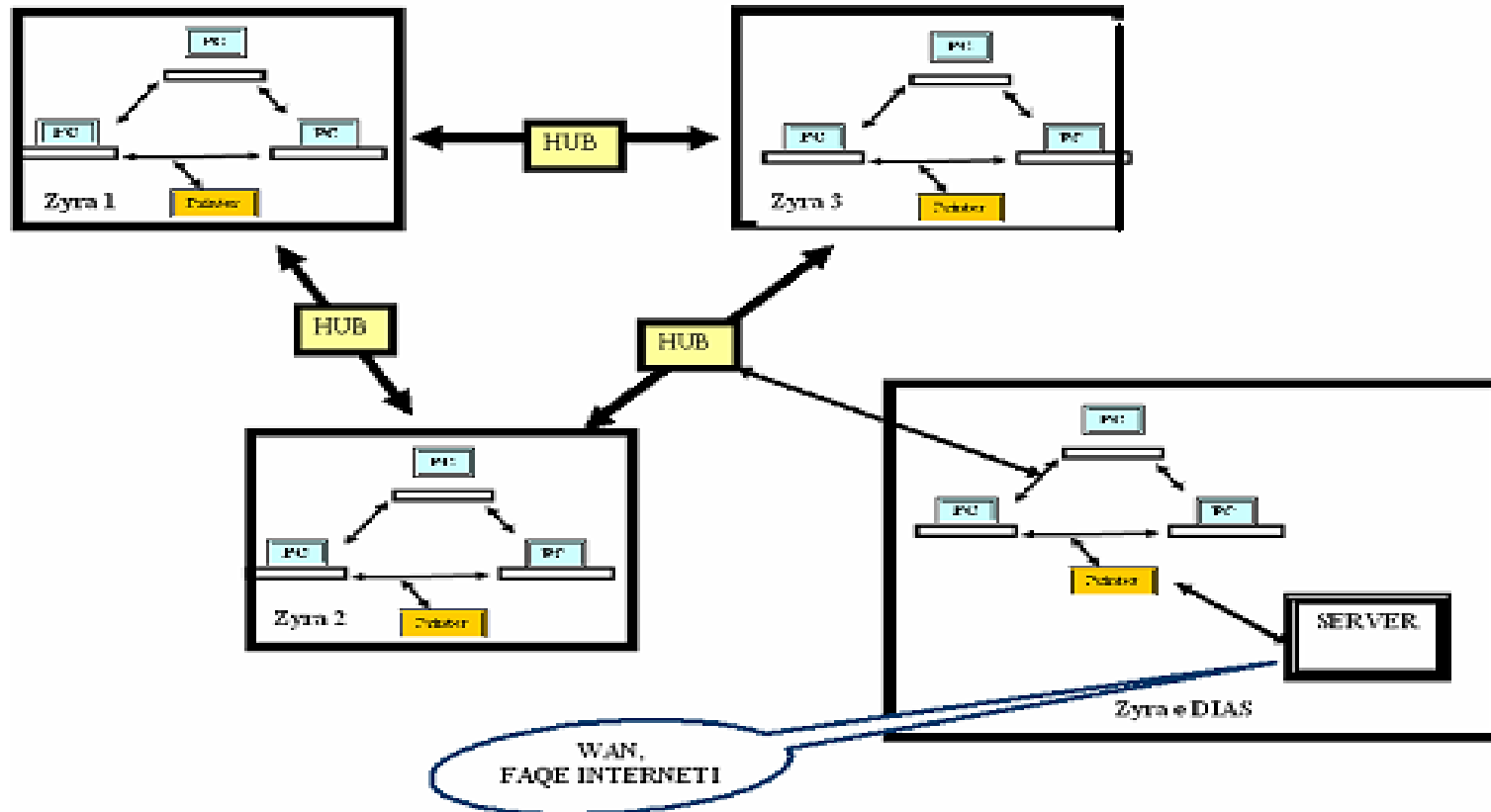
## SKEMA E QARKULLIMIT TE INFORMACIONIT



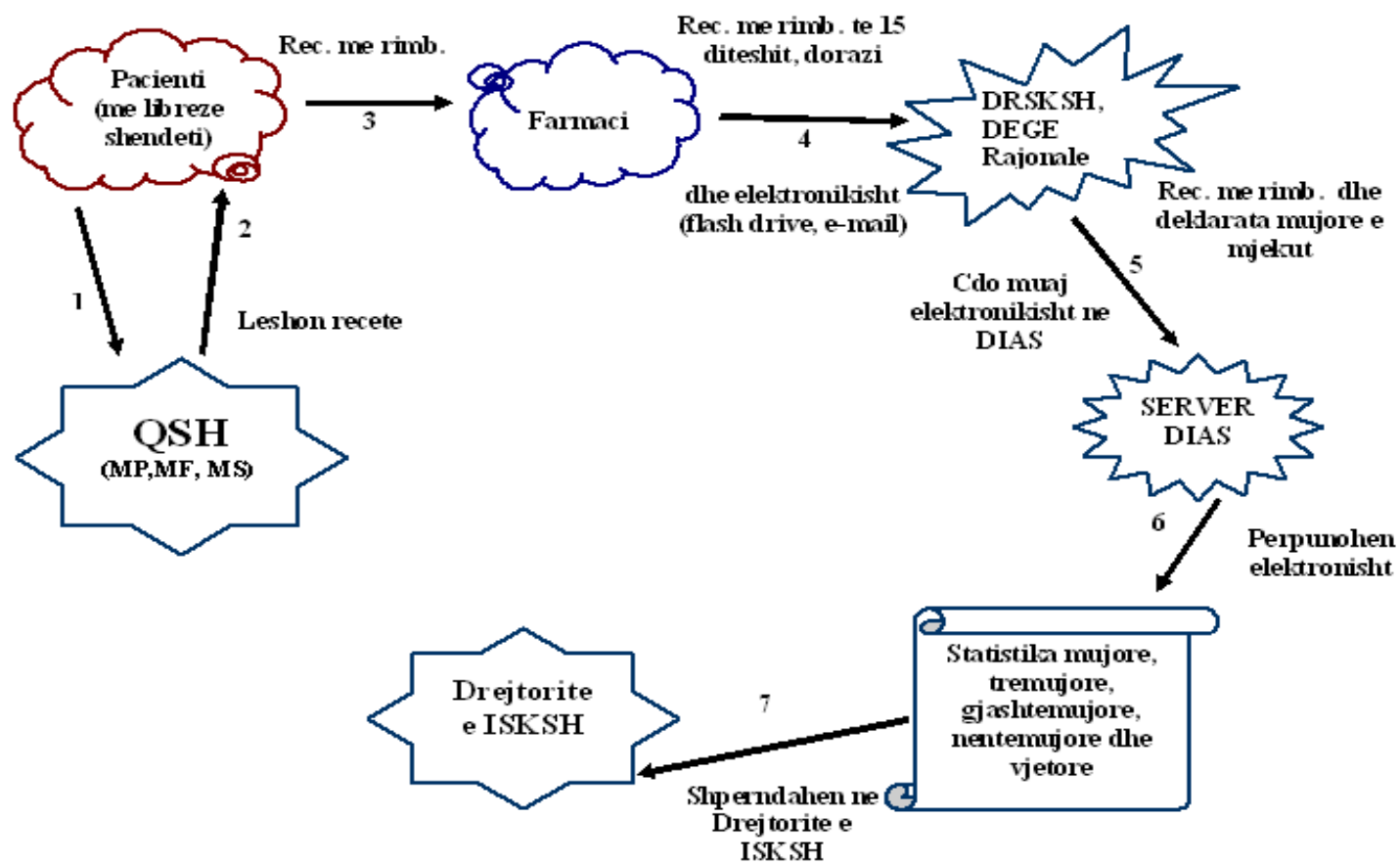
Evolucioni në mënyrën e qarkullimit të informacionit në periudhën 2005 – 2009, paraqitet sipas skematizimit të mëposhtëm:



### INFORMATIZIMI I ISKSH-se



## SKEMA E QARKULLIMIT TE INFORMACIONIT



Përqëndrimi në informatizimin dhe kontrollin në ato vite ishte përpjekje për mënyra më të përshtatshme të përmirësimit të performancës së sigurimit shëndetësor. Tërësia e ndryshimeve, e performancës së ISKSH nuk solli rezultatet e pritshme. Shkaqet ishin të ndryshme, ndër to përmendim mbështetjen krejtësisht në anën formale dhe jo mbi realitetin, mbi praktikën; mangësitë e profesionalizmit; mangësitë e marrdhënieve ndërinstucionale dhe sidomos ndërhyrjet e gabuara jo të ISKSH, por të institucioneve të tjera në skemën e sigurimit shëndetësor, të cilat kanë qenë më kryesoret. Rritja e madhe e numrit të personelit, nuk justifikohet nga ndryshimet e vogla të rritjes së mbulimit dhe të shërbimeve, sikurse ishte shtrirja e sigurimit të kujdesit shëndetësor edhe në ekzaminimet unike terciare.

ISKSH në 2004, kishte 334 punonjës në Drejtoritë Rajonale dhe 98 në Drejtorinë e Përgjithshme, gjithsej 432 punonjës. Nga viti 1995 deri në 2005 pati një rritje të numrit të punonjësve të punonjësve si në tabelën e mëposhtme.

#### ISKSH Numri i punonjesve 1995 – 2005

VITET -----	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>STRUKTURAT</b>											
Drejtoria Përgjithshme	31	31	32	49	49	56	55	71	80	94	102
Drejtoria Tirane	10	16	23	33	34	42	44	44	59	56	69
Drejtoritë e tjera	119	115	211	239	244	253	252	262	262	282	276
<b>Totali</b>	<b>160</b>	<b>162</b>	<b>266</b>	<b>321</b>	<b>337</b>	<b>351</b>	<b>351</b>	<b>377</b>	<b>401</b>	<b>432</b>	<b>447</b>

#### ISKSH Numri i punonjesve 2006 – 2009

VITET -----	2006	2007	2008	2009
<b>STRUKTURAT</b>				
ISKSH	95	113	119	119
DRSKSH Tirane	69	73	82	82
DRSKSH te tjera	273	276	298	298
DSSH	6	8	11	11
<b>Totali</b>	<b>443</b>	<b>470</b>	<b>510</b>	<b>510</b>

Rritja e numrit të punonjësve nga 1995 në 1996 ishte vetëm 2 punonjës, në 1997 numri i personelit u rrit me 102 punonjës. Kjo shtesë e madhe u bë për shkak të trazirave të 1997 që imponuan marrjen e rojeve të nevojshëm për ruajtjen e objekteve ku ishin strukturat e DSKSH të 36 rretheve, si dhe filloi të ndihej trysnia e ndërhyrjeve jo të drejta. Rritjet më të ndjeshme të personelit i përkasin 2002, 2003 dhe 2004. DRSKSH Tirane në 2004 kishte 56 punonjës, në 2004 ngarkesa e kësaj drejtorie u pakësua, sepse përgjegjësitë për ekzaminimet unike terciare dhe konsultat e komisioneve të specializuara të disa sëmundjeve që trajtoheshin me barna shumë të shtrenjta i kaluan DSKSH pranë QSUT, degë e cila nuk varej nga Drejtoria Rajonale, por direkt nga Drejtoria e Përgjithshme e ISKSH. Ulja e ngarkesës në vënd të shfrytëzohet për të përmbushur përgjegjësinë e kësaj drejtorie për shpërndarjen e librezave të shëndetit, numri i punonjësve në DRSKSH Tiranë u shtua me 13 punonjës, kështu e filloi vitin 2005. Është për të ardhur keq që ajo drejtori (dhe jo vetëm ajo) e mbështeste veprimtarinë jo në profesionalizmin, në efikasitetin, cilësinë, produktivitetin, por në suportet partiake, dukuri kjo që nuk ka qenë e pranishme në ISKSH.

Për këtë periudhë është e rëndësishme të rendisim disa **momente të veçanta** si :

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

Foto me poshte te kete shenimin: Seminar i organizuar ne MSH, 2004





Ketu te vendoset foto e librit te 10 vjetorit te ISKSH fq. 75: Ne seminarin e organizuar ne Vlore per Librezen e Shendetit, 2004.

#### **2004 - 2005 - Gjendja:**

Në shërbimin parësor paraqitej me mangësi të mëdha, pasoja të statusit të qendrave shëndetësore dhe të financimit të fragmentuar. Qendrat shëndetësore (QSh) keqmenaxhoheshin për shkak të drejtimit të centralizuar, ato nuk kishin qoftë dhe një pavarësi sado të limituar, nuk ishin qendrat shëndetësore që planifikonin dhe prokuronin çfarë kishin nevojë, varësia e dyfishtë e tyre krijonte “çoroditje”, ndërsa mungesa e standarteve, mungesa e treguesve vlerësues të produktivitetit dhe cilësisë së shërbimeve krijojnë mungesë të shërbimeve dhe çënonin cilësinë e tyre.

Financimi i fragmentuar pjesërisht nga sistemi shtetëror buxhetor dhe pjesërisht shtetëror jo buxhetor (në parësor vetëm MP/F mbulohej nga sigurimi shëndetësor) krijonte mungesa financiare për shkak të shpërndarjes së përgjegjësisë, pengonte politikën nxitëse, motivuese për punonjësit e qendrave dhe reflektonte negativisht në rritjen e produktivitetit dhe cilësisë së shërbimeve.

Shërbimi spitalor në këtë periudhë mbarte nga viti në vit jo vetëm mangësitë që përmendëm në shërbimin parësor, por gjendja paraqitej më e errët. Spitalet si institucione shtetërore buxhetore përdorëshin nga një pjesë e dhënësve të shërbimeve për përfitime të kundraligjshme private, për rrjedhojë kishte mungesë shërbimesh, shërbime të cunguara, mos zbatim të legjislacionit, korrupsion, moszbatim të sistemit të referimit, mungesë dhe keqshpërndarje të personelit mjekësor. Në spitale kishte stoqe, keqruajtje dhe keqpërdorim të barnave, kishte mungesa aparaturash mjekësore dhe keqpërdorim të tyre. Statusi i spitaleve, financimi i papërshtatshëm nga buxheti shtetëror, prokurimet nga Ministria e Shëndetësisë, mungesa e standarteve, e protokolleve të mjekimit, moszbatim i atyre protokolleve që ekzistojnë, mungesa e treguesve të cilësisë dhe të performancës së shërbimeve, ishin faktorë të rëndësishëm të dukurive negative që paraqiste shërbimi spitalor.

Mangësitë e kësaj periudhe në zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor, sidomos ato të lidhura me momentet e veçanta të përmendura më sipër, ishin kryesisht (për të mos thënë tërësisht) produkt i vendimeve politike të gabuara, të tilla si rimbursimi 100 % i barnave për pensionistët pa mbështetjen e duhur financiare. Ishin politikat e gabuara në skemën e sigurimit shëndetësor, e cila kushtëzohej nga mundësitë financiare kundrejt gjendjes reale të sistemit shëndetësor që sollën gjendjen e rëndë dhe e çuan ISKSH në fund të 2004 dhe në 2005 përpara kolapsit, me borxhin që arriti në më shumë se 10.000.000 USD. Kjo gjendje diktoi domosdoshmërinë e reformimit të sistemit shëndetësor.

#### **Vitet në vazhdim 2006, 2007, 2008, 2009 janë vitet e ndryshimeve të mëdha.**

Në shërbimin parësor, **VKM nr. 857, dt. 20.12.2006** “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kudesit shëndetësor”, përcaktoi financimin nga skema e detyrueshme e sigurimit shëndetësor të shërbimeve të standartizuara me listën e miratuar të këtij vendimi, standartizimin e paisjeve mjekësore, paisjen me mikrolaboratorë, me barna të përdorimit të ndihmës së shpejtë. Vendimi përcaktoi organizimin e kujdesit shëndetësor parësor në bazë qendrash shëndetësore (QSh), të cilat kishin statusin e personit juridik, publik, jo buxhetor, jo fitimprurës, me buxhet të pavarur, me numër llogarie të veçantë, me pavarësi të limituar. Ato e ushtronin veprimtarinë e tyre në bazë të legjislacionit në fuqi, statutit të QSh, Rregullores së Përgjithshme të kontraktimit, kontratës së Qendrës Shëndetësore me ISKSH, kontratës individuale të punonjësve me drejtorin e QSh. Me këtë VKM, për Qendrën Shëndetësore u krijua një mënyrë e re menaxhimi, që i mundësonte vetë planifikimin, prokurimin e mallrave dhe

shërbimeve mbështetëse të nevojshme. Financimit të QSh nga sigurimi shëndetësor i shtohen dhe të ardhurat nga veprimtaria e QSh, si dhe donacionet, të cilat i përdor tërësisht për vete. Shpenzimet për investimet dhe standartet e shërbimit janë përgjegjësi e Ministrisë së Shëndetësisë. Vendimi përjashtonte nga kontraktimi me ISKSH shërbimet e ofruara nga qendrat komunitare të shëndetit mendor, shërbimet dentare publike, shërbimet e higjenes dhe epidemiologjisë, shërbimet e ofruara nga strukturat për edukimin dhe promocionin shëndetësor, shërbimet e ofruara nga mjekët e shkollave, kopshteve dhe çerdheve.

Në shërbimin spitalor, **VKM nr. 1661, dt. 29.12.2008** “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, përcaktoi financimin nga sigurimi shëndetësor të spitaleve publike, duke përjashtuar Spitalin psikiatrik Vlorë, Spitalin psikiatrik Elbasan, shërbimet e shëndetit mendor në rrethe, shërbimin psikiatrik në Shkodër, Qendrën Kombëtare të riaftësisimit, mirërritjes dhe zhvillimit të fëmijëve, Shërbimi Kombëtar i Transfuzionit, Ofiçina Elektro Mjekësore, Njësia e transportit me helikopter.

Vendimi miratoi listat e shërbimeve spitalore në nivel QSUT, ku përfshihet dhe shërbimi psikiatrik, në nivel qarku e nivel bashkie (rrethi), shërbimi i urgjencës në të tre nivelet dhe për spitalet ditore caktoi shërbimin e ndihmës së parë mjekësore për kurim 24 orësh.

Vendimi përcaktoi gjithashtu buxhetin e detajuar dhe pjesën e pashpenzuar të buxhetit të vitit në vazhdim që spitali e mban për ta përdorur në vitin pasardhës. VKM përcaktoi të drejtën e spitalit për rishpërndarjen e buxhetit, kundrejt kufizimit të rishpërndarjes nga “Shpenzime për mallra dhe shërbime” tek “Pagat” deri në 2% dhe të rishpërndarjes nga “Pagat” tek “Shpenzimet për mallra dhe shërbime” deri në 5%. Rishpërndarja autorizohet nga ISKSH. Spitalit i njihet e drejta e përdorimit tërësisht prej tij të donacioneve dhe të ardhurave të realizuara nga veprimtaria e vet.

Me këtë VKM spitalet morën një status të ri, të personit juridik, me buxhet të pavarur, autoritet kontraktor, përgjegjës i planifikimeve dhe i prokurimeve publike të veta. Vendimi përcaktoi se spitali organizohet, administrohet dhe ushtron veprimtarinë në bazë të Ligjit nr. 9106 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, dt. 17.7.2003, të Rregullores së funksionimit dhe të legjislacionit në fuqi. Vendimi përcaktoi gjithashtu se në kontratën e spitaleve me ISKSH duhet të përfshihen shërbimet që ofron çdo spital, mënyrat e mbajtjes dhe raportimit të të dhënave, mënyrat e pagesës dhe të përlllogaritjes së shpenzimeve, të ushtrimit të kontrollit nga ISKSH, të identifikimit të të siguruarve, kërkesat për zbatimin e sistemit të referimit dhe mënyrat e zgjidhjeve të mosmarrëveshjeve. Vendimi caktoi se standartizimet, shpenzimet për investime kapitale, kontrolli për pjesën e buxhetit që financon, si dhe sistemi i referimit, janë përgjegjësi e Ministrisë së Shëndetësisë, ndërsa tarifat e spitalit, mënyrat e pagesave dhe shpërblimeve të punës propozohen nga Ministria e Shëndetësisë dhe miratohen nga Këshilli i Ministrave. Ky vendim, jo vetëm saktësoi përgjegjësitë institucionale, por dhe afatet kohore të realizimit. Kështu:

- ISKSH duhet të përfundonte lidhjen e kontratave me çdo spital deri në dt. 30.3.2009 (për 3 muaj).
- Drejtori i spitalit, deri në 31.3.2009, duhet të lidhte kontratat e punës me të gjithë punonjësit (3 muaj).
- Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me organet e qeverisjes vendore duhet të organizonte ngritjen e këshillave administrative të autoriteteve spitalore të qarqeve brenda 6 muajve.
- Standartet e spitaleve dhe treguesit e cilësisë e të performancës duhet të miratoheshin nga Ministria e Shëndetësisë brenda datës 31.7.2009 (7muaj).
- Ministria e Shëndetësisë duhet të përcaktonte protokollet e diagnozave dhe të trajtimit për çdo shërbim, deri në datën 31.12.2009 (për 12 muaj).
- Spitalet duhet të llogarisnin koston e çdo shërbimi në përputhje me standartet e caktuara nga Ministria e Shëndetësisë, brenda 18 muajve nga hyrja në fuqi e këtij vendimi.

Paraqitja e ecurisë së zhvillimeve në vitet 2005 - 2009 është ndarë në tre faza.

\* Së pari, duhej dalë nga kolapsi, të shlyeshin borxhet prej 10 milion dollarësh, të shlyeshin detyrimet ndaj partnerëve farmacistë, të cilët prej disa muajsh nuk merrnin paratë për barnat e tregtuara sipas recetave të rimbursueshme të ekzekutuara, të bëhej indeksimi i pagave të MP/F dhe të sigurohej vazhdimësia e punës së ISKSH .

\* Së dyti, të realizohej shtrirja e skemës në tërë shërbimin shëndetësor parësor, pra të zbatohej Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 857, dt.20.12.2006 “Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor”.

\* Së treti, të realizohej shtrirja e skemës dhe në shërbimin spitalor, duke mbuluar kështu shërbimet shëndetësore kryesore dhe më të rëndësishme, pra të zbatohej VKM nr.1661, dt. 29.12.2008 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor”.

Kryesisht fundi i 2005 dhe 2006 i përkasin fazës së parë të daljes nga kolapsi, shlyerjeve të borxheve, sigurimit të vazhdimësisë, identifikimit të mangësive dhe zgjidhjeve të mundshme. Mbështetja financiare e Qeverisë, bashkëpunimi dhe mbështetja e partnerëve, mirëkuptimi i grupeve të interesit, masat e fuqishme të marra nga ISKSH, politika e çmimeve, përmirësimi i listës së barnave të rimbursueshme, ishin faktorët që ISKSH përballoi me sukses në situatën e krijuar. Drejtimi i ri u mbështet në solidaritetin, në mundësitë reale, në bashkëpunimin dhe trasparencën. Në takimet e hapura me pjesëmarrjen e medias, të përfaqësuesve të partnerëve farmacistë, të Shoqatës së Farmacistëve, Shoqatës së Mjekëve të Përgjithshëm dhe Familjes, Shoqatës së Pacientëve, të Invalidëve të Punës, të Invalidëve të Luftës kundër pushtuesve nazifashist, të pensionistëve, të Shoqatës së Talasemikëve, të Veteranëve të Luftës etj, u diskutua gjerësisht duke parashtruar gjendjen në tërë vërtetësinë e saj. Kundrejt argumentimit të kërkesave dhe mundësive u arrit me mirëkuptim në disa zgjidhje alternative reale, ndër to ishin ulja e marzheve të tregtimit të barnave me shumicë nga 18% në 12%, në tregtimin me pakicë nga 33% në 29%, për barnat e shtrenjta, u aplikuan marzhe të diferencuara në tre nivele 8% deri në 15%, 10% deri në 20% dhe 22% deri në 24%, sipas vlerave mesatare të recetave me këto barna. Kështu, u vazhdua me forcimin e disiplinimit financiar, me përmirësimin e listës së barnave të rimbursueshme dhe të kontratave.

I përkasin fazës së dytë masat që u morën në zbatim të VKM nr.857, dt.20.12.2006, të cilat ndryshuan situatën e vështirë në të cilën ndodhej shërbimi shëndetësor parësor dhe i dhanë një hop zhvillimit të tij. Shkurt, po përmendim se nga 2006 në 2008 janë vizituar apo ndihmuar nga MP/F 280.000 persona më tepër, pra një rritje 77%, numri i vizitave u rrit 72% në qytete dhe 37% në fshatra, pagat e mjekëve mesatarisht u rritën 76,5%, ndërsa pagat për infermierët thuajse u dyfishuan (ato u rritën me 96,7%).

Në 2009 u shpërndanë 300.000 librezat të reja shëndeti. QSh zhvilluan aktivitetin e tyre me statusin e autonomisë dhe me buxhetin e pavarur, vetëplanifikuan dhe prokuruan mallrat dhe shërbimet për të cilat kishin nevojë, çka jo vetëm nuk krijoi mungesa, mallra stoqe dhe të pavlefshëm, por plotësoi në kohë dhe për gjatë gjithë vitit kërkesat për barna, materiale mjekimi, reagentë të analizave deri kërkesat për drita, ujë etj. Në 2008, kundrejt një viti më parë, për plotësimin e nevojave të qendrave shëndetësore, pati një rritje të shpenzimeve për mallra-shërbime me 31,5%. Në QSh u zbatua një mënyrë e re financimi nxitëse, për pagën bazë 85%, për vizita 10% dhe për bonus 5%. Pati shpërblime deri në dy paga mujore, përfshi dhe infermierët (jo si më parë që infermierët u shpërblyen vetëm me 10.000 L), si dhe u rritën të ardhurat dytësore.

Më rëndësishmja ishte se QSh përmirësuan shërbimet dhe mjaft QSh shtuan numrin e shërbimeve (shërbime laboratorike si: përcaktimi i grupeve të gjakut, provat reumatizmale, gjak okult, titri i antistreptolizinave etj). Mjaft QSh, të mirëadministruara nga drejtuesit e tyre, u bënë model në sigurimin paisjeve sipas listave standart, në sigurimin e pandërprerë me ujë, energji elektrike 24 orë

mbi 24 orë, u siguruan gjeneratorë, madje disa prej tyre u paisën edhe me EKO jo vetëm në qytet, por dhe në zonat rurale.

Në vazhdim, përfshi edhe 2009, në QSH u lehtësuan dhe u shpejtuan shërbimet. Kështu, Udhëzimi i ISKSH nr. 8, dt.28.3.2009 lejoi dhënien me miratim të DRSKSH të barnave me recetë të rimbursuar për më shumë se një muaj, të cilat më parë jepeshin vetëm me miratim të ISKSH, duke shmangur vështirësitë e mëparshme dhe duke rritur aksesin për të sëmurët që kishin nevojë. Udhëzimi i mësipërm për barnat me ambalazhim që nuk mundësonin përdorimin mujor pa çënuar ambalazhimin e vogël dhe krijonin vështirësi, pasiguri, e mungesë për të sëmurët dhe farmacistët, lejoi përdorimin e barnave për më shumë se një muaj për aq sa mundësonte ambalazhimi i vogël.

U lehtësua gjithashtu vizita, ndjekja e zhvillimit, vaksinimi i fëmijëve me aktin ISKSH nr. 951/1, dt.16.4.2009, u lehtësua përdorimi i Metforminës me aktin e ISKSH nr. 932, dt. 9.4.2009 etj. QSH u paisën me kompjutera, me mikrolaborator, u ndërtuan 110 QSH të reja dhe u rikonstruktuan 180 të tjera.

U përmirësua lista e barnave të rimbursueshme me shtimin e barnave për sëmundje dhe stadi deri atëherë me trajtim të pamundur. Lista u përshtat me futjen e barnave të disponueshëm në tregun farmaceutik dhe u hoqën barnat e pa disponueshëm në treg si dhe barnat që mjekësia bashkëkohore nuk i përdorte. Lista e barnave 2009 nuk kishte mangësitë e listës 2005 dhe përfshinte barna më cilësore dhe në numër më të madh, përkatësisht 405 barna me 253 principe aktive, kundrejt 402 barnave me 238 principe aktive. Ndër barnat e shtuara ishin ato të trajtimit të dermatiteve atipike tek fëmijët, vazodilatatorë periferikë, si dhe barna të kushtushëm, por dhe shumë të nevojshëm, të domosdoshëm për jetën, si ato për trajtimin e Leucemisë Myelloide Kronike dhe kundër infeksioneve CMV në transplantet renale. Si shembuj se çfarë përfaqësonin këto ndryshime, përmendim dy barna të përfshira për herë të parë në listë:

- ❖ Për mjekimin e Leucemisë Myelloide Kronike me Glivec (Imatinib mesylat) tab 100 mg, për 1 muaj 120 tab = 317,000 Lek.
- ❖ Për mjekimin e infeksioneve CMV në personat me transplant renal me Valganciclovir 450 mg, për 1 muaj 60 tableta = 190,000 Lek.

Në shërbimin spitalor, për mangësitë e përmendura më sipër, gjendja paraqitej mjaft më komplekse dhe më e vështirë për tu ndryshuar. Edhe pse në 2006, 2007 pati përparësi reformimi i parësorit, u punua gjithashtu për identifikimin e mangësive dhe zgjidhjeve të mundshme të shërbimit spitalor. Në 2008 u morën një sërë raportesh operative të periudhës 1.01.2008 deri në 30.09.2008, tregues të efektivitetit spitalor, të ditë qëndrimit, të shfrytëzimit të shtratit, të xhiros së shtratit, të ditë qëndrimit mesatar, tregues për numrin e shtretërve, të numrit të operacioneve të kryera, të numrit të lindjeve, numrit të personelit shëndetësor dhe jo shëndetësor, të aparaturave, furnizimit me barna, të ndriçimit, ngrohjes, ambjentit, të arsimimit të personelit, të pagave, të ardhurave dytësore dhe të përdorimit të tyre, të borxheve (faturat e pa paguara), paisjen me kompjutera, të gjendjes së investimeve dhe të tjerë tregues që dhanë një tablllo reale të gjendjes dhe mundësive të ndryshimit. Ishte kjo gjendje e cila kërkonte reformim për një status të ri të spitaleve, që tu jepte atyre pavarësi, një financim nga ISKSH kundrejt kontraktimit, mënyre të re të pagesave dhe shpërblimeve, sistem referimi të ndryshuar dhe të zbatueshëm, kontroll nga Ministria e Shëndetësisë dhe ISKSH, standarte, protokolle mjekimi, tregues të cilësisë dhe performancës etj. Këto u mundësuan me VKM nr. 1661, dt. 29.12.2008 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor”.

Sigurisht është shpejt për të nxjerrë përfundime të sakta, megjithatë është ndjerë se gjendja po ndryshon, po pakësohen rastet e mungesës së barnave, ka filluar të zbatohet në mënyrë më të organizuar dhe të disiplinuar sistemi i referimit, po plotësohen në kohë nevojat e spitaleve për shërbime dhe mallra, janë dënuar administrativisht ose penalisht disa raste për korrupsion etj. Gjithsesi, buxheti i pavarur, mundësia e rishpërndarjes, të ardhurat dytësore të përdorshme tërësisht nga vetë spitali, përgjegjësia direkte për planifikimin dhe sigurimin e barnave, prokurimet publike

nga vetë spitali, prokurimet elektronike që sigurojnë transparencën, zbatimi i sistemit të referimit, forcimi i kontrollit dhe mundësia e menaxhimit me një status të ri të spitaleve do të mundësojnë realizimin e detyrimeve të përcaktuara në kontratë, do të sjellin reduktimin e ndjeshëm të mangësive të identifikuar dhe përmirësimin e shërbimeve spitalore.

### **ISKSH në qendër të reformave - Përse !**

Sepse është institucion me vizion të qartë, i financimit racional, i strukturuar dhe ristrukturuar si institucion financiar në kuptimin e gjerë të fjalës, me veprimtari mirë të përcaktuar, i aftë të vendosë ekulibrin ndërmjet kërkesës dhe mundësisë.

- Sepse në themel të organizimit dhe funksionimit u vendosën dhe qëndrojnë konceptimet e realitetit, të decentralizimit, partneritetit, kontraktimit, të ekonomisë së tregut, të “shit-blerjes”, të pavarësisë së limituar etj, që i japin mundësinë institucionit të përmbushë misionin që reforma kërkon.
- ISKSH është institucion që përfaqëson të renë. Konkretizoi zbatimin e koncepteve të reja me shembullin kur ISKSH ndodhej përpara “falimentimit” me 10 milion USD borxh. Që në fillimin e drejtimit të ri, në të parin takim të gjerë me grupet e interesit u arrit mirëkuptimi në rrugëzgjdhjet alternative, kundrejt argumentimit të kërkesës dhe mundësisë, u arritën disa zgjidhje reale. Kështu u vazhdua me LBR, kontratat etj, në përmirësimet e skemës së sigurimit shëndetësor.
- ISKSH është institucion që i përkushton vëmendje të veçantë identifikimit, kontrollit, monitorimit, që zbaton disiplinimin financiar dhe për rrjedhojë disiplinimin profesional dhe disiplinimin administrativ, pa të cilët nuk mund të ketë sukses reforma.
- Sepse kërkesat e mësipërme të çojnë tek standartet e mbulimit shëndetësor, tek standartet e paisjeve mjekësore, të diagnostikimit dhe trajtimit mjekësor, tek sistemi i referimit, tek treguesit e identifikimit dhe vlerësimit të performancës dhe cilësisë.  
Dhe të gjitha këto të çojnë tek suksesi.

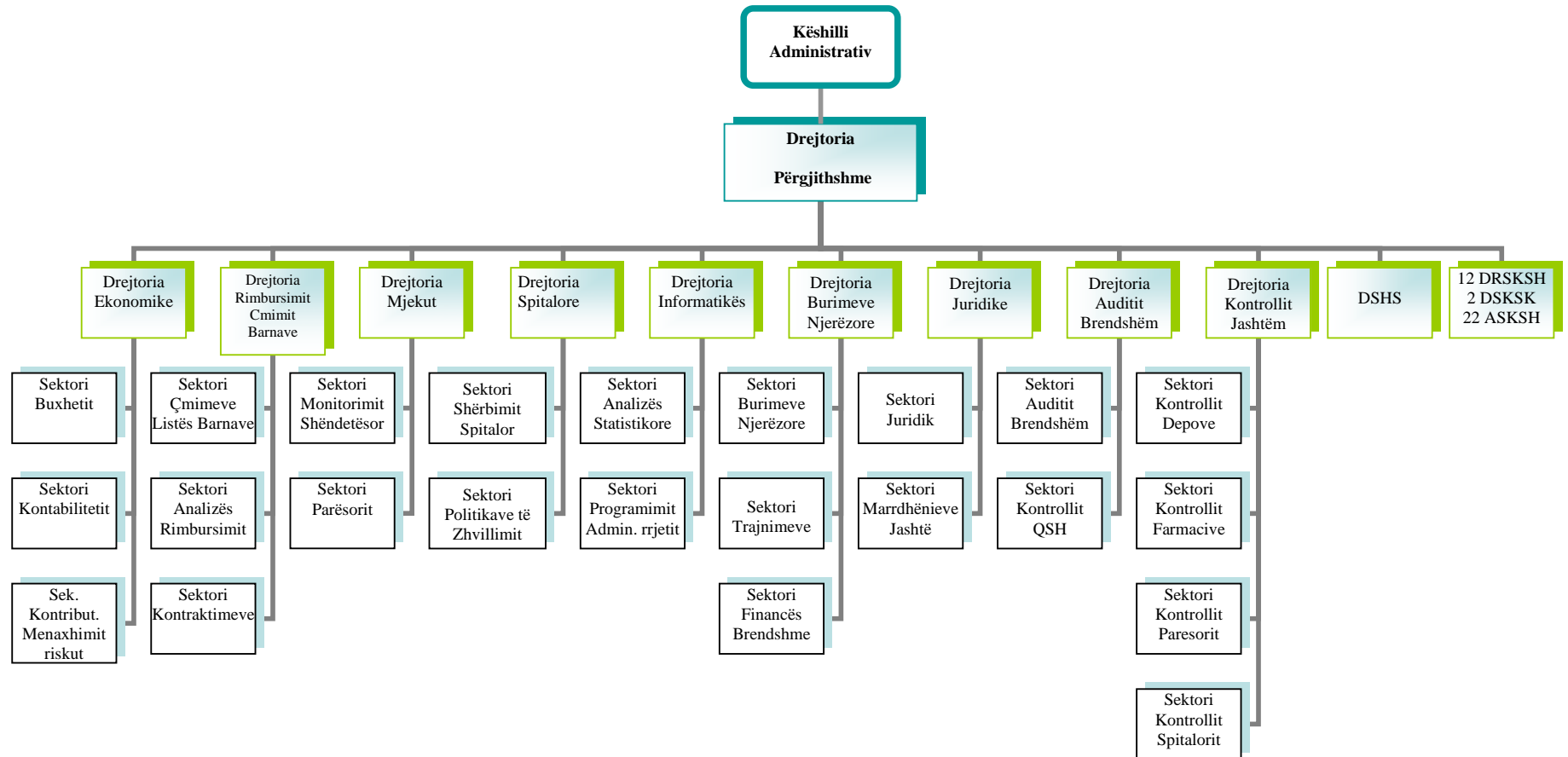
Tërësia e faktorëve të përmendur i ka munguar institucioneve dhënëse të shërbimeve shëndetësore, rrjedhojë kjo e trashëgimisë së të kaluarës, por dhe politikave dhe strategjisë së gabuar.

ISKSH, në këto katër vitet e fundit, ka ditur të përfitojë nga eksperiencia negative dhe pozitive, është drejtuar me mençuri, ka dhënë zgjidhje të suksesshme të rasteve të veçanta, të përmirësimit të LBR, të administrimit të rimbursimit dhe të situatave shumë të vështira.

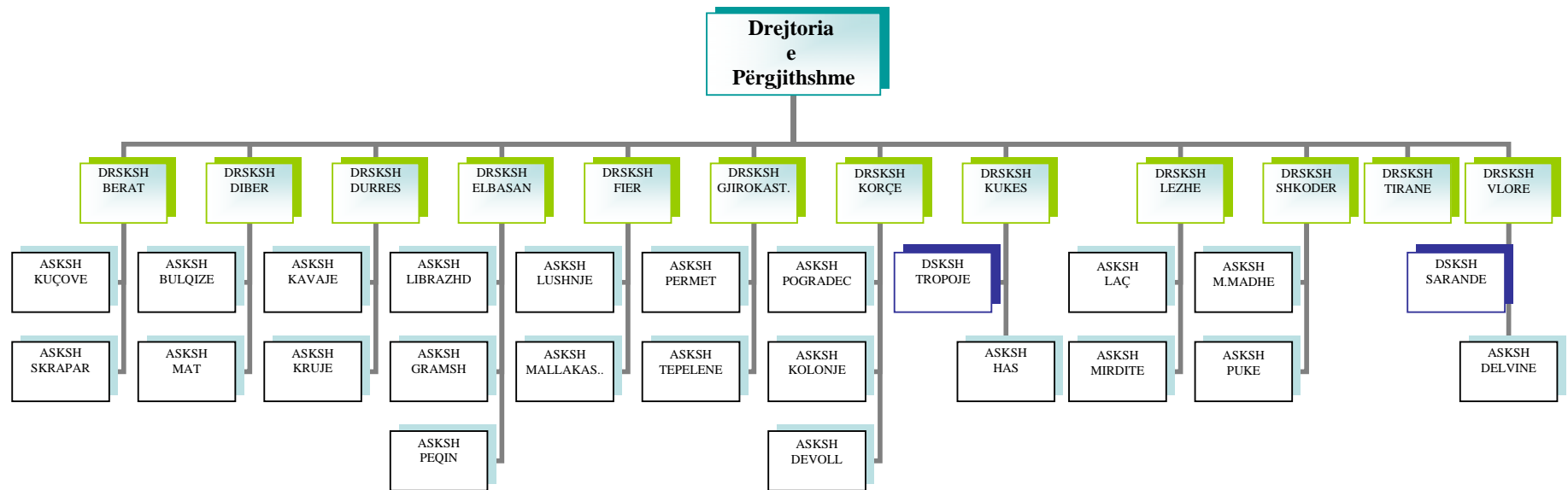
Për përgjegjësitë e reja me të cilat ngarkohej ISKSH, i duhej të ndryshonte strukturën e tij, të rriste numrin e personelit, të ndryshonte mënyrat e financimit të qendrave shëndetësore dhe spitaleve, të merrte disa masa administrative dhe të nxirrte udhëzimet përkatëse.

Në 2009 **struktura** e ISKSH paraqitej sipas skematizimit më poshte:

## STRUKTURA ISKSH 2009



## STRUKTURA VENDORE ISKSH 2009



### **Ligji nr. 7870, dt. 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”**

bëri në Shqipëri atë që vende të tjera e kishin bërë shume vite më parë “mbrojtjen e shtetasve në përballimin e fatkeqësisë sëmundje”, nëpërmjet një rregullimi të marrdhënieve midis të sëmureve, mjekëve dhe farmacistëve, kundrejt burimeve financiare të përcaktuara për sigurimin shëndetësor. Ligji është ndërtuar mbi parime të qëndrueshme të një shoqërie demokratike (të trajtuara në kreun Skema e Sigurimit Shëndetësor).

Pas përkufizimeve të termave të përdorur, është shprehur qartë se ky ligj rregullon financimin e kujdesit shëndetësor shtetëror, përcakton se financues janë sigurimet shëndetësore të detyrueshme, shteti, pagesat e drejtpërdrejta të shtetasve, sigurimet shëndetësore vullnetare suplementare (për mjekimet me kosto të larta, për përfitime të tjera shtesë që nuk mbulohen nga sigurimet e detyrueshme). Ligji përcaktoi se shteti financon masat shëndetësore parandaluese, shërbimin e specializuar, shërbimin infermierik, shërbimet ndihmëse, shërbimin spitalor, urgjencën dhe investimet, financon shërbimin e mjekut të përgjithshëm dhe rimbursimin e barnave. Ligji gjithashtu përcaktoi se subjektet përgjegjëse për kontributet e sigurimit shëndetësor janë personat ekonomikisht aktivë dhe persona të tjerë me të ardhura të rregullta nga pronësia, të cilët janë të detyruar të paguajnë kontributin. Shteti kontribuon për personat joaktivë si fëmijët, nxënësit, studentët me shkëputje nga puna, pensionistët, të paafët mendorë dhe fizikë, të papunët, personat që trajtohen me ndihmë ekonomike dhe asistencë sociale, nënat me leje lindje, shtetasit që kryejnë shërbimin ushtrak të detyruar etj. Ligji i jep te drejten Këshillit të Ministrave të specifikojë grupe të tjera shtetasish për të cilët duhet të kontribuojë shteti, po ashtu përcakton përlllogaritjen, mbledhjen e kontributeve dhe afatet e pagesës, regjistrimin, identifikimin e të siguruarve, të drejtën ankimore ndaj veprimeve të administratorëve të ISKSH, zgjidhjen e mosmarrëveshjeve, buxhetin, të ardhurat dhe shpenzimet për rimbursimin e barnave, për mjekun e përgjithshëm dhe familjes dhe shpenzimet administrative. Ligji përcaktoi mbulimin nga sigurimet shëndetësore të detyrueshme të shtetasve të Republikës së Shqipërisë me banim të përhershëm në Shqipëri, si dhe të huaj të punësuar e të siguruar në Shqipëri, përcaktoi se sigurimet shëndetësore të detyrueshme janë jofitimprurëse. Sigurimi shëndetësor organizohet e drejtohet nga ISKSH, me statusin e institucionit shtetëror jo buxhetor, të pavarur, që ushtron veprimtarinë e tij mbi bazën e një statuti, i cili përcakton organizimin dhe drejtimin nga Këshilli Administrativ i ISKSH, Drejtori i Përgjithshëm, me seline qëndrore dhe strukturat vendore.

Ligji përcaktoi gjithashtu përgjegjësite institucionale. Kuvendi i Republikës së Shqipërisë miraton buxhetin, konsumin për frymë për shërbimin shëndetësor, ndryshimet ligjore të sigurimit shëndetësor. VKM nxjerr aktet nënligjore për zbatimin e ligjit. KM miraton statutin e ISKSH, paraqet për miratim në Kuvend së bashku me buxhetin e shtetit dhe buxhetin e sigurimit shëndetësor, paraqet në kuvend konsumin për frymë, specifikon grupet e tjera të shtetasve për të cilët duhet të kontribuojë shteti, deklaron sindikatën, organizatën e bujqve, të punëdhënësve, të prodhuesve farmaceutikë më të mëdhenj për përfaqësimin në Këshillin Administrativ etj. Ministria e Shëndetësisë - Ministri është politikëbërësi shëndetësor, ka përgjegjësinë e paraqitjes së buxhetit të ISKSH në Këshillin e Ministrave, shqyrton propozimet e ISKSH për ndryshimet e ligjit, projektet e VKM, akte të tjera nënligjore për sigurimet shëndetësore, ka të drejtën të ulë masën fikse të kontributit për punonjësit e papaguar të kategorive të bujqve dhe të vetëpunësuarve, propozon listën e barnave të rimbursueshme etj. ISKSH bën mbulimin e shpenzimeve për rimbursimin e barnave, të shpenzimeve për mjekun e përgjithshëm, lidh kontratat me mjekët e përgjithshëm, farmacistët, cakton konsumin për frymë, cakton masën e mbulimit të çmimit të barnave të listës kryesore, propozon statutin së bashku me Ministrinë e Shëndetësisë, propozon projekt - ndryshimet e ligjit, projektet e VKM, nxjerr udhëzimet e procedurave të mbulimit etj. Instituti i Sigurimeve Shoqërore mbledh kontributet për sigurimin shëndetësor, bën regjistrimin e të siguruarve, paisjen me kartat e sigurimit, derdh në buxhetin e ISKSH fondet e mbledhura, vendos sanksionet për mos regjistrimin në ISSH dhe për vonesën në pagesën e kontributeve, si dhe paraqet në ISKSH raportin vjetor të aktivitetit të tij për sigurimin shëndetësor.



**Ligji nr. 7870, dt. 13.10.1994 pësoi ndryshime gjatë viteve në vazhdim:**

- **Ligji Nr. 8005, datë 4.10.1995** “Për një shtesë në Ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994 ‘Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë’ ”, vendosi për farmacitë dhe mjekët e përgjithshëm dhe të familjes gjobën në masën nga 1000 deri në 10 000 lekë për moszbatim të kontratës. Gjobat vendosen nga specialistët dhe drejtuesit e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe të degëve të varësisë së tij në rrethe. Ekzekutimi i tyre bëhet në përputhje me ligjin “Për kundërvajtjet administrative”.
- **Ligji nr. 8961, dt. 24.10.2002** “Për disa shtesa e ndryshime në Ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994 ‘Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë’ ”, bëri shtesa dhe ndryshime në Ligjin nr. 7870, datë 13.4.1994 të ndryshuar si më poshtë:  
Në përkufizimin "Rrjeti i hapur farmaceutik" përfshiu farmacitë dhe depot e barnave. Në mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve shtoi shërbimet e mjekut specialist, infermierët e shërbimit parësor për të gjithë të siguarit. Në Sigurimin vullnetar saktësoi se shtetasit mund të sigurohen vullnetarisht në skemat e sigurimeve vullnetare, kur për një kohë dhe shkaqe të arsyeshme nuk mund të sigurohen detyrimisht dhe se sigurimi vullnetar bëhet në kushtet e përcaktuara nga Rregullorja e Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. Sigurimet shëndetësore suplementare janë një skemë e sigurimit të detyrueshëm për të punësuarit, sipas përcaktimit të bërë nga Ligji nr. 8097, datë 21.3.1996 "Për pensionet shtetërore suplementare të personave që kryejnë funksione kushtetuese dhe të punonjësve të shtetit", masa e kontributit që paguajnë personat për tu siguruar bëhet në përputhje me nenin 5 të këtij ligji dhe është 1 për qind e shumës bruto të listëpagesave, ndërsa shërbimet shëndetësore suplementare që do të përfitojnë do të caktohen me ligj të veçantë. Ndryshoi sanksionet me përcaktimin se të gjithë të siguarit janë të detyruar të regjistrohen në ISSH për efekt të sigurimeve shëndetësore, se regjistrimi i të punësuarve bëhet nga punëdhënësi i tyre, se mosregjistrimi i të siguarve dhe vonesat në pagesën e kontributeve dënohen përkatësisht: për mosregjistrim me gjobë sa dyfishi i kontributit për të gjithë periudhën e mosregjistrimit, ndërsa për kontributet e derdhura jashtë afateve, përcaktoi masën e kamatëvonesës.  
Ky ligj përcaktoi gjithashtu se të punësuarit janë të detyruar të pranojnë kontrollin (verifikimin) nga specialistët e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor për shërbimet e përfituara nga sigurimi shëndetësor. Përcaktoi kundërvajtjet administrative, dëmshpërblimin, kohën e heqjes së të drejtës për përfitimin nga Sigurimet Shëndetësore, vendosjen e gjobës nga specialistët e sigurimit shëndetësor, masën dhe ekzekutimin e gjobës. Përcaktoi se rregullat e masës së shpërblimit vendosen nga Këshilli Administrativ i ISKSH-së. Gjithashtu përcaktoi se Lista e Barnave të Rimbursueshme hartohet (jo miratohet) nga një komision teknik i quajtur "Komisioni i Hartimit dhe Rishikimit të Listës së Barnave të Rimbursueshme" dhe nga "Komisioni i Çmimit të Barnave" të ngritur me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, caktoi pjesëmarrjen në këto komisione të përfaqësuesve të Shoqatës së Grosistëve Farmaceutikë. Shtoi në kompetencat e Këshillit Administrativ përcaktimin dhe miratimin e strukturës së punonjësve të ISKSH-së, si dhe pagat e tyre. Në përgjegjësitë e Institutit të Sigurimeve Shoqërore bëri ndryshimin për regjistrimin e të gjithë personave të siguar sipas skemës së sigurimit të detyrueshëm dhe vullnetar, pajisjen me kartën e sigurimit dhe me numrin e identitetit. Për administrimin bëri ndryshimin duke saktësuar se ISKSH-ja lidh kontratat me farmacitë, depot e barnave dhe me mjekët e familjes që plotësojnë kriteret e vendosura nga Këshilli Administrativ dhe që në kontratat duhet të parashikohen të drejtat dhe detyrimet reciproke të palëve.
- **Ligji nr. 9207, dt.15.3.2004** “Për disa shtesa dhe ndryshime në Ligjin nr. 7870, dt. 13.10.1994 ‘Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë’ ”, i ndryshuar vendosi mbulimin e shpenzimeve të ekzaminimeve unike terciare dhe konsultave mjekësore të miratuara nga Këshilli

i Ministrave. Përcaktoi për kontributet se në fondin e sigurimeve shëndetësore paguhet çdo muaj, jo më vonë se data 25 e muajit pasardhës, detyrimi nga punëdhënësi duke mbajtur nga paga kontributin për të punësuarin dhe duke e derdhur atë së bashku me kontributin e vet në organet tatimore ose në llogaritë e Institutit të Sigurimeve Shoqërore. Përcaktoi se Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve ose Instituti i Sigurimeve Shoqërore, sipas rastit, është përgjegjës për transferimin e kontributeve në Institutin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor. Përcaktoi se personat e vetëpunësuar paguajnë kontributet për veten dhe për punonjësit e papaguar të familjes dhe i derdhin në organin përkatës, sipas afateve të përcaktuara në Vendimin e Këshillit të Ministrave. Personi i detyruar për pagesën e kontributeve të sigurimeve shëndetësore dorëzon në organin përkatës përmbledhjen e kontributeve dhe deklaratën përkatëse të pagesës, në përputhje me kushtet dhe afatet e përcaktuara. Ky ligj bëri ndryshimin në regjistrimin e të gjithë personave të detyruar për të paguar kontribute për efekt të sigurimeve shëndetësore, te regjistruar në organet tatimore ose në Institutin e Sigurimeve Shoqërore, sipas rastit. Regjistrimi i të punësuarve bëhet nga punëdhënësi i tyre. Personi që ka detyrimin për të paguar kontributet pajis çdo punëmarrës ose punonjës të papaguar të familjes me numrin e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore dhe regjistron shumat e paguara për secilin gjatë periudhës në marrëdhënie pune, qofshin këto në të holla apo përfitime në natyrë. Ligji përcaktoi gjithashtu se nëse pagimi i kontributeve nga personat e detyruar nuk bëhet brenda afatit, mbahen interesat për pagesë të vonuar. Masa e interesit është ajo e përcaktuar në Ligjin nr. 8560, datë 22.12.1999 "Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë" me ndryshimet përkatëse.

Në sanksionet përcaktoi se kur shkeljet nuk përbëjnë vepër penale si kundravajtje administrative, gjobiten në masën e caktuar sipas rastit të kundravajtjes, të mosregjistrimit, dorëzimit me vonesë të deklaratës, mbajtjes së kontributeve, deklarimit të kontributeve më të ulëta. Tarifat e shërbimeve shëndetësore, masa e mbulimit nga sigurimet shëndetësore dhe procedurat për mbulimin e shpenzimeve përcaktohen me Vendim të Këshillit të Ministrave. Mbledhja e kontributeve të sigurimeve shëndetësore i kalon si funksion Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve në përputhje me fazat e përcaktuara me Vendim të Këshillit të Ministrave. Personat që kanë detyrimin për të paguar kontributet do të vazhdojnë të derdhin kontributet e sigurimeve shëndetësore bashkë me kontributet e sigurimeve shoqërore në Institutin e Sigurimeve Shoqërore deri në çastin që, me Vendim të Këshillit të Ministrave, mbledhja e kontributeve do të bëhet nga organet tatimore. Ky Ligj bëri ndryshimin në buxhetin e ISKSH-së për parashikimin e të ardhurave, shpenzimeve për barnat, për shërbimin nga mjeku i përgjithshëm dhe familjes, për të gjitha shërbimet e ekzaminimeve unike, terciare dhe konsultat mjekësore të miratuara nga Këshilli i Ministrave, si dhe për shpenzimet administrative. Ngarkoi ISSH të nxirrte udhëzimet përkatëse për procedurat e regjistrimit dhe të pagesës së kontributeve për subjektet që do të vazhdonin t'i derdhin kontributet në këtë institucion.

- **Ligjin nr. 9368, dt.7.4.2005** "Për një shtesë në Ligjin nr. 7870, datë 13.10.1994 'Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë' ", i ndryshuar, bëri një saktësim në mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore te neni katër i tij.
- **Ligjin nr. 10043, dt. 22.12.2008** "Për disa ndryshime dhe shtesa në Ligjin nr. 7870, dt.13.10.1994 'Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë' ", të ndryshuar, vendosi si përgjegjësi të Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore spitalore, të miratuara nga Këshilli i Ministrave, gjithashtu ngarkoi ISKSH me përgjegjësinë e lidhjes së kontratave me spitalet nëpërmjet drejtorive rajonale të sigurimit të kujdesit shëndetësor, si dhe ngarkoi ISKSH që në buxhet të parashikohen të ardhurat, shpenzimet për barnat, shpenzimet për shërbimin shëndetësor parësor, shpenzimet e përcaktuara nga Këshilli i Ministrave për shërbimet shëndetësore spitalore, si dhe shpenzimet administrative.

## SKEMA E SIGURIMIT SHËNDETËSOR

Skema e Sigurimit Shëndetësor (SSSH) në Shqipëri u ngrit me ligjin për sigurimet shëndetësore dhe është e tipit Bismark. Sigurimi Shëndetësor është i detyrueshëm për të gjithë shtetasit e Republikës së Shqipërisë dhe të huajt të punësuar në Shqipëri. Sigurimi Shëndetësor është i kushtëzuar me pagesën e kontributit. Në këtë skemë gjejmë hapësirën e tyre parime të rëndësishme të një shoqërie civile dhe shteti demokratik, si:

- Mbulim me shërbim shëndetësor për gjithë shtetasit e Republikës së Shqipërisë, duke njohur kështu të drejtën për mbrojtje, për kujdes shëndetësor të çdo individi si të drejtë themelore të njeriut.
- Mbulim me shërbim shëndetësor për gjithë të huajt që jetojnë dhe punojnë në Shqipëri, si shprehje e natyrës humane të kujdesit shëndetësor dhe të një shoqërie të hapur.
- Solidaritet për kujdesin shëndetësor, ndryshe përfitime të shërbimeve shëndetësore dhe të barnave të rimbursueshme për trajtime mjekësore, të pakushtëzuara nga masa e kontributit që ka derdhur i siguruari.
- Sigurim Shëndetësor për të gjithë personat që dëshirojnë të përfitojnë shërbimet shëndetësore nga institucionet shëndetësore shtetërore dhe private të kontraktuara me sigurimin shëndetësor.
- Mbrojtje të grupimeve të rrezikuara dhe në nevojë të popullatës si: mbrojtje të fëmijëve, të nënave, të moshuarve, të invalidëve, të verbërve, të jetimëve, të punëkërkesve të papunë etj.
- Zgjedhje të lirë të mjekut, si e drejtë e individit për të vendosur përkuajdesjen shëndetësore. Të sëmurët kanë të drejtën të zgjedhin mjekun që dëshirojnë dhe ta ndryshojnë atë, pa qenë të detyruar t'i japin motivimet mjekut apo tjetërkujt.
- Partneritet tri palësh, të kontribuesve, dhënësve të shërbimeve shëndetësore dhe sigurimit shëndetësor si një zgjidhje optimale. Sigurimi shëndetësor në përmbushjen e misionit të tij realizon bashkëpunimin me ofruesit e shërbimeve shëndetësore farmaceutike dhe të sëmurëve, nëpërmjet lidhjes së kontratave me institucionet shëndetësore (qendra shëndetësore e spitale), farmacitë e depot dhe me pajisjen e të siguruarve me Librezen e Shëndetit.
- **Barazia** si prioritet. Arsyet e pabarazive janë ekonomike, sociale, ambjentale, morale, biologjike, gjenetike, këtyre u shtohen ato individuale gjenetike, veset e drogës, duhanit dhe alkoolit. Në këta faktorë përfshihen familjet e varfëra, individët me arsim të kufizuar, të papunët, familjet me një prind apo vetëm me të moshuar, familjet apo individë që jetojnë në banesa të papershtatshme, në ambjente të ndotura, me mugesë uji ose me ujë të ndotur, individë që punojnë në sektorë të rrezikshëm etj. Është tërësia e këtyre faktorëve që krijojnë pabarazinë edhe në kujdesin shëndetësor. Barazia në skemën e sigurimit shëndetësor është e shprehur në gjithëpërfshirjen e sigurimit shëndetësor, në solidaritetin, në mbrojtje të grupimeve në risk, në kujdesin shëndetësor të garantuar nga ligji, pa diskriminime race, feje, seksi apo sëmundje.

SSKSH kërkon jo vetëm ngritjen e strukturës të kushtëzuar nga ligji dhe sistemi shëndetësor, por dhe krijimin e një infrastrukture të përshtatshme për zbatimin e skemës. Pjesë të rëndësishme të kësaj infrastrukture u bënë:

**Lista e Barnave të Rimbursueshme**, e ngritur mbi parimin e barnave kryesore të rimbursueshme, si element shumë i rëndësishëm i skemës.

**Libreza e Shëndetit**, si dokumenti personal i identifikimit të statusit të siguruarit në përfitimin e shërbimeve shëndetësore.

**Kontratat** me mjekët, me farmacistët, kontratat me qendrat shëndetësore, me spitalet e të gjitha niveleve, me farmacitë e rrjetit të hapur dhe me depot farmaceutike, me shërbimet shëndetësore të veçanta si zgjidhje më e mirë e marrdhënieve të punës për shërbimet shëndetësore në zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor.

**Receta e rimbursueshme** si kushtëzim për përfitimin e barnave të listës së rimbursueshme në farmacitë e kontraktuara.

**Dokumentacioni administrativ**, dokumentacioni i mjekëve (regjistrat themeltar, regjistrat e vizitave, të sëmundshmërisë kronike, kartelat, rekomandimet tip), gjithashtu protokollat e përdorimit të barnave, dokumentacioni i farmacistëve etj, janë pjesë e kësaj infrastrukture të nevojshme për identifikimet e përfituesve, dhënien e shërbimeve, financimin, kontrollin dhe tërësinë e infomacionit që mundëson zbatimin dhe ecurinë e skemës.

Skema ka ndryshuar, është zhvilluar me ndryshimin e ligjit për sigurimet shëndetësore. Ndryshimet e ligjit të sigurimeve shëndetësore shërbyen për mbështetjen ligjore të shtrirjes graduale të SSKSH. Ndryshimet e legjislacionit në tërësi në ecurinë e reformave të sistemit shëndetësor kanë synuar dhe synojnë përmirësimin e shërbimeve shëndetësore nëpërmjet skemës së sigurimit shëndetësor duke shfrytëzuar tërësinë e faktorëve strukturalë dhe infrastrukturale si :

- Shtrirjen graduale, të diferencuar dhe të kontrolluar në mbulimin e shërbimeve shëndetësore duke filluar nga mjekët e përgjithshëm, në shërbimet unike terciare, në shërbimet shëndetësore parësore dhe në shërbimet spitalore.
- Mbulimin gradual dhe të kontrolluar të grupimeve me risk të popullatës, apo të politikave të mbrojtjes shëndetësore për grupe të veçanta.
- Mënjanimin, reduktimin e shkeljeve të detyrimeve, duke përcaktuar gjobitjen, çdëmtimin ekonomik, kushtin penal si mjet shtrëngues për rastet e mos zbatimit të detyrimeve të kontratave me sigurimet shëndetësore.
- Kontrollin e sigurimit të detyrueshëm për të gjithë shtetasit, rregjistrimin, depistimin dhe verifikimin e përfitimeve për të mbrojtur kështu të siguarit dhe sigurimet nga abuzuesit e shërbimeve apo përfituesit e paligjshëm.
- Përmirësimin e listës së barnave të rimbursueshme nga ana sasiore dhe cilësore.
- Rritjen e përfitimit të të sëmurëve nëpërmjet rritjes së efikasitetit të komisioneve të listës dhe komisioneve të çmimeve të barnave.
- Përfshirjen graduale në listën e rimbursueshme të barnave shumë të shtrenjta.
- Kontrollin e shpërdorimeve në rrjetin e hapur farmaceutik, përfshi depot e barnave.
- Përmirësimin e strukturave të ISKSH, si dhe motivimin e punonjësve të tyre.
- Përmirësimin e të gjithë kontratave në përshtatje të vazhdimësisë.
- Krijimin e stabilitetit financiar nëpërmjet ruajtjes së raportit të ardhura /shpenzime, planifikimit të saktë të shpenzimeve në varësi të burimeve financiare.
- Sigurimin vullnetar si plotësim i ligjit, për dhënien e mundësisë së sigurimit të shtetasve të pasiguar nga ligji për shkaqe të ndryshme.
- Sigurimin Shëndetësor Suplementar si një mënyrë të përfitimit të shërbimeve që nuk mund të përfshiheshin në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor.

Ndryshimet e ligjit të sigurimeve shëndetësore kanë ruajtur natyrën e sigurimeve shëndetësore, kanë ruajtur strukturat dhe infrastrukturën kryesore, nuk kanë çenuar parimet mbi të cilat ngrihet skema e sigurimit shëndetësor, madje i kanë zhvilluar ato.

Suksesi i një skeme të sigurimit të kujdesit shëndetësor varet nga shumë faktorë, nga komponentët dhe nga aktorët e saj. Sot nuk ka skema të pastra, ato kanë veçoritë e tyre. Autoritete të ndryshme kanë arritur në përfundime që natyrshëm kanë specifikat e skemave të vendit, të tregut të shërbimeve, zhillimit, traditës shëndetësore, por që kanë vlera gjithëpërfshirëse, keto vlera janë këshilla shumë të dobishme për formimin, ndërgjegjësimin e mjekëve, ekonomistëve, farmacistëve, shërbimeve të specializuara, administratorëve të sigurimeve shëndetësore, institucioneve të politikës dhe strategjisë shëndetësore. Thjesht në vijim përmendim disa rekomandime të Prof. Chapman – KHF, i cili ka ndihmuar Sigurimin Shëndetësor në Shqipëri. Ai thoshte:

✚ Trajtimi brenda kufijve është individual dhe nuk ka qëndrime të prera. Jo gjithmonë barnat e reja janë më të mira, jo të gjitha medikamentet e reja janë më efikase. Instituti “EXELENCE” i mjekimeve në Angli, studion raportin e efektivitetit me koston, duke vlerësuar nëse bari do të

hyjë në praktikën mjekësore me përballimin e shpenzimeve nga shteti. Në treg ekzistojnë një numër shumë i madh barnash me veprim të njëjtë, kur do të mjaftonin fare pak prej tyre (janë më se 100 B-blokuar, kur mjaftojnë 4 - 5 prej tyre). Ky Institut jep gjykimin mbi të rejtat ose jo që sjell përdorimi i një bari, ose që ai do të përdoret vetëm në spital, apo nëse medikamenti i studiuar është më i miri në trajtimin e aritmive, por nuk do të përdoret te astmatikët, etj.

- ✚ Është e nevojshme që në indikacionet e përdorimit të barit të mos përfshihet tërësia e sëmundjeve ku bari ka veprim, por të reduktohet në ato sëmundje që ka efekshmëri më të lartë (p.sh. në sëmundjet mikrobike të shkaktuara nga staphilococcus aureus, apo në kancerin e prostatës), kjo do të ishte e dobishme për mjekët në praktikën mjekësore.
- ✚ Është e nevojshme që barnat të shoqërohen me tregues të kostos së trajtimit për grupet e klasifikuara të sëmundshmërisë, p.sh. kostoja e trajtimit të sëmundjeve gastrointestinale, shpenzimet për çdo sëmundje gastrointestinale, shpenzimet për banor etj, sepse ndër të tjera mundësojnë shpërndarjen e drejtë të financimit.
- ✚ Nisur nga nxitja profesionale, mjekët përdorin barnat më të ‘modës’, natyrisht për trajtimin e të sëmurëve që mjekojnë, ndërsa ISKSH i duhet të shqyrtojë dhe të monitorojë koston. Monitorimi nuk është ose nuk duhet të jetë kërcënim për mjekët, por është edukim. Prandaj janë shumë të nevojshëm trajnimet e vazhdueshme, edukimet masive, takimet e herëpashershme me mjekët, ndoshta të përmuajshme dhe diskutimet për shpenzimet, takimet me mjekët dhe farmacistët për shkeljet e konstatuara, shkëmbimi i eksperiencës individuale dhe rajonale, njohja e mjekëve me “hartën e sëmundshmërisë”, etj.
- ✚ Do të ishte shumë mirë të viheshin në dispozicion të mjekëve protokollat e mjekimit për shërbimin spitalor, të cilat janë vënë në përdorim prej kohësh në përfundim, por për shërbimin parësor ato janë të kufizuara në fare pak sëmundje. Në Angli, si kudo, përdoren udhëzuesit e praktikës mjekësore. Udhëzuesit kanë emërtime të ndryshme sipas vendeve dhe përdorimit (udhëzues xhepi mjekësor, guideline, manual, praktika të trajtimit të sëmundjeve të ndryshme si ato kardiovaskulare, të trajtimit të infeksioneve urinare, spravocnik ucastkovo vraca etj), por të gjitha nuk plotësojnë kërkesat e protokolleve klinike të mirefilltë.
- ✚ Në kushte normale vendoset një bashkëpunim ndërinstytucional për një skemë të sigurimeve shëndetësore optimale për vendin ku do të zbatohet. Bashkëpunimi duhet të japë zgjidhjet e përshtatshme sipas specifikave, për strukturat e sistemit shëndetësor, për skemën e financimit të shërbimeve, për listën e barnave të rimbursueshme, për treguesit vlerësues, liçensimin e prodhuesve dhe tregtuesve të barnave, për liçencimin dhe akreditimin e shërbimeve shëndetësore etj. Në Shqipëri është shumë i nevojshëm forcimi i bashkëpunimit ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë, ISKSH, QSUT, Ministrisë së Financave, Autoriteteve politikëbërëse vendore, shoqatave të mjekëve, farmacistëve, pacientëve, etj.

### **LISTA E BARNAVE TË RIMBURSUESHME (LBR)**

Është një komponent shumë i rëndësishëm i skemës së Sigurimit Shëndetësor. Ajo është një rregullatore midis nevojave të popullatës dhe mundësive reale për mbulimin e shpenzimeve. Për të mënjtuar efektet negative të tregut farmaceutik dhe për të ndihmuar mjekët në trajtimin medikamentoz të sëmurëve, Komiteti i Ekspertëve të OBSH në vitin 1977 hartoi “Listën model të barnave thelbësore”. Koncepti i barnave thelbësore është pranuar unanimisht nga Asambleja Botërore e Shëndetësisë, ndërsa lista e këtyre barnave është adaptuar nga më se 120 shtete të botës. Kjo listë është rishikuar dhe përmirësuar disa herë gjatë viteve në vazhdim. Sot, prirja për të hartuar listën e natyrës thelbësore, vihet re jo më vetëm në vendet e varfëra dhe në tranzicion, sikurse është vendi ynë, por dhe në vendet më të zhvilluara. Për herë të parë në Shqipëri, lista thelbësore daton vitin 1993. Lista, për specifikën e vendit, është mbështetur në kërkesat e Ligjit “Për barnat” Nr. 7815, dt. 20.4.1994, ndryshuar me Ligjin nr. 9323, dt. 25.11.2004 “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”. Ajo zbaton vendimet e Këshillit të Ministrave në përcaktimin e çmimeve të barnave,

marzhin e fitimit, ajo ka renditjen e barnave sipas klasikimit ATC. Për të lehtësuar mjekët dhe farmacistët në orientimin e përdorimit efektiv të barnave, me zanafillë tek Këshilli Nordik i Barnave, nën kujdesin dhe rekomandimin e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), u ndërtua Sistemi ATC i klasifikimit të barnave. Ky sistem u vlerësua si një zgjidhje praktike shumë e mirë në sistemet e klasifikimit të barnave. Sistemi ATC i klasifikon barnat sipas organit ku veprojnë A (anatomik) – efektit mjekues T (Terapeutik) – efektit kimikofarmakologjik (C). Nëse nivelet do t'i emërtonim grupe kryesore, niveli i tretë do të përfaqësohej nga dy nëngrupime, nëngrupimi farmakologjik dhe nëngrupimi kimik e do të kemi pesë nivele. Grupimi anatomik renditjen e përfaqëson sipas rendit alfabetik, A - për sëmundjet digjестive dhe metabolike, B – për sëmundjet e gjakut dhe organeve hemopoetike, C – sëmundjet e sistemit kardiovaskular dhe kështu më tej për të arritur te R – sëmundjet respiratore, S – të shqisave dhe mbyllet me V – të ndryshme.

Për të lehtësuar kuptimin e klasifikimit ATC përmendim se çdo bar ka kodin e vet ATC. Le të përdorim një shembull, Atenololi me kod C07AB03 : C grupimi kryesor ose niveli i parë janë Sëmundjet Kardiovaskulare; C07 niveli i dytë, grupi kryesor terapeutik Betablokuesit; C07A niveli i tretë, nëngrupi farmakologjik – terapeutik Betablokuesit e receptorëve Beta adrenergjik jo selektiv; C07AB niveli i katërt , Betablokuset e receptorëve Beta adrenergjik selektiv; C07AB03 niveli i pestë i përfaqësimit të Atenololit të principit kimik.

Paraqitja e listës fillon me kolonen e Kodit të medikamentit për të vazhduar me Kodin ATC, emrin gjenerik, emrin tregtar, formë dozën, firmën farmaceutike, çmimin referencë, vlerën e pagesës të sëmurit, vlerën e rimbursimit dhe kufizimet e përdorimit.

Lista e barnave të rimbursueshme përmban - Hyrjen me të dhëna prezantuese - Sqarimet e përdorimit; Njohuritë e sistemit ATC; Strukturën e çmimeve (çmimin reference, çmimin e te sëmurit, çmimin e rimbursimit); Barnat e rimbursueshme që tregtohen në QSUT ; Listën e barnave me çmimet e depos; Listën sipas rendit alfabetik të barnave; Pasqyrën me masën e mbulimit të çmimit të barnave; Pasqyrën e listës me marzhet e diferencuara si dhe Listën e firmave farmaceutike prodhuese sipas shteteve të përfaqësuara në listën e barnave të rimbursueshme.

Lista hartohet nga një “Komision i Hartimit dhe Rishikimit të Listës se Barnave të Rimbursueshme” (KHRLBR) dhe “Komisioni i Çmimit të Barnave”, propozohet nga Ministri i Shëndetësisë dhe miratohet nga Këshilli i Ministrave.

Ngritja e KHRLBR është kërkesë e Ligjit nr. 7870 dt.13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar me Ligjin nr. nr.8961, Neni 7.

Ministri i Shëndetësisë është autoriteti i ngritjes së këtij Komisioni, i cili përbëhet nga Ministri i Shëndetësisë, kryetar dhe antarët: Drejtori i Drejtorisë Farmaceutike të Ministrisë së Shëndetësisë, Drejtori i QKKB, Kryetari i Komisionit të Nomenklatures së Barnave, Drejtori i Përgjithshëm i QSUT, Drejtori i ISKSH, Zv/Drejtori i ISKSH, Drejtori i Drejtorisë së Çmimeve dhe Rimbursimit të ISKSH, Drejtori i Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë, Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QKCSA-ISH), drejtues sektorësh, shërbimesh, përfaqësues të QSUT, një përfaqësues i Departamentit të Farmacisë, Kryetari i Shoqatës së distributorëve farmaceutik dhe Sekretari i Komisionit. Komisioni përgatit rregulloren e funksionimit dhe kriteret e përfshirjes së barnave në LBR. Lista hartohet dhe rishikohet një herë në vit dhe Komisioni bashkëpunon me specialistët e shërbimeve shëndetësore. Pranë Drejtorisë Farmaceutike në Ministrinë e Shëndetësisë funksionon sekretariati për mbledhjen e informacioneve të nevojshme për ndryshimin e listës. Sekretariati drejtohet nga Drejtori i Drejtorisë Farmaceutike. Nga ky komision lista kalon në Komisionin e Çmimit të Barnave.

Komisioni i Çmimit të Barnave është kërkesë e Ligjit nr. 9323, dt.25.11.2004 “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”, përcaktuar në nenet 50 dhe 51. Komisioni përbëhet nga 2 përfaqësues nga Ministria e Shëndetësisë; 2 përfaqësues nga Ministria e Financave; 1 përfaqësues nga Ministria e Ekonomisë, Tregtisë dhe Energjitikës; 2 përfaqësues nga Instituti i Sigurimeve të Kujdesit

Shëndetësor. Këshilli i Ministrave është autoriteti që ngre këtë Komision pranë Ministrisë së Shëndetësisë me propozimin e Ministrit të Financave dhe të Ministrit të Shëndetësisë. Mënyra e funksionimit të Komisionit përcaktohet me VKM. Drejtoria Farmaceutike në Ministrinë e Shëndetësisë brenda muajit Dhjetor të çdo viti i paraqet Komisionit të Çmimit të Barnave, çmimet e barnave të prodhuara në vend dhe ato të importuara. Komisioni negocion me fabrikuesit vendas e të huaj dhe me përfaqësuesit farmaceutikë në vendin tonë. Lista me barnat dhe çmimet i paraqitet Ministrit të Shëndetësisë, i cili brenda tremujorit të parë të çdo viti e propozon për miratim në Këshillin e Ministrave.

Kriteret e përfshirjes dhe heqjes së barnave nga lista e rimbursueshme kërkojnë:

- Përfshirjen sa më të gjerë të barnave në listën e rimbursueshme kundrejt fondeve të disponueshme, për t'i mundur çdo individ mjekimin e sëmundjes nga e cila vuan.
- Listë barnash si dokument administrativ, i konceptuar mbi baza rigorozisht shkencore.
- Listë që reflekton strukturën e sëmundshmërisë në Shqipëri për periudhën e caktuar të përdorimit të listës.
- Listë që reflekton politikat e diferencuara të mbrojtjes shëndetësore të grupeve me risk të popullatës.
- Listë me barna që garantojnë cilësinë, efikasitetin, sigurinë sipas standarteve dhe rekomandimeve ndërkombëtare.
- Barna të rregjistruara.
- Barnat që janë përfshirë në “Listën thelbësore të barnave” kanë sidomos prioritet.
- Përfshirja dhe heqja nga lista duhet të jetë e motivuar me argumentimin e domosdoshmërisë ose me argumentimin e alternativës më të mirë.
- Analizë kosto – efektivitet kundrejt jo thjesht formë dozës, por kundrejt tërësisë së mjekimit.
- Përfshirja në listë e barnave si alternativë duhet t'i nënshtrohet argumentimit për kundërrindikacionin në sëmundjet shoqëruese, hipersensibilitetin dhe mungesën e efektit terapeutik.
- Bari hiqet nga lista kur nuk përdoret më në praktikën mjekësore, si dhe kur bari nuk është disponibël në treg.
- Kërkesat, propozimet për përfshirjen e barnave në listën e rimbursueshme duhet të shoqërohen me emrat tregtarë, me informacion të gjerë për përdorimin, formë dozat, efektet anësore, sinergjizmin dhe antagonizmin, shtatëzaninë dhe laktacionin etj.

Propozimet dorëzohen në Sekretarinë e Komisionit të listës pranë Drejtorisë Farmaceutike në MSH. Për listën e rimbursueshme merret mendimi i autoriteteve profesionale mjekësore, i komisioneve terapeutike të shërbimeve klinike pranë QSUT, atyre u kërkohet gjithashtu mendimi për kufizimet e përdorimit të barnave të listës.

**Kufizimet e LBR.** Tashmë, është pranuar nga të gjithë se shërbimet shëndetësore bëhen gjithmonë e më të kushtueshme, se kërkesat për këto shërbime janë gjithmone në rritje dhe se paratë për të përballuar shpenzimet nuk mjaftojnë. Me kufizimet në përdorimin e barnave synohet të vendosen raporte optimale ndërmjet të drejtës së çdo njeriu për t'u mjekuar sa më mire, që përbën faktorin-kërkesë dhe mundësisë financiare të limituar - faktorit buxhet, nëpërmjet mirëadministrimit në përdorimin e barnave. Është ky raport i cili gjen zbatim në kufizimet e listës. Kufizimet nuk janë veprime arbitrare, ato shfrytëzojnë mundësitë e trajtimeve mjekësore mbështetur mbi baza shkencore. Kufizimet janë gjithashtu shprehje e një politike të caktuar, të ngritur mbi kritere tepër të rëndësishëm si :

- Mbrojtje e të sëmurëve më në rrezik, me rimbursim më të plotë, sipas përkatësisë së përdorimit të barit, kryesisht të grupimeve të tilla të popullatës si fëmijë, të moshuar, të sëmurë me sëmundje që shkaktojnë vdekje apo invaliditet si kanceri, hipertensioni arterial apo sëmundjet e tjera kardiovaskulare etj.
- Tashmë ka ndryshuar konceptimi në trajtimin e të sëmurëve, “Çdo gjë për të sëmurin” është zëvendësuar me “Për të sëmurin vetëm çka shkencërisht është vërtetuar efektive”. Ky koncept

është zbatuar në kufizimin e indikacioneve të përdorimit të barnave në ato sëmundje ku efektiviteti i barit është vërtetuar shkencërisht.

- Përdorim racional të barnave me kufizimin e indikacioneve për ato sëmundje ku efektiviteti është më i lartë, më i sigurtë si dhe më i nevojshëm.
- Mbrojtje e të sëmurëve nga barnat me veprim të fortë, që mund të çenojnë shëndetin e tyre e përdoren të autorizuar nga specialistët ose konsulta e QSUT.
- Mbrojtje e të sëmurit nga dozat maksimale për barnat që kanë efekte anësore.
- Përdorim të barnave që janë shumë të kushtueshëm me autorizim të konsultave të specializuara të QSUT etj.

Lista ka alternativa në rastet e reaksioneve alergjike, në rastet e mungesës së efektivitetit apo të pamundësisë së përdorimit. Lista gjithashtu mundëson zgjedhjen alternative të barit në varësi të preferencës së të sëmurit për prodhime të firmave të ndryshme farmaceutike, kundrejt rimbursimit në të njëjtën masë. Lista e ka të pamundur të bëjë klasifikim të njëjtë për të gjitha rastet e përgjigjes individuale të trajtimeve medikamentoze. Ky është një problem i vështirë i praktikës mjekësore, i cili merret në konsideratë në kufizimet e listës.

Kufizimet e listës janë pjesë e mirëadministrimit, mbështetur në Ligj dhe në VKM. Pika 2 e nenit 15 të Ligjit nr. 7870, dt. 13.10.1994 “Për sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i jep të drejtën KA të ISKSH të vendosë për përdorimin e barnave të shtrenjtë midis barnave me veprim të njëjtë. KA i ISKSH përcakton kriteret e praktikës së kufizimeve në përdorimin e barnave, janë kritere që nuk çenojnë profesionalizmin mjekësor, por saktësojnë administrimin për të rritur nivelin e përfitimeve. Për këtë flet pikërisht shembulli në vazhdim. Në procesin evolutiv të SSKSH, evoluojnë dhe kufizimet, duke i shërbyer praktikës së zbatimit, kështu VKA e ISKSH nr. 28, dt. 15.5.2009 miraton kriteret e rimbursimit të barnave më të kushtueshëm si dhe të barnave mbi kufizimet e listes së rimbursueshme. Sipas këtij vendimi:

1. Të siguruarit kanë të drejtën të përfitojnë dhe alternativat e tjera të barnave me të kushtueshëm, në rastet kur mjekimi me alternativën e dhënë është refraktar dhe vlerësohet të ndryshohet, kur mjekimi i bazuar në kufizimet e listës nuk ka dhënë rezultat ose kur diagnoza nuk përfshihet në indikacionet për shkak të kufizimit në listë dhe vlerësohet të tejkalohet kufizimi.
2. Rastet që përfitojnë sipas kriterëve të përcaktuara në pikën e parë, zbatohen për një ose më shumë barna, për mbi kufizimet sasiore, për dozë më të madhe, për formë dozë, për alternativë më të kushtueshme se alternativa e parë, për një diagnozë të pambuluar, për mbi kufizimet kohore, për mbi kufizimet e moshës së madhe.
3. Të drejtën e rekomandimit për trajtimin e të sëmurëve me barna mbi kufizimet e listës e kanë konsultat e specialitetit të QSUT, të përbërë nga tre specialistë.
4. Rekomandimi duhet të bazohet në informacionin mjekësor që përmban kartela e kabinetit, kartela personale e QSH apo rekomandimi sipas sistemit të referimit. Konsulta duhet të argumentojë domosdoshmërinë e përdorimit të barit mbi kufizimin e listës, të përcaktojë dozën ditore, mujore dhe kohëzgjatjen e mjekimit.
5. Praktika e aplikimit paraqitet në rrugë administrative pranë ISKSH, i cili bën kontrollin paraprak për rregullsinë e aplikimit dhe kthen përgjigje negative për të sëmurët që nuk plotësojnë këto kritere.
6. KA shqyrton dhe vendos për çdo rast aplikimi të paraqitur nga ISKSH.
7. ISKSH nxjerr udhëzimin për procedurat dhe dokumentacionin e nevojshëm për zbatim të vendimit.

Masa e rimbursimit të çmimeve të barnave të listës përcaktohet nga ISKSH dhe miratohet nga Këshilli i Ministrave. Masa e rimbursimit reflekton mbrojtje të veçanta të grupimeve të popullatës, mbrojtje sipas grupimeve terapeutike të barnave të përdorshme në sëmundjet e rrezikshme për jetën, në sëmundjet që shkaktojnë invaliditet, që kronizohen, apo që janë të papërballueshme me



buxhetin individual etj. Pjesa tjetër e çmimit të medikamentit paguhet nga pacienti, në formën e bashkëpagesës. Masa e mbulimit nga Sigurimi Shëndetësor në rimbursimin e barnave ka ardhur duke u rritur.

VKM nr. 54, dt. 2.2.1996 “Për listën e barnave kryesore që rimbursohen dhe masën e mbulimit të çmimit të barnave”, i cili unifikoi listën e barnave kryesore të rimbursueshme me listën e barnave thelbësore, miratoi listën e rimbursueshme dhe përcaktoi masën e mbulimit nga sigurimi i kujdesit shëndetësor të çmimit të barnave sipas kategorizimeve në tre grupime, Gr. I që përfshinte shumë barna ndër të tjera ato për trajtimin e sëmundshmërisë së sistemit respirator, psikotropët, myorelaksantët etj, me rimbursim deri në 95 % të çmimit; Gr. II që përfshinte pjesën më të madhe të barnave si ato të trajtimit të sëmundjeve të sistemit kardiovaskular, të sëmundjeve hematologjike, dermatologjike, antiparkinsonikët, antiepileptikët, antialergjikët, antineoplazikët etj, me rimbursim deri në 75% të çmimit dhe Gr. III më vogli ku përfshiheshin barnat për trajtimin e sëmundjeve gastrointestinale me rimbursim deri në 35% të çmimit.

Për vitin 2004 masa e rimbursimit të barnave është kategorizuar në grupimet si më poshte:

✚ Grupi I – Masa e mbulimit 100 për qind.

Në këtë grup përfshihen barnat, që kanë nivelin më të lartë të rimbursimit dhe bëjnë pjesë në grupet terapeutike: J04, L01, L02, L03, L04, M05, J04, V03, përkatësisht:

- Antimykobakterialët;
- Barna antineoplazmike;
- Barna të terapisë endokrine;
- Imunostimuluesit;
- Imunosupresivët;
- Barna për trajtimin e çrregullimeve të sistemit muskulo-skeletik;
- Të gjitha produktet e tjera terapeutike.

✚ Grupi II – Masa e mbulimit varion nga 85 për qind deri në 95 për qind.

Në këtë grup përfshihen barnat, sipas klasifikimit ATC, që bëjnë pjesë në grupet terapeutike: A09, A10, B01, B03, H01, H05, M04, N03, N04, N07, përkatësisht:

- Digjestivët, përfshi enizmat;
- Antidiabetikët;
- Antikoagulantët;
- Hormonet e hipofizës dhe hipotalemikët;
- Kalcium homeostatikët;
- Preparatet antigutoze;
- Antiparkinsonikët;
- Barna të tjera për sistemin nervor.

✚ Grupi III – masa e mbulimit varion nga 75 për qind deri në 85 për qind.

Në këtë grup përfshihen barnat, që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: C01, C02, C04, C08, C09, H03, J05, N05, R03, përkatësisht:

- Barnat në terapitë kardiake;
- Antihipertensivët;
- Vazodilatorët periferikë;
- Kalcibllokuesit;
- Barnat vepruese në sistemin renin-angiotensin;
- Barnat në terapinë e tiroides;
- Barna antivirale, sistemike;
- Psikoleptikët;
- Antiasmatikët.

✚ Grupi i IV- Masa e mbulimit varion nga 65 për qind deri në 75 për qind.

Në këtë grup përfshihen barnat, që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: A02, A07, B05, C03, C07, C10, G01, G02, G04, H02, N02, N06, përkatësisht:

- Antiacidet, barnat për mjekimin e ulcerës peptike dhe flatulencës;
- Antidiarreikët, antiinflamatorët dhe antiseptikët intestinalë;
- Zëvendësuesit e plazmës dhe perfuzionet;
- Betablokuesit;
- Barnat për reduktimin e lipideve në gjak;
- Antiinfektivët dhe antiseptikët gjinekologjikë;
- Barna të tjera gjinekologjike;
- Urologjikët;
- Kortikosteroidet sistemike;
- Analgjezikët;
- Psikoanaleptikët.

✚ Grupi V – Masa e mbulimit të jetë nga 55 për qind deri në 65 për qind.

Në këtë grup përfshihen barnat, që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: A03, A05, A11, B02, C05, G03, J01, J02, M01, P02, R05, S01, përkatësisht:

- Barna antispastike, antikolinergjike dhe propulsive;
- Kolagogët dhe hepatoprotektorët;
- Vitaminat;
- Antihemoragjikët;
- Vazoprotektorët;
- Hormonet seksuale dhe modulatorët e sistemit gjenital;
- Antibakterialet sistemike;
- Antimykotikët sistemike;
- Antiinflamatorët dhe antireumatikët;
- Antihelmentikët;
- Barnat kundër kollës dhe rrufës;
- Barnat oftalmike.

✚ Grupi VI – Masa e mbulimit të jetë 50 për qind.

Në këtë grup përfshihen barnat, që kanë nivelin më të ulët të rimbursimit dhe bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: D01, D06, D07, R01, R06, V07, përkatësisht:

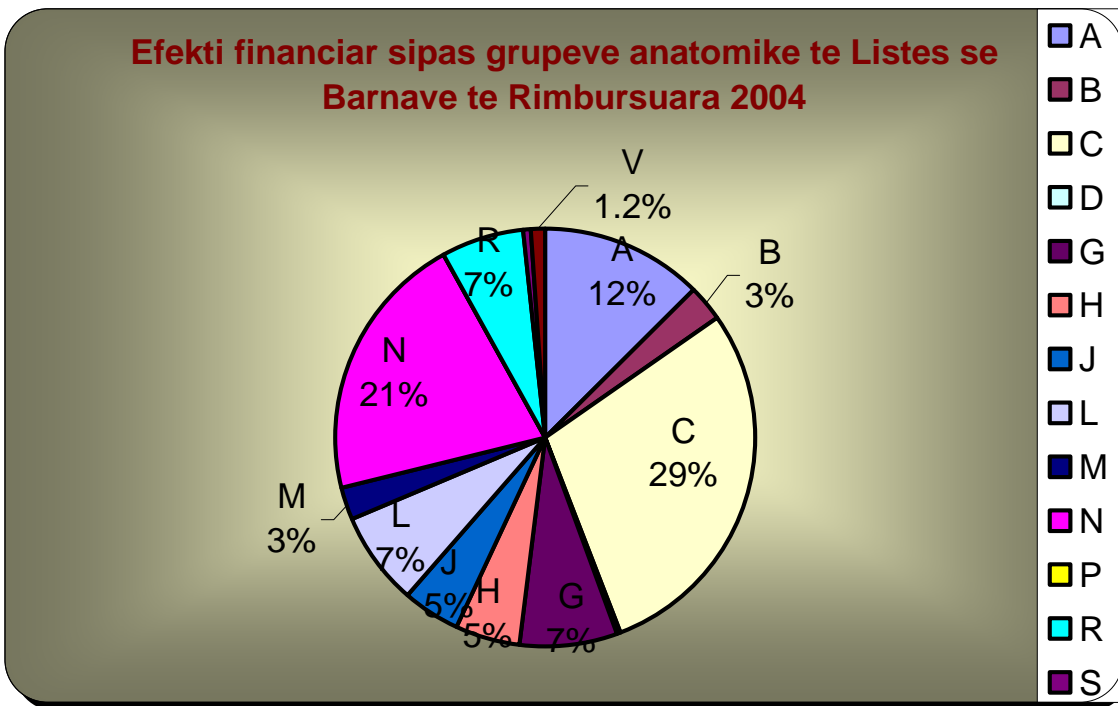
- Antimykotikët dermatologjikë;
- Antibiotikë dhe kimioterapeutikë dermatologjikë;
- Preparatet dermatologjike të kortikosteroideve;
- Preparatet nazale;
- Antihistaminikët sistematikë;
- Të gjitha produktet e tjera joterapeutike.

Nga viti në vit, lista e barnave të rimbursueshme të Shqipërisë ka ardhur duke u ndryshuar, për të përmbushur gjithmonë e më mirë kërkesat e të siguruarve. Fillimisht, ka pasur dy lista barnash të rimbursueshme: një thelbësore me 201 formëdoza dhe një kryesore me 174. Në 2005 kemi lista të barnave të rimbursueshme së pari miratuar me VKM nr. 138, dt. 18.3.2005 dhe së dyti miratuar me VKM nr. 493, dt. 30.6.2005 që përmban 402 barna xhenerike në 238 principe aktive; LBR në 2009 përmban 405 barna me 253 principe aktive.

Ndryshimet në LBR nuk qëndrojnë vetëm në rritjen numerike të barnave, por dhe në përfshirjen e barnave që kanë munguar për mjekimin e sëmundjeve të veçanta, në zvoglimin e bashkëpagesës së pacientit, në rritjen shtrirjes së rimbursimit 100% në më shumë grupime të favorizuara të mbrojtjes shëndetësore, si dhe në individë brenda grupimeve etj.

Raporti në % i efektit financiar sipas grupeve anatomike të LBR 2004, paraqitet si vijon:

Nr.	Grupi Anatomik	Efeksi financiar (%)
1	A	12.4
2	B	3.0
3	C	28.8
4	D	0.3
5	G	7.5
6	H	5.1
7	J	4.5
8	L	7.0
9	M	2.5
10	N	20.8
11	P	0.0
12	R	6.6
13	S	0.3
14	V	1.2



Në vitin 2005 masa e rimbursimit të barnave është kategorizuar në:

🚩 Grupi i I, masa e mbulimit 100% .

Në këtë grup përfshihen barnat që kanë nivelin më të lartë të rimbursimit dhe bëjnë pjesë në grupet terapeutike: A12, A16, J04, L01, L02, L03, L04, M05, V03.

Përkatësisht:

- Shtesa të kripërave minerale (për barin Ketosteril, tabletë);
- Barna të tjera të aparatit gastrointestinal dhe të metabolizmit;
- Antimykobakteriale;
- Barnat antineoplazike;
- Barnat për terapinë endokrine;

- Imunostimuluesit;
- Imunosupresivët;
- Barna për çrregullime të sistemit muskulo- skeletik;
- Të gjitha produktet e tjera terapeutike.

✚ Grupi II, masa e mbulimit 85 % deri në 95 %.

Në këtë grup përfshihen barnat që sipas klasifikimit ATC bëjnë pjesë në grupet terapeutike: A09, A10, B01, B03, H01, H05, M04, N03, N04, N07.

Përkatësisht:

- Digjestivët, përfshi enzimata;
- Antidiabetikët;
- Antikoagulantët;
- Antianemikët;
- Hormone të hipofizës dhe hipotalamike;
- Kalcium-homeostatikët;
- Preparatet antigutoze;
- Antiepileptikët;
- Antiparkinsonikët;
- Barna të tjera të sistemit nervor.

✚ Grupi III, masa e mbulimit 75 % deri në 85 %.

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: C01, C02, C04, C08, C09, H03, J05, N05, R03.

Përkatësisht:

- Barnat për terapinë kardiake;
- Antihipertensivët;
- Vazodilatatorët periferikë;
- Kalçiblokuesit;
- Barnat vepruese në sistemin renin-angiotensin;
- Barnat për terapinë e tiroides;
- Barnat antivirale, sistemike;
- Psikoleptikët;
- Antiasmatikët.

✚ Grupi IV, masa e mbulimit 65 % deri në 75%

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: A02, A07, A12, B05, C03, C07, C10, G01, G02, G04, H02, N02, N06.

Përkatësisht:

- Antiacidet, barnat për mjekimin e ulçerës peptike dhe flatulencës;
- Antidiarrikët, antiinflamatorët dhe antiseptikët intestinalë;
- Shtesa të kriprave minerale (për barin Pottasion)
- Zëvendësuesit e plazmës dhe perfuzionet;
- Diuretikët;
- Betablokuesit;
- Barnat për reduktimin e lipideve në gjak;
- Antiinfektivët dhe antiseptikët gjinekologjikë;
- Barna të tjera gjinekologjike;
- Urologjikët;
- Kortikosteroidet sistemike;
- Analgjezikët;
- Psikoanaleptikët.

✚ Grupi V, masa e mbulimit 55 % deri në 65 %.

Në këtë grup përfshihen barnat që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: A03, A05, A11, B02, C05, G03, J01, J02, M01, P02, R05, S01.

Përkatësisht:

- Barna antispastike, antikolinergjike dhe propulsive;
- Kolagogët dhe hepatoprotektorët ;
- Vitaminat;
- Antihemorragjikët;
- Vazoprotektorët;
- Hormonet seksuale dhe modulatorët e sistemit gjenital;
- Antibakterialët sistemikë;
- Antimykotikët sistemikë;
- Antiinflamatorët dhe antireumatiket;
- Antihelmentikët;
- Barnat kundër kollës dhe rrufës;
- Barnat oftalmike.

✚ Grupi VI, masa e mbulimit 50 %

Në këtë grup përfshihen barnat që kanë nivelin më të ulët të rimbursimit dhe që bëjnë pjesë në këto grupe terapeutike: D01, D06, D07, R01, R06 V07.

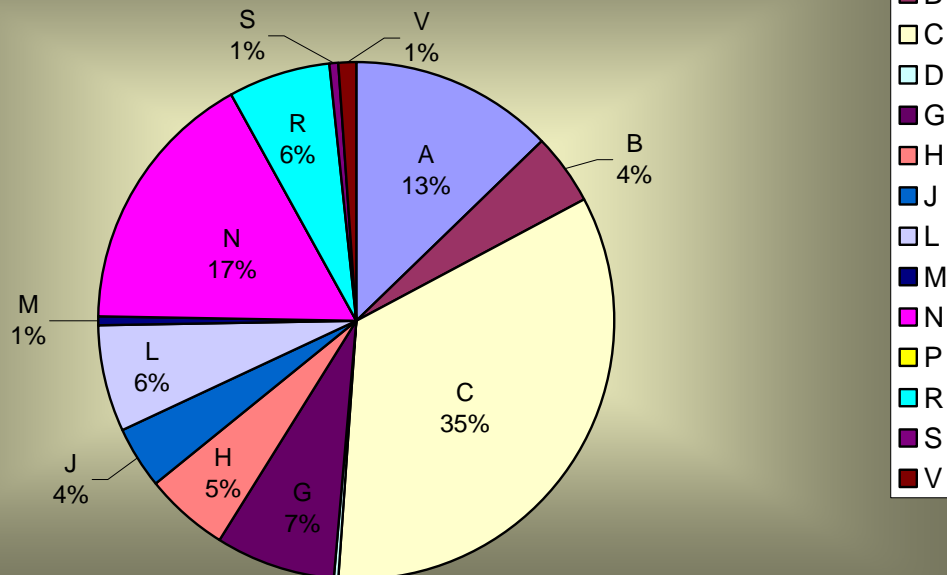
Përkatësisht:

- Antimykotikët dermatologjikë;
- Antibiotikë dhe kimioterapeutikë dermatologjikë;
- Preparatet dermatologjikë të kortikosteroideve;
- Preparatet nazale;
- Antihistaminikët sistemikë;
- Të gjitha produktet e tjera joterapeutike.

Raporti ne % i efektit financiar sipas grupeve anatomike te LBR 2005, paraqitet si vijon:

<i>Nr.</i>	<i>Grupi Anatomik</i>	<i>Efekti financiar (%)</i>
1	A	12.8
2	B	4.3
3	C	34.1
4	D	0.3
5	G	7.4
6	H	5.3
7	J	4.0
8	L	6.5
9	M	0.7
10	N	16.6
11	P	0.0
12	R	6.3
13	S	0.8
14	V	1.0

**Efeti financiar (ne %) sipas grupeve anatomike te Listes se Barnave te Rimbursuara 2005**



Për vitin 2009 masa e rimbursimit të barnave është kategorizuar në:

✚ Grupi I, masa e mbulimit 100% .

Në këtë grup bëjnë pjesë grupet terapeutike:

A12 - Shtesa të kripërave minerale (për barin Potassium chloride combination, pakete);

A16 - Barna të tjera të aparatit gastrointestinal dhe të metabolizmit;

G03 - Hormonet seksuale dhe modulatorët e sistemit gjeneral (per barin Cyproterone Acetate, tablete);

J04 – Antimykobakterialet;

J05 – Barnat antivirale sistemike (per barin Valganciclovir, tablete);

L01 – Barnat antineoplazike;

L02 – Barnat për terapinë endokrine;

L03 – Imunostimuluesit;

L04 – Imunosupresivët;

M05 – Barna për çrregullime të sistemit muskulo- skeletik;

V03 – Të gjitha produktet e tjera terapeutike.

✚ Grupi II, masa e mbulimit 85 % deri në 95 %

Në këtë grup bëjnë pjesë keto grupe terapeutike:

A09 – Digjestivët, përfshi enzimët;

A10 – Antidiabetikët;

A12 – Shtesa te kripërave minerale (per barin Calcium –3- methyl-2 oxoalderate

B01 – Antikoagulantët;

B03 – Antianemikët;

H01 – Hormone të hipofizës dhe hipotalamusit;

H05 – Kalcium-homeostatikët;

J05 – Barnat antivirale sistemike (per barin Lamivudine, tablete);

L04 – Imunosupresivet (per barin Azathioprine, tablete);

M04 – Preparatet antigutoze;

N03 – Antiepileptikët;

N04 – Antiparkinsonikët;

N07 – Barna të tjera të sistemit nervor.

✚ Grupi III, masa e mbulimit 75 % deri në 85 %.

Në këtë grup bëjnë pjesë këto grupe terapeutike:

C01 – Barnat për terapinë kardiake;

C02 – Antihipertensivët;

C08 – Kalçiblokuesit (per barnat Amlodipine, tabl, Nifedipine, 10 mg, 20 mg tabl, Verapamil, tabl, Diltiazem, tabl);

C09 – Barnat vepruese në sistemin renin-angiotensin (per barnat Captopril, tabl, Enalapril, tabl);

H01 - Hormone të hipofizës dhe hipotalamusit (per barin Desmopressin 100mcg/ml-5 ml intranazal);

H03 – Barnat për terapinë e tiroides;

N05 – Psikoleptikët;

R01 – Preparatet nazale (per barin Budesonide 100 mcg/doze 10 ml nazal spray);

R03 – Antiasmatikët.

✚ Grupi IV, masa e mbulimit 65 % deri në 75 %.

Në këtë grup bëjnë pjesë këto grupe terapeutike:

A02 – Antiacidet, barnat për mjekimin e ulçerës peptike dhe flatulencës;

A07 – Antidiarrikët, antiinflamatorët dhe antiseptikët intestinalë;

B05 – Zëvendësuesit e plazmës dhe perfuzionet;

C02 – Antihipertensivët;

C03 – Diuretikët;

C07 – Betablokuesit;

G01 – Antiinfektivët dhe antiseptikët gjinekologjikë;

G02 – Barna të tjera gjinekologjike;

G04 - Urologjikët;

H02 – Kortikosteroidet sistemike;

J01 - Antibakterialët sistematikë;

J02 – Antimykotiket sistemike (per barin Ketoconazol, tablete);

M01 – Antiinflamatorët dhe antireumatiket (per barnat Indometacine, tabl, Diclofenac, tabl, Ibuprofen, tabl, Naproxen, tabl, Penicillamine, caps);

N02 – Analgjezikët (per barnat Metamizole, amp, Paracetamol, caps);

N06 – Psikoanaleptikët.

✚ Grupi V, masa e mbulimit 55 % deri në 65 %.

Në këtë grup bëjnë pjesë këto grupe terapeutike:

A03 – Barna antispastike, antikolinergjike dhe propulsive;

A05 – Kolagogët dhe hepatoprotektorët;

A11 – Vitaminat;

G03 – Hormonet seksuale dhe modulatorët e sistemit gjenital;

P02 – Antihelmentikët;

R05 – Barnat kundër kollës dhe rrufës;

S01 – Barnat oftalmike.

✚ Grupi VI, masa e mbulimit të jetë 50 për qind

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

C01 – Barna ne terapine kardiake (per barin Propafenon, tablete);

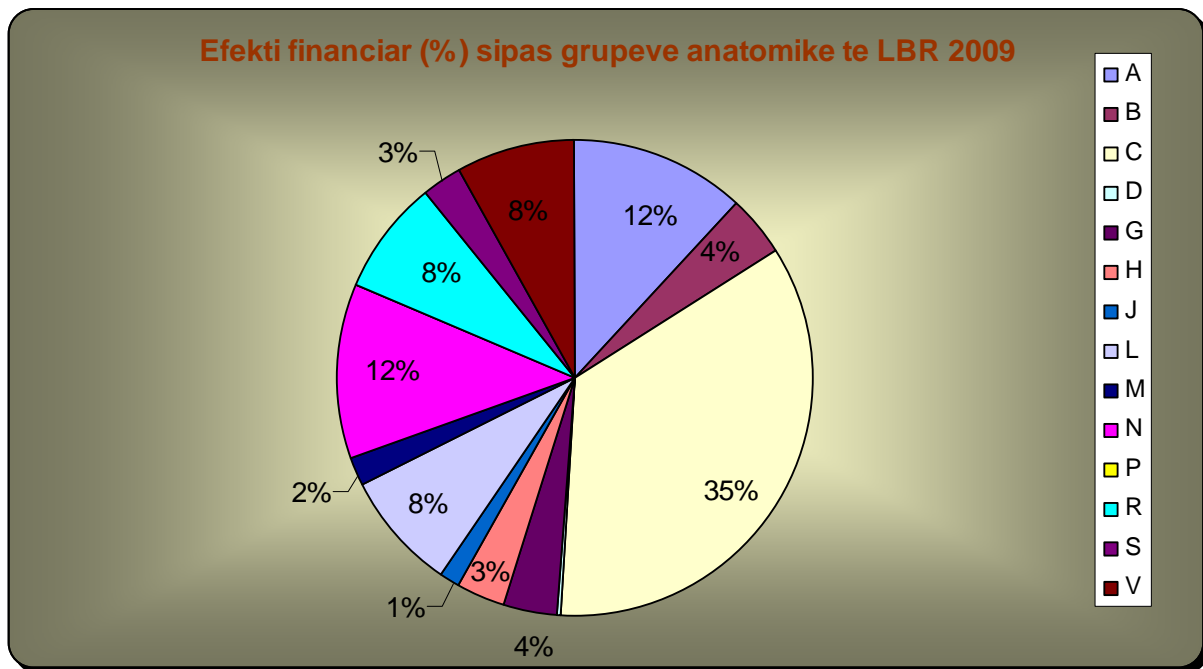
C08 – Kalciblokuesit (per barnat Felodipine, tabl, Nifedipine, tabl 30 mg, 60 mg, Lercanidipine, tabl, Nitrendipine, tabl);

C09 – Barnat vepruese në sistemin renin-angiotensin;

C10 – Reduktuesit e lipideve ne gjak;

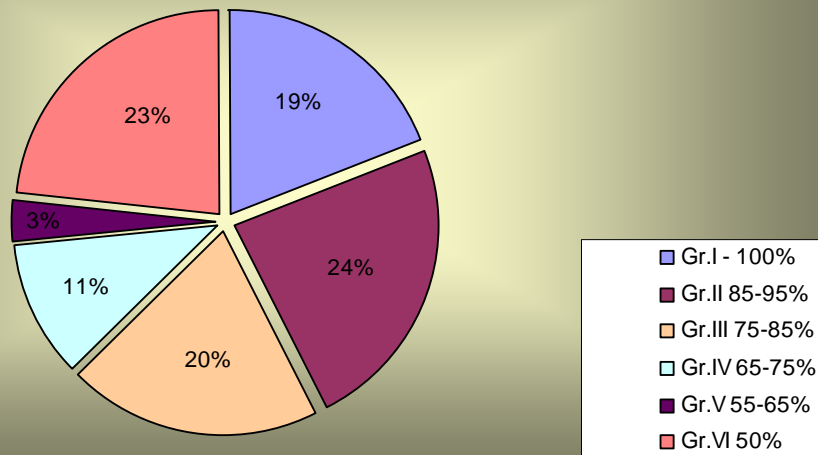
D01 – Antimykotiket dermatologjikë;

- D06 – Antibiotikë dhe kimioterapeutikë dermatologjikë;
- D07 – Preparate dermatologjikë të kortikosteroidëve;
- G01 – Antiinfektivët dhe antiseptikët gjinekologjikë (per barnat Neomycine Sulphate+Polymyxine B Sulphate+Nystatine, tabl vag, Econazole Nitrate, tabl vag);
- J01 – Antibakterialët sistemikë (per barnat Amoxicillin Trihydrate+Acid Clavulonic 375 mg, 625 mg, 1000 mg, (1g+125mg) fl, Cephalexine, caps, Cefaclor Hydrochloride, caps, Clarithromycine, tabl);
- J02 – Antimykotiket sistemike;
- J05 – Barnat antivirale sistemike;
- M01 – Antiinflamatorët dhe antireumatiket (per barnat Piroxicam, tabl, caps, Ketoprofen, caps, amp);
- N06 – Psikoanaleptiket (per barin Fluoxetine Hydrochloride, caps);
- R01 – Preparate nazale (per barin Beclometasone dipropionate, fl);
- R06 - Antihistaminikët sistemikë;
- V07 – Të gjitha produktet e tjera joterapeutike.





**Pesha specifike ne rimbursim e grupeve ATC sipas mases se mbulimit ne LBR 2009**



Është i nevojshëm rishikimi i herëpashershëm i magësive të shërbimit farmaceutik dhe i kufizimeve të LBR kundrejt të dhënave të monitoruara të praktikës së zbatimit të saj.

Kështu:

Nuk duken racionale disa kufizime, si psh “me rekomandim të mjekut specialist”, sepse përgjithësisht MS janë përgjegjës për trajtimet e shtrenjta kur nuk është e nevojshme dhe MS janë më të vështirë për tu kontrolluar. Do të ishte më e arsyshme të vendosej ky kufizim atje ku nuk vërtetohet e kundërta, të hiqeshin detyrimet për rekomandim të specialistit për rastet kur MP/F i zgjidh vetë, sikurse është për ndryshimet e mjekimit kur ndryshon gjendja e të sëmurit.

Në praktikën e përdorimit të barnave, p.sh për Diovanin (valsartanin) do të duhej të hiqej kufizimi “me rekomandim të MS”, sepse MP/F mund të vendosë vetë sipas protokollit të përdorimit të barnave, madje mbështetur në protokollin, ai do të ndiqte radhën e dhënies së barnave më pak të kushtueshëm midis inhibitorëve të enzimës së konvertimit.

Do të duhet të hiqeshin gjithashtu kufizimet “me rekomandim të MS” edhe për barna të tjera si Corvitol e Bisacor, sepse MP/F është i aftë t’i përdorë sipas protokollit të përdorimit të barnave atëherë kur janë të nevojshëm dhe për më tepër nuk janë barna të shtrenjtë. Kështu do të ndihmonim edhe të sëmurët e zonave ku ndjehet mungesa e mjekëve specialistë.

Kërkohet përgjigje profesionale ndaj pyetjes përse duhet të përdoren Metforminat 1000 dhe 850 mg kur mund të përdoren 2 Metformina 500mg që kushtojnë më pak? Kjo kërkohet për të gjitha rastet e tjera të ngjashme. Për Insulinën Aspart solution 100 UI/ml-3ml, Insulinën Glarginë solution UI/ml-3ml, Insulinën Detemir solution 100 UI/ml-3ml, si gjithë insulinat e shtrenjta dhe barnat e tjerë të shtrenjtë, eksperienca ka treguar se zgjidhja nëpërmjet kufizimit me konsulta të specialiteteve ka qenë e pamjaftueshme. Procesi i mirëadministrimit duhet të nisë që nga futja e barnave në LBR, nëpërmjet përmirësimit të procedurave dhe shqyrtimit të zbatimit. Kriteret e administrimit do të duhej tu shtoheshin kriteret klinike të përdorimit, për të përfunduar në kufizimet e listës apo protokollin e përdorimit të barnave. Rekomandimet e shtrenjta kërkojnë angazhimin e mjekëve të familjes në ndjekjen e të sëmurëve, sepse pas një periudhe tre apo katër mujore gjendja mundet të dominohet me mjekim më pak të kushtueshëm.

Megjithatë, kufizimet do të vazhdojnë të jenë pjesë e mirëadministrimit të listës së barnave.

## KONTRATAT

Kontratat me institucionet dhënëse të shërbimeve mjekësore e farmaceutike janë përgjegjësi të ISKSH, të përcaktuara nga Ligji për Sigurimet Shëndetësore. ISKSH vetë nuk u ofron të siguruarve shërbimet shëndetësore (vizitën, ekzaminimet, barnat etj), kjo është e pamundur, por realizon dhënien e shërbimeve shëndetësore dhe farmaceutike për të siguruarit nëpërmjet bashkëpunimit me mjekët dhe farmacistët, duke ndërtuar marrdhëniet e punës mbi bazën e kontratës. Kontrata është shprehja juridike e këtyre marrdhënieve.

Objekt i kontratave të ISKSH me mjekët e përgjithshëm në vazhdimësi ka qënë: “Mjekët e përgjithshëm marrin përsipër dhënien e shërbimeve shëndetësore dhe ISKSH-ja paguan për shërbimet e dhëna ndaj të siguruarve, në mënyrën e parashikuar në kontratë”, ndërsa për farmacistë ka qënë “farmacistët marrin përsipër t’u japin të siguruarve barnat, nëpërmjet ekzekutimit të recetës me rimbursim, ISKSH merr përsipër të bëjë rimbursimin në kushtet dhe mënyrën e përcaktuar në kontratë”.

Në kontrata janë zbatuar kërkesat e legjisllacionit të ndryshuar të disa ligjeve si, Ligjit nr. 7870, dt. 13.10. 1994, Ligjit nr. 7975, dt. 26.7.1995, Ligjit nr. 8005, dt. 4.10.1995, Ligjit nr. 8961, dt. 24.10.2002, Ligjit nr. 9106, dt. 17.7.2003, Ligjit nr. 9207, dt. 15.3.2004, Ligjit nr. 9323, dt. 25.11.2004 “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”, Ligjit nr. 9368, dt. 7.4.2005, Ligjit nr. 10043 dt. 22.12.2008 etj. Kontratat kanë në përbërjen e tyre bazën ligjore, palët e kontratuara, objektin e kontratës, të drejtat dhe detyrimet e secilës palë, pagesat, sanksionet për shkelje të përgjegjësiive, kushtet e zgjidhjes së kontratës dhe afatet kohore. Strukturat vendore të ISKSH janë autoriteti për lidhjen e kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore dhe farmaceutike.

Kontratat e para kanë qënë individuale me mjekët e përgjithshëm dhe me farmacistë. ISKSH ka pasur kontraktime kundrejt qëndrimeve të diferencuara edhe me mjekët specialistë për shërbimin ambulator, me objekt të drejtën e mjekut specialist për rekomandimet e trajtimeve mjekësore apo për lëshimin e recetave me rimbursim. Sipas rrethanave të veçanta, për të mundësuar zbatimin e skemës së Sigurimit Shëndetësor, ISKSH ka praktikuar edhe lloje të tjera kontratash individuale për mjekët e përgjithshëm, dhe specialistë privatë, apo të grupuar në shoqata si RIDER. Janë aplikuar kontrata dhe me spitalet për identifikimin e personave që marrin shërbime shëndetësore, janë këto kontrata në zbatim të sistemit të referimit. Për ekzaminime veçanërisht të specializuara janë aplikuar kontrata të posaçme me QSUT në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 383, dt. 19.6.2004 “Për miratimin e procedurave, tarifave dhe masën e mbulimit të shërbimeve ekzaminuese unikale, terciare, të përfshira në Sigurimin Shëndetësor”. Po ashtu janë zbatuar kontrata të posaçme për shërbime shëndetësore të specializuara të trajtimit të disa sëmundjeve me barna shumë të shtrenjta si Eritropoetina, Somatropina, Interferoni, etj. Në 2007 u lidhën kontratat e DRSKSH me QSH të shërbimit parësor për zbatimin e VKM nr. 857, dt. 20.12.2006.

Në vitin 2009 DRSKSH lidhën kontrata me spitalet për shërbimin spitalor në zbatim të VKM nr. 1661, dt. 29.12.2008. Kontratat individuale të DRSKSH për shërbimet shëndetësore që prej 2007 u zëvendësuan nga kontratat me QSH, më pas me spitalet, ndërsa kontratat individuale të punonjësve të atyre institucioneve u lidhën ndërmjet Drejtorit të Qendrës Shëndetësore apo të Spitalit dhe personelit të tyre. Kontratat me qendrat shëndetësore u zhvilluan, të mbështetura në VKM përkatëse (përmendur më sipër) dhe në “Rregulloren e Përgjithshme për kontraktimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor” (pjesë e VKM). Këtu saktësohet se buxheti i kontraktuar i QSH financohet nga ISKSH për: a) pagat dhe shpenzimet e tjera të lidhura me pagat e personelit; b) kontributet për sigurimet shoqërore dhe shëndetësore të personelit; c) mallra dhe shërbime të tjera. Në këtë Rregullore përcaktohen një sërë masash që duhet të marrë QSH për organizimin sa më të përshtatshëm të punës për të gjitha kategoritë e të sëmurëve, për afishimin e detyrueshëm të emërtimit të ndërtesës ku qendra shëndetësore ushtron aktivitetin, të orarit të punës, të numrit të telefonit në rast urgjence jashtë orarit zyrtar. Përcaktohet gjithashtu e drejta e të sëmurit për tu

informuar nga MP/F, e drejta e zgjedhjes së lirë të mjekut dhe të gjithë të drejtat e tjera sipas Kartës së të Drejtave të Sëmurit. Në Rregullore gjithashtu jepen një sërë përcaktimesh që mundësojnë përmirësimet e kontratave. Kontratat u pajisën me standartet, listat e shërbimeve, mjetet e diagnostikimit dhe të trajtimit, me treguesit e vlerësimit të cilësise etj.

Jo rrallë në tregun farmaceutik ka mungesë të barnave të listës së rimbursueshme që kanë dhe nuk kanë alternativë, kjo disa herë nga importuesit dhe herë të tjera nga farmacitë ekzekutuese të recetave me rimbursim, në te dyja rastet për shkak të fitimit të pakët. Gjoba për grosistët në këto raste vendoset me kushtezimin e mungesës së barit për tre muaj, çka nuk është zbatuar asnjë herë edhe pse disa barna kanë munguar. Kontratat dhe marrëveshjet me importuesit, distributorët, farmacitë ekzekutuese të recetave duhet të zgjidhin mungesën e barnave të listës së rimbursueshme.

Kontratat me spitalet u zhvilluan në gjithëpërfshirjen e shërbimeve që ofronin spitalet të përcaktuara në VKM nr. 1661, dt. 29.12.2008. Në këtë vendim u përcaktua se ISKSH financon shërbimet shëndetësore sipas një liste (bashkëngjitur vendimit) për a) pagat dhe shpenzimet e tjera të lidhura me pagat e personelit; kontributet për sigurimin shoqëror dhe shëndetësor të personelit, c) mallrat dhe shërbimet e tjera, ndërsa investimet financohen nga Ministria e Shëndetësisë, gjithashtu VKM përcakton përfshirjen në kontratë të mënyrës së mbajtjes dhe të raportimit të të dhënave, mënyrën e pagesës së spitalit, metodologjinë e llogaritjes së shpenzimeve, treguesit e performancës dhe cilësisë, mënyrën e ushtrimit të kontrollit nga ISKSH, sistemin e referimit dhe mënyrën e identifikimit të siguruarve, mënyrat e zgjidhjeve të mosmarrëveshjeve. Në këtë vendim u përcaktua gjithashtu ecuria graduale për miratimin nga Ministria e Shëndetësisë të standarteve të spitaleve, të treguesve të cilësisë dhe performancës brenda dt. 31.7.2009, të protokolleve të diagnozës dhe trajtimit për çdo shërbim deri në 31.12.2009, u përcaktua përgjegjësia e spitaleve dhe ISKSH për llogaritjen e kostos së çdo shërbimi në përputhje me standartet e caktuara nga Ministria e Shëndetësisë brenda 18 muajve nga hyrja në fuqi e atij vendimi. Është e rëndësishme të theksojmë se financimi i shërbimeve spitalore sipas listave përkatëse është kushtëzuar me shtesat përkatëse të buxhetit të ISKSH nga Ministria e Financave. Kontraktimi i ISKSH u zgjerua dhe në shërbimin farmaceutik, kështu përveç kontraktimit me farmacitë dhe agjensitë e rrjetit të hapur farmaceutik, u lidhën kontratat edhe me depot farmaceutike, si dhe me grosistët importues.

Kontratat janë zhilluar dhe përmirësuar, por në ecurinë e tyre vazhdojnë të shoqërohen nga disa mangësi. Kontrata si dokument administrativ nuk duhet të përmbajë “ujë”, që shton volumin pa dhënë asgjë të re dhe që disa herë krijon konfuzionalitet nëpërmjet mesazheve jo të qarta. Është një dukuri kjo që shoqërohet me përdorimin e fjalëve të huaja që vështirësojnë komunikimin, dhe këto janë dukuri herë produkt i dryshimit për hir të ndryshimit dhe herë produkt i mungesës së profesionalizmit, etj.

Si dokument ekzekutiv për individët palë, kontratat nuk duhet të kenë pasaktësi. Disa herë kontratave u kanë munguar përkufizimi i termave, përdoret nocioni “dëm ekonomik”, por nuk përcaktohet se çfarë përbën dëm ekonomik, shkruhet “recetë fiktive” apo “rekomandim fiktiv”, por nuk përcaktohet se cilat receta, apo cili rekomandim emërtohet fiktiv. Në ndërtimin e kontratave janë vërejtur dhe mangësi të tjera, sikurse janë shërbimet që nuk jepen fare ose jepen me ndërprerje për ditë, javë dhe muaj, dukuri negative këto të cilat kanë qenë të pranishme prej kohësh. Në qendrat shëndetësore dhe spitalet ndodh që disa shërbime, nuk jepen, konkretisht këtu bëhet fjalë sidomos për ndërprerjet e herë pas hershme të disa ekzaminimeve biokimike, klinike, imazherike, sikurse janë përcaktimi i hormoneve, elektroliteve, lipidogramës, hemoglobinës së glukozuar, i grafive, EKO, endoskopive, skaner, rezonance manjetike etj. Pa u futur në shkaqet dhe pasojat, theksojmë se kontratat duhet të sigurojnë dhënien e shërbimeve mbështetur në buxhetin, planifikimet, shpenzimet dhe përgjegjësitë e mjekëve apo dhënësve të shërbimeve. Për mosdhënien e shërbimeve, kontrata duhet të përcaktojë sanksione për mosplotësim të detyrimeve të institucionit përgjegjës (QSh apo spital). Në rastet e ndërprerjes së shërbimeve për shkaqe objektive, duhet të ketë zgjidhje

të paracaktuara (marrëveshje reciprociteti ndërmjet dy QSh-ve, apo QSh-Spital, apo Spital – Spital), gjithashtu duhet të jetë detyrim kontratual i QSh / Spitalit informimi i të sëmurëve për ku e si duhet të marrin shërbimin e munguar dhe informimin e menjëhershëm në DRSKSH. Shërbimet shëndetësore janë përgjegjësia kryesore e QSh, Spitalit dhe DRSKSH e pikërisht për këtë monitorimi, kontrolli i shërbimeve duhet të jenë përgjegjësitë kryesore të tyre të shprehura në kontrata edhe si përgjegjësi personale. Masat shtrënguese sigurisht nuk kanë qëllim të dënojnë mjekët apo personelin tjetër mjekësor, ato konceptohen mbi tërësinë e edukimit të punonjësve mjekësorë dhe janë pjesë e realitetit tonë, e për këtë janë pjesë e kontratës dhe duhen zbatuar në mënyrë korrekte.

Mjaft nga dukuritë negative të identifikuar, si qëndrimi arrogant, shpërfillës, qëndrimi i diferencuar i personelit mjekësor ndaj personave që nuk japin bakshish, shpërdorimet e barnave të përshkruara në recetë kundrejt interesit të përfitimit nga lidhjet me farmacistët etj, janë shkelje të detyrimeve kontratuale, por njëherazi janë shkelje të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë mjekësore. Neni 63 i atij Kodi shprehet “Mosnjohja e neneve të këtij kodi nuk përjashton mjekun nga përgjegjësia e moszbatimit të detyrave dhe rregullave etike e deontologjike, të cilat dënohen me masa disiplinore, me përjashtimin deri në tre vjet nga UMSH (përjashtimi = pamundësi pune si mjek). Zbatimi i Kodit të Etikës dhe Deontologjisë mjekësore duhet të jetë detyrim kontratual.

Saktësia e të dhënave statistikore dhe informative të përcaktuara në kontratë, informimi i DRSKSH për analizat e rimbursimit, të kërkesave dhe ankesave, shkeljet kontratuale të identifikuar nga vetë QSh, Spitali, duhet gjithashtu të jenë përgjegjësi kontratuale. Emri xhenerik, alternativa më pak e kushtueshme për barna me efekt të njëjtë kanë qenë dhe janë detyrime që rrjedhin nga ligjislacioni në fuqi, por që shpesh janë shkelur, prandaj duhet të mbeten detyrime kontratuale. Masat shtrënguese për shkelje të detyrimeve kontratuale duhet të vazhdojnë deri sa zbatimi kontratës të jetë produkt i edukimit të ndërgjegjësuar. Kontratat duhet të detyrojnë spitalet për zgjidhjet në rastet e mungesave të barnave.

Mbulimi shëndetësor ka mangësitë e veta jo vetëm për ekzaminimet e munguara për të cilat u shprehëm më sipër, por dhe për mjekun e personelin tjetër mjekësor, për paafhtësinë e përkohshme, lejen e nevojshme të përkohshme të papaguar, për mbulimin shëndetësor të pushuesve gjatë pushimeve të stinës etj. Me qëllim që kontratat e QSh tu japin përgjigje këtyre rasteve, është e rëndësishme që këto të jenë përgjegjësi të institucioneve dhënëse të shërbimeve. Vërejmë gjithashtu se kontratat kanë nevojë të shoqërohen nga udhëzimet e zbatimit të kontratës, të paktën e kaluara flet për këtë. Udhëzuesit e zbatimit të kontratave përmbajnë informacionet e nevojshme që nuk mund të jepen në kontratë, si shembull le të marrim orarin e shërbimit të MP/F të shprehur në kontratë “ ... para dhe /ose pasdite,...” që interpretohet në udhëzues të veçantë sipas specifikave. Pra në kontratë nuk mund të përshkruhen të gjitha specifikat e rasteve, për qytetet e vogla, për fshatrat apo për Tiranën, nuk mund të jepen specifikat për rastet kur mjeku punon atje ku banon ose jo, për rastet kur QSH është afër ose larg qytetit, etj, para ka shume çështje të cilat nevojitet të interpretohen në udhëzimet e zbatimit të kontratave. Udhëzuesit mund të japin interpretime të paragrafëve të vështire, duke evituar kështu keq interpretimet. Udhëzimi për zbatimin e kontratave me spitalet është edhe më i nevojshëm, sepse mangësitë formale të spitaleve janë edhe më të theksuara (për pasaktësitë e informacionit në regjistra e pasqyra të munguara ose të adaptuara jo sipas standartit bashkëngjitur kontratave, kartelat pa kod pacientit etj). Po ashtu, udhëzuesi është i nevojshëm për interpretimin e sanksioneve në rastet e gjetjes në farmacitë e spitaleve dhe depot e tyre të barnave që nuk kanë të shkruar çmimin spitalor, po ashtu ka barna të skaduara, apo barna që mbahen në kushte të papërshtatshme. Udhëzimi mund të qartësojë qëndrimet që duhen mbajtur për rastet e hyrjeve të pakontrolluara, kur të sëmurët drejtohen direkt te mjeku ose laboranti, pa rekomandim ose pa kupon. Spitaleve dhe DRSKSH-ve u mungon eksperiencia e zbatimit të një kontrate të përafërt për shërbimet e përcaktuara në kontratë, për sistemin e referimit prej vitesh të pazbatuar, për treguesit e vlerësimit, për masat shtrënguese në rastet e shkeljeve të detyrimeve kontratuale, për raste të refuzimit të lidhjes së kontratës së spitalit me DRSKSH etj.

Kontratat nuk mund tu lihen spontanitetit apo çasteve të fundit, institucionet qëndrore dhe strukturat vendore duhet të bëjnë organizimin e nevojshëm që të punohet në vazhdimësi për përmirësimin e kontratave.

Në fund të 2009 ISKSH kishte kontraktuar me 418 Qendra Shëndetësore të kujdesit parësor në të cilat punojnë të kontraktuar 1595 mjekë të përgjithshëm dhe familjes, 6591 infermierë dhe 310 mjekë specialistë me kohë të plotë pune.

Në shërbimin spitalor, u lidhën kontrata dhe u financuan 39 spitale gjithsej, nga të cilat 4 Spitale Universitare, 12 Spitale rajonale dhe 23 Spitale bashkiake.

Në shërbimin farmaceutik, u lidhën kontrata me 600 Farmaci, 163 Agjensi farmaceutike, 43 Depo distributore dhe 41 Depo importuese.

### **LIBREZA E SHENDETIT (LSH).**

Është element i infrastrukturës së skemës së sigurimit shëndetësor me të cilën pajisen vetëm personat e siguruar. Është dokumenti që në vazhdimësi ka shoqëruar përfitimin e shërbimeve shëndetësore nga SSKSH, që përmban sëmundjet dhe barnat me të cilët është mjekuar zotëuesi i saj.

VKM nr. 86, dt. 13.2.2003 përcaktoi se LSH është dokumenti që vërteton se mbajtësi i saj është person i siguruar sipas Ligjit “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”; LSH është dokument personal, i patjetërsueshëm, që nuk lejohet të përdoret nga një tjetër person me përjashtim të rasteve të përcaktuara në udhëzimin e veçantë të ISKSH; KA i ISKSH përcakton formën dhe përmbajtjen e LSH; Të siguruarit janë të detyruar të pranojnë kontrollin e ISKSH për të gjithë shërbimet e përfituara që mbulon skema e SSKSH; Kontrolli i ISKSH përfshin verifikimin e LSH dhe ekzaminimet mjekësore kur vlerësohen të nevojshme; Pajisja, plotësimi dhe përdorimi i Librezës së Shëndetit bëhen sipas udhëzimit përkatës të ISKSH.

Dokumenti i Librezës së Shëndetit përmban këto të dhëna: institucionin që e ka lëshuar, serinë, numrin, gjeneralitetet e të siguruarit, adresën, QSH, mjekun e familjes, kodin e pacientit, kategorinë e të siguruarit, numrin e kartelës individuale, numrin e dokumentit të sigurimit shoqëror dhe shëndetësor, numrin e dokumentit identifikues. Ajo nënshkruhet nga i siguruari dhe nëpunesi i DRSKSH që e ka lëshuar këtë dokument. Në faqen e brendshme të kopertinave ajo përmban udhëzime të përdorimit dhe rregullat e lëshimit të librezës. Dokumenti mbyllet me afatin e vlefshmërisë në varësi të kategorisë së popullatës së cilës i përket i siguruari, nënshkrimin e përfaqësuesit të DRSKSH dhe vulën e institucionit. Çdo faqe e brendshme shoqërohet nga një kopje, ato përmbajnë të dhëna mbi mjekun dhe institucionin shëndetësor, numrin e regjistrimit, të kartelës, datën e vizitës, diagnozën, barnat e përshkruara nga mjeku dhe të dhëna nga farmacia dhe firmën e pacientit. Synimi i ISKSH është zëvendësimi i Librezës së Shëndetit me Kartën e Sigurimit Shëndetësor në kohën dhe kushtet e përshtatshme.

## FINANCIMI I SIGURIMIT SHËNDETËSOR

Kudo financimi i shërbimeve shëndetësore është i vështirë për shkak të pamjaftueshmërisë së fondeve, kërkesave në rritje dhe shërbimeve të reja, më të përsosura e me kosto më të lartë. Shqipëria në financimin e sistemit të kujdesit shëndetësor është ndeshur me mangësi të theksuara:

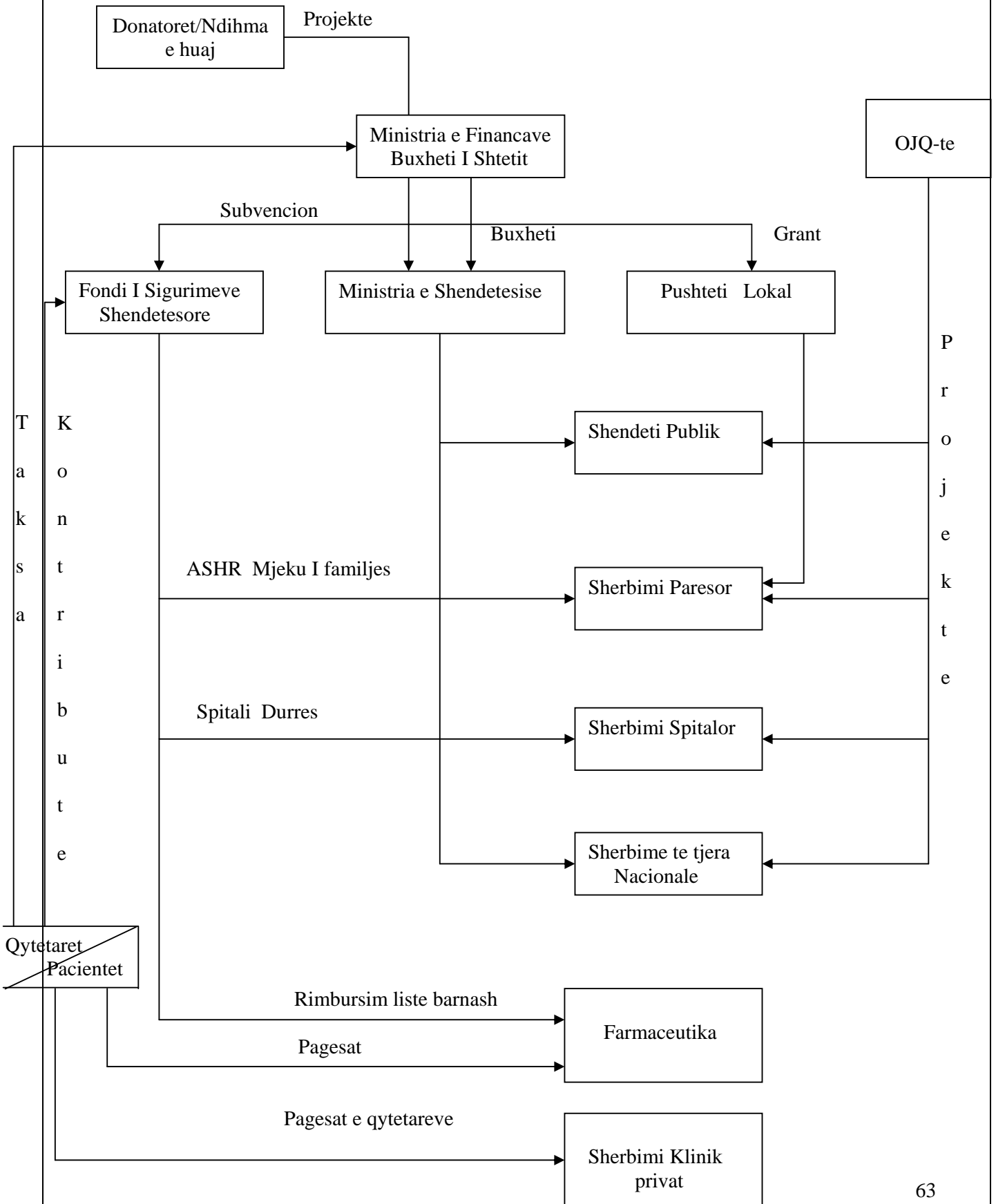
- Financimi i pamjaftueshëm për kujdesin shëndetësor kundrejt GDP.
- Përdorimi jo eficient i burimeve financiare.
- Kundrejt prioritetit të kujdesit shëndetësor parësor, niveli i ulët i financimit, shoqëruar me dukuri të keqorganizimit, mungesës së menaxherëve të specializuar të shërbimeve shëndetësore.
- Mungesë të ekonomistëve të shërbimeve shëndetësore dhe ekonomistëve të shërbimeve farmaceutike.
- Shpërndarje jo racionale e parave, shpërndarje në bazë të institucioneve shëndetësore dhe jo në bazë të nevojave të popullatës sipas rajonalizimit etj.

Sistemi i shërbimeve shëndetësore përmban shërbimet shtetërore të financuara nga buxheti i shtetit, shërbimet shtetërore jo buxhetore të financuara nga sigurimi shëndetësor, shërbimet shëndetësore private të financuara privatisht nga individët. Të gjithë shërbimet shëndetësore të kontraktuara me ISKSH financohen nga ISKSH, të gjitha shërbimet shëndetësore shtetërore financohen nga ISKSH, përjashtimisht nuk financohen nga ISKSH shërbimet shëndetësore shtetërore të mëposhtme :

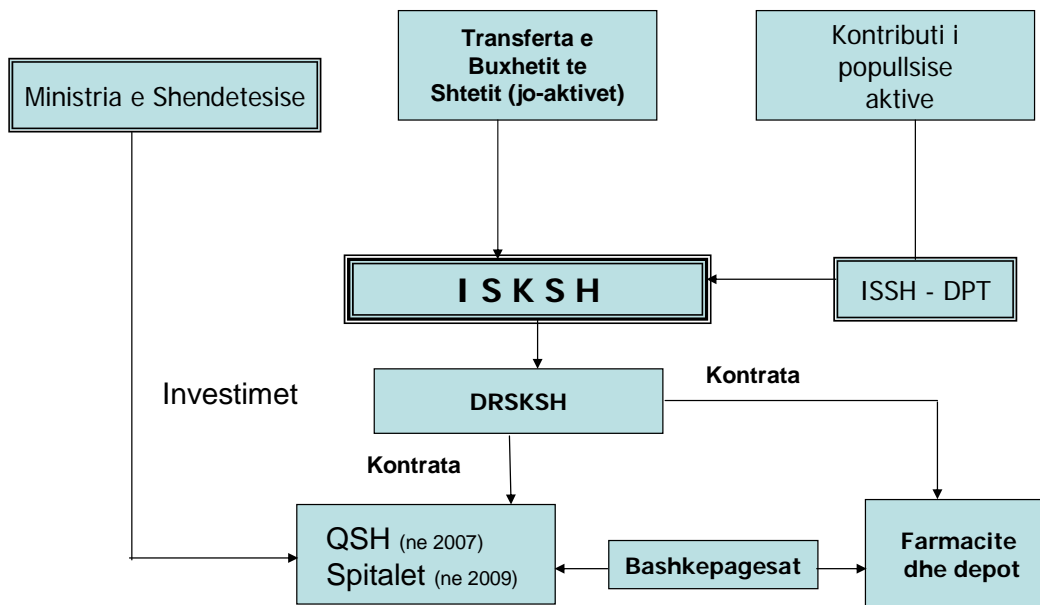
- Shërbimet e ofruara nga qendrat komunitare të shëndetit mendor.
- Shërbimi dentar publik.
- Shërbimet e higjenes dhe të epidemiologjisë.
- Shërbimet e ofruara nga strukturat e ngritura për edukimin dhe promocionin shëndetësor.
- Shërbimet e ofruara nga mjekët e shkollave, të kopshteve dhe çerdheve.
- Spitali psikiatrik Vlorë, Spitali psikiatrik Elbasan.
- Shërbimet e shëndetit mendor në rrethe. Shërbimi i psikiatrisë Shkodër.
- Qendra Kombëtare e Riaftësimit, Mirërritjes dhe Zhvillimit të Fëmijëve.
- Shërbimi Kombëtar i Transfuzionit.
- Ofiçina Elektro-Mjekësore. Njësia e transportit me helikopterë.

Financimi i shërbimeve të sipërpërmendura bëhet nga buxheti i shtetit, Ministria e Shëndetësisë.

## Financimi i Sistemit te Kujdesit Shendetesor deri ne 2007



## Skema e financimit te ISKSH 2009





Pas përmbysjes së regjimit totalitar të diktaturës, Ministria e Shëndetësisë ka qenë për shumë vite institucioni kryesor i financimit të shërbimeve shëndetësore, ndërsa zgjidhja strategjike u përqëndrua te sigurimet shëndetësore. Me reformat 2007-2009, financuesi kryesor i shërbimeve shëndetësore u bë sigurimi shëndetësor. Për zgjidhjen e mangësive të financimit të sistemit të kujdesit shëndetësor, kundrejt sistemeve të krahasuar të financimit, Sigurimi Shëndetësor është gjykuar si një sistem më i aftë për mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore dhe rregullator më i fortë për të mbajtur më të ulët koston administrative.

Misioni i ISKSH është sigurimi i shërbimeve shëndetësore për të sëmurët e siguar, nëpërmjet miradministrimit të burimeve financiare, me divizën “kundrejt të ardhurave të disponueshme maksimumin e racionalitetit në shpenzimet për sa më shumë shërbime dhe sa më cilësore. Financimi nga ISKSH i QSh dhe spitaleve u shoqërua nga statuset e ndryshuar të atyre institucioneve, tashmë me pavarësi të limituar, me buxhetin e tyre si dhe me vetadministrim.

QSh dhe Spitali mbajnë përgjegjësi të plotë për zbatimin e buxhetit të kontraktuar, sipas zërave të përcaktuara nga ISKSH-ja. QSh mund të rishpërndajë buxhetin, duke zbatuar kufizimet si: rishpërndarja nga “Shpenzime për mallra e shërbime” tek “Pagat” mund të bëhet vetëm brenda një kufiri prej 2%, rishpërndarja nga “Pagat” tek “Shpenzimet për mallra e shërbime” është e mundur vetëm brenda një kufiri prej 5 %, të dy kufijtë llogariten, në bazë të buxhetit të kontraktuar, rishpërndarja e burimeve bëhet me autorizimin e ISKSH-së. Pjesët e përdorura të buxhetit të kontraktuar të vitit ushtrimor për financimin e shërbimit parësor apo për financimin e shërbimit spitalor, trajtohen si të gjitha fondet e skemës së sigurimeve shëndetësore, spitalet apo QSH i mbajnë në buxhetet e tyre, për t’i përdorur në vitin pasardhës.

Financimi i Sigurimeve Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, përcaktuar me Ligjin nr. 7870, dt.13.10.1994 bazohet në kontributet e paguara për Sigurimin Shëndetësor.

## **TE ARDHURAT**

Burimet kryesore financiare të ISKSH janë të ardhurat nga :

- Kontributet e paguara nga personat ekonomikisht aktiv.
- Kontributet e paguara nga shteti, për personat ekonomikisht joaktiv.
- Kontributeve nga buxheti i shtetit i janë shtuar kalimi në 2007 nga buxheti i shtetit në ISKSH i masës së financimit për shërbimim parësor dhe në 2009 i masës së financimit të shërbimit spitalor.
- Të ardhura të tjera janë:
  - Interesat bankare.
  - Bonot e thesarit.
  - Shitja e librezave dhe dokumenteve të tjerë.
  - Çdëmtimet e farmacistëve dhe të mjekëve.
  - Kontributi i sigurimit vullnetar.

Për vitin e parë të zbatimit të ligjit kontributi i shtetit në ISKSH ka qenë subvencioni i çmimeve të barnave dhe pjesa e planifikuar e fondit të pagesës së mjekut te përgjithshëm nga buxheti i shtetit për Ministrinë e Shëndetësisë (neni 34 i ligjit 7870 i pa ndryshuar), po ashtu në 2007 për financimin e parësorit (VKM nr.857 20.12.2006), si dhe në 2009 për financimin e shërbimit shëndetësor spitalor me kalimin e fondeve përkatëse nga Ministria e Shëndetësisë në buxhetin e ISKSH ( Pika. 25 VKM nr.1661 dt.29. 12.2008).

- Ligji i Sigurimeve Shëndetësore parashikon gjithashtu dhe kontributin suplementar të sigurimeve për kujdes shëndetësor jo thelbësor, por deri tani sigurimi suplementar nuk është konkretizuar (nuk ka dalë ligji për llojet e shërbimeve dhe masën e përfitimit për sigurimin shëndetësor suplementar).

**Kontributet.** Në dallim nga taksat e tjera, të cilat shpërndahen për ushtrinë, policinë, arsimin, kulturën sportin, rrugët dhe të tjera, paratë e mbledhura nga kontributet kanë një destinacion të

mirëpërcaktuar, ato përdoren vetëm për Sigurimin Shëndetësor. Duke paguar kontributin, njerëzit bëhen më të ndërgjegjshëm për shëndetin e tyre, ata e dinë përse do të përdoren, ata e dinë se çfarë përfitojnë. Instituti ka mision të vetin blerjen e shërbimeve shëndetësore dhe tipar themelor miradministrimin e kontributeve. Miradministrimi është konceptuar si blerje shërbimesh në kushtet e rregullave të përbashkëta, të përcaktuara në kontratat me dhënësit e shërbimeve shëndetësore (mjekë dhe farmacistë) për llojin, volumin dhe cilësinë e shërbimeve. Shtetasi është i siguruar, kur derdhet kontributi nga vetë personi ose nga shteti.

Dëshmi e kontributit të derdhur nga vetë personi është Libreza e sigurimit shoqëror dhe shëndetësor për të gjithë shtetasit e punësuar. Libreza ka emrin e të siguruarit, numrin e sigurimit, numrin e serisë, muajt dhe vitet e derdhjes së kontributit, udhëzuesin e librezës, firmën dhe vulën e drejtorisë së sigurimit shoqëror rajonal. Me librezën e sigurimit shoqëror dhe shëndetësor pajisen të gjitha subjektet ekonomikisht aktive, ku bëjnë pjesë të punësuarit dhe të vetëpunësuarit në qytet dhe në fshat, punonjësit e papaguar të familjes dhe personat e tjerë me të ardhura të rregullta nga pronësia që paguajnë kontributin.

Ndërsa shtetasit ekonomikisht joaktiv, ku bëjnë pjesë: fëmijët, nxënësit dhe studentët me shkëputje nga puna, të papunët, të paaftët mendorë dhe fizikë, personat që trajtohen me ndihmë ekonomike dhe asistencë sociale, shtetasit që kryejnë shërbimin ushtarak të detyrueshëm, gratë me leje-lindje, pensionistët, për të cilët kontributin e paguan shteti, nuk pajisen me librezën e sigurimeve. Për të gjithë kategoritë e popullatës për të cilët shteti derdh kontributin për sigurimin shëndetësor dokumenti i dëshmisë është dokumenti i kategorisë, për fëmijët çertifikata e gjendjes civile, për invalidët vërtetimi i KMCAP, për pensionistët libreza e pensionit etj.

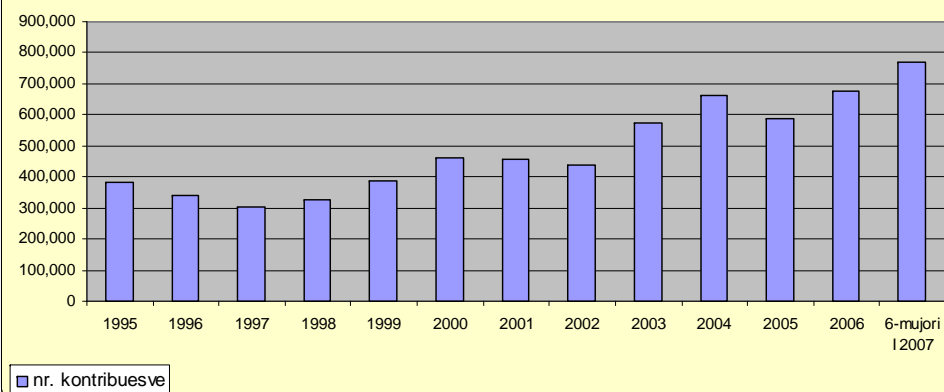
Të gjithë të siguruarit janë të detyruar të regjistrohen në Institutin e Sigurimeve Shoqërore edhe për efekt të Sigurimit Shëndetësor. Regjistrimi i të punësuarve bëhet nga punëdhënësit. Në rastet kur nuk kryhet regjistrimi, ligji përcakton gjobitjen e punëdhënësve me gjobë, me vlerë të barabartë me dyfishin e kontributit për të gjithë periudhën e mosregjistrimit. Për vonesën e pagesës së kontributit nga i siguruari dhe punëdhënësi paguhet kamata prej 0.5% për çdo ditë vonesë. Nëse një person nuk ka paguar kontributin e një muaji, atëherë në muajin pasardhës ky person do të paguajë sa herë të vizitohet dhe do të marrë barnat pa rimbursim. Numri i vogël i kontribuesve të popullatës fshatare, si dhe nivelet e ulta të kontributeve të popullatës fshatare, të vetëpunësuarve në qytet dhe të kontributeve që shteti paguan për personat ekonomikisht joaktiv përbën një problematikë të financimit të skemës së sigurimit shëndetësor që kërkon zgjidhje, jo vetëm për të tanishmen, por dhe për të ardhmen. Ndër shkaqet e numrit të vogël të kontribuesve të shtresave të popullsisë që përmendëm më sipër është informimi i pamjaftueshëm i tyre për përfitimet, "pamundësia" për të paguar njëherazi sigurimin shoqëror dhe shëndetësor së bashku, si dhe shkaqe të tjera të lidhura me faktorë të disiplinimit në sistemin e referimit të shërbimeve shëndetësore, të pagesës së tarifave, etj.

## Numri i kontribuesve sipas statistikave zyrtare të ISSH per periudhën 1995 – 2008

*numer mesatar*

Nr	Kategorite	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	6-mujori I 2007	2008
1	Buxhetore	148,887	145,083	136,396	144,907	146,603	145,674	136,354	132,810	135,015	135,872	139,446	144,516	140,994	127,839
2	Jobuxhetore	109,154	92,932	78,439	73,684	59,530	59,252	63,620	61,452	57,436	54,917	44,455	48,379	47,101	25,582
3	Firma private	47,764	49,482	50,041	54,091	53,743	64,038	72,089	88,339	90,369	95,117	103,845	127,977	152,580	157,325
4	Te vetepunesuar	32,178	22,172	13,662	13,968	13,815	19,971	26,507	28,205	30,355	34,632	38,143	60,460	61,495	60,677
5	Te vetepunesuar ne bujqesi	43,881	32,563	26,723	38,537	113,894	171,994	160,645	126,559	261,462	340,000	262,000	296,865	366,787	
	<b>Totali</b>	<b>381,864</b>	<b>342,232</b>	<b>305,261</b>	<b>325,187</b>	<b>387,585</b>	<b>460,929</b>	<b>459,215</b>	<b>437,365</b>	<b>574,637</b>	<b>660,538</b>	<b>587,889</b>	<b>678,197</b>	<b>768,957</b>	

Numri i kontribuesve ne skemen e sigurimeve shendetesore 1995 - 2007

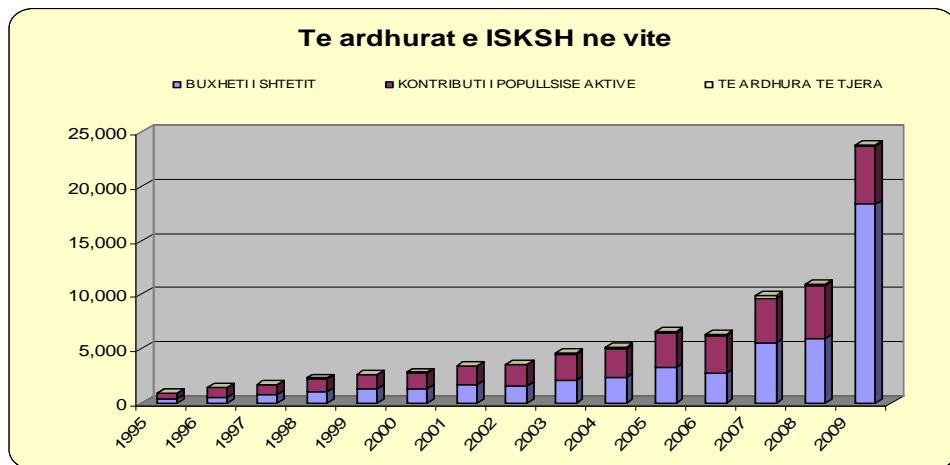


Duhet theksuar se statistikat e numrit të kontribuesve nuk janë të sakta (lidhet me procedurat e institucioneve te tjerë), ndërsa masa e të ardhurave nga kontribuesit është e saktë. Numri i kontribuesve në vitet 1995, 1996, 1997, 1998 ka ardhur duke u ulur (kjo mendohet nga pasaktësia statistikore dhe paqëndrueshmëria), për tu rritur në vitet 1999, 2000, me ulje në 2001, 2002, 2003 dhe rritje përsëri në 2004, pra pavarësisht nga lëkundjet, numri i kontribuesve ka ardhur duke u rritur. Nëse numri i kontribuesve ka pasur lëkundje, të ardhurat në periudhën prej vitit 1995 deri në 2004 kane ardhur gjithmonë në rritje (shiko pasqyrën e mëposhtme). Mbledhja e kontributeve për Sigurimin Shëndetësor, e përcaktuar me ligj, është detyrë e Institutit të Sigurimeve Shoqërore (ISSH), ndërsa ISKSH ndjek me përgjegjësi realizimin e mbledhjes së kontributeve, arkëtimin e tyre, ndërkohë që është një nga sfidat e ISKSH gjetja e mundësive për rritjen e kontributeve. Në vitin 2003 u dekretua ligji për mbledhjen e kontributeve nga Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve (DPT), çka ka pasur ndikim pozitiv, nëpërmjet eliminimit të vonesave të mbledhjes dhe transferimit që krijohet nga sistemi i mbledhjes së kontributeve për Sigurimin Shëndetësor nga ISSH.

**Kontributi** paguhet kundrejt pjesëmarrjes së barabartë në masën e pagesës së kontributit të punëmarrësit dhe punëdhënësit. Masa e kontributit për Sigurimin Shëndetësor është e ndryshme për kategori të ndryshme të popullsisë. Ajo llogaritet me përqindje mbi pagën mujore, për të punësuarit 3.4%, punëmarrësi paguan 1.7%, ndërsa për llogari të punëmarrësit 1.7% e paguan punëdhënësi shtetëror apo privat, masa e kontributit te privati llogaritet kundrejt përqindjeve mbi pagën minimale të miratuar çdo vit me VKM për të vetëpunësuarit në qytet 7% dhe fshat zonat malore 3%, në zonat fushore 5%.

Të dhënat e tabelës më poshtë, për strukturën e të ardhurave sipas viteve, flasin për raportin e të ardhurave nga kontributi i shtetit, nga kontributet e shtetasve dhe fondi i të ardhurave të tjera. Të ardhurat e tjera zënë një përqindje të vogël të burimeve financiare. Gjatë vitit 2003 dhe në vazhdim ka nje rritje jo të thjeshtë të të ardhurave të tjera. Në 2003, të ardhurat dytësore ishin 2.2 herë më shumë se një vit më parë. Kjo u arrit për hir të një pune të mirëstudiuar në depozitat afatmesem, pjesëmarrjes në bonot e thesarit dhe në përdorimin e depozitave afatshkurtër që mundësonin miradministrimin e mjeteve monetare përkohësisht të lira në llogaritë rrjedhëse. Niveli i mbledhjes së kontributeve nga popullsia fshatare dhe një pjesë e popullatës qytetare të vetëpunësuar është akoma në shifra të ulta, për arsye të shkallës së ulët të ndërgjegjësimit si dhe të mangësive organizative.

Buxheti nga viti në vit ka ardhur duke u rritur, po ashtu dhe shpenzimet. Është tregues domethënës i rëndësishëm raporti midis dy burimeve kryesore të buxhetit të ISKSH, kundrejt peshes specifike. Pesha specifike e kontributeve për Sigurimin Shëndetësor të paguar prej kontribuesve ka ardhur duke u rritur dhe ka përfaqësuar burimin më kryesor të të ardhurave. Ky raport nuk mbeti i tillë për shkak të zbatimit të projekteve pilot, në vitet 2001, 2002, 2003 dhe 2004, dhe për shkak te finacimit nga sigurimi shëndetësor i kujdesit parësor dhe spitalor në 2007, 2008 dhe 2009.



## TË ARDHURAT SIPAS STRUKTURES 1995 -2009

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Buxheti i Shtetit	376	507	790	1,071	1,300	1,300	1,678	1,619	2,100	2,350	3,250	2,805	5,545	5,937	18,332
Kontributi i Popullsise Aktive	496	953	947	1,177	1,311	1,458	1,695	1,902	2,349	2,680	3,234	3,365	4,155	4,966	5,377
Te Ardhura te tjera	0	22	17	50	44	68	74	90	198	152	72	201	272	80	90
<b>Total</b>	<b>872</b>	<b>1,482</b>	<b>1,754</b>	<b>2,298</b>	<b>2,655</b>	<b>2,826</b>	<b>3,447</b>	<b>3,611</b>	<b>4,647</b>	<b>5,182</b>	<b>6,556</b>	<b>6,371</b>	<b>9,972</b>	<b>10,983</b>	<b>23,799</b>

### **SHPENZIMET**

Në zbatimin e skemës së Sigurimeve Shëndetësore shpenzimet janë konceptuar si miradministrim i të ardhurave. Shpenzimet e ISKSH kanë ndryshuar me shtrirjen e skemës së sigurimit shëndetësor, duke kaluar nga financimi për mbulimin e shpenzimeve të MP/F, rimbursimit të barnave, të shpenzimeve për administratën dhe investimet e ISKSH, tek mbulimi i shpenzimeve për projektet pilot, më pas tek ekzaminimet unikale terciare, në mbulimin e shpenzimeve të shërbimeve shëndetësore të parësorit si dhe të shërbimeve të spitalorit. Në renditjen kohore:

Në 1995, Shpenzimet për mjekun e përgjithshëm /familjes; Rimbursimin e barnave; Administratën e ISKSH.

Në 2004 shtohen shpenzimet për ekzaminimet unikale terciare.

Në 2007 shtohen shpenzimet për shërbimet shëndetësore parësore.

Në 2009 shtohen shpenzimet për shërbimet spitalore.

ISKSH financon për shërbimet e parësorit dhe spitalorit të kontraktuara me sigurimin shëndetësor për mbulimin e shpenzimeve sipas zërave:

- Paga dhe shpenzime të tjera, lidhur me pagën e personelit;
- Kontribute për sigurime shëndetësore e shoqërore të personelit;
- Mallra e shërbime të tjera.
- Shpenzimet për rimbursimin e barnave për trajtimet ambulatorë të siguruarve (këto kryen direkt nga DRSKSH tek farmacitë).

Për mbulimin e shpenzimeve në situata të jashtëzakonshme, të paparashikuara, ISKSH ka fondin rezervë, i cili përdoret me vendim të posaçëm të Këshillit Administrativ të ISKSH.

Ndjekja e shpenzimeve është detyrë themelore e ISKSH dhe strukturave vendore. Të dhënat statistikore nxirrnin një sërë raportesh sipas zërave të shpenzimeve në vite.

Të dhënat në totalin dhe strukturën e shpenzimeve shoqëroreshin nga raporte mujore dhe progresive të shpenzimeve të rimbursimit të barnave sipas planit dhe faktit, vlerës absolute dhe relative, sipas 20 kategorive dhe totalit. Shpenzimet kanë qenë në qendër të analizave mujore të strukturave vendore dhe Drejtorisë së Përgjithshme të ISKSH.

Për periudhën 1995 deri në vitin 2000, rimbursimi i barnave përbën pjesën më të madhe, mbi 60% të shpenzimeve të ISKSH dhe rimbursimi falas ka arritur të zërë 80% të rimbursimit të barnave në

tërësi. Shpenzimet për mjekun kanë zënë vendin e dytë, me mbi 20% të tërësisë së shpenzimeve. Shpenzimet administrative përgjithësisht kanë lëvizur nga 5% deri në 7%.

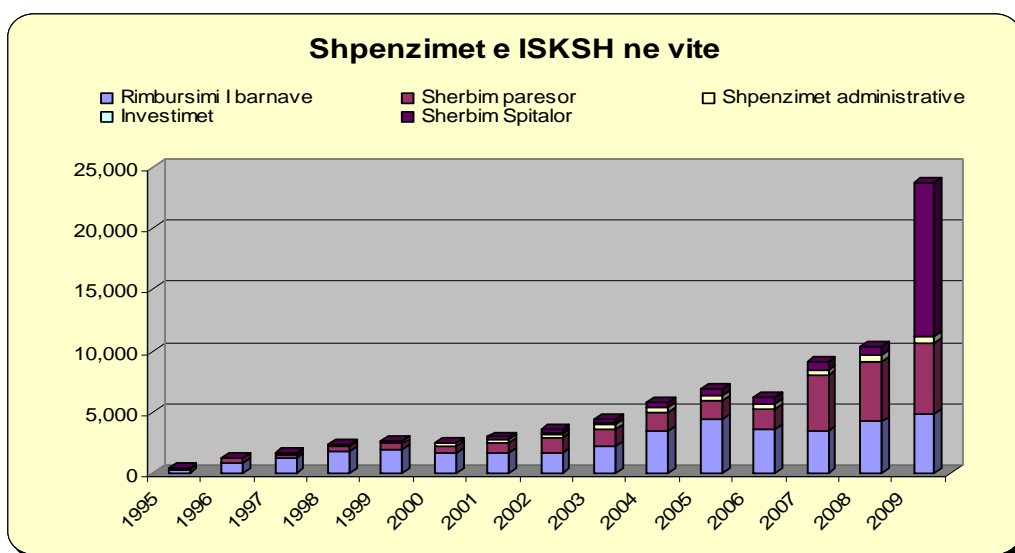
Në vitin 2005 vetëm rimbursimi i barnave ka zënë 64 % të shpenzimeve totale, shpenzimet për mjekun e familjes ishin 16 % dhe ato administrative 5.3 %. Ndërsa në 2009 shpenzimet e rimbursimit të barnave zënë 20 % të shpenzimeve, shpenzimet për financimin e kujdesit parësor e spitalor zënë 77 % dhe shpenzimet administrative zënë 2.4 %.

Viti 1995 nuk ka qenë i plotë, sepse rimbursimi i barnave filloi në Mars dhe mbulimi i shpenzimeve të mjekëve të përgjithshëm në Korrik. Shpenzimet e rimbursimit të barnave deri në vitin 2007 në tërësinë e shpenzimeve të Sigurimit Shëndetësor zunë vendin kryesor.

Tabelat e mëposhtme japin ecurinë e treguesve të shpenzimeve për periudhën 1995 – 2009.

(në milione leke)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rimbursimi i barnave	304	867	1,202	1,783	1,941	1,705	1,681	1,697	2,249	3,492	4,373	3,619	3,494	4,216	4,856
Sherbim parësor	72	320	343	432	475	529	826	1,209	1,379	1,514	1,589	1,630	4,537	4,949	5,722
Shpenzimet administrative	25	64	75	137	154	176	222	300	315	340	365	359	405	486	579
Investimet	13	19	3	28	22	26	23	78	121	59	51	36	42	42	11
Sherbim Spitalor	0	0	0	0	0	0	216	320	301	355	492	602	591	684	12,603
<b>Totali</b>	<b>414</b>	<b>1,270</b>	<b>1,623</b>	<b>2,380</b>	<b>2,592</b>	<b>2,437</b>	<b>2,968</b>	<b>3,604</b>	<b>4,365</b>	<b>5,760</b>	<b>6,871</b>	<b>6,246</b>	<b>9,069</b>	<b>10,377</b>	<b>23,771</b>



Struktura e shpenzimeve prej vitit 1995 deri ne 2009 paraqitet ne table:

(ne milione leke)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rimbursimi i barnave	304	867	1,202	1,783	1,941	1,705	1,681	1,697	2,249	3,492	4,373	3,619	3,494	4,216	4,856
Mjeku i pergjithshem dhe familjes	72	320	343	432	475	529	601	876	992	1,069	1,092	1,090			
ASHR							225	333	387	445	497	540			
Sherbim paresor													4,537	4,949	5,722
Shpenzimet administrative	25	64	75	137	154	176	222	300	315	340	365	359	405	486	579
Investimet	13	19	3	28	22	26	23	78	121	59	51	36	42	42	11
Spitali Durres							216	320	301	355	436	467	501	590	626
Sherbim Spitalor															11,901
Ekzaminimet terciare											56	135	90	94	76
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>1,270</b>	<b>1,623</b>	<b>2,380</b>	<b>2,592</b>	<b>2,437</b>	<b>2,968</b>	<b>3,604</b>	<b>4,365</b>	<b>5,760</b>	<b>6,871</b>	<b>6,246</b>	<b>9,069</b>	<b>10,377</b>	<b>23,771</b>

Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit është nga pikat e vështira për skemën e Sigurimit Shëndetësor, për shkak të natyrës, gjendjes së sëmundshmërisë dhe më tepër në kushtet e lëvizjeve demografike të pakontrolluara, të indisiplinimit të tregut farmaceutik, të shkeljeve në shërbimet shëndetësore dhe në shërbimin farmaceutik, të mangësive organizative në sistem, të efekteve financiare nga ndryshimi i listës së barnave të rimbursueshme gjatë vitit, të shtrirjes jo mire të planizuar në kohë të skemës së sigurimit dhe përballimit pjesërisht të këtyre shpenzimeve nga buxheti i shtetit. Për planizimin e shpenzimeve të rimbursimit të barnave janë marrë në konsideratë faktorë të ndryshëm, mbështetur në historikun, rimbursimin për banor, specifikën rajonale, strukturën e sëmundshmërisë, etj.

STRUKTURA E BUXHETIT TË ISKSH NË VITE

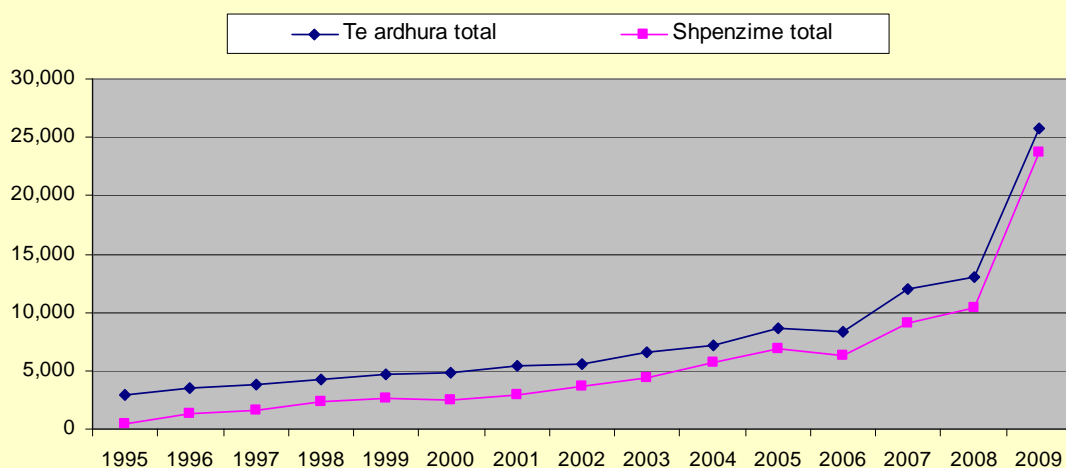
Strukturta e buxhetit (ne milione leke)	1995			1996			1997			1998			1999			2000		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
<b>Te ardhurat</b>	<b>1,131</b>	<b>872</b>	<b>77%</b>	<b>1,621</b>	<b>1,482</b>	<b>91%</b>	<b>1,584</b>	<b>1,754</b>	<b>111%</b>	<b>2,418</b>	<b>2,298</b>	<b>95%</b>	<b>2,951</b>	<b>2,655</b>	<b>90%</b>	<b>3,000</b>	<b>2,826</b>	<b>94%</b>
nga te cilat:																		
Buxheti i Shtetit	501	376	75%	521	507	97%	790	790	100%	1,273	1,071	84%	1,300	1,300	100%	1,300	1,300	100%
Kontribute te pop. Aktive	630	496	79%	1,100	953	87%	794	947	119%	1,070	1,177	110%	1,459	1,311	90%	1,543	1,458	95%
Te ardhura te tjera	0	0		0	22		0	17		75	50	67%	192	44	23%	157	68	43%
Fondi rezerve																		
<b>Shpenzime</b>	<b>1,131</b>	<b>414</b>	<b>37%</b>	<b>1,286</b>	<b>1,270</b>	<b>99%</b>	<b>1,584</b>	<b>1,623</b>	<b>102%</b>	<b>2,351</b>	<b>2,380</b>	<b>101%</b>	<b>2,728</b>	<b>2,592</b>	<b>95%</b>	<b>2,908</b>	<b>2,437</b>	<b>84%</b>
nga te cilat:																		
Rimbursimi i barnave	1,023	304	30%	881	867	98%	1,159	1,202	104%	1,726	1,783	103%	1,909	1,941	102%	2,030	1,705	84%
Mjeku i Pergjithshem dhe Familjes	74	72	97%	327	320	98%	345	343	99%	430	432	100%	549	475	87%	583	529	91%
Shpenzimet administrative	34	25	74%	78	64	82%	76	75	99%	162	137	85%	208	154	74%	219	176	80%
Investimet		13			19		4	3	75%	33	28	85%	62	22	36%	76	26	35%
ASHR e Spitali Durres																		
Ekzaminimet terciare																		



Strukturta e buxhetit (ne milione leke)	2001			2002			2003			2004			2005			2006		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
<b>Te ardhurat</b>	<b>3,528</b>	<b>3,447</b>	<b>98%</b>	<b>3,786</b>	<b>3,611</b>	<b>95%</b>	<b>4,559</b>	<b>4,647</b>	<b>102%</b>	<b>5,150</b>	<b>5,181</b>	<b>101%</b>	<b>6,893</b>	<b>6,557</b>	<b>95%</b>	<b>6,502</b>	<b>6,371</b>	<b>98%</b>
nga te cilat:																		
Buxheti i Shtetit	1,678	1,678	100%	1,750	1,619	93%	2,100	2,100	100%	2,350	2,350	100%	3,250	3,250	100%	2,805	2,805	100%
Kontribute te pop. Aktive	1,800	1,695	94%	1,956	1,902	97%	2,359	2,349	100%	2,690	2,680	100%	3,233	3,234	100%	3,647	3,365	92%
Te ardhura te tjera	50	74	148%	80	90	113%	100	198	198%	110	152	138%	110	72	66%	50	201	402%
Fondi rezerve													300		0%			#DIV/0!
<b>Shpenzime</b>	<b>3,113</b>	<b>2,967</b>	<b>95%</b>	<b>3,786</b>	<b>3,604</b>	<b>95%</b>	<b>4,559</b>	<b>4,366</b>	<b>96%</b>	<b>5,450</b>	<b>5,760</b>	<b>106%</b>	<b>6,893</b>	<b>6,870</b>	<b>100%</b>	<b>6,502</b>	<b>6,246</b>	<b>96%</b>
nga te cilat:																		
Rimbursimi I barnave	1,749	1,681	96%	1,687	1,697	101%	2,101	2,249	107%	3,046	3,492	115%	4,371	4,373	100%	3,630	3,619	100%
Mjeku i Pergjithshem e I familjes	627	601	96%	901	876	97%	1,100	992	90%	1,095	1,069	98%	1,104	1,092	99%	1,210	1,090	90%
Shpenzimet administrative	229	222	97%	307	300	98%	347	315	91%	354	340	96%	372	365	98%	402	359	89%
Investimet	30	23	76%	107	78	73%	140	121	87%	100	59	59%	52	51	99%	100	36	36%
ASHR e Spitali Durres	478	440	92%	784	653	83%	871	688	79%	815	800	98%	938	933	99%	1,007	1,007	100%
Ekzaminimet terciare										40	0	0%	56	56	100%	153	135	88%

Strukutra e buxhetit (ne milione leke)	2007			2008			2009		
	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%	Plan	Fakt	%
<b>Te ardhurat</b>	<b>10,082</b>	<b>9,972</b>	<b>99%</b>	<b>11,160</b>	<b>10,983</b>	<b>98%</b>	<b>24,211</b>	<b>23,799</b>	<b>98%</b>
nga te cilat:									
Buxheti i Shtetit	5,545	5,545	100%	5,937	5,937	100%	18,332	18,332	100%
Kontribute te pop. Aktive	4,487	4,155	93%	5,173	4,966	96%	5,829	5,377	92%
Te ardhura te tjera	50	272	544%	50	80	160%	50	90	181%
Fondi rezerve									
<b>Shpenzime</b>	<b>10,082</b>	<b>9,069</b>	<b>90%</b>	<b>11,160</b>	<b>10,376</b>	<b>93%</b>	<b>24,211</b>	<b>23,771</b>	<b>98%</b>
nga te cilat:									
Rimbursimi i barnave	3,997	3,494	87%	4,270	4,216	99%	4,840	4,856	100%
Sherbimi paresor	4,779	4,537	95%	5,525	4,949	90%	6,000	5,722	95%
Shpenzimet administrative	505	405	80%	525	486	93%	624	579	93%
Investimet	190	42	22%	130	42	32%	110	11	10%
S Durres + spitalet e tjera	501	501	100%	590	590	100%	12,527	12,527	100%
Ekzaminimet terciare	110	90	82%	120	94	78%	110	76	69%

### Ecuria e te ardhurave dhe shpenzimeve ne vite



### Realizimi i Planit te Rimbursimit 2009

*Realizimi mujor i planit te rimbursimit (ne 000/leke)*

	Plan	Fakt	Realizimi
<b>Totali i Rimbursimit</b>	<b>698,853</b>	<b>462,320</b>	<b>66%</b>

*Kategorite me rimbursim te plote*

01	Femije 0 -12 Muajsh	956	795	83%
02	Invalide te plote	210,690	131,433	62%
04	Invalide Lufte	1,110	816	74%
05	Te Semure me TBC	0	0	0%
06	Te Semure me Ca	65,585	42,804	65%
07	Veterane	36,863	25,642	70%
10	Pensioniste	293,221	209,179	71%
16	Raste te vecanta( SM)	21,401	8,996	42%
17	Jetimet	66	61	92%
20	Te verber	527	566	107%
<b>Totali</b>		<b>630,419</b>	<b>420,292</b>	

*Kategorite me rimbursim te pjesshem*

03	Invalide te pjesshem		2,527	113%
----	----------------------	--	-------	------

*Realizimi progresiv I planit te rimbursimit*

*(ne 000/leke)*

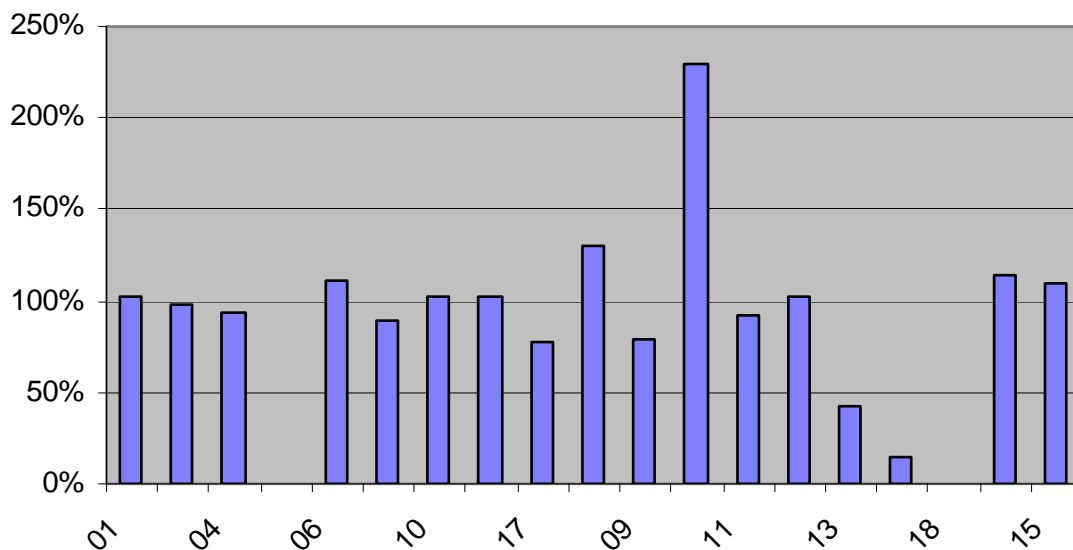
Plan	Fakt	Realizimi
<b>4,840,000</b>	<b>4,892,181</b>	<b>101%</b>

8,018	8,188	102%
1,454,979	1,432,356	98%
9,324	8,694	93%
0	7	0%
324,279	362,318	112%
322,828	289,135	90%
2,206,135	2,260,846	102%
97,621	99,591	102%
641	497	78%
5,496	5,901	107%
<b>4,429,321</b>	<b>4,467,533</b>	

	28,797	130%
--	--------	------

		2,241			22,125		
09	<i>Nxenes, studente &gt; 14 vjec</i>	2,453	2,015	82%	24,808	19,739	80%
10.1	<i>Pensioniste te pjesshsem</i>	894	1,813	203%	7,997	18,337	229%
11	<i>Te paaftë fizike +psiqike</i>	1,917	1,014	53%	12,217	11,301	92%
12	<i>Te papune ,Ndihme ekon.</i>	14,262	8,948	63%	87,444	90,023	103%
13	<i>Gra me leje lindjeje</i>	64	23	36%	499	212	42%
14	<i>Ushtare</i>	14	0	0%	119	18	15%
18	<i>Te siguruar vullnetare</i>	1,482	0	0%	10,705	0	0%
19	<i>Femije 1-14 vjec</i>	9,325	4,895	52%	42,106	48,081	114%
15	<i>Popullsi aktive</i>	30,390	20,793	68%	190,593	208,140	109%
	<i>Te tjera(QSUT 2%)</i>	5,391			12,065		
	<b>Totali</b>	<b>68,433</b>	<b>42,028</b>		<b>410,678</b>	<b>424,648</b>	

### Realizimi progresiv i rimbursimit sipas kategorive 2009



## Rimbursimi i Barnave 2009

(mije leke)

	Banore	Receta	Rimburs.	Rimb/ recete/ leke	Receta / mije banore	Rimb/ banore/ leke
<b>Femije 0 -12 Muajsh</b>	37,570	1,560	795	510	42	21
<b>Invalide te plote</b>	37,626	29,554	131,433	4,447	785	3,493
<b>Invalide Luftë</b>	281	358	816	2,279	1,274	2,904
<b>Te Semure me TBC</b>	224	0	0	0	0	0
<b>Te Semure me Ca</b>	5,530	3,151	42,804	13,584	570	7,740
<b>Veterane</b>	12,431	13,507	25,642	1,898	1,087	2,063
<b>Pensioniste</b>	524,294	185,697	209,179	1,126	354	399
<b>Raste te Vecanta( S M )</b>	794	127	8,996	70,835	160	11,330
<b>Jetimet</b>	1,591	15	61	4,067	9	38
<b>Te verber</b>	1,967	312	566	1,814	159	288
<b>Invalide te pjeshem</b>	6,277	1,434	2,527	1,762	228	403
<b>Nxenes, Studente&gt;14v jec</b>	491,302	916	2,015	2,200	2	4
<b>Pensioniste te pjeshem</b>	6,532	2,273	1,813	798	348	278
<b>Te paafte fizike e psiqike</b>	10,472	355	1,014	2,856	34	97
<b>Te papune,ndih me, asistence</b>	771,666	7,573	8,948	1,182	10	12
<b>Gra me leje lindjeje</b>	10,107	24	23	958	2	2

Receta	Rimbursimi	Rimb/ recete/ leke	Mes. mujore e recet/ mije banore	Mes. mujore rimb/ banore
16,078	8,188	509	36	18
320,077	1,432,356	4,475	740	3,311
4,209	8,694	2,066	1,213	2,509
3	7	2,333	1	2
34,827	362,318	10,403	687	7,078
161,652	289,135	1,789	1,003	1,796
2,043,032	2,260,846	1,107	320	354
1,379	99,591	72,220	204	14,843
132	497	3,765	7	25
3,361	5,901	1,756	127	296
16,340	28,797	1,762	3,186	223
7,472	19,739	2,642	1	3
26,234	18,337	699	314	219
3,782	11,301	2,988	30	89
76,148	90,023	1,182	8	10
261	212	812	2	2

<b>Ushtare</b>	6,365	3	0	0	0	0
<b>Te siguruar vullnetare</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Femije 1-14 vjec</b>	766,868	4,511	4,895	1,085	6	6
<b>Popullsi Aktive</b>	1,361,467	16,182	20,793	1,285	12	15
<b>TOTALI</b>	4,053,364	267,552	462,320	1,728	66	114

17	18	1,059	0	0
0	0	0	0	0
41,050	48,081	1,171	4	5
164,594	208,140	1,265	10	13
2,920,648	4,892,181	1,675	59	99

## ISKSH

- ❖ Buxheti i ISKSH për 2009 përfaqëson 2% të prodhimit të brendshëm bruto. Buxheti ka qenë 1% dhe me financimin shërbimeve spitalore u dyfishua.
- ❖ Vlera e buxhetit është 24 miliard lek, e barabartë me 5680 lek për banorë, përlllogaritur mbi 4.260.000 banorë (të dhënat e gjendjes civile).
- ❖ Rimbursimi i planifikuar 4.7 miliard lek i barabartë me 1100 lek për banor.

## PËRFITIMET

Shpenzimet për shërbimet shëndetësore bëhen gjithmonë e më të shtrenjta. Me të ardhurat personale shumica e njerëzve e kanë shumë të vështirë të përballojnë shpenzimet për shërbimet shëndetësore, ndërsa një pjesë e kanë të pamundur. Kur personi është i siguruar nuk i ndjen shpenzimet për shërbimet shëndetësore, sepse ato përballohen nga sigurimi shëndetësor. Përfitimet nga skema e sigurimit shëndetësor janë të konsiderueshme dhe janë për të gjithë të sigurvearit. Le të rendisim disa prej tyre më poshtë:

Vizitat falas te mjeku i përgjithshëm dhe i familjes. Kjo do të thotë që të sigurvearit kur vizitohen tek mjekët e kontratuar me Sigurimin Shëndetësor nuk paguajnë, sepse për ta paguan Sigurimi Shëndetësor.

- ❖ Vizitën falas në banesë, kur gjendja shëndetësore e të sëmurit nuk mundëson paraqitjen në institucionin shëndetësor.
- ❖ Rimbursimi i pjesshëm ose i plotë i barnave të listës. Kjo do të thotë se në farmacitë e kontraktuara me Sigurimin Shëndetësor të sigurvearit i përfitojnë barnat kundrejt pagesës së pjesshme ose krejt pa pagesë, sepse për ta paguan Sigurimi Shëndetësor.
- ❖ Me rekomandimin e mjekut të përgjithshëm, i sigurveari përfiton vizitat falas tek mjekët specialistë, si dhe mjekimin falas dhe shtrimin në spital (sipas sistemit të referimit: VKM nr.144, dt. 26.2.1998, Urdhëri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 429, dt. 2.11.2001, nr. 337, dt. 2.12.2002.
- ❖ Të sigurvearit përfitojnë falas ekzaminimet mjekësore të rutinës.
- ❖ Të sigurvearit përfitojnë falas ose me pagesë të pjesshme dhe ekzaminimet unikale terciare.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 87, dt. 13.2.2003 “Për identifikimin e personave që marrin shërbim shëndetësor në Republikën e Shqipërisë” dhe nr. 383, dt. 19.6.2004 “Për miratimin e procedurave, tarifave dhe masën e mbulimit të shërbimeve ekzaminuese unikale terciare, të përfshira në sigurimin shëndetësor” ekzaminimet përfitohen :

- Falas për fëmijët deri në 12 vjeç, invalidët e plotë, invalidët e luftës N.Ç, veteranët e luftës N.Ç, të sëmurët me TBC, të sëmurët me Ca.
- Me pagesë 10% të tarifës për të sigurvearit e tjerë.

Të pasigurvearit duhet të paguajnë për vizitën, si të mjekut të përgjithshëm dhe të mjekut specialist, duhet të paguajnë gjithashtu çmimin e plotë të barnave. Të sigurvearit nuk paguajnë për vizitën te mjeku dhe për barnat ose nuk paguajnë fare ose kanë një pagesë të pjesshme që shkon deri në 50% të çmimit të barnave, por jo më shumë.

Më hollësisht mbi rimbursimin theksojmë se rimbursohen 100% barnat për :

- ❖ Fëmijët 0 –12 muaj.

- ❖ Personat me pension pleqërie.
- ❖ Invalidët për sëmundjet e invaliditetit.
- ❖ Invalidët e luftës NÇ, për të gjitha sëmundjet.
- ❖ Veteranët e luftës NÇ, për sëmundjet kronike të listës së miratuar nga Ministria e Shëndetësisë.
- ❖ Personat me statusin e të verbërit.
- ❖ Personat me statusin e jetimit.
- ❖ Të sëmurët me sëmundje kanceroze.
- ❖ Të sëmurët me transplant renal.
- ❖ Të sëmurët me Sklerozë multiple.
- ❖ Të sëmurët me Anemi të Insufiçencës kronike të veshkave.
- ❖ Të sëmurët me Talasemi major.
- ❖ Të sëmurët me tuberkuloz.
- ❖ Invalidët dhe Veteranët përjashtimisht me ligj rimbursohen dhe për barnat, që nuk janë përfshirë në listën e barnave të rimbursueshme nga Sigurimi Shëndetësor.

Shpesh herë nuk arrijmë të vlerësojmë siç duhet rëndësinë dhe peshën e përfitimeve. Le të sjellim disa shembuj. Një fshatar, për të qënë i siguruar do t'i duhej të paguante 324 lekë ne vit. Nëse nuk paguan sigurimin shëndetësor sa herë që të vizitohet duhet të paguante 300 lekë per vizite dhe për barnat vlerën e plotë sipas çmimit të barnave, pra për një recetë mesatarisht do të paguante 1378 lekë (të dhënat i përkasin 2003). Ne vitin 2009 një person i pasiguar do të paguante tek mjeku i familjes 1000 lekë dhe tek mjeku specialist 1500 lekë, ndërsa për një recetë do të paguante mesatarisht 1650 lekë.

Më tej, po të mos jesh i siguruar për të bërë një fibrogastroscopi apo fibrocolonoscopi do të paguash 3800 lekë, për një CT-Scann 12 500 lekë, për një mamografi 3000 lekë, për një rezonancë magnetike pa kontrast 20000 lekë, rezonancë magnetike me kontrast 35000 lekë, për një angiografi apo koronarografi 40000 lekë.

#### **Që të përfitosh nga Sigurimit Shëndetësor duhet :**

- Të jesh i siguruar, pra te kesh dëshminë e sigurimit shëndetësor. Personat ekonomikisht aktiv janë të detyruar të paguajnë kontributet për sigurimin shëndetësor. Në këtë rast, duhet të pajisen me Librezën e sigurimit shoqëror dhe shëndetësor, ky është dokumenti që dëshmon sigurimin shëndetësor të personave që paguajnë kontributin. Për personat ekonomikisht jo aktiv shteti paguan kontributin, këta persona duhet të kenë dëshminë e kategorisë së ciles i përkasin, si: vërtetimin e KEMP për invalidët, dëshminë e statusit të veteranit, çertifikatën e gjendjes civile për fëmijët dhe kështu për të gjitha këto grupe.
- Përveç dokumentit të mësipërm, për të përfituar duhet dhe **Libreza e shëndetit**, e cila lëshohet vetëm për të siguarit në bazë të dokumentit të Librezes së sigurimit shoqëror dhe shëndetësor për personat ekonomikisht aktiv dhe në bazë të dokumentacionit që dëshmon përkatësinë në grupimet e popullatës, për të cilët kontributi derdhet nga buxheti i shtetit. Pajisja me librezë shëndeti bëhet nga ISKSH, shpërndarja bëhet në strukturat vendore të sigurimit shëndetësor dhe në Tiranë në qendra shëndetësore. Që të përfitosh nga Sigurimi Shëndetësor nuk mjafton të jesh i siguruar dhe i pajisur me Librezë Shëndeti.



- Duhet gjithashtu Karta e identitetit, d.m.th të kesh letërnjoftimin ose pasaportën ose çertifikatën e gjendjes civile.
- Me **karten e identitetit dhe Librezen e Shëndetit** perfiton viziten tek mjekut te pergjithshem/familjes (MP/F) dhe receten me rimbursim. Të sëmurët vizitohen te MP/F i cili plotëson recetën e rimbursueshme dhe Librezen e Shëndetit (LSH). Me recetën e rimbursueshme, LSH dhe kartën e identitetit të sëmurët marrin barnat në farmacitë e kontratuara me Sigurimin Shëndetësor.
- Duhet **rekomandimi** i MP/F për të gjitha rastet kur MP/F nuk është në gjendje të trajtojë vetë të sëmurin dhe ai e rekomandon të sëmurin të bëjë analizat klinike, biokimike, EKO, radioskopin, grafinë etj ose e rekomandon te vizitohet te MS ose të shtrohet në spitalte.

### **MJEKU I PËRGJITHSHËM DHE I FAMILJES (MP/F)**

Kur je i shëndoshë nuk të bie ndërmend as për mjekë, as për sigurime shëndetësore dhe as u kushton vëmendjen e duhur emisioneve apo spoteve promovuese për shëndetin. Për këto të bie ndërmend vetëm kur sëmurësh, atëherë e para gjë që bën është t'i drejtohesh mjekut, që përgjithësisht është mjeku i përgjithshëm dhe i familjes (MP/F), sepse është me i mundshmi, më i afërti. Mjekësia familjare është një disiplinë akademike e edukimit profesional për kujdesin shëndetësor, konceptuar mbi baza rigorozisht shkencore si specialiteti i kujdesit parësor. Mjekët familjare janë mjekë personal të kujdesit shëndetësor të vazhdueshëm për individin, pa dallim moshe, seksi apo sëmundje, që e ushtrojnë aktivitetin e tyre direkt ose nëpërmjet shërbimeve të tjera në përputhje me gjendjen dhe mundësitë. Në Shqipëri mjekët e familjes janë të njohur që në vitet tridhjetë, më pas u shtrinë në qytete dhe sidomos në fshatra, diferenca ndërmjet të kaluarës dhe aktualitetit i përket kohës dhe vendeve të ndryshme. Në vendin tonë si dhe në disa vende të tjera mjekësia familjare nuk ka qenë pjesë e disiplinave akademike të edukimit profesional të kujdesit shëndetësor. Akti i parë administrativ mbi organizimin në shërbimin ambulator të mjekut të familjes i përket Udhëzimit nr.134 dt.8.3.1993, më pas është Ligji 7870 dt.13.10.1994, i cili përdor emërtimin mjek familje, ndërsa mjekësia familjare si disiplinë akademike filloi në vitin 1997.

MP/F është pika e parë e sitemit të referimit të shërbimeve shëndetësore shtetërore, është dhe hallka e parë që lidh Sigurimin Shëndetësor me popullatën, është në qendër të skemës së sigurimit shëndetësor. Duke i konsideruar marrdhëniet e ISKSH me MP/F si lidhje bashkëpunimi të pazëvendësueshme për realizimin e misionit të Sigurimeve Shëndetësore, është i rëndësishëm që ky bashkëpunim të mirëkuptohet nga mjekët, të cilët duhet të përcjellin informacionet për Sigurimin Shëndetësor tek të gjithë personat të cilëve ata u ofrojnë shërbimet shëndetësore, tu bëjnë atyre të njohur përfitimet që gëzojnë nga skema e sigurimit shëndetësor dhe tu shpjegojnë se si funksionon kjo skemë, tu shpjegojnë sistemin e referimit. MP/F duhet të familjarizohen me idenë se nuk duhet të përqëndrohen vetëm në diagnostikimin dhe mjekimin medikamentoz, por duhet të shfrytëzojnë tërësinë e trajtimeve mjekësore dhe të angazhohen seriozisht në parandalimin, edukimin shëndetësor të personave që mbulojnë. MP/F e kanë të domosdoshëm edukimin e vazhdueshëm profesional të tyre dhe zhvillimin e marrdhënieve familjare me të gjithë ata të cilëve u ofrojnë kujdesin shëndetësor.

MP/F janë të vendosur në qëndër të sistemit të referimit të shërbimeve shëndetësore, sepse janë më afër të sëmureve në qytet apo fshat, ndryshe janë më të gjendurit, janë më komodët, tek ata shkohet pa pasur nevojë për rekomandim për vizitën, përgjithësisht nuk ke nevojë të presësh radhë me orë të tëra apo ditë, ata janë mjekët që japin recetën e rimbursueshme, shërbejnë para dhe pas dite, njohin më mirë të sëmurët për sëmundjet e kaluara, gjendjen ekonomike, sociale, kushte e jetesës, familjarët, trashëgueshmërinë dhe janë më pak të kushtueshmit.

Mjeku i përgjithshëm është i orientuar ta shikojë të sëmurin si organizëm në tërësi dhe jo të kufizohet në një organ apo sistem të veçantë, është pra i orientuar të mbikëqyrë në tërësi gjendjen shëndetësore dhe kushtet e jetesës.

MP/F ka rol integrues në sistemin shëndetësor, ai siguron asistencë mjekësore parësore, të përgjithshme, të vazhdueshme, në institucionin shëndetësor apo në banesë, të gjithë individëve dhe grupimeve të cilët e kanë zgjedhur atë si mjek të tyre. Këtij pozicionimi i krijojnë vështirësi lëvizjet demografike të pakontrolluara, përfshirë këtu lëvizjet e mjekëve dhe të personelit ndihmës, i krijojnë vështirësi jo vetëm për mbulimin shëndetësor, por dhe për pagesën, për administrimin, për njohjen e sëmundshmërisë etj. Gjithsesi ky pozicionim qëndror kërkon nga MP/F përgjegjshmëri dhe profesionalizëm në përmbushjen e misionit të tij. Vetë MP/F është i ineresuar të jetë në një pozicionim të tillë në skemën e sigurimit shëndetësor, sepse është i motivuar. Çfarë përfitimesh ka MP/F në skemën e Sigurimit Shëndetësor :

- Punë të garantuar me risk thuajse zero.
- Rritje në vazhdimësi të rrogës.
- Shpërblim të herëpashershëm, më shpesh shpërblim në masën e dy pagave mujore në vit.
- Pagesë në se është i diplomuar për mjekësi familiare aq sa dhe një kardiolog apo endokrinolog specialist i shërbimit parësor, si dhe pagesë më te lartë në se ka mbingarkesë të mbulimit shëndetësor .
- Pagesë dhe për periudhat e trajnimeve në shërbimin e përgjithshëm shëndetësor dhe të mjekësisë familjare.
- Pushime të paguara të garantuara.
- Kushte pune relativisht të mira dhe me përmirësim të sigurtë në vazhdimësi.
- Shtim të paisjeve mjekësore, mundësi më të mëdha të përvetësimit të dijeve profesionale dhe të aplikimit të tyre.

MP/F është paguar nga sigurimi shëndetësor për vizitën dhe ndihmën mjekësore që u jep të gjithë personave që mbulon në shërbimin shëndetësor parësor. Në zbatim të Ligjit nr.7870, dt.13.10.1994 (neni 14), pagesa është përcaktuar për shërbimet e mjekut të përgjithshëm dhe familjes në varësi të personave të regjistruar tek ai mjek, pra pagesë për person, “per capitis”, duke pranuar paraprakisht se në një grupim personash, brenda një periudhe kohe, një pjesë e tyre sëmuren me sëmundje për afërsisht të njohura dhe e marrin shërbimin mjekësor të përgjithshëm.

VKM nr.343, dt.3.7.1995, përcakton se pagesa e MP/F bëhet për numer personash të regjistruar dhe në bazë të kriterëve për strukturën e të regjistruarve, vjetërsinë në punë të mjekut, vështirësi profesionale, vështirësi gjeografike (largësi, shpenzime transporti), vështirësi si inspektor sanitar, shtesë funksioni. Mbi këtë konceptim, në përshtatje me politikën shëndetësore janë përcaktuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, normat e ngarkesës së mjekëve të përgjithshëm.

\* Norma e ngarkesës së MP/F :

- 2000 banorë për MP (mjekun e përgjithshëm) për të rritur në qytet.
- 1000 banorë për MP për fëmijë në qytet.
- 2000 banorë për MP/F gjithë moshat në qytet.
- 1400 banorë për MP/F drejtor i qendrës shëndetësore në qytet.
- 700 banorë për MP/F për femije deri 14 vjeç, drejtor i qendrës shëndetësore në qytet.
- 1400 banorë për MP/F për gjithë moshat, drejtor i qendrës shëndetësore në qytet.
- 1700 banorë për MP/F për gjithë moshat në fshat.
- 1700 banorë për MP/F drejtor i qendrës shëndetësore në fshat.

\* Ngarkesa maksimale :

- 3000 banorë për MP/F për të rritur në qytet.
- 1500 banorë për MP/F për fëmijë në qytet.
- 3000 banorë për MP/F për gjithë moshat në qytet.
- 2100 banorë për MP/F drejtor i qendrës shëndetësore në qytet.
- 1050 banorë për MP/F për femije deri në 14 vjeç, drejtor i QSH në qytet.
- 2100 banorë për MP/F për gjithë moshat, drejtor i QSH në qytet.
- 2600 banorë për MP/F për gjithë moshat në fshat.
- 2600 banorë për MP/F drejtor i QSH në fshat.



Konferencë për pagat e MPF, 2006

Më pas është përdorur përlllogaritja sipas sistemit të vlerësimit të punës në pikë. Vendosej një numër arbitrar pikës të emërtuar për person që reflektonte pagesën nga e cila nxirrej vlera e një pike dhe pastaj sipas prioriteteve të kritereve vështirësi, vjetërsi, pozicion, etj, të shprehur në pikë bëhej struktura e pagesës për çdo individ.

Sistemi i pagesës së mjekut të përgjithshëm është një sistem miks, i bazuar kryesisht mbi numrin e personave të regjistruar dhe kartelizuar tek mjeku. Përveç pagesës për banor, sipas udhëzuesve mbi pagat, disa herë të ndryshuar në zbatim të vendimeve të Këshillit Administrativ, MP/MF kanë marrë pagesë fikse (bazë), pagesë për pozicionim të qendrës shëndetësore, për shërbimet parandaluese, për vështirësi, për specializim si Mjek Familje, Patologji të Përgjithshme dhe Pediatri të Përgjithshme.

Të tjerë kritere në pagesën e mjekëve janë zbatuar për një politikë nxitëse në mbulimin shëndetësor, në përmirësimin e cilësisë së shërbimit, si: puna larg vendbanimit, puna në zonat e vështira, gadishmëria në dhënien e shërbimit jashtë kohës normale të punës, pagesa e veçantë për mbi dhe nën ngarkesën, së fundi pagesë bazë, për numër vizitash dhe për bonus (mbështetur në treguesit e cilësisë). Formularët e mjekëve dhe infermierëve të sistemit të informacionit shëndetësor që po zbatohen, përveç plotësimit të informacionit do të shfrytëzohen në të ardhmen për pagesën. Sipas aneksit B të VKM nr.857, dt.20.12.2006 treguesit vlerësues të cilësisë janë:

1. Raportimi në kohe dhe i plotë i të dhënave të kërkuara sipas kontratës.
2. Ulja e vlerës mesatare të recetës për banor të regjistruar (norma vjetore 5%).
3. Ulja e numrit të referimit për vizitë në kujdesin e specializuar (norma vjetore 5%).
4. Pjesëmarrja e stafit në trajnimet mjekësore të vazhdueshme (10% e stafit në vit).
5. Regjistrimi i të paktën i 80% të gjithë pacientëve të zonës së mbulimit të QSH.
6. Përballimi i 90% të pacientëve me shërbime, të matura me anë të anketimit të detyrueshëm të pacientëve për cilësinë e shërbimit, i cili kryhet rregullisht nga qendra shëndetësore ose QKCSA-ISH të parashikuar në qendrën shëndetësore.
7. Trajtim përfundimtar të paktën i 80% të gjithë rasteve nga QSH.
8. Pakësimi i kohës së pritjes për konsulta në më pak se 1 orë.

Mjekët e përgjithshëm kanë pak mundësi të njihen me kërkesat e mjekësisë familjare si disiplinë shkollore, kanë pak mundësi të njohin të rejat e diagnostikimit dhe procedurat e trajtimit të sëmurëve, janë këto arsye që bëjnë shumë të nevojshëm një plan për të gjithë Shqipërinë sipas një program trajnimi pa shpëputje nga puna për specializimin si mjek familje dhe më pas futjen në sistemin e vazhdueshëm të edukimit profesional.

## **MARRDHËNIET E ISKSH**

ISKSH bashkëpunon me Ministrinë, institucionet e tjera qëndrore dhe me pushtetin vendor, përtej institucioneve të përmendura, bashkëpunimi shtrihet me Urdhërin e Mjekëve, Urdhërin e Farmacistëve, me Shoqatën e Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes, të mjekëve specialistë, të invalidëve, të veteranëve të luftës, të përndjekurve politikë, të Jetimëve, të Verbërve, Shoqatën e Talasemikëve, Shoqatën e para dhe tetra plegjikëve, Sindikatën e pavarur të Shëndetësisë, Konfederatën e Shëndetësisë dhe me shumë organizata dhe shoqata të tjera.

Në radhë të parë ISKSH bashkëpunon me Ministrinë e Shëndetësisë, Ministrinë e Financave, Institutin e Sigurimit Shoqëror, QSUT “Nënë Tereza”, Qendrën Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të institucioneve shëndetësore, Fakultetin e Mjekësisë, Institutin e Shëndetit Publik, Qendrën e Edukimit të Vazhdueshëm mjekësor. Në kuadrin e projekteve dhe marrdhënieve ndërkombëtare, ISKSH ka bashkëpunuar me shumë organizma ndërkombëtare, Bankën Botërore, USAID, OBSH-MSH, GTZ, OBIG, dhe mjaft institucione homologe të Evropës.

ISKSH është institucion i pavarur, por jo gjithmonë ky status është respektuar. Marrdhëniet me Ministrinë vetëm në fillim kanë qenë krejtësisht normale, madje dashamirëse, më pas lidhja e Institutit me Ministrinë, kryesisht atë të Shëndetësisë dhe të Financës, pa shkaqe objektive ka patur disa shqetësime të përsëritura, si shfaqje të trashëgimisë së të kaluarës. Në vitet e fundit, që ishin vitet e reformave të financimit nga sigurimi shëndetësor të shërbimeve të parësorit dhe spitalorit ka pasur rritje të bashkëpunimit dhe përmirësimi të marrdhënieve. Legjislacioni në fuqi ka institucionalizuar ngritjen e strukturave politikbërëse vendore dhe vendosjen e përgjegjësisë të pushtetit vendor në sistemin shëndetësor nëpërmjet përfaqësimit të pushtetit vendor në Bordet e qendrave shëndetësore, në Autoritetet spitalore të qarkut, Këshillin Administrativ, ASHR, por ato janë ngritur pjesërisht dhe nuk po luajnë rolin që pritet. Autoritetet e qeverisjes vendore në zonat rurale kanë përgjegjësinë e pjesshme për qendrat shëndetësore me një fond të përbashkët për arsimin dhe shëndetësinë, si dhe përfaqësimin në bordet e QSH. ISKSH prej kohësh ka mundur kontrollin e autoriteteve vendore mbi MP/F, për zbatimin e pranisë së shërbimeve shëndetësore në qendrat shëndetësore, por të dhënat nuk kanë qenë inkurajuese, në radhë të parë për angazhimin e pamjaftueshëm të vetë autoriteteve vendore. Përmirësimi i ligjislacionit me saktësimin e përgjegjësisë institucionale dhe ndër-institucionale ka rritur mundësitë e përmirësimit të mëtejshëm të marrdhënieve të bashkëpunimit të ISKSH me institucionet e tjera për zhvillimin e skemës së SKSH. ISKSH është treguar i vëmendshëm në marrdhëniet me organizatat jo qeveritare, me shoqat e ndryshme dhe sindikatat, edhe pse nuk ka mundur gjithmonë të përdorë në shkallën e duhur bashkëpunimin me keto organizata, ka arritur disa herë një bashkëpunim shumë të suksesshëm sikurse në 2005, 2006 apo në raste të tjera në vitet në vazhdim.

Instituti ka vendosur marrdhënie bashkëpunimi me institucionet homologe të disa vendeve, si me Francën, Anglinë, SHBA, Hungarinë, Çekinë, Slloveninë, Turqinë, Greqinë, Maqedoninë, Gjermaninë, Danimarkën, Italinë dhe vende të tjera, nëpërmjet shkëmbimit të informacioneve, transmetimit të përvojës, si dhe me asistencën direkte për Sigurimin Shëndetësor në Shqipëri. Në 1995 ISKSH bashkëpunoi gjerësisht me Sigurimin Shoqëror dhe Shëndetësor të Francës. Eksperienca franceze, e cila paraprakisht ishte shfrytëzuar për ligjin e sigurimeve shëndetësore, u zhvillua më tej me bashkëpunimin e trupës drejtuese të ISKSH në Paris dhe sidomos me eksperiencën e përfituar nga Sigurimi Shoqëror dhe Shëndetësor i Scharl le Vile. Bashkëpunimi u përqëndrua në identifikimet dhe zgjidhjet e mundshme të morisë së problemeve të vogla dhe të mëdha që ndeshte zbatimi i skemës së sigurimit shëndetësor për financimin, e shërbimeve shëndetësore, kontratat, dokumentimin, informacionin, listën e barnave të rimbursueshme, kufizimet, kërkesat e të siguruarve dhe të pasiguruarve të sëmurë, sigurimin e popullsisë fshatare, funksionimin e strukturave vendore të sigurimit

shëndetësor, marrdhëniet ndërinstitucionale, marrdhëniet me publikun, me mediat etj. Produkt i këtij bashkëpunimi ishin shumë akte nënligjore duke filluar nga VKM, VKA, urdhëra, udhëzime dhe akte të tjera administrative të ISKSH, të aplikuara në zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor. Mjaft të rëndësishme ishin eksperiencat e formimit konceptual mbi misionin e sigurimeve shëndetësore, perceptimin e skemës së sigurimit shëndetësor dhe rolit të ISKSH. Në 1996 dhe në vazhdim, ISKSH bashkëpunoi me Sigurimin Shoqëror-Shëndetësor të Çekisë dhe Hungarisë për shërbimet shëndetësore, listën dhe rimbursimin e barnave. Në 1997, ISKSH u asistua nga Know How Fund - Angli për skemën e sigurimit shëndetësor dhe praktikën e përdorimit të barnave, të cilat janë trajtuar në Kapitullin 'Skema e Sigurimit Shëndetësor' dhe më pas u asistua nga Sllovenia.

Që prej 2005 e në vazhdim, ka pasur një rritje voluminoze dhe të larmishme të bashkëpunimit në disa projekte, në organizimin e disa aktiviteteve trajnuese, në organizimin, koordinimin e një sërë konferencave, seminareve brenda dhe jashtë vendit, në vendosjen e korrespondencës së rregullt etj. Kështu, në fushën e projekteve: është punuar në projektin e Bankes Botërore AHIS "Modernizimi i sektorit shëndetësor në Shqipëri"; te projektit për trajnimin e personelit të ISKSH për përshtatjet ndaj ndryshimeve rrjedhojë të reformës me USAID - Pro shëndetit; ISKSH ka hyrë në projektin PPRI Informacion për çmimet farmaceutike dhe rimbursimin, ku marrin pjesë gjithë vendet evropiane; projektin 2007-2009 për autonomi më të gjerë të ISKSH, Statut të ndryshuar, riorganizim të brendshëm, trajnim të vazhdueshëm të stafit të Institutit, rritje të numrit të siguruarve dhe kuadrin ligjor të përshtatshëm, të Fondacionit gjerman GTZ; në 2008 ISKSH hyri në projektin PHIS me objekt vlerësimin e treguesve shëndetësorë dhe informacioneve të barnave për të gjitha vendet antare të BE, financuar nga BE koordinator OBIG, etj.

ISKSH është bërë antare me të drejta të plota e Shoqatës Ndërkombëtare të Sigurimeve Shoqërore. Komiteti i kësaj shoqate është koordinues i veprimtarive të sigurimeve shoqërore dhe sigurimeve shëndetësore në nivel rajonal dhe evropian. Në Marrveshjen ndërqeveritare e Republikës së Shqipërisë dhe e Republikës së Turqisë për mbrojtjen Shoqërore (e vlefshme për punonjësit turq në Shqipëri), janë përcaktuar detyrimet për sigurimin shoqëror dhe për sigurimin shëndetësor. ISKSH në këtë marrveshje ka përgjegjësi të caktuar. Në 2007, në Tiranë u organizua për herë të parë Forumi Ballkanik me temën "Reformat në Sistemet e Kujdesit Shëndetësor", pjesëmarrësit e vlerësuan shumë mirë aktivitetin dhe vendosën ta zhvillojnë atë çdo vit në vende të ndryshme të Ballkanit. Nga ky forum janë realizuar takimet e 2008 dhe 2009-es në Slloveni dhe në Mal të Zi.

Kontributi i këtyre vendeve është materializuar në legjislacion, në konceptimet infrastrukturale të Skemës së SKSH në Shqipëri dhe i konkretizuar në kriteret dhe mënyrën e ndërtimit të listës së barnave, në përdorimin e barnave, në kufizimet, në financimin, mënyrat e pagesave, në informatizimin, në edukimin e mjekëve dhe stafit të ISKSH. Në marrdhëniet e ISKSH me asistentët e huaj është ndjerë vështirësia e të huajve për të njohur realitetin tonë, sidomos për disa dukuri të padëshiruara, produkte këto të prapambetjes së trashëguar. Disa herë bashkëpunimeve u kanë munguar zgjidhjet e qarta, produktet e prekshme, e thënë ndryshe ato kanë pasur natyrë teorike, të ngjashme me leksionet akademike. Jo produktive kanë qenë dhe disa pjesëmarrje në takime apo konferenca jashtë shtetit. Është e rëndësishme që për çdo marrdhënie të bashkëpunimit

brenda dhe jashtë shtetit të ketë një frut të zbatueshëm realisht dhe pse jo imedialisht. Marrdhëniet e ISKSH me institucionet e tjera përgjithësisht janë karakterizuar nga fryma e bashkëpunimit frutdhënëse. Mirëkuptimi dhe mirënjohja kanë qenë të pranishëm në vazhdimësinë e marrdhënieve të ISKSH me institucionet homologe dhe institucione të tjera që kanë ofruar ndihmën e tyre. Është shumë i rëndësishëm për ISKSH bashkëpunimi me QSUT, Fakultetin e Mjekësisë dhe QKCSA të Institucioneve Shëndetësore. ISKSH u është mirënjohës të gjithë personave që kanë bashkëpunuar dhe e kanë ndihmuar, veçanërisht u shpreh mirënjohjen institucioneve të huaja për asistencën që i kanë ofruar Sigurimit Shëndetësor në rrugën e tij të vështirë.



Konferenca me GTZ, shtator 2009



Konferenca përmbylëse e projektit Pro – Shendetit, financuar nga USAID, tetor 2009

### **PERCEPTIME DHE REFLEKSIONE**

Problematika që kërkon zgjidhje në sistemin e shërbimeve shëndetësore është e gjithanshme dhe komplekse. Skema e Sigurimit Shëndetësor në përgjithësi, perceptohet nga publiku i gjerë si reformë pozitive. Një pjesë janë të pasiguruar dhe pse është sigurim i detyrueshëm. Popullata është relativisht pak e informuar mbi përfitimet nga Sigurimi Shëndetësor, edhe pse ky informim ka ardhur gjithmonë duke u rritur. Ka informacion të kufizuar për mangësitë në shërbimet shëndetësore dhe akoma më të kufizuar për masat e marra. Tre vitet e fundit ka rritje të ndjeshme të informacionit të publikut për ndëshkimin e akteve korruptive dhe për shërbimet shëndetësore të gabuara me pasoja të dëmimit të shëndetit. Mjaft persona janë të gatshëm të paguajnë për Sigurimin Suplementar, nëse u sigurohet përfitimi i shërbimeve të tjera, qoftë dhe për trajtimet speciale, por Sigurimi Shëndetësor i detyrueshëm suplementar nuk po gjen shtrirje, sepse për llojin dhe masën e përfitimit të shërbimeve nga ky sigurim kërkohet ligj i veçantë, i cili akoma mungon. Sigurimi shëndetësor vullnetar mundëson sigurimin e detyrueshëm shëndetësor për personat të cilëve për kohë dhe shkaqe të arsyeshme nuk u mundësohet sigurimi i detyrueshëm dhe është realizuar pa pengesa në nivelin e kërkesave të personave të interesuar. Përmirësimi të skemës i përkasin mënyrat e reja të financimit të shërbimeve shëndetësore, ndryshimet e strukturës dhe infrastrukturës së skemës së sigurimit, të rimbursimit të barnave, ndryshimet e listës së barnave, të kontratave në nivel qendror shëndetësor dhe spitali, të kontratave me grosistët importues farmaceutik dhe farmacitë e tregtimit me pakicë të barnave etj. Shtrirjes dhe përmirësimi të skemës i përkasin ndryshimet e politikave në qëndrimet ndaj moshës femërore, invalidëve të punës, para-



tetraplegjikëve dhe të paaftëve mendorë dhe fizikë të lindur apo të fituar, rimbursimi i aksesorëve për personat që kryejnë ndërhyrje radikale, rimbursimi i glukotesteve për diabetikët, rimbursimi i transportit për të sëmuret dhe të tjera. Për shtrirjen, përmirësimin e mëtejshme të SSKSH duhet të merren në konsideratë dukuritë e padëshiruara në të tre nivelet e shërbimeve shëndetësore. Do të vazhdojmë me këtë sistem shëndetësor ! me këtë sistem financimi, me këtë mbulim shëndetësor, me këtë cilësi shërbimesh, profesionalizëm, sistem referimi, burokraci, me këto kontrole ! Janë probleme këto që kërkojnë vëmendje dhe diskutim të gjërë. Në këtë këndvështrim është e nevojshme të përqëndrohet vëmendja në perceptimet e publikut shqiptar për sistemin shëndetësor, perceptimet e Observatorit Evropian, të OBSH, të institucioneve dhe organizmave të tjerë studimorë apo thjesht informativë. Observatorë të ndryshëm të vendit dhe të huaj kanë identifikuar thuajse të njëjtat probleme, në të njëjtin sens, por me nivele të ndryshme vlerësimi. Në kujdesin parësor të deklaruar prioritar strategjik të sistemit shëndetësor, ka pasur mangësi të theksuara. Mangësitë në shërbimin parësor e spitalor, janë trajtuar në kreun “Ecuria në vite”, ndërsa për shërbimin farmaceutik është diskutuar në kreun “Lista e barnave-Kufizimet”.

Natyra e mangësive është komplekse për realitetin tonë. Si shembull të kompleksitetit po marrim organizimin e shërbimit shëndetësor të specializuar ambulator. Aktualisht, ky shërbim mbulohet në rrethe nga specialistët e spitaleve, të cilët punojnë me kohë të pjesshme në shërbimin ambulator ose me kohë të plotë me rotacion, ndërsa në Tiranë ky shërbim jepet nga specialistë që punojnë me kohë të plote në kujdesin parësor. Për specialitete të veçanta, në pak rrethe ka specialistë që punojnë vetëm në shërbimin ambulator. Disa rrethe të vogla kanë mjekë të përgjithshëm të profilizuar si specialistë ambulatorë ose mbulohen në mënyrë të liberalizuar nga rajonet më të afërt. Ka mjekë specialistë që punojnë në shërbimin ambulator me rotacion me ditë, me javë, me muaj. Ka raste që mjekët e spitalit dalin njëherësh në poliklinikë ose i kryejnë shërbimet ambulatorë brenda spitalit gjatë orarit të shërbimit në spitalor. Në rajone të ndryshme operojnë dhënës të ndryshëm të shërbimeve shëndetësore të pakoordinuar, herë me dublime dhe paralelizma të panevojshme dhe herë me vakume. Problemi kërkon riorganizimin e këtij shërbimi, vendosjen, shpalljen e respektimit të orareve dhe të ambienteve ku jepen shërbimet, kërkon zbatimin e sistemit të referimit etj.

Një ndër mangësitë e shërbimit parësor dhe spitalor, është **mbulimi shëndetësor**. Termi “mbulim shëndetësor” ka shtrirje të gjerë. Në këtë material diskutojmë mbulimin me personel shëndetësor, për disa shërbime të munguara dhe disa mangësi të lidhura me barnat. Mbulimi shëndetësor realizohet si detyrë kryesore e strukturave qendrore dhe vendore të MSH, të ISKSH si dhe pushtetit vendor. ISKSH e ka ndjekur mbulimin shëndetësor nëpërmjet Drejtorisë së Përgjithshme dhe strukturave vendore, të cilat ådo muaj duhet të raportojnë për gjendjen dhe nevojat e mbulimit shëndetësor si dhe zgjidhjet e përkohshme. Për të qenë më të kuptueshëm le të marim mbulimin për shërbimin shëndetësor të përgjithshëm, i cili realizohet me MP/F kundrejt ngarkesës normale, ngarkesës maksimale dhe në mungesë të alternativës realizohet me mbingarkesë, apo disa herë me mjekë pensionistë, me mjekët e qendrave shëndetësore më të afërta, me patronazhim etj. Mbulimi shëndetësor i përgjithshëm dhe i specializuar i personave të transferuar nga rrethet e tjera, i rezidentëve të strukturave të Administratës së

përgjithshme të ndihmës dhe shërbimeve sociale, i personave të rezidencës së papërcaktuar (emigrantë jo të stabilizuar), mbulimi jashtë kohës normale të punës, për lejet e papaguara, për paaftësinë e përkohshme, për ndihmën e shpejtë, për gadishmëri etj, bëhet sipas procedurave të caktuara në aktet përkatëse, por me gjithë masat e marra prapëprapë mbetën individë apo grupe të popullatës pa mbulim shëndetësor dhe pse përkohësisht. Problemi nuk është i thjeshtë përveç zonave të largëta, fshatrave, rrethëve dhe qyteteve të vogla, mangësi të mbulimit shëndetësor po vërehen dhe në disa qytete të mëdha, psh Shkodra në 2008 kishte mangët 11 MP/F, në 2009 mangësi për 21 MP/F. Janë të shumtë faktorët e kësaj dukurie, lëvizjet demografike të pakontrolluara, lëvizjet e pa disiplinuar të mjekëve nga zonat rurale dhe urbane të vogla për në qytete të mëdhenj. Shkaqe të mangesive në mbulimin shëndetësor janë edhe shpërndarja jo e drejtë e mjekëve, moszbatimi i akteve administrative, vështirësitë e qarkullimit, politikat shëndetësore individuale, angazhimi i pamjaftueshëm i strukturave vendore përgjegjëse dhe të tjerë deri tek nepotizmi, korrupsioni apo dobësitë sentimentale. Mungesat e mbulimit të shërbimeve janë bërë shkak i mbulimeve të pa ligjshme si rastet e vizitave të palicencuara të specialistëve në qytetet e vogla (Peqin, Librazhd etj), rastet i përkasin të kaluarës, por duke qenë të pa deklaruar, mundësitë e identifikimit dhe kontrollit janë të kufizuara. Në qytetet, ku mbulimi për shërbimet e specializuara bëhet nga një specialist për specialitet, vështirësohet në mënyrë të konsiderueshme problemi i mbulimit shëndetësor dhe rëndohet në rastet e zbatimit të masave shtrënguese për shkeliet e konstatuara. Në keto kushte, mbetet insistimi për zbatimin e tërësisë së mundësive të zgjidhjeve si: Shfrytëzimi i të gjitha formave të mbulimit shëndetësor; Rishpërndarja e mjekëve apo personelit mjekësor; Patronazhimet nga qendrat e mëdha; Bashkimet administrative të qendrave të vogla ndërmjet tyre ose me qendrat e qyteteve që krijojnë më shumë mundësi të mbulimit shëndetësor, më shumë shërbime e më tepër cilësore; Planifikime të mbulimit me personel shëndetësor të parësorit dhe spitalorit kundrejt standarteve; Prioritete në dhënie të specializimit; Kushtëzime për specializimet; Kontratat paraprake; Paga të diferencuara; Leje shtesë pushimi të paguara; Ndalimi i punësimit në sektorët shtetërorë të mjekëve që nuk respektojnë kohën e shërbimit në rajonet ku ka mungesa; Masa shtrënguese për autoritetet që lejojnë largimin e mjekëve nga rajonet me mungesë mjekësh; Masa shtrënguese ndaj personave shtetërorë që kanë punësuar persona të pa autorizuar nga autoritetet përgjegjëse të strukturave vendore; Deri përjashtim nga Urdhëri i Mjekut për rastet e braktisjes së detyrës etj.

Në shërbimin spitalor kushtet fizike të hotelerisë dhe të ushqimit janë të pakënaqshme, ka mungesë të barnave, disa herë realisht dhe here te tjera te krijuar nga vetë stafi i shërbimit spitalor për qëllime të përfitimit të pagesave të paligjshme apo nën dorë, janë vërejtur indisiplinime administrative (disa herë brenda kohës dhe në ambientet e spitalit punohet privatisht). Ka mungesë të mjekëve, kështu në të dhënat për spitalet rezultojnë mungesa të mjekëve: në spitalin e Bulqizes mungojnë 2 mjek = 25% të planizimit, në Kuçovë mungojnë mjeke 3 = 33%, në Tepelene 8 = 30% të planizimit, në Permet 3 = 25% të planizimit, në Kukës mungojnë 3 mjeke, në Lushnjë 2, në Sarandë 4 në Gjirokastrë mungojnë 5 mjekë, në Korçë mungojnë 4 mjekë.

Mungojnë mjekët, por nuk mungojnë infermierët, përkundrazi ata janë më të shumtë se sa planizimi. Kështu, në shërbimin parësor, mjeke plan = 1789, fakt = 1746, mungojnë 43, ndërsa infermiere plan = 5661, fakt = 5753, pra janë më shumë se plani 92 infermiere. Në

tërësinë e punonjësve të spitaleve, janë planizuar 12600 mjekë, fakt janë 12574, mangët 26 mjekë (të dhënat i takojnë gjashtëmujorit të parë 2009).

Shifrat tregojnë mungesën e mjekëve diku të rënduar, çka do të thotë mungesë dhe të mjekëve specialistë për shërbimin parësor. Diferencat e mbi dhe nënngarkesës të mjekëve, infermierëve dhe totalit të punonjësve të spitaleve shpjegohen me të drejtën e ligjëruar të punësimit në spitale kundrejt totalit të numrit të planifikuar të punonjësve. Reforma në shërbimin spitalor, edhe pse ka cënuar përfitimet e paligjshme, është pranuar nga punonjësit e spitaleve, por gjithsesi theksojmë se janë përsëri përfitimet e paligjshme që çënojnë mbulimin shëndetësor, që pengojnë zbatimin e sistemit të referimit. Për këtë krahas bashkëpunimit, ndërjegjësisimit duhet të vazhdojnë masat shtrënguese. Financimi nëpërmjet degës së thesarit kufizon shërbimet e spitaleve. Spitalet duhet të kenë numrin e llogarisë ashyu si QSH. Të ardhurat dytësore dhe në spitalet e qarqeve (Elbasan, Shkoder, Korçë etj) janë më të vogla sesa të një qendre shëndetësore në Tiranë dhe janë thuajse të njëjta me periudhën korresponduese të vitit të kaluar, kur spitale nuk ishin përfshirë në financimin nga ISKSH, çka tregon se vazhdon moszbatimi i sistemit të referimit. Në disa spitale të ardhurat dytësore relativisht nuk janë të vogla, por nuk kanë hapsirat për tu përdorur atje ku është më e nevojshme, si në investime për pajisjet shëndetësore ose pajisje pune administrative si kompiuter, printer, fotokopjues etj, por dhe kur ligjerishte ka hapësirë si në mbulimin shëndetësor me kontratat provizore për stinën e verës (Vlorë, Sarandë, Durrës, Shengjin), është praktika burokratike që pengon (Ligji për buxhetin e lejon në 602-shin kundrejtë të njëjtë buxhet, të shtojë një zë, por pengojnë drejtoritë e thesarit sepse duhet miratimi i Ministrisë së Financës, kjo e ka bërë të pazbatueshëm deri tani). Ndryshimet e bëra për të ardhurat dytësore nuk janë të mjaftueshme, duhet të jenë të përdorshme aty ku janë të nevojshme për qendrat shëndetësore apo spitalet sipas vendimit të tyre. Deri tani si për QSH dhe për spitalet përgjithësisht tenderimet elektronike nuk kanë funksionuar mirë, çka ka krijuar veshtirësi për barnat dhe materialet e mjekimeve. Është shumë i nevojshëm ndryshimi i statusit për decentralizimin e metejshëm, por janë të shumta arsye që kërkojnë decentralizim të kontrolluar, natyrisht që nuk është lehtë, por duhet kumbengulur.

Nënder magësitë në shërbimet shëndetësore (prej kohës të pranishëm) janë korigjimet e recetave, librezave, analizave, kartelave, regjistrave dhe të dokumenteve të tjera të lidhura me shkrimin e pa kuptueshëm të mjekëve dhe përgjithësisht të personelit shëndetësor. Problemi i vogël në dukje, por që krijon shqetësime jo të vegjël tek të semuret, farmacistet, kontrolloret, operatorët e informatikës dhe i komprometon ato shërbimet. Prej kohës “shkrimi mirë i kuptueshëm” ka qenë detyrim kontratual i mjekëve, të cilët janë ndëshkuar për shkelje të atij detyrimi, duhet të mbetet detyrim sepse shkrimi i pa kuptueshëm vazhdon të jetë burim i gabimeve dhe keqinterpretimeve. Për sa kohë mjeku do të doreshkruaj, janë të nevojshme masat shtrënguese si dhe informimi, diskutimi në takimet e punës, ndërkohë duhet të ulët ngarkesën burokratike.

Në shërbimin farmaceutikë magësitë kanë ndikimet e tyre në rimbursimin. Ka numër të pakët të inspektorëve farmaceutikë të prefekturave dhe për rjedhojë kontroll shtetëror të mangët. Nuk po zbatohen kriteret e licencimit të farmacive, ku përfshihet distanca ndërmjet farmacive, numri i banorëve për një farmaci, ndalimi i hapësirës brenda QSH dhe spitaleve të farmacive për ekzekutimin e recetave. Kriteret janë të ndryshuar disa here. Janë të habitueshme licencimet e farmacive pa respektuar kriteret. Përse vazhdon tregtimi i barnave pa pullën e cmimit? Përse nuk vendoset pulla e dyfishtë? Përse nuk

respektohet kriteri i distances ? apo kriteret e tjere. Nese do te kete numer me te madhe farmacish ne raport me popullaten dhe nese do te kete shperndarje jo te drejte dihet se cfare do te ndodh, mbijetesa do te nxise perfitimet me rruge te paligjeshme, nepermjet lidhjeve te farmacisteve me mjeket, perdorimit te barnave te shtrenjtë kur nuk jane te nevojshem, perdorimit te barnave jo te sigurt, inponimit direkt apo të keshilluar të ekzekutimit të recetes ne farmaci te caktuara etj. Jane probleme prej kohesh te identifikuar dhe te mundshem per tu zgjidhur.

Nder mangesite e mbulimit shendetesor mungeses se mjekeve do ti shtonim mangesite e ndihmës së shpejtë dhe urgjente, te dërlidhjes, te nivelit te ulet profesional, mangësite e paisjeve diagnostikuse, të informacionit për sistemin e referimit, anashkalimin e MP/F duke shmangur sistemin e referimit për vizitën direkt te mjekët e spitaleve, ku të sëmurët i nënshtrohen pagesave nëndorë, herë nga mosinformimi, herë nga inponimi direkt apo indirekt nëpërmjet vonesave dhe burokracisë. Keq menaxhimi, byrokracia dhe ne sistemin e referimit , indisciplinimi, korupsioni ne sherbimet paresore dhe spitalore, kane bere perfitimin e sherbimeve te veshtire, te lodheshme per te semuret dhe renduse per dhenesit e sherbimeve. Mungesën e nje sistem mire te organizuar, parktike, eficient për ankesat dhe kërkesat e shtetasve në adresë te shërbimeve shëndetësore eshte nje tjetër mangesi. Eshte i nevojshem informimi i detyrueshem, i vazhdushem per mangesite, zgjidhjet, per ate cka eshte bere dhe do te behet, vleresimet e sherbimeve, veprimtarise se strukturave te sistemit shendetesor.

**Reformimi i sistemit financiar** për shëndetin duhet të konceptohet drejte mbi raportin realitet /mundësi ne përcaktimin e saktësuar te objektivave që synohet te arihen. Objektivat synojne shtrirjen, ritjen e burimeve per financimin e sistemit shëndetësor dhe mireadministrimitn, shtimin e mases se financimit nga secili burim dhe perdorimin efektiv, eficient. Shtimit te burimeve te financimit i perkasin burimet shtetore dhe private te kontributeve, financimi nga buxheti shtetore, kontributet si sigurime te detyrueshem mbi bazen e solidaritetit, pjesemarrja e fashataresise dhe te vetëpunësuarve ne qytet, sigurimet vullnetare, sigurimet suplementare, sigurimet shendetesor te udhëtimeve (SIGAL; INSIG, SIGMA), krijimi i instituteve te tjere private te sigurimit shendetesor, investimet e huaja ne sistemin shëndetësor, donacionet dhe kredite e buta. Rritja e masës së financimit synon shtimin e perqindjes se kontributeve mbi bazen e prioriteti te politikese qeveritare per kujdesin shendetesor, nje menyre e mundeshme eshte shtimi i perqindjes se sigurimit shendetesore ne totalin e sigurimeve shoqerore (sipas nje studimi paraprak kalimi i mases se kontributit 4% nga ISSH ne ISKSH duke e rritur keshtu vlerene kontributit per ISKSH ne 7.4% do te mjaftonin per financimin e shërbimeve shendetesore). Mirë administrimi synon perdoromin efektiv te burimeve financiare ne dispozicion, drejte shperndarjen e te ardhurave te disponueshme jo sipas historikut, por shperndarje te planizuar mbi baze te nevojave te evoluara, sipas gjendjes reale , semundshmerise, gjendjes ekonomikosociale dhe politikave te mbrojtjes shendetesore. Politikat fiandciare synojne nxitjen e sigurimeve private, shtimin e te ardhurave dytesore nepermjet shtimit te sherbimeve dhe zbatimit rigoroz te sistemit te referimit. Mireadministrimit i perkasin dhe depozitimet me interes ne bankat e nivelit te dyte e te ardhurave vjetore te ISKSH te lira, te ndarjeve ne afatet kohore sipas planizimit te shpenzimeve, depozitimi me intres i fondit rezerv, dheniea me qera e ambjenetve te

lira, thithja dhe mireinvestimi i donacioneve ne projekte mire te studjuara, investimet ne kohen, vendin e duhur dhe menjanimet e mbivendosjeve, permisimi i rolit te politikeberesve vendor. Mireadministrimi ka nevojte per nje sistem informimi te plote dhe te sakt qe te mundesoje analizen dhe vendimmarrien e duhur. Tashme eshte e pranuar se asnjehere dhe ne asnje vend parate nuk mjaftojne per te plotësuar nevojat gjithnje ne ritje per sherbimet shendetesore. Dhe ne se vlerat financiare te disponueshme jane te konsiderushme, do te jene te pa mjaftueshme ne se nuk administrohen mire. Kjo eshte shum e rendesishme sidomos per vendet me burime financiare te kufizuara dhe ne tranzicion. Ne se reformimi i sitemit finaciar shendetesor nuk perqendrohet ne mireadministrimin financiar, rezultatet e synuara nuk mund te arihen, aq sa “mund te mbushet nje thes qe nuk ka fund”. Ne vazhdim te mangesive te tjera shkarazi mungesen e shoqerizimit te disiplines financiare me disiplinen administrativ dhe disiplinen profesinale aq shum te nevojshem per realitetin ton per te paksuar magesite rjedhoje e trashegimise se te kaluares. Ky shoqerizim ne meyre te thekesuar eshte permisuar ne refomimin e sitemit shendeteosr 2007 dhe 2009.



Konferenca per spitale, 2008

**Sistemi i referimit** është domosdoshmeri për shumë arsye që demtojnë seriozisht shërbimet shëndetësore. Nëse synojmë shërbime shëndetësore në kohën, vendin dhe pa korupsion duhet të zbatojmë sistemin e referimit. Ateherë përse me sipër theksuam se përfitimi i shërbimeve është bërë i vështirë, i lodhshëm për të semuret dhe rëndësishëm për dhënësit e shërbimeve, për shkak të byrokracisë dhe në sistemin e referimit? Përgjigjia është sepse kështu është realiteti, por ka mundësi të lehtësohet nga ngarkesa dhe pa nevojë byrokratike dhe të zvogelohen disa pasoja të përdeshirueshme. Sistemi i referimit që po zbatohet paraqet magësi në vijim: Krijohet rrathë të pritjes për regjistrime dhe paisje me kupona, vonese të shërbimeve (janë të semurë dhe shumica të moshuar); Krijohet rishpërndarje të paparashikuara të personelit me largim nga vendi i punës për të marrë me sistemin e referimit dhe me pas shtimin e personelit me koston përkatëse. Le të qartësojmë problemin me një shembull real. QSH Nr.8 Tiranë në zbatim të pikës 1 të Udhezimit të Ministrisë të Shëndetësisë nr.558 dt.26.10.2009 që kërkon « në çdo institucion shëndetësor publik që kryen vizita të vendosen zyrat e recepsionit dhe arketimit » kishte një recepsion me dy punonjës, hapi dhe 4 zyra të recepsion-arketimit, shtojte dhe 8 punonjës për 4 qendrat shëndetësore të pikave. Punonjësit e zyrave që u hapen u larguan nga aktiviteti i mëparshëm dhe u angazhuan në recepsion; QSH nr. 8 Pika qendrore, nuk ka hapsirë e nevojshme ku të semuret të mbajnë rrathë dhe as ku të ulen; Pika 5 e Udhezimit përcakton paisjen e recepsionit me kompjuter, telefona e tjera, të cilat qendra shëndetësore nuk i disponon; Shpenzohet kohe, mund dhe disa fishi i letrave që duhen për të shkruar. Janë shpenzime të pa planifikuara në buxhet; Vetë sistemi krijon konfuzionalitet, që shtohet nga mënyra si është ndërtuar dhe si është shprehur në udhëzim. Urdhëri nr.526 dt.12.10.09 me pikat 1 dhe 2 fillon me shërbimin e mjekut të familjes, të cilin e kushtëzon me librezë të shëndetit dhe kartën e identitetit, me pas kalon në shërbimet e analizave apo të vizitave të specialistëve, të kushtëzuara nga rekomandimi i mjekut të familjes. Ndërsa Udhezimi nr.558 fillon me pikë 1 ngritjen e recepsionit dhe pasohet nga pika 2, 3, 4 jo si vazhdim i natyrisht që ndjek ecurinë e të semurit. E njëjta ndodh në pikën 11 të Udhezimit; Kur i semuri disponon kartën e identitetit, librezën shëndetësore, është i paisur me rekomandim dhe ka marrë mandat arketimit do të duhet të rikthehet në recepsion në procesin e përmbushjes së rekomandimit sa herë lind nevoja e kompletimit me ekzaminime apo vizite të një tjetër specialisti brenda të njëjtës institucioni. Kjo është një ngarkesë që krijon shumë vështirësi, rëndësishëm situatën; Orientimi i vështirë, vonesa e marrjes së shërbimeve dhe shqetësimet që krijohen nga « ecejakjet » tek të semuret, natyrisht janë mangësi, nuk mirëprehen dhe e merzisin të semurin. Nëse ecim sipas Urdhërit nr.526 dt.12.10.09 të Ministrisë të Shëndetësisë për sistemin e referimit duke filluar nga pika 1 e në vazhdim krijojmë mundësitë e nderhyrjes për lehtësimin e zbatimit.

\* Sistemi i referimit në nivelin e parë « Brenda QSH të përgjithshme » fillon me lejimin e kalimit për në ambjentet e shërbimeve vetëm për personat që kanë librezë të shëndetit dhe kartën e identitetit. I siguruari merr shërbimin si me parë.

- Kur i i semuri i qendrës shëndetësore të pikës është vizituar dhe është paisur nga MP/F me rekomandimin për analizë apo konsultë me specialistet e po asaj qendre shëndetësore të përgjithshme, i lejohet kalimi në ambjentet e shërbimit të analizave apo të vizitave të specialistëve me paraqitjen e tre dokumentave: librezë shëndeti, rekomandimi i MP/F, kartë identiteti.

-Të pasiguarit ose të siguarit që nuk kanë njërin prej tre dokumentave të mësipërme mund të bëjnë analizat ose vizitën tek mjekët specialistë të asaj QSH vetëm me mandat arkëtimi me pagesë dhe kartë identiteti. Në këtë nivel : vizitat, analizat, shërbimet e tjera pasqyrohen në rregjistrat ku është marrë shërbimi. Këto rregjistra kanë të rregjistruar vetëm persona të siguar ose persona të pajisur me mandat arkëtim me pagesë, këta të fundit janë të rregjistruar në recepsion. Në përputhje me rregjistrin , specialisti disponon ose rekomandimin e MP/F , ose mandat arkëtimin me pagesë. Rastet kur specialisti i QSH kërkon analiza apo ekzaminim tek një specialist tjetër brenda QSH të përgjithshme, e kalon të sëmurin në këto shërbime direkt me rekomandimin e tij duke bërë shënimet përkatëse. Për QSH të përgjithshme nuk është e nevojshme të priten 10 mandate arkëtimi për 10 injeksione, as dhe 2 mandate kur bëhen injeksione 2 herë në ditë (antibiotikë etj.), por mjafton një mandat arkëtimi me shënimet për datën, emrin e barit dhe përdorimin.

-Recepsioni për nivelin e parë ka për detyrë të rregjistrojë dhe të pajisë me mandate arkëtimi me pagesë të pasiguarit ose të siguarit që u mungon njëri nga tre dokumentat (libreza, rekomandimi, karta e identitetit).

-Për QSH të përgjithshme planifikimi i vizitave tek mjeku i familjes është i bërë, sepse shumicën e vizitave ( mbi 80%) e zënë kronikët, të cilët kanë të caktuar datën për vizitën e ardhshme sipas datës së vizitës të muajit të kaluar, ndërsa në lidhje me rekomandimet për analiza ose specialistët e QSH të përgjithshme nuk ka pasur vështirësi apo probleme kohore të dhënies së shërbimeve.

\* Niveli i dytë janë shërbimet e specializuara për Tiranën me QSH rajonale, për qytetet e tjerë janë poliklinikat apo QSH të shërbimit të specializuar ose spitalet e rrethit. Për shërbimet e specializuara që mungojnë në rrethe, të sëmurët kalojnë direkt në qark, ashtu sikurse dhe për shërbimet e specializuara që mungojnë në qark të sëmurët kalojnë direkt në nivelin e tretë, pra në shërbimet terciare. Rekomandimi dhe fletë analiza natyrisht duhet të jenë të rregullt, të përmbajnë të dhënat e domosdoshme për identitetin dhe sigurimin shëndetësor, vulën, firmën, pra të jenë tip.

- Në këtë nivel të sëmurët me rekomandim të mjekut të familjes, kartën e identitetit dhe librezën e shëndetit, kalojnë pa mandat arkëtimi dhe pa u rregjistruar. Rekomandimet për vizitë dhe analiza ruhen atje ku jepet shërbimi, pra ose në laborator , ose tek mjeku specialist i vizitës apo ekzaminimit.

- Në këtë nivel recepsioni bëhet rregjistrimi dhe pritet mandat arkëtimi me pagesë vetëm për personat e pasiguar , ose të siguar pa njërin nga tre dokumentat (kartën e identitetit, librezën e shëndetit, rekomandimin e mjekut). Rastet kur specialisti i QSH kërkon analiza apo ekzaminim tek një specialist tjetër i asaj QSH të përgjithshme e kalon të sëmurin në këto shërbime direkt me rekomandimin e tij me shënimet përkatëse.

\* Nivelit të tretë i përkasin shërbimet e specializuara terciare. Në këtë nivel përveç shërbimeve të specializuara terciare jepen edhe shërbimet e tjera të specializuara që mungojnë në qarqe. Për të përfituar shërbimet në këtë nivel nevojiten : rekomandimi i mjekut, libreza shëndetësore dhe karta e identitetit. Kur i sëmuri dërgohet për shërbim të specializuar të munguar në nivel qarku, rekomandimi duhet të ketë shënimin « Ky shërbim mungon në nivel qarku » të vulosur dhe firmosur. Para paraqitjes në QSUT duhet të bëhet kërkesa telefonike dhe të merret përgjigjja e planizimit. Në këtë nivel ,

receptioni hyn në veprimtarinë e plotë me planizimin, rregjistrimin dhe paisjen me mandate arkëtimi me apo pa pagesë.

- Duhet të evitohet « rikthimi » kur i sëmuri është me kartë identiteti, librezë shëndeti, rekomandim dhe në procesin e rekomanduar lind nevoja e kompletimit me analiza apo ekzaminime të tjera. Rikthimi në reception duhet bërë vetëm nëse i sëmuri duhet të bëjë bashkëpagesën si dhe nëse planifikimi ditor nuk mundëson dhënien e shërbimit, ndërsa në rastet e tjera i sëmuri kalon direkt në ekzaminimin plotësues të përcaktuar nga specialisti i QSUT. Asistenti i tij lidhet me receptionin për planizimin, bën shënimet përkatëse në rregjistër dhe në rekomandim për ekzaminimin plotësues, specialisti vulos, firmos rekomandimin.

Insistuaam në këtë problem sepse kërkohet më shumë kujdes, sepse është i rëndësishëm dhe sepse në mënyrë të përsëritur nxirren për zbatim akte administrative pa u interesuar për inpaktet, pa u thelluar për fenomenet anësore, pa u konceptuar mirë pyetjet që duhet t'i bëjnë vetëvetes autorët : Çfarë do të bëjmë ? Si do ta bëjmë ? Kush dhe ku do ta bëjë ? Cilat janë zgjidhjet alternative ? Cila zgjidhje është më optimale ? Përgjigjet a përputhen me praktikën ? Janë të kësaj natyre shkaqet që krijojnë vështirësitë e zbatimit të atyre akteve ? Kanë ndodhur këto me urdhëra, udhëzime, VKM , deri me ligje , kështu ndodhi me formularët e informacionit shëndetësor etj. Duhet të jetë e qartë për të gjithë se aktet formale të vështira për praktikën e zbatimit, kthehen në sensin e kundërt të synimit, një sistem referimi i vështirë në praktikën e zbatimit në shërbimet shëndetësore do të nxisë rrugët jo formale të zgjidhjes, një i sëmuri që ndeshet në vështirësitë e praktikës i ndodhur përpara pamundësisë do të paguajë para, do të shfrytëzojë miqësinë, njohjen me mjekët apo autoritetet dhe do të bëjë çka mundet për të marrë shërbimin që i duhet ose do të mbesë pa shërbim.

**Kontrolli** - Në kushtet e shtrirjes së skemës së sigurimit shëndetësor në shërbimin parësor, spitalor dhe rimbursimin e barnave kur ndjehet mëse i nevojshëm , kontrolli shtetëror është i pamjaftueshëm. Kontrolli nuk realizohet nga organet e kontrollit sipas përgjegjësive të përcaktuara në legjislacion, kështu për investimet (përgjegjësi e Ministrisë së Shëndetësisë) disa QSH janë lënë dhe tre vjet pa investime, ka qendra shëndetësore të reja të cilat lihen pa funksionuar për shumë kohë për shkak të mungesave të paisjeve të domosdoshme (Dropulli nga 10, në funksion 4 QSh.IV09), ka mjekë, shefa dhe drejtorë të spitaleve shtetëror që kanë refuzuar lidhjen e kontratave me DRSKSH dhe janë lejuar të vazhdojnë punën, ka drejtor institucionesh që lejojnë largimet e personelit nga vendet me mungesa të personelit shëndetësor, apo që punësojnë pa lejen e largimit etj. Si shpjegohet mosmarrja e masave shtërnguese ndaj personave apo drejtuesve të spitaleve për moslidhjen e kontratave me DRSKSH ? Veprim ky që bie në kundërshtim me VKM nr. 1661 29.12.2008. Si shpjegohet mosmarrja e masave shtërnguese ndaj personave përgjegjës që lejojnë largimet e personelit nga vendet me mungesa të personelit shëndetësor ? Veçse me kontrole që nuk janë ushruar ose janë keq ushruar. Kontrolli është i pasaktësuar për identifikimin e diplomave fallso të personelit shëndetësor, për shkollimet e pa përfunduara ose të përfunduara sidomos të shkollave të larta, për identifikimin e vërtetimeve fallso për ndihmën ekonomike, statusin e veteranit, invaliditetin, të dhënat fiktive të laboratorëve apo ekzaminimeve të tjera shëndetësore, për ushtrimin e shërbimeve shëndetësore të palicensuara apo të liçensuara me shkelje të kritereve të liçensimit etj.



Kontrollet e ISKSH realizohen nga Drejtoria e Kontrollit të Jashtëm, Drejtoria e Auditit (kontrollit) të Brendshëm dhe nga strukturat vendore të ISKSH (DRSKSH, DSKSH, ASKSH). Të gjithë strukturat e kontrollit të ISKSH kryejnë kontrolle të planifikuara, të programuara dhe sistematike.

**Kontrolli i jashtëm** ka objekt pune kontrollin e qendrave shëndetësore, spitaleve, farmacive, agjensive farmaceutike, distributorëve farmaceutik dhe inportuesve farmaceutik të kontraktuar me ISKSH (DRSKSH). Objekt kontrolli janë zbatimi i detyrimeve kontratuale. Mbështetja kontrollit është e gjërë, përfshin 4 ligje, 4 VKM, Kontratat, akte të tjera nënligjore dhe udhëzuesit metodik për kontrollin e mjekut si dhe udhëzuesin metodik për kontrollin e farmacive dhe agjensive farmaceutike. Aktiviteti kontrollues kryhet sipas planit vjetor, mujor dhe përfshin monitorimin, përdorimin e buxhetit në kushtet e përcaktuara në kontratat, të shpenzimeve të rimbursimit të barnave deri në nivelin e çdo mjeku, të treguesve vlerësues të performancës dhe cilesisë së shërbimeve, pagesën, aktivitetin e mjekëve, të laboratorëve, të ekzaminimeve imazherike, zbatimin e sistemit të referimit, të regjistrimit, të kartelizimit, të përshkrimit të recetave me rimbursim, të evidentimit dhe të gjithë detyrimeve të tjera kontratuale. Përveç kontrolleve të programuara kryhen edhe kontrollet tematike kundrejt denoncimeve të bëra nga të siguarat, të subjekteve të ndryshëm dhe të dhënave operative. Nga të dhënat e kontrollit të jashtëm të ISKSH rezulton : Mosrakordimi i të dhënave statistikore të aktivitetit të qendrës shëndetësore me të dhënat e dokumentacionit që plotësohen dhe ruhen në QSH, si psh të dhënat e pagesës për aktivitet, që tregon për rritjen fiktive të numrit të vizitave për të siguarit, apo për PVHP, sëmundshmërinë kronike të disa mjekëve ; Ka shkelje të orarit të shërbimeve ; Keqadministrim të fondit të qendrave shëndetësore për shërbimet ; Keqadministrim të fondit të rimbursimit, shkelje të kufizimeve të listës së barnave të rimbursueshme, të protokolleve të përdorimit të barnave dhe të akteve të veçanta të ISKSH për barna të veçanta, mungesë të analizave laboratorike dhe ekzaminimeve imazherike në kartelat individuale, mungesa në argumentimin e ndryshimeve të mjekimeve, mangësi në argumentimin e diagnozës dhe mjekimit të rasteve të reja, nuk është argumentimi profesional që përcakton qëndrimin e mjekut kurues, por thjesht rekomandimi i një mjeku specialist apo një ekzaminim, pa ndjekur procedurat e udhëzuesve të praktikës së mirë mjekësore ; Rekomandimet e mjekëve specialistë shpesh janë rekomandime të trajtimeve jo të domosdoshëm me barna të shtrenjtë, të hiperdiagnozave. Mjekët specialiste nuk hapin kartela për të sëmurët kronikë, disa herë kryejnë vizita pa rekomandimin e mjekut të familjes, nuk argumentojnë diagnozën dhe mjekimin, nuk e “njohin” listën e barnave të rimbursueshme edhe kur e kanë në sirtarin e tavolinës, përdorin që në fillim alternativën më të shtrenjtë të barnave dhe kur nuk mungojnë barnat me pak të kushtueshme me veprim të njëjtë, shkelin protokollin e përdorimit të barnave etj.; Për shkeljet e detyrimeve kontratuale janë zbatuar masat shtërnguese : vërejtje, kushte penale, zhdëmtime ekonomike, gjoba.

Në kontrollin e ISKSH masat shtërnguese janë pjesë e realitetit, nuk kanë synimin e dënimit të personelit mjekësor dhe janë konceptuar si pjesë e edukimit të vazhdueshëm. Tre vitet e fundit ka përmirësim të gjëndjes, për rastet e shkeljeve. Është një tregues pozitiv mungesa e kontestimeve të subjekteve të kontrolluara ndaj kontrolluesve. Kontratimet aktuale të sigurimit shëndetësor me qendrat shëndetësore, spitalet disi mbartin vështirësinë qoftë dhe për raste të veçanta të zbatimit të masave shkeljet e identifikuar. Masat shtërnguese të kërkuara nga DRSKSH për shkelje të detyrimeve

kontratuale duhet të jenë detyrimisht të zbatueshme nga QSH dhe spitalet, duhet të jenë detyrim i saktësuar i përgjegjësive kontratuale të drejtuesve të atyre institucioneve. Ka disa arsye që motivojnë këtë kërkesë, drejtuesit e institucioneve shëndetësore duke qenë njëherazi dhe mjekë që vazhdojnë ushtrimin e praktikës mjekësore, janë të vetëeksponuar ndaj shkeljeve kontratuale, nga ana tjetër detyrimi i ekzekutimit nuk është kushtëzuar me masat shtërnguese në përgjegjësitë e tyre, sikurse dhe largimi i tyre varet nga bordet e QSH apo spitaleve që nuk e kanë kriter këtë kërkesë. Sigurisht e drejta e kundërshtimit dhe e moszbatimit kur një masë shtërnguese bie në kundërshtim me ligjin duhet të jetë e njohur. Masat shtërnguese dhe pse nuk janë të dëshirueshme, janë të domosdoshme sepse i imponon gjëndja faktike. Këtij realiteti i përkasin jo vetëm recetat fiktive, ekzaminimet fiktive, rregjistrimet fiktive etj. Ndodh dhe kështu : Aparati i rontgenit prej 3 vitesh nuk punon dhe laboranti prej 3 vitesh nuk bën asnjë lloj pune, por paguhet. Ankesa e tij është përse nuk i japin shtesën për rrezet ! Institucioni të cilit iu drejtua, në vend të alarmit i dërgon institucionit shëndetësor të laborantit një shkresë sqaruese si paguhet shtesa. Nuk mjafton që 3 vjet nuk punon aparati dhe laboranti, por gjatë kësaj kohe emërohet dhe një mjek röntegenollog apo pneumolog ? Të shqetëson fakti dhe nuk di a ekziston kontroll për rastet e ngjashme (Vorë '09). Në vazhdim të shkeljeve të kontratave janë identifikuar raste të lidhura me Rregulloren e përgjithshme të kontratimi Aneksi A si : QSH i njihet ngrohja por nuk ka stufë, i njihet celulari, por nuk i është dhënë, kur ka celular privat drejtori i QSH nuk i paguhet as një kartë minimale dhe pse QSH nuk ka telefon të linjës. Në shërbimin farmaceutik ka shqetësime për cilësinë e barnave, për sigurinë, ka raste të shitjes së barnave të skaduara. Nuk po zbatohen kriteret për hapjen e farmacive. Ka mungesa periodike të disa barnave të listës së rimbursueshme, disa herë janë konstatuar rritje të paligjshme të çmimeve të barnave, në disa zona farmacitë janë larg popullatës. Kontrolli shtetëror mbi farmacitë, prodhuesit dhe grosistët është i pamjaftueshëm. Janë konstatuar raste të tregtimit të barnave pa pullë. Ka raste të ekzekutimit të recetave me rimbursim në farmaci që nuk kanë kontratë me sigurimin shëndetësor, janë farmaci që bashkëpunojnë në mënyrë të paligjshme me farmacitë e kontratuara. Flitet për lidhje të kundërligjshme ndërmjet mjekëve dhe farmacistëve, por nuk ka denoncime. Problemet e shërbimeve farmaceutike janë probleme të ndjekjes në vazhdimësi, të cilat diskutohen dhe ridiskutohen për të arritur në një ekuilibër, një pjesë e tyre janë zgjidhur, një pjesë nuk ka arsye të mos zgjidhen sikurse ai i rregjistrimit të disa barnave që mungojnë (zgjidhja : tarifa të diferencuara të ulura), apo pullat e dyfishtë etj...

**Supervizimi.** Për kontrollin e QSH në duart e DRSKSH-ve është Udhëzuesi Metodik 2009 “Mbi supervizimin mbështetës të QSH në skemën e sigurimit të kujdesit shëndetësor” produkt i bashkëpunimit të ISKSH dhe PRO Shëndetit, si një mënyrë e kontrollit dhe e zgjidhjes së problematikës me të cilën ndeshet QSH. Supervizimi mbështetës përfshin hartimin e listave të kontrollit për vlerësim që do kryejnë supervisorët dhe përfshin menaxhim-organizimin, burimet njerëzore, klinikën, performancën, financën për monitorimin dhe vlerësimin e zbatimit të kontratës QSH-DRSKSH. Në procedurë përfshihet sipas planit vjetor të supervizimit : njoftimi i QSH sipas formularit përkatës, lista, programi, fletët e shënimeve, proces verbalët, raportit, vendimet dhe rekomandimet për QSH, evidenca e rezultateve të supervizimit dhe raportit 6 mujor i grupeve të supervisorëve për Drejtorin e përgjithshëm dhe Drejtorin e DRSKSH. Supervizimi synon identifikimin dhe vlerësimin e nivelit të shërbimeve

shëndetësore të ofruara kundrejt shërbimit shëndetësor të pritshëm (të mundshëm) mbi sasinë dhe cilësinë e shërbimeve për përmirësimin e shërbimeve, identifikimin e problemeve, vlerësimin për efikasitetin, efikasitetin dhe zgjidhjet e përbashkëta si produkt i bashkëpunimit të supervisorëve, dhënësve të shërbimeve dhe drejtuesve të QSH. Vlerësimi i referohet produktivitetit dhe cilësisë së shërbimeve, normave dhe standarteve. Mbështetja qëndron në rekomandimet për personelin e QSH, për zgjidhjet, për planifikimet dhe monitorimin e problemeve të QSH. Gjithësesi prioritet i kontrollit të DRSKSH në QSH vazhdon të mbetet identifikimi, ndëshkimi dhe parandalimi i shkeljeve të detyrimeve kontratuale. Supervizimi përfaqëson përmirësimin e kontrolleve të DRSKSH nëpërmjet formalizimit në Udhëzuesin e supervizimit të QSH.

**Auditi (Kontrolli) i Brëndshëm** ka objekt pune “kontrollin e përdorimit efektiv dhe të dobishëm të fondeve të ISKSH, zhvillimin e miradministrimit financiar, si dhe kontrollin e zbatimit të ligjshmërisë në fushën ekonomiko-financiare të institucionit të ISKSH dhe strukturave vartëse si dhe të strukturave kontratuse”. Baza ligjore përbëhet nga Ligji “Për auditin e brëndshëm” nr.9720 dt.23.4.2007, Ligji “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë” nr.7870 dt.13.10.1994, Kodi Etik për auditet e brëndshëm dhe Karta e auditimit të brëndshëm publik. Ajo që kërkon diskutim është përkufizimi i odjektit të punës, që fillon me termat “përdorim efektiv”, “i dobishëm”, “zhvillim dhe mirëadministrim financiar” dhe mbyllet me “si dhe kontrollin e zbatimit të ligjshmërisë në fushën ekonomike financiare”lë shumë për të dëshiruar, a thua se ke të bësh me dy objekte pune. Kur bëhet fjalë për kontrollin, ato terma janë probleme konceptuale, çfarë kuptohet me njërin apo tjetrin term, ndërsa kontrolli kërkon referencën e treguesve vlerësues të cilët shprehen në aktet e legjislacionit (ligje, VKM, Kontrata, Urdhëra, Udhëzime dhe akte të tjera administrative). Shpesh herë shprehjet jo mirë të konceptuara bien në kundërshtim me misionin dhe jo pa pasoja. Keqinterpretimet dhe dublimet në kontroll duhen evituar.

**Kontrolli i strukturave vendore** të ISKSH kryhet sipas planeve vjetore dhe mujore, me programe të përcaktuara. Objekt kontrolli janë : QSH, spitalet, farmacitë, agjensitë, distributorët dhe grosistët farmaceutik të kontraktuar me ISKSH. Kontrolli ushtrohet për zbatimin e detyrimeve kontratuale.Në ndihmë të kontrollit të DRSKSH,DSKSH dhe ASKSH-ve është udhëzuesi metodik i supervizimit mbështetës. Në kontrollin e strukturave vendore duhet më shumë profesionalizëm, ai duhet të forcohet, për këtë flasin rastet e kontrollit të jashtëm të Drejtorisë së Përgjithshme në të njëjtin objekt dhe për të njëjtën periudhë kohore të kontrolluar dhe nga DRSKSH, që rezultojnë me mjaft shkelje të detyrimeve kontratuale të pa identifikuar nga kontrolli i DRSKSH.

**Burokracia** Nga disa sondime të kryera në disa qendra shëndetësore kryesisht në Tiranë vërehet se ngarkesa burokratike e MP/F ka ardhur duke u rritur, puna e mjekut me letrat zë pjesën më të madhe të kohës aktive, mesatarisht ajo zë 70-80% , ndërsa puna me të sëmurin 20-30%. Në shërbimin e MP/F duhet të plotësohet dokumentacioni i renditur në vazhdim :

1.Rregjistri themeltar, që është dokumenti i rregjistrimit të banorëve, të cilëve u ofron shërbimin shëndetësor të përgjithshëm; 2.Rregjistri i vizitave, që është dokumenti i pasqyrimin të shërbimeve shëndetësore të kryera nga MP/F; 3.Rregjistri i ndihmës së

shpejtë dhe vizitave në shtëpi që është dokumenti i pasqyrimin të shërbimeve shëndetësore të kryera në shtëpinë e të sëmurit; 4. Rregjistri i sëmundshmërisë kronike, që është dokumenti që evideton të sëmurët dhe sëmundjet kronike nga të cilat ata vuajnë; 5. Rekomandimi, që është dokumenti për vizitë specialisti, për analizat klinike, biokimike dhe imazherike; 6. Libreza e shëndetit që është dokumenti individual i të siguarit për përfitimet e shërbimeve shëndetësore; 7. Formulari i vizitës dhe procedurave mjekësore që është dokumenti i sistemit të informacionit shëndetësor dhe i identifikimit të shërbimit të përfituar nga i sëmuri; 8. Formulari i referimit tek MS; 9. Receta për marrjen e barnave (receta e rimbursimit të plotë, e rimbursimit të pjesshëm, receta për barnat narkotike/psikotropë dhe receta pa rimbursim); 10. Kartela personale që është dokument shëndetësor që pasqyron gjendjen shëndetësore të individit, sëmundjet e kaluara, ekzaminimet që ka kryer dhe barnat me të cilët është mjekuar. 11. Dokumenti i deklaraminimit të sëmundjeve ngjitëse; 12. Deklaratat e MP/F për personat e rinj, për konfirmimin e diagnozave të treta; 13. Tabela M1 është dokumenti i MP/F për mbulimin shëndetësor dhe listën e ndryshimeve të popullatës. Të gjithë dokumentet e përmendur janë dokumente të karakterit të përditshëm, me përjashtim të Tabelës M1 e cila plotësohet një herë në muaj. Pjesmarrëse në plotësimin e këtyre dokumentave janë dhe infermieret asistente të mjekëve (sondimet që flasin për ngarkesën e rënduar burokratike janë bërë në bashkëveprimin e MP/F dhe të infermieres). Bëhet fjalë për realitetin e zbatimit të ngarkesës burokratike, si dhe për mundësitë reale, jo në rrafshin teorik, por në praktikën e kontrolluar. Pa u marrë me teorizimet që do të ishin një diskutim i gjatë dhe për aktualitetin i pa frut, le të shikojme disa raste të praktikës. MP/F për çdo sëmundje plotëson një recetë dhe nëse i sëmuri vuan nga 3 sëmundje i duhet të plotësojë 3 receta. Një tjetër rast, MP/F për lejen e zakonshme duhet të lëshojë recetat e muajit në vazhdim si dhe të muajit pasardhës për të sëmurët kronikë (të cilët zënë rreth 90% të tërësisë së recetave), pra nëse i sëmuri vuan nga 1 sëmundje atëherë duhen bërë 2 receta dhe nëse vuan nga 2 sëmundje atëherë duhen bërë 4 receta etj. Ajo që duhet kujtuar është se çdo recetë shoqërohet me plotësimin e librezës së shëndetit, për çdo recetë një fletë të librezës së shëndetit. A është e mundur të lehtësohet ngarkesa burokratike në këto raste? Po është e mundur, duke përshkruar barnat në një recetë për dy ose tre sëmundje në rastin e parë dhe për rastin e dytë duke përshkruar në një recetë dyfishin e përdorimit mujor, mbrapa recetës të bëhen shënimet përkatëse. Për lehtësimin e ngarkesës burokratike mund të nxirret një akt i përbashkët i Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH ose vetëm i ISKSH, me të cilin të kërkohet nga drejtuesit e qendrave shëndetësore që këtij problemi t'i kushtojnë vëmendjen e duhur dhe të ndër marrin veprimet për lehtësimin e ngarkesës burokratike të mjekëve, në këtë akt mund të kërkohet angazhimi i infermierëve asistent të mjekëve duke përcaktuar formalitetin e veprimeve, mund t'i kërkohet drejtorit të QSh miradministrimi i shërbimeve në shpërndarjen e ngarkesave për aktivitetet e qëndrës shëndetësore, lehtësimin e ngarkesës burokratike, përgatitjen e formateve të gatshëm për deklaraminimet e personave të rinj, diagnozave të treta etj... Formulari i vizitave dhe procedurave mjekësore është bërë me të vërtetë një mbirëndesë në praktikën e zbatimit dhe është e habitshme të thuash se përmirëson cilësinë e shërbimit. Nuk është racionale që strukturat e kontrollit, të cilat ushtrojnë kontroll me planifikim vjetor, mujor, me program, metodikë dhe objekte kontrolli të miratuar nga drejtori i institucionit, u duhet për çdo rast të kontrollit të bëjnë kërkesën, programin, të marrin miratimin, pastaj të bëjnë urdhërin të marrin sërish miratimin e drejtorit të përgjithshëm apo zëvendësit. Kur

dihet se është në praktikën e çdo institucioni raportimi një herë në muaj apo në javë i realizimit të planit të punës. Për kontrollat tematike për institucionet që në praktikën e procedurës së denoncimeve, ankesave, kërkesave drejtuar institucionit, së pari shqyrtohen nga drejtori i institucionit i cili e kalon aktin e paraqitur me shënimin përkatës për drejtorinë e kontrollit, ecuria e mëtejshme duhet ti perkasë drejtorit të drejtorisë së kontrollit për përgatitjen e anës formale dhe zbatimin e kontrollit. Praktika ka treguar se ka vonesa të zgjidhjeve, humbje kohe, ditë pune etj... Ministria e Shëndetësisë, ISKSH, DSHP, ASHR, DRSKSH, ISHP duhet të jenë krejtësisht të ndërgjegjshëm për dëmet që sjell mbingarkesa burokratike. Është kjo një dukuri që e shoqëron MP/F dhe ISKSH prej shumë vitesh , edhe pse ISKSH herë pas here ka marrë masa kundër mbingarkesës burokratike.

QSH dërgojnë në DRSKSH : projekt buxhetin; planin vjetor të detajuar për çdo muaj; evidencën e të ardhurave dhe shpenzimet e buxhetit të kontratuar dhe ato dytësore në çdo muaj; bilancin; kërkesat për ndryshime gjatë vitit të planit të shpenzimeve brenda zërave të 602; miratimin nga Bordi i QSH të planit të përdorimit të të ardhurave dytësore; çdo 3 muaj 2/PU pjesa e parë, pjesa e dytë çdo 6 muaj , 7/PU dhe çdo vit 9/PU; kërkesa të tjera për probleme të ndryshme që i dalin QSH; evidencën M1 (Anexi J i kontrates) çdo muaj; evidenca e sëmundshmërisë kronike çdo gjashtë muaj; të dhënat mbi personelin sipas aneksit "I" dhe sipas aneksit "L" të QSH në fillim të vitit dhe të dhënat sipas aneksit "K" sa herë ka ndryshime; të dhënat e printuara të formularit të vizitës. QSH e pasqyron aktivitetin e shërbimeve shëndetësore në 51 dokumente (regjistra , kartela, formularë, evidenca, pasqyra etj).

Për shërbimin farmaceutik - në subjektet e kontratuara me DRSKSH ka ngarkesë burokratike të panevojshme, por ka dhe nderhyrje të dobishme. Farmacitë dorezohen në DRSKSH inventarin e shkruar të barnave në fillimin e çdo viti për nënshkrimin e kontratës, riparaqesin inventarin e plotë në vitin në vazhdim kur hyn në fuqi LBR e miratuar me VKM përkatës, ndërsa dokumentacionin tjetër e dorëzojnë me flash. DRSKSH disponojnë inventarin e barnave, furnizimin dhe konsumin e barnave. Përse duhet që farmacistët të paraqesin sërish gjithë inventarin dhe jo vetëm inventarin për barnat e shtuar të LBR të miratuar në vitin në vazhdim ? Kjo nuk është e nevojshme, ndërsa nese motivohet me çmimet e ndryshuara, motivimi nuk qëndron sepse çmimet janë të përcaktuar në VKM sëbashku me LBR e miratuar. Ndërhyrja tjetër e pakësimit të ngarkesës burokratike do të ishte kalimi me internet i informacionit që aktualisht dorëzohet në DRSKSH me flash. Për të mos u zgjatur më tej theksoj se gjithmonë gjenden mënyra të praktikës së lehtësimit të mbingarkesës burokratike, por kjo kërkon angazhimin dhe bashkëpunimin e farmacistëve të kontraktuar me DRSKSH.

Burokracia dëmton cilësinë, ul produktivitetin e shërbimeve, krijon terren favorizues për korrupsionin, ka impakt negativ psikologjik tek të semurët, vë në dyshim besueshmërinë e shërbimit të mjekut, QSh, spitalit, përkeqëson gjendjen shpirtërore, krijon vonesë të shërbimeve.

Institucionet në formulimin e akteve që angazhojnë personelin shëndetësor dhe sidomos mjekët duhet të marrin në konsideratë ngarkesën burokratike në praktikën e zbatimit, për fat të keq deri tani kjo ka munguar. Në sistemin e informacionit duhet të dominojë mendimi i specializuar i informatizimit me synimin e përfuturit maksimal të raporteve

statistikore kundrejt burimeve të ngarkesave minimale burokratike, mendimi i grupeve të interesit do të ishte i dobishëm. Ministria e Shëndetësisë, ISKSH duhet të mbështesin studimet për ngarkesën burokratike, për impaktet në praktiken e veprimtarisë së drejtorive qendrore, strukturave vendore, të QSH, spitaleve, farmacive të kontratuara. Këto studime do të ishin të dobishme. Për ISKSH përfundimet e studimeve mund të shfrytëzoheshin në përmirësimin e akteve normative, thjeshtësimin, përshtatjen në kushtet e ndryshuara të aktivitetit të sigurimit të kujdesit shëndetësor, për uljen e ngarkesës burokratike të panevojshme etj... Burokracia është terren nxitës i korrupsionit. Përqëndrimi kundër mbingarkesës burokratike ka për qëllim rritjen e produktivitetit dhe cilësisë për të gjithë aktorët e skemes së sigurimit shëndetësor, por në radhë të parë të shërbimeve shëndetësore në dobi të të sëmurëve. Ka ardhur koha për ta bërë këtë, për të mos ia lënë spontanitetit apo amatorizmit.

**Korrupsioni** është një dukuri negative e sistemit shëndetësor që i përket jo vetëm së kaluarës, por edhe tranzicionit. Korrupsioni po bëhet një sëmundje e rëndë e shoqërisë shqiptare në tërësi. Personat e nivelit të ulët arsimor dhe fshatarësia janë më të ekspozuarit ndaj këtij fenomeni, por nuk përjashtohet dhe pjesa tjetër e popullatës, madje dhe vetë personeli shëndetësor. Përse njerëzit paguajnë rryshfete. Pjesa më e madhe e të intervistuarve deklarojnë se mjekët mund të mos i mjekojnë nëse nuk i paguajnë, të tjerë paguajnë për arsye tradite. Nga të intervistuarit (sipas observatorëve të ndryshëm, përfshirë mediat) konstatohet se mjekët kanë lidhur marrëveshje me farmaci të caktuara, nga të cilat ata përfitojnë përqindje mbi barnat që blejnë të sëmurët (këtë e pohojnë të sëmurët, në konfidence dhe vetë mjekët, farmacistët). Mjeku merr një përqindje për çdo recetë që dërgon në farmacinë e rekomanduar. Sa më shumë receta dhe me barna sa më të shtrenjtë aq më të shumta do të jenë fitimet e tij. Pyetjes se doktori u rekomandon t'i blini ilaçet në një farmaci të caktuar? Janë përgjigjur: 19% e të intervistuarve plotësisht dakord, 30% disi dakord dhe pjesa tjetër nuk jam dakord. Pyetjes se doktori u jep më shumë barna sesa kanë nevojë, të intervistuarit i janë përgjigjur: 11% jam plotësisht dakord, 25% pjesërisht dakord dhe 64% nuk jam dakord. Në disa raste barnat janë vjedhur nga vetë personeli i spitaleve dhe janë shitur nga bashkëpunëtorë të tyre pranë spitaleve ose në farmaci. Kur të sëmurët shkojnë në spital, personeli i spitalit u thotë atyre se "ky apo ai ilaç nuk është" dhe se duhet t'i blejnë vetë, disa herë u rekomandojnë se ku mund t'i marrin me çmime të arsyeshme apo u rekomandojnë mundësinë e përfitimit falas nëpërmjet sigurimit shëndetësor. Këto raste kanë ardhur duke u eliminuar. Korrupsioni është dhe më i rënduar në spitale dhe me shumë në shërbimet kirurgjikale, sidomos tek kirurgët dhe infermieret. Disa persona kanë treguar eksperiencën e tyre apo të të afërmëve se doktori mezi denjon t'i dëgjojë nëse do të bëjnë një operacion, qoftë edhe të thjeshtë si shkarja e dhjamat (herniotomia) apo apendisiti (apendectomy) pa le për sëmundje më të vështira. Për operacionet relativisht të ndërlikuara, komunikimi i parë i doktorit ka qenë se ky operacion është i vështirë dhe kërkon ndjekje të herë pas herëshme, bëhet jashtë shtetit, më pas shton se mund të bëhet dhe këtu. Çmimet, sistemi i pagesave jo të ligjshme për trajtimet mjekësore njihet nga njerëz të ndryshëm. Të sëmurët e marrin informacionin rreth pagesave ilegale: një pjesë nga doktori, një pjesë nga infermieri, të tjerë nga ndërmjetësit që sillen përreth, nga të njohurit apo nga rastësia. Një pjesë e personave e bëjnë pagesën e paligjshme për shkak të detyrimit dhe pjesa tjetër për shkak të traditës. Është traditë të japësh bakshish, një

pjesë e njerëzve kanë turp të mos paguajnë, disa dhe pse nuk u kërkohet të paguajnë, ndjehen të detyruar të japin një shpërblim pa e ditur as vetë pse. Të dhëna që tregojnë ekzistencën reale të korrupsionit. Të dhëna të tjera tregojnë se nuk janë të pakët personat, të cilët kanë përfituar shërbime të mira pa paguar asnjë lek të vetëm, si në spitale, ashtu dhe në shërbimin e specializuar ambulator, aq më shumë në shërbimin e MP/F. Duhet theksuar se ka diversitet të dhënash për nivelin e shtrirjes së korrupsionit, është një pjesë e personelit shëndetësor e përfshirë në korrupsion, pjesa më e madhe nuk është e përfshirë në korrupsion. Më shumë diversiteti është për natyrën e korrupsionit. A do ta quanim korrupsion marrjen e parave nga një sanitare që kryen shërbimet e zakonshme dhe i semur i jep para pa ia kërkuar sanitaria ? A do ta quajmë korrupsion kur një i moshuar është kuruar dhe në daljen nga spitali i jep lekë apo një dhuratë një mjekut, infermierit, pa ia kërkuar këta të fundit ? Ajo që e bën të mprehtë është se korrupsioni ka përfshirë dhe strukturat administrative, si për rastet që personeli i tyre është direkt dhënës i shërbimeve shëndetësore, ashtu dhe për rastet kur nuk është dhënës i shërbimeve shëndetësore. Gjithësesi korrupsioni është i pranishëm në sistemin shëndetësor, por në dimensione shumë më të reduktuara. Korrupsioni i perket sistemit publik, përjashtimisht është i pranishëm dhe në shërbimet shëndetësore private (ekzaminime jo reale kundrejt pagesës, recetat fiktive mjek-farmacist etj). Terrenin korruptiv për shërbimet shëndetësore e krijojnë faktorë nga më të ndryshmit si keqmenaxhimi i shërbimeve, burokracia, shërbimet e munguara, mungesat e reagenteve dhe terreneve për ekzaminimet laboratorike, mungesa e filmave röntegenologjik, keqshpërndarja, mungesa dhe keq mbajtja e aparaturave mjekësore, varfëria, keqformimi individual, pamjaftueshmëria e informacionit publik transparent, lufta jo konsekuente kundër korrupsionit etj. Në tre vitet e fundit dhe sidomos në 2008 dhe në 2009 ka pasur përpjekje serioze, sistematike në luftën kundër korrupsionit në shëndetësi. Janë marrë një sërë masash administrative, është vendosur dhe po bëhen përpjekje serioze për zbatimin e sistemit të referimit, janë marrë masa shtërnguese disiplinore deri në largimet nga puna si dhe janë dënuar penalisht personel shëndetësor etj. Jemi dëshmitar të frenimit të korrupsionit, të ndryshimeve, arritjeve sikurse jemi të ndërgjegjshëm se në asnjë mënyrë nuk duhet ulur intensiteti i luftës kundër korrupsionit. Problemi shtrohet për multifaktorialitetin, natyrën komplekse, karakterin shumë dimesional të këtij fenomeni. Mbi korrupsionin këmbëngulet sepse është i pranishëm dhe do të vazhdojë të jetë i pranishëm (është në çdo vend), sepse është pengesë serioze për zbatimin e reformave në sistemin shëndetësor , por tashmë korrupsioni nuk mund të jetë më shkak i dështimeve të reformave, nëse do të vazhdohet lufta kundër korupsionit me seriozitetin, angazhimin, strategjinë e duhur dhe nëse në sistemin shëndetësor do të vendoset informimi i detyrueshëm publik i vazhdueshëm dhe transparent. E rëndësishme është krahas reduktimit ekstrem të terrenit korruptiv të ndëshkohen rastet e identifikuar dhe të realizohet informimi i detyrueshëm i popullatës.

**Kërkohet profesionalizëm.** Zbatimi i reformave ka ndeshur në një sërë vështiresish. Ka pak menaxhier të specializuar për shërbimet shëndetësore, ka shpërndarje jo të përshtatshme të shërbimeve të specializuara , të pranishëm kryesisht në zonat urbane të mëdha, jo sipas një strategjie të përcaktuar, ka rajonalizim jo të përshtatshëm, keqmenaxhim të shërbimeve shëndetësore. Është jo racionale të merret QSUT me trajtimet më të rëndomta të shërbimeve shëndetësore , fjala vjen shërbimi kirurgjikal i QSUT të bëjë herniotomitë apo apendektomitë të pakomplikuara etj... Ndjehet nevoja

për ekonomistë mjekësorë, për ekonomistë farmaceutikë, për teknologë mjekësore etj. Në kohën që janë shumë të nevojshëm për reformën, mungesave të mësipërme u shtohet numri i pamjaftshëm i profesionistëve të trajnuar në terrenin e heterogjenitetit të komplikuar të formimit të tyre. Heterogjeniteti i personelit shëndetësor si për çdo fushë, krijon diferenca të theksuara individuale dhe kolektive të produktivitetit dhe cilësisë të shërbimeve tek i njëjti institucion si dhe tek institucionet e së njëjtës kategori. Përgatitja e mjekëve të përgjithshëm bëhet me një program akademik 5 vjeçar, aktualisht për të dalë mjek i përgjithshëm kërkohen 6 vjet. Mjeku specialist përgatitet me bazë nisje diplomimin mjek i përgjithshëm dhe i nënshtrohet programeve të specializimit për cdo specialitet, me afate kohore të ndryshëm, duke filluar nga 2 vjet MF deri në 5 neurokirurgjia. Specialiteti i mjekësisë familjare është dy vjeçar dhe filloi në vitin 1997. Ka heterogjenitet të formimit akademik të infermiereve, baza e nisjes ka përfshirë të arsimuarit në shkollat 7 vjeçare dhe të mesme, me programe të ndryshëm, për infermiere të nivelit të ulët, për mami-infermier, infermier të shkollimit të lartë me kohë përgatitjeje 1 vjeçare, 2 vjeçare, 4 vjeçare. Në 1994 u krijua Fakulteti i parë i infermierisë në Vlorë dhe Shkolla e Lartë e Infermierisë në Tiranë, por pjesa më e madhe e infermiereve nuk janë me shkollë të lartë dhe të patrajnuar, një pjesë e tyre nuk kryejnë funksionin e infermieres, por të sekretareve të mjekëve. Të ardhurat e personelit mjekësor konsiderohen të pakta dhe pse në katër vjetët e fundit u dyfishuan për infermieret dhe u rriten 78% për mjekët, paga është një nga shkaqet e pamjaftshmërisë të nxitjes për profesionalizmin, ajo mbetet burimi kryesor i pakënaqësisë së tyre, për më tepër sepse personeli publik e krahasonte pagën me pagesën e privateve. Heterogjeniteti nuk është specifikë e shërbimeve shëndetësore sikurse dhe të ardhurat e personelit shëndetësor, por paraqiten të dhënat e personelit shëndetësor sepse është pjesë e skemës së sigurimit shëndetësor që financon ISKSH. Zbatimi i reformave në sistemin shëndetësor e ndjen rëndesën dhe vështirësitë që krijon problematika e mësipërme. Reformat e kërkojnë profesionalizmin si një nga faktorët e suksesit. Situata dikton përdorimin e të gjithë mënyrave të formimit profesional sipas strukturës së cdo institucioni në funksion të misionit. ISKSH në kushtet e dukurive negative të tregut farmaceutik dhe të shërbimeve shëndetësore është vënë përpara vështirësive për planifikimin, shpenzimet, përdorimin racional të barnave, për kosto-efektivitetin etj. Dukuritë negative shprehen në përdorimin jo të domosdoshëm të barnave të shtrenjtë, të alternativave, të trajtimeve me kosto të lartë, të hiperdiagnozave, shprehen në vështirësitë që krijojnë shërbimet shëndetësore të specializuara thuajse të pakontrolluara realisht nga sigurimi shëndetësor për shkak të specifikave të specialiteteve. Prej kohësh është kërkuar profesionalizmi për punonjësit e ISKSH si për çdo institucion, që do të thotë punonjës të pajisur me njohuritë e nevojshme sipas specifikës së veprimtarisë së institucionit. Misioni i ISKSH është sigurimi i sa më shumë dhe sa më cilësorë shërbimesh shëndetësore nëpërmjet përdorimit racional të buxhetit që disponon. Në përmbushje të këtij misioni Instituti kryen një sërë veprimtarish me ekonomistë, mjekë, farmacistë, infermiere, juristë, informaticienë, të cilët janë punonjës të Institutit që duhet të pajisen me dijet e specifikës së skemës së sigurimeve shëndetësore. Këto njohuri duhet t'i marrin dhe t'i përsosin gjatë vazhdimësisë së kryerjes së detyrës. Këtu bëhet fjalë për përshtatjen e njohurive akademike të specialitetit me skemën e sigurimit shëndetësor për zgjidhjen e problematikës që shtron zbatimi i saj. Termi “specialist i sigurimit të kujdesit shëndetësor” bën dallimin për shkak të njohurive specifikë që zotëron një mjek, apo një farmacist i sigurimit shëndetësor nga një mjek apo



farmacist i praktikës mjekësore apo farmaceutike. Si një nga rrugët e specializimit apo të profesionalizimit. Specializimet akademike (shkollore) për sigurimet shoqërore, sigurimet shëndetësore, për ekonomistë të shërbimeve mjekësore, ekonomistë të shërbimeve farmaceutike e të tjerë , konkretizojnë zgjidhjet optimale të problemeve të shtruara. Farmakoekonomia na jep të dhënat e llogaritura të kostos efektive të një trajtimi të caktuar, bën përcaktimet e kostos dhe domosdoshmërisë, përcakton treguesit e cilësisë, vështiersitë dhe kufizimet, ndikuesit kryesorë të kostos, vlerësimin dhe raportin me përfitimet etj., por zgjedhjet e trajtimeve, burimet, kufizimet janë vendime politike. Specializimet e individëve të veçantë nuk mund ti japin zgjidhje tërësisë së kërkesave të një skeme, pasi janë institucione të specializuara që konkretizojnë zgjidhjet për problemet që shtrohen, si dhe individët specialistë janë pjesë e atyre konkretizimeve (Dr. Maria Kaltwasser BERLIN-CHEMIE Menarini Group). Në këtë drejtim , për të mënjeluar amatorizmin dhe rritur specializimin institucional , ISKSH-së i nevojitet ndihma, bashkëpunimi me institucionet e specializuara, ndërmjet të cilëve ka dhe që e ofrojnë pa shpenzime. Në rrafshin konkret ndihma e institucioneve të kësaj natyre do të evitonte shpenzimet e panevojshme sidomos për problemet e rimbursimit të barnave. Në kushtet tona për një sërë arsyes duhet të ndiqen të gjitha rrugët e mundshme të formimit profesional, të specializimit për sigurimin shëndetësor. Duke u përqendruar në mundësitë aktuale në trajtimin e thjeshtëzuar për t'u bërë “specialist i sigurimit shëndetësor” duhet : Një paketë aktesh minimumi i domosdoshëm për trajnimin e brendshëm të punonjësve fillestar të ISKSH, për njohjen e skemës së sigurimit të kujdesit shëndetësor, për strukturën dhe funksionimin e ISKSH. Niveli i njohjes, i përvetësimit të tyre duhet të përcaktojë kontratimin mbas kontratimit provizor ; paketë aktesh sipas drejtorisë, sektorit, vëndit të punës duhet për trajnimin e mëtejshëm të punonjësve të ISKSH, me synimin e rritjes së vlerësuar të produktivitetit dhe cilësisë së punës. Njohja, përvetësimi i tyre duhet të jenë kriteret për karrierën; trajnimi i vazhdueshëm i programuar duhet zbatuar për punonjësit e ISKSH, për reformimet që kryen vetë Instituti, për skemat e sigurimit shëndetësor, për politikën, strategjinë dhe sfidat e ISKSH; trajnimi më i mirë është dëshira, angazhimi në identifikimin, zgjidhjen e problemeve, kërkesave që mbulon drejtorinë, sektori ku punon, është puna intensive nën mbikqyrjen dhe ndihmën e specialistëve më me eksperiencë, të shefit të sektorit, drejtorit të drejtorisë, është njohja me legjislacionin; drejtorët e drejtorive, shefat e sektorëve nuk duhet të monopolizojnë, por duhet t'u komunikojnë punonjësve kërkesat e drejtimit të përgjithshëm dhe atij konkret për problemet që kërkojnë zgjidhje imediate, afatshkurtër, afatmesëm, afatgjatë, duhet të sigurojnë punën në grup; punonjësit nuk duhen lënë jashtë pjesëmarrjes në seminarët, konferencat, analizat, takimet brenda dhe jashtë ISKSH, duhet t'u sigurohet një pjesëmarrje sa më të gjërë dhe në pamundësi t'u komunikohen të dhënat, përmbajtjet e takimeve të punës; duhet të ndryshojnë marrëdhëniet ndërmjet drejtorive, po ashtu ndërmjet drejtorëve, shefave dhe punonjësve të tjerë për komunikim të gjërë, transparent, sidomos për porositë që jepen nga Drejtori i Përgjithshëm dhe jo të mbahen për vete, apo me keq të mbahen në sirtarë, për të kërkuar përgjigje të nxituar një ditë. Ndryshe ISKSH nuk do të ketë mjekë, farmacistë, informaticienë, ekonomistë, juristë specialistë të sigurimit shëndetësor që ndryshojnë nga mjekët e praktikës mjekësore etj...

\* **Një faqe e re kompjuterike** për profesionalizimin, për specializimin në sigurimin shëndetësor do të ishte me shumë vlerë. Për këtë kërkohet paraqitja e legjislacionit të lidhur me skemën e sigurimit shëndetësor, po ashtu e Vendimeve të Këshillit të

Ministrave, Vendimeve të Këshillit Administrativ të ISKSH, e urdhërave, udhëzimeve, akteve normative dhe administrative. Puna e bërë deri tani nga Drejtoria Juridike në këtë drejtim duhet të vazhdojë të zhvillohet. Të dhënat duhet të jenë të njëjta atje ku janë të pranishme dhe duhet të plotësohen me udhëzimet, urdhërat, aktet e tjera të ISKSH apo të Ministrive, të emetuar sipas kërkesave të legjislacionit në zbatim të skemës së sigurimit shëndetësor. Modelimi i të dhënave të mësipërme me paraqitjen sipas kategorizimeve të sistemit aktual të informatizimit (DIAS 20 kategoritë, pensionistë, veteranë, paraplegjikë, TBC, Kancer, invalid i ploët etj.) do të ishte shumë efikas për të gjithë punonjësit e ISKSH, por sidomos për DRSKSH, DSKSH, ASKSH. Faqja kompjuterike me të dhënat e mësipërme duhet të jetë e disponueshme për të gjithë punonjësit e ISKSH.

Përse duhet një faqe e re kompjuterike ?

ISKSH është ndeshur shpesh me vështirësi jo të vogla në zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor për shkak të shumë faktorëve, ndërmjet tyre të paragjykimeve në marrëdhëniet ndërinstucionale. Zgjidhja e këtyre vështirësive dikton njohje të gjërë të legjislacionit. Për t'u dhënë përgjigje problemeve që lindin në zbatim të skemës së sigurimit shëndetësor përfshirë këtu kërkesat e përditshme të qytetaërve për kujdesin shëndetësor parësor, për shërbimin spitalor, rimbursimin e barnave, mbulimin shëndetësor, financimin e qendrave shëndetësore, financimin e spitaleve etj. Për t'u dhënë përgjigje kërkesave të mësipërme është e domosdoshme që herë pas here punonjësit e sigurimit shëndetësor t'u drejtohen njëerit apo tjetrit ligj, VKM apo VKA, Udhëzimi, Urdhëri apo akti nënligjor , të cilët jo rrallë nuk janë të disponueshëm. Shtrirja e skemës së sigurimit shëndetësor në tërë parësorin , si dhe në shërbimin spitalor është shoqëruar jo vetëm me VKM nr.857 dt.20.12.2007, VKM nr.1661 dt. 29.12.2008 dhe me ligjin e shërbimit spitalor nr.9106 dt.17.7.2003 , me ligjin "Per Kujdesin Shendetesor"nr.10107 dt.29.12.2008, por dhe me një sërë aktesh nënligjore si kontratat me QSH, kontratat spitalet, kontratat individuale me mjekë, infermiere, personelin mjekësor ndihmës si dhe me rregullore, urdhëra, udhëzime të cilët nxirren nga institucione të ndryshëm, që është e pamundur të utilizohen pa një pasqyrim në një skedar që do të ishte faqja kompjuterike përkatëse.

Trajnimet që bëhen nuk mund të përfshijnë tërë gamën e praktikës në zbatim të skemës dhe vetë trajnimet kanë mangesitë e tyre ku përfshihen auditori heterogjen, disa herë tematika teorike apo praktikat e panjohura, karakteri shkollaresk i leksioneve, pjesëmarrja e kufizuar etj...

ISKSH merr punonjës të rinj të cilët janë të specialiteteve të ndryshme, por që ju mungon njohja e legjislacionit ngushtësisht të lidhur me zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor. Praktika e deritanishme ka treguar se edhe punonjësit me stazh pune për një sërë arsyesh, ndërmjet tyre raportet jo optimale të personelit, aktiviteti tepër i gjërë, kanë çuar disa herë në informacione dhe aktivizime të cunguara, një gjendje kjo që kërkon mundësi individuale të çdo punonjësi për t'u njohur me legjislacionin e nevojshem në praktikën e përditshme të zgjidhjeve të problemeve që shtrohen në zbatimin e skemës së sigurimit shëndetësor.

Formalizimi i akteve të sipërpërmendura sipas tërësise së kategorive (invalid, femijë, pensionistë, të semure kanceroze etj...) është i dobishëm për Drejtorinë e Përgjithshme dhe shumë i dobishem për DRSKSH në zgjidhjet e problemeve të punës rutinë. Shembull - një pensionist paraqet një kërkesë, ndërsa specialisti duke iu drejtuar faqes kompjuterike

me emërtimin “pensionist” do të gjejë të gjithë aktet që i përkasin pensionistit dhe shqyrtimi i aktit përkatës të kërkesës do të përcaktojë përgjigjen.

Tërësia e problematikës në dinamikën e ISKSH -së rrit kërkesën për mendimin e specializuar, për formimin profesional dhe dikton shfrytëzimin e larmisë së mundësive në sistemet e edukimit.

**Cilësia e shërbimeve.** Është misioni i ISKSH (Sa më shumë dhe sa më cilësore shërbimet shëndetësore) që përcakton lidhjen e skemës së sigurimit shëndetësore me cilësinë e shërbimeve shëndetësore. Cilësia e shërbimeve shëndetësore është problem kompleks i vështirë për shkak të multifaktorialitetit, për shkak të gjërësisë së konceptimit. Cili është shërbimi i mirë cilësisht ? Është i ndryshëm për individë, grupime dhe vënde të ndryshme. Për shkak të vlerësimit të ndryshëm, si nga lart poshtë , ashtu dhe nga poshtë lart , për shkak të praktikës së shërbimeve shëndetësore, të traditës dhe specifikave të tjera vendore, deri tek ndryshimi nga njëri tek tjetri mjek. Cilësia është multidimensionale, e lidhur me aksesin, efikasitetin, efikasitetin (ndikimi financiar), barazinë (pa dallim gjinie, feje, race, moshe etj...), sigurinë. Cilësia është e lidhur gjithashtu me infrastrukturën (pajset, pastëritinë, komoditetin), zgjedhjen e shërbimeve, informimin, transparencën, performancën si tërësi e veprimeve të strukturës dhe infrastrukturës të institucionit shëndetësor për suksesin apo dështimin , ç’ka nënkupton nivelin e shërbimeve të kryera në përpudhje me standartet dhe rezultatet e pritshme. Mjekësia nuk është një shkencë ekzakte dhe kujdesi shëndetësor nuk përcaktohet në kufijtë ekzakt. Veçoritë e mjekësisë vështirësojnë zbatimin e metodave në përmirësimin dhe kontrollin e cilësisë së shërbimeve. Cilësia e teknikës mjekësore nuk mund të jepet në mënyrë të thjeshtësuar, e njëjta metodë mjekimi mund të mos japë rezultat të njëjtë për shkak të kodit të gjenetikës biologjike ose të mos zbatimit të duhur të metodës. I sëmuri nuk mund të zgjidhet sipas performancës së suksesshme profesionale apo financiare të institucioneve shëndetësore. Teknika, pajset mjekësore ndryshojnë shpejt, ato kanë koston e tyre. Vetë koncepti cilesi nuk ka kufi. Gjithçka që u përmend më lart tregon se sa i rëndësishëm është për ISKSH bashkëpunimi me QKCSA dhe ISKSH është e ndërgjegjësuar për këtë. Shqipëria si dhe vendet e tjera në tranzicion, i ndjenë mirë mangësitë e shërbimeve shëndetësore. QKCSA ka filluar të punojë si strukturë shtetërore prej disa vitesh , ka dhënë kontributin e saj. Gjëndja kërkon praktikën, vendosjen në sistem të akreditimit, liçensimit dhe rilicënsimit, të standarteve. Koha kërkon ecurinë me ritëm më të shpejtuar, që sistemi i menaxhimit të cilësisë të bëhet pjesë integrale e sistemit shëndetësor. “Shërbimet shëndetësore me cilësi të keqe mbartin rreziqe serioze për shëndetin e të sëmurve” dhe “Kostoja më e lartë i përket shërbimeve shëndetësore të cilësisë së keqe” janë këto dy arsye të njohura, për të cilat ISKSH duhet të rrisë bashkëpunimin me QKCSA. ISKSH duhet ta rritë këtë bashkëpunim si dhe të mbështesë sistemin e menaxhimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore.

**Projektet Pilot.** Në funksion të politikës dhe strategjisë shëndetësore për reformimet e sistemit shëndetësor ISKSH është përfshirë dhe ka zbatuar një sërë projektesh. Ndër të parët kane qënë projekti pilot i ASHR-Tiranë dhe i Spitalit të Durrësit, mbështetur nga Banka Botërore dhe USAID, më pas u përfshi në zbatimin e projektit të Beratit PHR-plus. **Projekti i ASHR** synonte krijimin e institucionit planifikues, monitorues dhe kordinus të shërbimeve shëndetësore, pra të politikëbërësit rajonal. Në realitet, projekti

nuk ofronte asgjë që i referohej synimeve, qëllimit, përkundrazi projekti dhe zbatimi demostroj një sërë mangësish deri non sens, ASHR strukturohet dhe merr përgjegjësi si blerës, shitës shërbimesh dhe politikëbërës rajonal, në të njëjtën kohë. Është i pa kuptueshëm emërtimi “projekt pilot” si institucion politikëbërës rajonal për tu shtrirë në tërë vëndin, duke zëvendësuar Drejtoritë e Shëndetit Publik, kur pikërisht pilot nuk mund të ishte, sepse Tirana ka një specifikë të veçantë që e diferencon nga te gjithë ndarjet e tjera rajonele, për shkak se:

- Në Tiranë ndodhen Qendra Spitalore Universitare, Spitali Pneumoftisiatrik Universitar, Qendra Spitalore Ushtarake, Spitali Universitar Onkologjik dhe institucione shëndetësore të tjera unike në Shqipëri, të cilat përmbushin kërkesat për shërbimin shëndetësor terciar për të gjithë Shqipërinë si dhe kërkesat për shërbime shëndetësore të banorëve të Tiranës, por zgjidhin dhe një pjesë të problematikës së pazgjidhur të rajoneve të tjera;
- Tirana është qyteti me shumëfishin e popullatës së qyteteve të tjera, pra dhe me problematikën e vet specifike, të ndryshme nga të tjerët;
- ka prodhues të barnave, përfaqësues të shumë firmave të rëndësishëm farmaceutike, një treg farmaceutik shumë më të gjerë, farmaci, distributorë farmaceutik, grosiste importues që u shërbejnë dhe qyteteve apo rajoneve të tjera;
- është i vetmi qytet që ka shërbim shëndetësor të specializuar ambulator të mbuluar nga specialistët e organikës përkatëse, jo të spitaleve.

**Projekti i Spitalit të Durrësit.** VKM nr.560 dt.23.10.2000 “Për miratimin e projektit pilot për përfshirjen e Spitalit të Durrësit në skemën e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, synonte përmirësimin e shërbimit spitalor nëpërmjet financimit të Spitalit të Durrësit nga ISKSH si dhe nëpërmjet statusit të ri si institucion shtetëror jo buxhetor. Ky projekt pilot është përfaqësuar vetëm nga VKM përkatës dhe nuk ka pasur asnjë akt tjetër, për rrjedhojë zbatimi është shoqëruar me mangësi që kanë penguar ecurinë e tij. Kështu statusi nuk ka qënë asnjëherë i qartë, për rrjedhojë Spitali i Durrësit nuk ka shfrytëzuar mundësitë që statusi duhet ti jepte. Kur Spitali i Shijakut punonte me 4,7% të kapacitetit dhe po ashtu Shërbimi i Riaftësimit Ortopedik punonte me 23.1% të kapacitetit nuk u ndërмор asnjë ndërhyrje për mënjanimin apo zbutjen e këtij fenomeni, me gjithse neni 11 i Satutit të Spitalit përcakton se është kompetencë e Bordit të Spitalit miratimi i strukturës dhe numrit të punonjësve. Nuk u qartësuan konceptet “ dhënës i shërbimit”, “institucion i pavarur”, “blërës i shërbimit”. VKM duke shprehur se “...Ministrisë së Shëndetësisë i pakësohen 684 personel” dhe më pas “numrit të punonjësve të ISKSH i shtohen 684 punonjës” krijoi përshtypjen se personeli i spitalit do të shndërrohej në personel të ISKSH. Me gjithë mangësite, u arrit të realizohen një sërë treguesish si :

- u sigurua për gjatë gjithë vitit dhënia e shërbimeve të përcaktuara në kontratën, u përmisuan shërbimet dhe u futën shërbime të reja;
- u hartuan Rregullorja e Brëndëshme e funksionimit të Spitalit: Rregullorja teknike dhe Rregullorja Ekonomiko financiare; u hartuan protokollat e mjekimit për çdo shërbim;
- u vendosën filtrat e pranimit urgjencës, të shërbimeve të pathollogjise, të pediatriisë, të kirurgjisë e maternitetit; u krijuar shërbimi i informacionit dhe recepsionit; u realizua funksionimi i komisioneve të shtrimeve;
- u vendos në sistem infrastruktura e re që përfshin rregjistrat, kartelat klinike, kartelat ditore, librin e barnave, pasqyrat e njësuara të informacionit mbi shërbimet dhe

aktivitetet, evidentimin e të sëmurëve që shtroheshin, që vetëm konsultohen, personat e siguruar dhe të pasiguruar, të shtruarit banorë jashtë Qarkut të Durrësit; u evidentua aktiviteti i Spitalit të Shijakut dhe i Qendrës së Rriafesimit Ortopedik të Fëmijëve;

-u bënë kualifikime tremujore të gjithë mjekëve të urgjencës pranë QSUT; sesione shkencore për mjekët; seminare për infermieret; me Italinë u vendos bashkëpunimi që akoma vazhdon. Në Itali u kualifikua një grup mjekësh.

USAID ka asistuar Spitalin e Durrësit në përlllogaritjen e kosto/pacient për shërbimin e Obstetrike-Gjinekologjisë.

-U përcaktuan treguesit e efijencës mbi numrin e shtretërve, numrin e personelit, numrin e të shtruarve, ditë shtrimet, ditë qëndrimin mesatar, shfrytëzimin e shtratit, personel mjekësor për një shtrat të shfrytëzuar, shpenzime për ditë/pacient, shpenzime për pacient, të cilët mundësojnë marrjen e vendimeve në organizimin, administrimin dhe menaxhimin e shërbimeve.

Nuk u realizua :

Rritja e efijencës së shfrytëzimit të kapacitetit të spitalit; për shumë kohë nuk u arrit të perfundonin përlllogaritjet e kostove të shërbimeve; nuk u vendosën standartet e reja të spitalit, normat e ngarkesës, të përdorimit të materialeve; nuk u hartua rregullorja e brëndëshme e re e shërbimit farmaceutik.

Projekti i Spitalit të Durrësit pati realizime dhe mosrealizime, mjaftë mangesi i atribuohen përfitimit falas të shërbimit spitalor, rrjedhojë e legjislacionit në fuqi që përcaktonte shërbim spitalor falas për të gjithë, fakt është që provoja e fituar u shfrytëzua në reformën spitalore në zbatim të VKM nr.1661 dt.29.12.2008.

Projekti i Beratit. Ne 2001, QSH te financuara per pagat e MP/F nga DRSKSH Berat u perfshine ne projektin e PHR+, financiar nga USAID.

**Që prej 2005** dhe në vazhdim ka patur një rritje voluminoze të përfshirjes në disa projekte. Kështu : është punuar në projektin e Bankës Botërore AHIS “Modernizimi i sektorit shëndetësor në Shqipëri” me objekt ndihmën teknike për ISKSH në sistemin e informacionit; USAID - Pro shëndeti për trajnimin e personelit të ISKSH për përshtatjet ndaj ndryshimeve rrjedhojë të reformës; në projektin financiar nga BE kordinator OBIG; ISKSH ka hyrë në projektin PPRI Informacion për çmimet farmaceutike dhe rimbursimin, ku marrin pjesë te gjithë vëndet evropiane, të cilët përmes një rrjeti dhe programi të përbashkët shkëmbejnë informacionet mbi politikat e ndjekura për çmimet e barnave dhe rimbursimet; projektin dy vjecar 2007-2009 “Për autonomi më të gjerë të ISKSH”, Statut të ndryshuar, riorganizim të brëndëshëm, trainim të vazhdueshëm të stafit të Institutit, rritje të numrit të siguruarve dhe kuadrin ligjor të përshtatshëm, të Fondacionit gjerman GTZ ; Ne 2008 ISKSH hyri në projektin PHIS me objekt vlerësimin e treguesve shëndetësorë dhe informacioneve të barnave për të gjithë vëndet antare të BE, financiar nga BE kordinator OBIG, etj.

Diskutimi për projektet shpesh here identifikon mungesen e faktorëve nxitës, në projektet nuk janë materializuar interesat e aktorëve të zbatimit (pagat, përmirësimi i profesionalizmit, përmirësimi i kushteve të punës, etj). Theksoj se në disa projekte ka ngarkesa burokratike të renduara dhe të panevojshme, herë te tjera projektet, në vend të decentralizimit instalojne centralizimin, (me ASHR u krijua një mikro Ministri Shëndetësie), ç’ka bie në kundërshtim jo vetëm me një nga objektivat qeveritare mbi

decentralizimin dhe privatizimin, por dhe me eksperiencën perërdimore. Në krijimin apo në ecurinë e projekteve, jo një herë është denaturuar roli i ISKSH, a thua se në terësinë e problemeve të sistemit shëndetësor është i vetmi mekanizëm i zgjidhjes së tyre, herë i konceptuar si “çelsi magjik” dhe herë si “një arkë, ku futen duart për të dhënë ose për të marrë para”, çka nuk pajtohet me misionin e Sigurimit Shëndetësor, ka nxitur me të drejtë kundërshtimin e ISKSH dhe çka nuk sjell asgjë të mirë. Po kështu, ka mangësi në ndarjen e përgjegjësive të palëve pjesëmarrëse, të autoriteteve shëndetësor vendore (DSHP, ASHR, Autoritetet Spitalore të Qarqeve), të Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISKSH, sidomos mungonë pjesëmarrja e plote në periudhën tranzitore, në grupet e punës për zgjidhjen e problematikës në ecurinë e projekteve, kundrejt një progami pune në afate kohore të caktuara. Mund të bëhen shumë prononcime për projektet, por në fund të fundit i rëndësishëm është vlerësimi sa këto projekte përmbushin misionet për të cilët janë krijuar, përgjigja në këtë rast nuk është gjithmonë pozitive dhe ka raste të ecurisë jashtë çdo afati kohor. Ketu është rasti të bëhet pyetja : përse projekti pilot i ASHR nuk gjeti shtrirje, ndërkohe që reforma po zbatohet në të gjithë shërbimet shëndetësor të Republikës ? Nuk e di se si mund të argumentohet përgjigjia e kësaj pyetje !

Gjithsesi, dihet se jo gjithçka do të jetë e suksesëshme, por duhet të këmbëngulim për suksesin, duhet ndërgjegjësimi për ta kërkuar zgjidhjen në konceptet thelbësore të përputhjes me qëllimet, synimet mirë të përcaktuar të strategjisë, politikave të reformës dhe për këtë në projektet nuk duhet të anash kalohen qartësitë konceptuale si :

- Të respektohet ISKSH institucion i pavarur, blerës i shërbimeve shëndetësore.
- Të konceptohen dhënësit e shërbimeve shëndetësore, qendrat shëndetësore dhe spitalet si shitës të shërbimeve me status të pavarur, menaxhues të aktivitetit dhe financave të tyre.
- Autoritetet shëndetësore vendore të jenë institucionet që identifikojnë kërkesat e popullatës, mundësitë e përmbushjes, që bëjnë koordinimin ndër-institucional në sektorin e shërbimeve shëndetësore dhe mbikëqyrin zbatimin e legjislacionit shëndetësor.
- Kontraktimi si shprehja juridike e marrëdhënieve të punës të jetë kushtëzimi themelor ndërmjet aktorëve partnerë të sistemit.
- Koncepti i pavarësisë duhet të jetë real. Duke njohur mosekzistencën e pavarësisë absolute, statusi i pavarësisë presupozon që strategjia dhe politikat e qeverisë përcohen dhe zbatohen nga këto institucione nëpërmjet legjislacionit dhe perfaqësimit në organet vendimarrëse si Bordet Drejtuse, Keshillat Administrativë etj.

Në këtë kapitull u morrëm me dukurit që ndesh skema e sigurimit shëndetësor, të mbulimit shëndetësor, reformimit të sistemit financiar, të shërbimeve shëndetësore, të cilësisë, të sistemit të referimit, të kontrollit, të korrupsionit, të profesionalizimit, të burokracisë dhe të projekteve në vështrime të ndryshme. Gjithçka e diskutuar nuk është e pa njohur, por ndër faktorët e shumtë që përcaktojnë zgjidhjet theksohet individi, është niveli i ndërgjegjësimit për përgjegjësitë që ngarkohet individi në gjithë rastet e faktorëve të përmendur që përcakton qëndrimin. Në kushtet e demokracisë mbetet këmbëngulja në vazhdimi për identifikimin, bërjen të njohur dhe insistimin në zgjidhjet e mundëshme. E gjithë problematika ndikon në produktivitetin dhe cilësinë, çka komprometon skemën e sigurimit shëndetësorë. Koha i kërkon ISKSH politika dhe startegji të mirë studjuara.



Mbledhje e Keshillit Administrativ te ISKSH

## **STRATEGJIA E ISKSH**

Shqipëria është me një sistem shëndetësor jo mirë të zhvilluar dhe me rrezik të lartë sëmundshmërie, kushtëzuar nga niveli i zhvillimit, mundësitë financiare të kufizuara, ndotja e mjedisit, gjëndja jo e mirë e kanalizimeve, përmytjet, kryqëzimet e ujit të pijshëm me ujrat e zeza që bëhen burim infeksionesh të herëpashershëm, të prodhimit dhe tregtimit të produkteve ushqimore jo në kushte të mira higjeno-sanitare, të jetës me shumë privacione, të stresimeve të fuqishme dhe të shumte, rrjedhojë të varfërisë dhe të keqjetesës së trashëguar nga e kaluara. Një sërë masash janë marrë në organizimin, financimin, administrimin, në mbrojtjen e grupimeve të njerëzve në nevojë dhe të riskuar, në edukimin shëndetësor, në promovimin e shëndetit, në parandalimin e sëmundjeve dhe sidomos në legjislacion, por këto masa dhe gjithçka është bërë nuk kanë qenë të mjaftueshme për të sjellë ndryshimet e kërkuara të sistemit në përmirësimin e shëndetit të popullatës të një niveli të krahasueshëm evropian. Është e pamundur të përjashtosh ndikimet e ndërsjellta të faktorëve të panumërt brenda dhe jashtë sistemit, nga ana tjetër, sigurimi shëndetësor nuk është çelsi magjik që do të zgjidhë problemet e akumuluar të sistemit, kjo vështirëson pozicionimin e ISKSH. Gjithsesi zgjidhja

kerkohet në politikat dhe stategjitë shtetërore të zhvillimit, pjesë e të cilave është startegjia e zhvillimit të sistemit shëndetësor dhe sigurimit shëndetësor.

Strategjia dhe politikat e sigurimeve shëndetësore janë ngushtësishtë të lidhura me politikat dhe strategjinë e politikëbërësve shëndetësor. Ministri i Shëndetësisë është përgjegjës i politikës shëndetësore të ISKSH. Kjo është e kuptueshme, është në përputhje me misionin e ISKSH "Sigurim i shërbimeve shëndetësore nëpërmjet financimit "dhe e përcaktuar nga Ligji "Për sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë", është ky ligj që njeherazi ka përcaktuar përgjegjësitë dhe specifikat e ISKSH. Në këtë kënd vështrimi kërkohet saktësimi i përgjegjësive institucionale të sistemit. Kërkohen saktësime kundrejt politikave shëndetësore për përcaktimin e raporteve optimale të parandalimit dhe mjekimit, të vaksinimit, edukimit dhe gjendjes së sëmundshmërisë, për të mos lejuar sëmundshmëri të lartë, për të mos pasur një mori talasemikësh, epileptikësh dhe të tjerë të paaftësh, për të cilët nuk kanë për të mjaftuar kurrë paratë me gjithë dëshirën e mirë të shoqërisë për ti mbështetur, kërkohen saktësime të tërësisë së standartizimeve (të mbulimit shëndetësor, të ngarkesës, të paisjeve mjeksore dhe jo mjeksore, të standarteve klinike etj). Kërkohet pjesëmarrje e personelit shëndetësor, e aktorëve brënda dhe jashtë sistemit shëndetësor, të institucioneve shtetërore dhe private shëndetësore, të organizatave të profesionistëve të shëndetit, të OJQ, donatorëve, të organeve të qeverisjes dhe të ligjëvënësve. Kërkohen objektiva të përcaktuara mbi treguesit e vlerësimit të gjëndjes së popullatës, numrit dhe strukturës së saj, përqëndrimin urban, rural, të kushteve fizike të jetesës, ndotjes, cilësisë së ujit të pishem, profilit dhe nivelit të veseve (duhan, alkool, drog), lindjeve dhe vdekjeve, të shtatëzansisë, adorteve, të vdekshmërisë amtare, vdekshmërisë foshnjore, të nivelit të vdekshmërisë, të strukturës së vdekshmërisë sipas seksit, banimit (qytet, fshat) shkakut (semundjeve, tarumave), vendit (shtëpi, spital). Kërkohen objektiva të përcaktuara mbështetur në treguesit e sëmundshmërisë, strukturës së saj, në treguesit e nivelit të varfërisë, të papunësisë, pagave etj. Kërkohen jo vetëm përgjegjësi të mirë përcaktuara të institucioneve, organizmave të sistemit, të objektivave, të prioriteteve në kohën dhe sektorët e duhur, por dhe konceptime në formulimin e politikave dhe strategjisë mbi shëndetin si e drejtë themelore e njeriut, konceptimi mbi barazinë, solidaritetin, pjesëmarrjen e gjërë të individëve dhe shoqërisë civile. Strategjia zbatohet nëpërmjet reformave. Reforma e KShP filloi në 1992, e drejtuar nga PHARE, BB dhe OBSH. Politika e Kujdesit Shëndetësor Parësor u formulua në 1997, me mbështetjen e Komunitetit Evropian. Të tjera politika dhe strategji afat shkurtër, afat mesëm dhe afat gjatë i përkasin viteve në vazhdim. Një sërë dokumentash strategjik i përkasin viteve 2003 - 2008 për Kujdesin Shëndetësor parësor si Startegjia kombëtare e reduktimit të dëmit të abuzimit me droga VKM 2003; Startegjia kombëtare për parandalimin dhe kontrollin HIV/AIDS MSH 2003; Strategjia afatgjatë e zhvillimit të sistemit shëndetësor shqiptarë MS 2004; Strategjia e promovimit dhe edukimit shëndetësor MSH 2004; Politikat dhe plani i veprimit për zhvillimin e shërbimeve të shëndetit mendor MSH 2004; Strategjia Kombëtare për zhvillimin e fëmijëve VKM 2005; Strategjia Kombëtare për rininë VKM 2006; Politika kombëtare për menaxhimin e paisjeve mjekësore në Shqipëri MSH 2006; Strategjia e reformimit të sistemit të urgjencave MSH 2007, Strategjia kombëtare për zhvillimin dhe integrimin VKM 2008 etj.



Për Sigurimin Shëndetësor deri tani janë hartuar disa dokumente të strategjisë që përmbajnë synimet, objektivat, rrugët, kohën e zgjidhjeve të problematikave të lidhura me financimin e shërbimeve shëndetësorë. Strategjisë dhe politikave të ISKSH i kanë shërbyer identifikimi i nevojave dhe mundësive, në funksion të tyre janë zgjidhjet e mangësive të identifikuara, mbi planifikimin, informacionin, monitorimin, analizën, kontraktimet, sistemin e pagesave, çmimet dhe përmirësimin e listës së rimbursueshme të barnave, mbi kostoefektivitetin, mënyrat e rritjes së cilësisë së shërbimeve, sistemin e administrimit, marrëdhëniet e bashkëpunimit, bazën ligjore, transparencën dhe informacionin publik.

Në përmbushje të misionit, prej 1996 deri në 2007 ISKSH synonte përmirësimin dhe shtrirjen e skemave të sigurimit në:

- Shërbimin shëndetësor parësor për shërbimin infermierik, shërbimet e analizave dhe ekzaminimet e tjerë shëndetësorë.
- Shërbimin shëndetësor të specializuar ambulator.
- Shërbimin spitalor.

Në 2007-2009 skema e sigurimit shëndetësor u shtri në:

- Shërbimin shëndetësorë parësorë të përgjithshëm;
- Shërbimin e specializuar ambulator;
- Shërbimet spitalore;
- Shërbimin shëndetësor terciar.

Shtrirja e skemes së sigurimit në këto shërbime u shoqërua me zgjidhjen e një shumice të konsiderueshme mangësish në kuadrin e përgjithshëm të reformës në sistemin shëndetësor si përmirësimi i legjislativës, decentralizimi, statusi i pavarësisë së limituar të qendrave shëndetësore dhe spitaleve, krijimi i urdhërit të farmacistëve dhe infermiereve etj. Me gjithë reduktimin real, mirë të preکشëm të mangësive, mbetet shumë për tu bërë dhe kjo jo vetëm rrjedhë e multidimensionalitetit të termit "Përmisim". Ka qëndrime subjektive të theksuara në trajtimin e të sëmurëve, këto me pasoja të pa dëshirueshme për shëndetin e të sëmurëve dhe të pa dëshirueshme ekonomike. Protokollet e përdorimit të barnave të LBR në mjekimin ambulator, si dhe skemat e thjeshta të mjekimeve të përcaktuara si një nga rrugët për të dalë nga një situatë e vështirë ndeshen në qëndrimin irefraktar të mjekëve specialist. Niveli i profesionalizmit të mjekëve të përgjithshëm dhe atyre specialist lë shumë për të dëshiruar dhe nuk i përgjigjet kërkesave në funksion të misionit të tyre dhe të sigurimit shëndetësor. Vazhdojnë herë pas here të identifikohen shpërdorime të barnave të listës së rimbursueshme në shërbimin ambulator, vazhdojnë të identifikohen përdorime të kundraligjshme të barnave të LBR për trajtimet e të sëmurëve të shtruar në spitale, ndërsa masat shtrënguese dhe pse të mbështetura në legjislativë kanë gjetur zbatim teper të kufizuar për mjekët specialistë, vetë spitalet kanë mbetur debitorë. Ndër pikat e lidhura ngushtësisht me shpenzimet e rimbursimit janë eficienta, çmimi, siguria, efektiviteti i barnave dhe përdorimi i alternativës më pak të kushtueshme të barnave me efekt të njëjtë, kërkesë kjo e ligjit (pika 2, neni 15, Ligji 7870 dt. 13.10.1994), aq shumë e përgojuar për shkak të keqkuptimit dhe të interesave të ngushta të dhënësve të shërbimeve. Vazhdojnë disa mangësi në shërbimin e farmacive, distributorëve të rrjetit të hapur, të grosistëve

importues etj. Dhe pse aktiviteti kontrollues i ISKSH është shtuar, janë marrë masa shtrënguese, deri tani gjëndja nuk mund të quhet e kënaqëshme, kërkohet forcimi i kontrollit shtetëror. Fshatarësia ka një kontribut të ulët, por dhe atë nuk e paguan. Sigurisht që nuk përfiton direkt nga Sigurimi Shëndetësor, por duke mos marrë përgjegjësinë për pjesën që i takon të solidaritetit kundrejt popullatës ekonomokisht jo aktive përfiton indirekt, ndoshta një rrugë zgjidhje do të ishte një sigurim i veçantë për fshatarësinë (Franca). Dhe pse janë përcaktuar standartet për shërbimet që ofrojnë dhe paisjet e qëndrave shëndetësore dhe spitaleve mbeten shumë standarte të tjerë të pa përcaktuar. Përcaktimi i standardeve që mungojnë në sistemin shëndetësor është domosdoshmëri sepse janë ngushtësisht të lidhur me produktivitetin, cilësinë dhe financimin e shërbimeve, si të tillë janë kusht paraprak i përfshirjes në politikat dhe strategjinë për shtrirjen e skemës së sigurimit shëndetësor në shërbime të tjerë shëndetësorë. Një sërë standartesh të realizuar i përkasin tre viteve të fundit, si standartet e shërbimeve të parësorit, të shërbimeve të spitalorit, të infrastrukturës fizike të QSH, të paisjeve mjeksore, të barnave dhe materialeve të konsumit, të dokumentacionit, po ashtu dhe për spitalet. Duke qënë se standartet përbëjnë një fushë tepër të shtrirë, le të përmendim disa prej atyre që kërkohen të përcaktohen si : Standartet e mbulimit të popullatës me mjekë të specializuar sipas specialiteteve (ndryshe për sa banorë duhet një kirurg, një kardiolog etj); Standartet e mbulimit shëndetësor për infermieret, mamitë, mami-infermieret dhe personelin tjetër ndihmës, standartet klinike, protokollat e mjekimit etj.

Autoritetet shëndetësore rajonale të cilët kanë përgjegjësinë e politikëbërësit vendor duhet të kryejnë rolin e tyre të koordinuesit të strukturave shëndetësore që operojnë në rajon, të saktësojnë zgjidhjet sipas specifikës, të cilat duhet të reflektohen në përgjegjësit institucionale të dhënësve të shërbimeve shëndetësore, në kontratat me Sigurimet shëndetësore, më tej janë vetë institucioni shëndetësor dhe sigurimi shëndetësor që ushtrojnë kontrollin në zbatim të detyrimeve kontratuale.

Mungojnë politikat që mundësojnë shanse të barabarta konkurimi të shërbimeve private shëndetësore brënda sistemit, çka përjashton një faktorë të rëndësishëm të zhvillimit të shërbimeve shëndetësore dhe nuk i mundëson ISKSH politikat financiare të shfrytëzimit të dobishëm të tregut të shërbimeve shëndetësore.

Është e nevojshme që politika e zbatuar e decentralizimit të orientuar të vazhdojë me thellimin e decentralizimit, por të kontrolluar sipas statusit. Ecuria e mëtejshme kërkon reflektimin në politikat dhe strategjinë të disiplinës profesionale, financiare dhe administrative, të konsolidimit të arritjeve që kushtëzojnë suksesin e skemës së sigurimit shëndetësor.

Sigurimi shëndetësor synon të shtrijë skemën e sigurimeve në shërbime të tjera shëndetësore . Për arritjen e objektivave të strategjisë së ISKSH janë kërkesa të domosdoshme :

- Kordinimi i zhvillimit të skemës së Sigurimit Shëndetësor me planifikimet strategjike, operacionale dhe të projekteve.
- Vlerësimi i skemës së sigurimit shëndetësor aktualisht në zbatim dhe gjetja e mundësive të përmirësimit të saj.

- Zhvillimi i skemës së Sigurimeve Shëndetësorë, me futjen e shërbimeve të reja, mbështetur në vlerësimet në proces dhe konsolidimet e arritjeve.



Forumi i pare Ballkanik, Tirane nentor 2007



Forumi i trete Ballkanik, Mal i Zi 2009

Rruga e ISKSH nuk ka qënë dhe nuk është e lehtë. Vështirësitë e mungesës së eksperiencës, të nivelit ekonomik, të papunësisë, të ardhurave të pakta, të lëvizjeve demografike të pakontrolluara të popullatës, të mangesive në tregun farmaceutik dhe në shërbimet shëndetësore, të paqartësive të raporteve ndërinstucionale, të trashëgimisë konceptuale të së kaluares etj, kanë pasur ndikimin e tyre në ecurinë e sigurimit shëndetësor. Gjatë kësaj ecurie në zbatim të skemës së sigurimit shëndetësor në qendrat shëndetësore, spitalet, në vetë strukturat e sigurimeve shëndetësore krahas përmirësimeve që dominojnë janë çfaqur dhe dukuri me ndikime të padëshiruara në institucionet partnerë, si të shfrytëzimit të kufizuar të mundësive ligjore, të kapaciteteve dhe potencialeve të ristrukturimit, mangësi të shërbimeve, të administrimit të institucioneve, të aktiviteteve ekzekutive të praktikës. Tek partneret, strukturat e sigurimeve apo tek të siguruarit ndjehet mbingarkesa burokratike, gjëndja jo e kënaqëshme e profesionalizmit, mosënjohja e vecorive të sigurimit shëndetësor, diferenca e efijencës së strukturave rajonale në raport me ato qendrore. ISKSH do të vazhdojë të ndeshet me vështirësitë e reformave të një vendi me tranzicion të zgjatur dhe të vështirë, të prapambetjes së trashëguar. E përgjithshme është se Skema e Sigurimit Shëndetësor dhe vetë ISKSH kanë qënë të suksesshëm. Për këtë dëshmojnë : rritja e numrit të kontribuesve, rritja e personave përfitues të shërbimeve shëndetësore, rritja e numrit dhe cilësisë së barnave të listës së rimbursueshme, rritja e masës së rimbursimit, financimi i të tre niveleve të shërbimit shëndetësor, përmisimi i veprimtarisë së spitaleve dhe përmirsimi i ndjeshem i veprimtarisë së qëndarve shëndetësore etj.

Skema e sigurimit është shtrirë në të tre nivelet e shërbimeve shëndetësore dhe janë realizuar politika të mbrojtjes shëndetësore. Kjo nuk ka qënë një shtrirje e thjeshtë, por

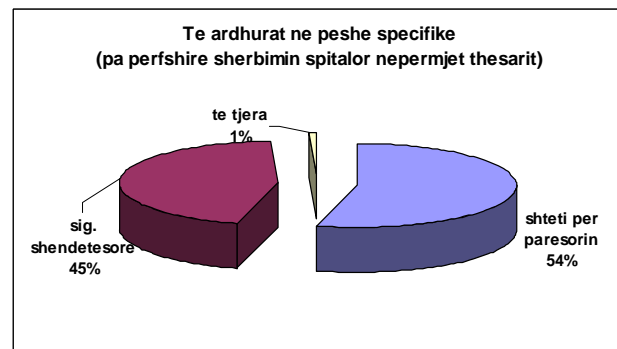
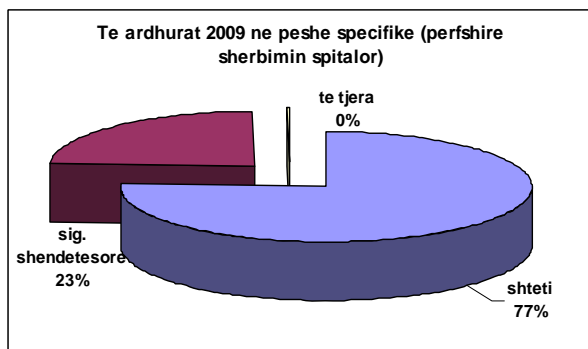
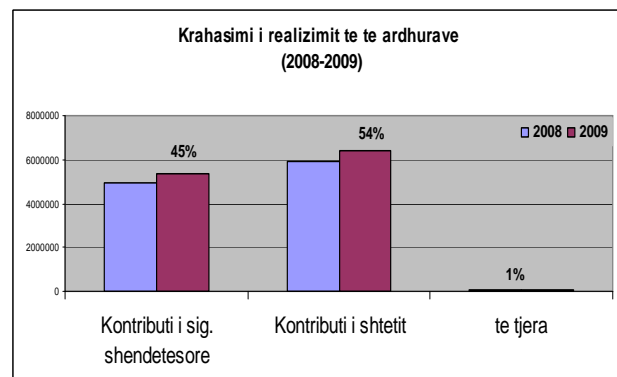
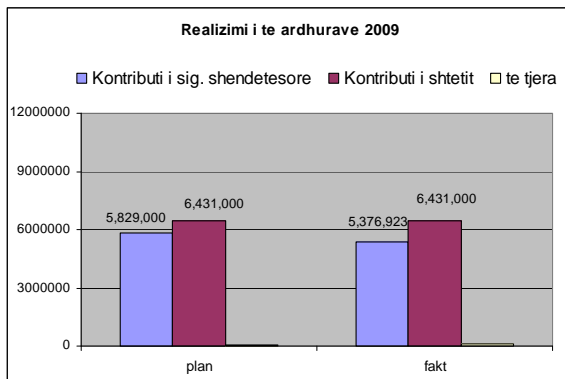
produkt i startegjisë së konceptuar drejtë. Ndërkohë është bërë ristrukturimi i ISKSH për të mundësuar shtrirjen e mëtejshme të skemës, është përgatitur projektligji “Për Fondin e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”. ISKSH bazuar në konsolidimin e arritjeve dhe eksperiencën e fituar, synon përsosjen e skemës, shtrirjen e saj, përmisimin e shërbimeve, rritjen e përfitimeve të të siguruarve, rritjen e efijçences dhe performancës së vet Institutit. Përshtatur strategjisë së zhvillimit të sistemit shëndetësor, ISKSH i duhet një strategji reale afatshkurtër, mesëm dhe afatgjat, e ngritur mbi pervojen e arritjeve të kosoliduara, gjykim profesional të politikave shëndetësore dhe sistemeve të krahasuara shëndetësore me përgjegjësi të mirëparacaktuar.

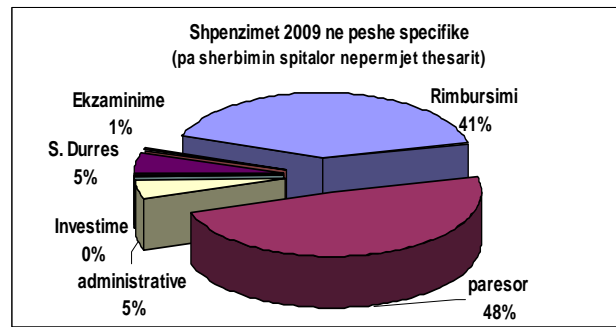
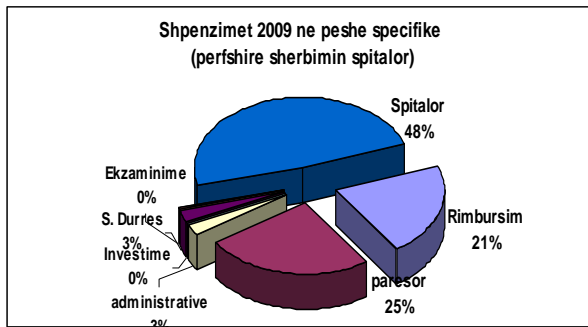
### ‘Fakte që flasin’ 2009:

Objektivat kryesore të buxhetit të vitit 2009

- ✚ Ruajtja e qëndrueshmërisë financiare të skemës së sigurimeve shëndetësore.
- ✚ Mbulimi i financimit të shërbimeve shëndetësore
- ✚ Zgjerimi i skemës duke futur në të financimin e shërbimeve të reja
- ✚ Rritja e numrit të barnave të rimbursueshme brenda fondeve të programuara, për mbulimin e nevojave të shtresave të ndryshme të popullsisë
- ✚ Realizimi i marrdhënieve kontraktuale korrekte midis ISKSH-se dhe dhënësve të shërbimeve në funksion të përmirësimit të shërbimit dhe uljes së abuzimeve
- ✚ Rritja e autonomisë së dhënësve të shërbimeve

### Situata ekonomike - financiare e ISKSH për vitin 2009



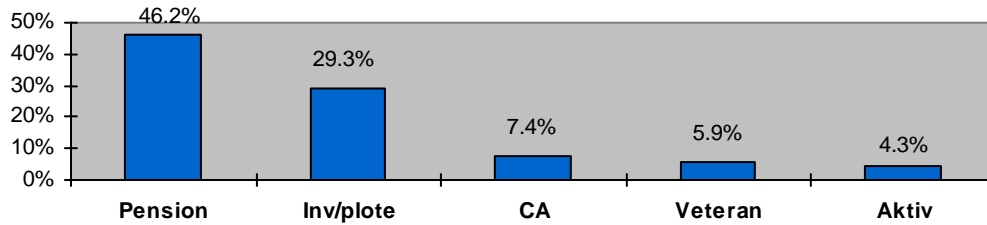


Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit dhe procesi i negocimit u bazua në:

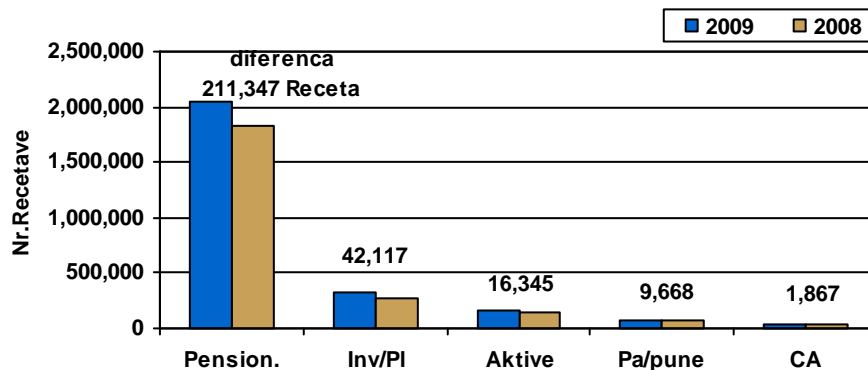
- Historikun e shpenzimeve
- Tendencën e rritjes së sëmundshmërisë kronike (bazuar në ICD 9)
- Rastet e reja kronike dhe ato me ndryshim terapie
- Vlerën mesatare për Diagnozë.

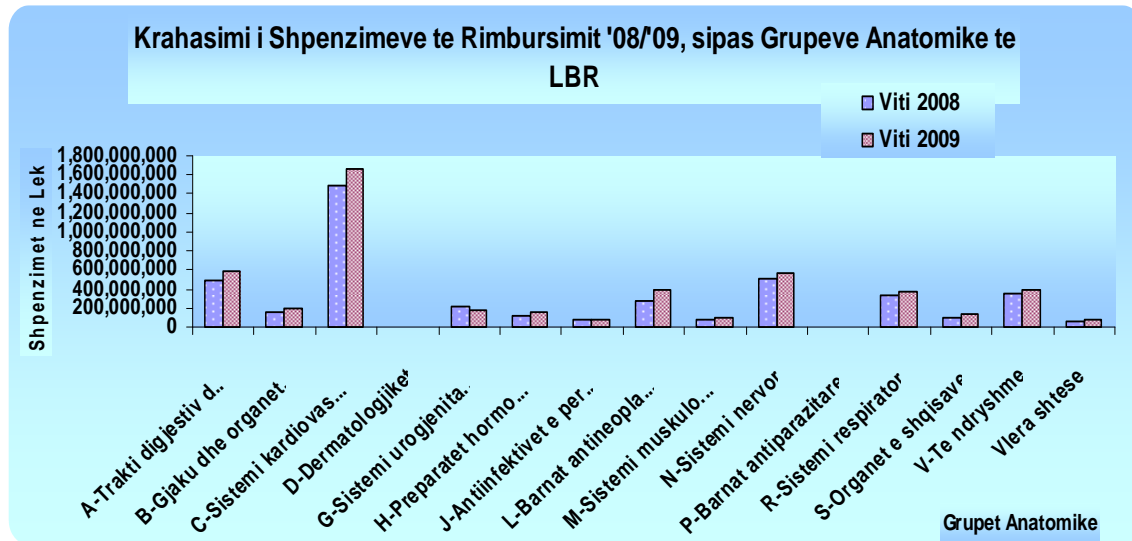
Të dhëna kryesore në monitorimin dhe manaxhimin e rimbursimit:

**Kategorite me peshe kryesore ne rimbursim ( Rreth 93.5% te rimbursimit)**



**Kategorite kryesore perfituese te recetave me rimbursim (krahasimi 2008 – 2009)**





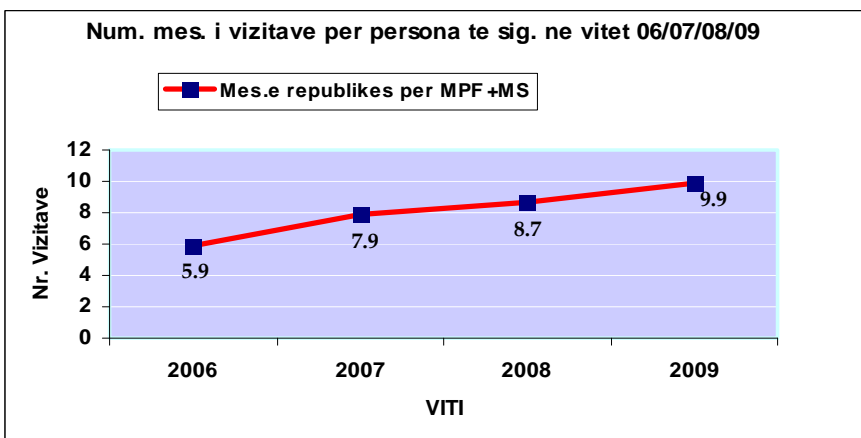
**Grupet kryesore që influencojnë në rritje të vlerave të rimbursimit**

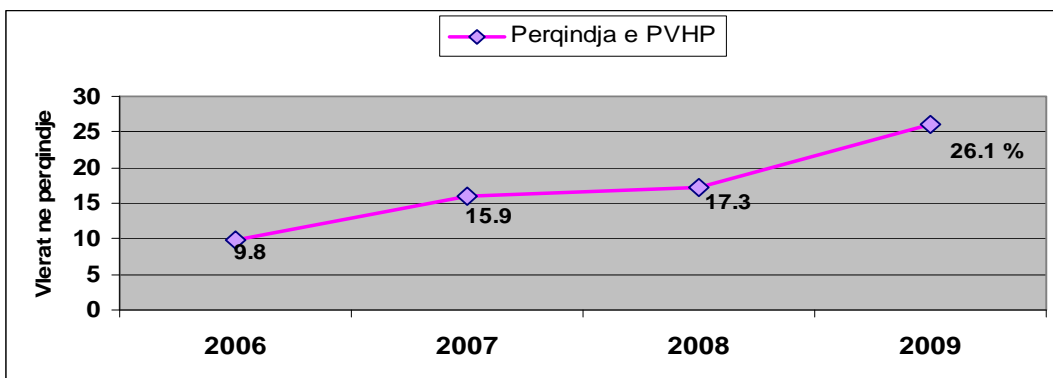
- Medikamentet e Sistemit Kardiovaskular 192 Mil. më shumë se 2008
- Antineoplazikët 112 Mil. më shumë se 2008
- Trakti digjektiv/metabolizmi 95 Mil më shumë se 2008
- Sistemi nervor 69 Mil.
- Rritje e rimbursimit paraqitet edhe tek barnat e shtrenjta (QSUT) që zënë 15.8% të totalit të rimbursimit ( rreth 1.9% më shumë se 2008)

**Performanca dhe cilësia e shërbimit**

ZONA/Nr. vizitave	2006	2007	2008	2009
Rurale	3.9	6	6.7	6.9
Urbane	7.9	9.8	10.8	12.9
Mes.Republ.	5.9	7.9	8.7	9.9

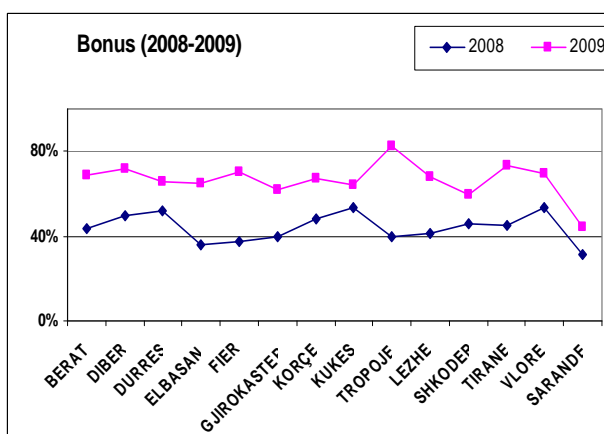
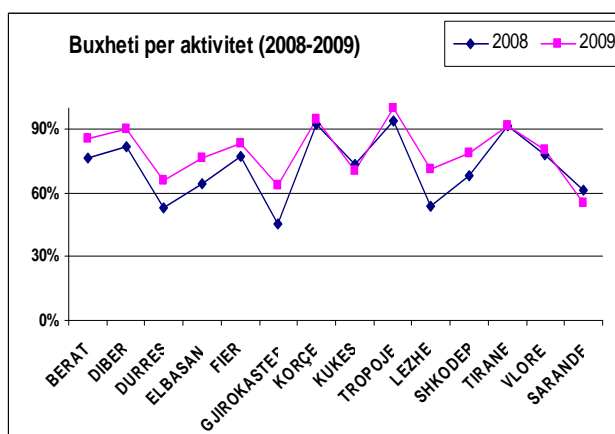
Numri mesatar ditor i vizitave për mjek për persona të siguruar, në vitin 2009, ka pësuar një rritje prej 13% krahasuar me 2008 dhe 67% krahasuar me 2006.



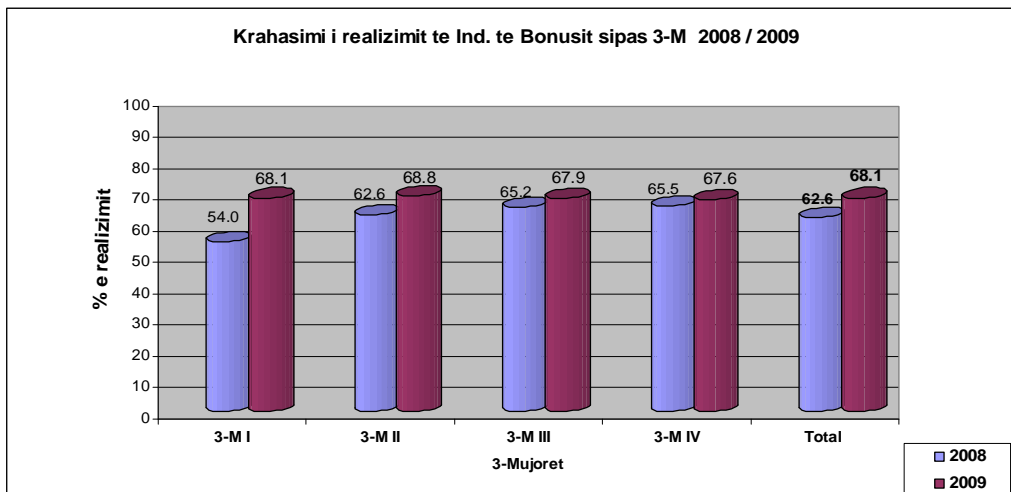


VITI	Ne %	Kliente te vizituar per here te pare ne QSH gjate nje viti
2006	9.8	419,712
2007	15.9	633,991
2008	17.3	696,147
2009	26.1	783,917 (364,215 me shume se 2006)

Krahasimi i perthithjes se fondeve ne baze te realizimit te performances dhe cilesise paraqitet si me poshte:







Kontraktimi me Spitalet ne vitin e pare (2009), solli:

- Zhvillimin e aktiviteve bazuar ne Buxhetin Historik
- Financimin dhe mbulimin me te plote te aktiviteve spitalore me fonde
- Realizimin e buxhetit per periudhen Janar/Shtator ne shifrat 88%
- Permiresimin ne furnizimet me barna dhe materiale mjeksore
- Mundesimin e perdorimit 100% te te ardhurave dytesore

Mangesite kryesore te konstatuara gjate auditit te jashtem konsistuan ne:

- Shkelje te disiplines ne pune
- Mangesi ne plotesim dokumentacioni
- Ne trajtimin e pacienteve me barna te rimbursuar
- Ne qarkullimin e barnave me rimbursim (Subjektet farmaceutike), etj



Analiza vjetore e aktivitetit te ISKSH 2009

## SFIDAT

ISKSH ka përmbushur plotësisht detyrimet ligjore dhe ka përgatitur një të ardhme premtuse. ISKSH synon tu përgjigjet sfidave të kohës:

- ❖ Përsosja e skemës, shtimi dhe përmirësimi i cilësisë së shërbimeve shëndetësore, synon përmirësimin e financimit të shërbimeve shëndetësore, përmirësimin e vazhdueshëm të listës së barnave të rimbursueshme, rritjen e vazhdueshme të përfitimeve të personave të siguruar nga skema e Sigurimit Shëndetësor.
- ❖ A do të mbulojë me rimbursim 100% fëmijët deri në 3, po deri në 5, 7 apo 14 vjeç ? Deri tani rimbursion 100% barnat për trajtimin shëndetësor vetëm të fëmijëve deri në 1 vjeç.
- ❖ A do të mbulojë 100% rimbursimin e barnave të invalidëve të plotë për të gjitha sëmundjet ? Deri tani rimbursion plotësisht vetëm barnat për sëmundjet e invaliditetit.
- ❖ Sigurimi shëndetësor rimbursion plotësisht para dhe tetraplegjikët vetëm për barnat e trajtimit të dekubituseve, të kontrakturave muskulare, sindromeve doloroze, infeksioneve urinare dhe pulmonare, si dhe gjendjeve depressive. A do të mbulojë 100% rimbursimin e barnave edhe për sëmundjet e tjera?
- ❖ Do të rimbursojë sigurimi shëndetësor aksesoret për persona që kryejnë ndërhyrje radikale?
- ❖ Do të rimbursojë glukotestet për diabetikët?
- ❖ Do mbulojë sigurimi shëndetësor transportin shëndetësor?
- ❖ Do të shtrihet sigurimi shëndetësor në shërbimin stomatologjik për kurimin e sëmundjeve të gojës, kurimin dhe heqjen e dhëmbëve?
- ❖ Do të shtrihet në shërbimet fizioterapike?
- ❖ A do të mundet ISKSH të shfrytëzojë në dobi të përdorimit racional të burimeve financiare konkurrencën e shërbimeve private në tregun e shërbimeve shëndetësore? Deri tani nuk ka mundur të shfrytëzojë ato shërbime private, të cilat janë më të lira, janë cilësore, janë më pranë personave në nevojë, përfshi këtu sidomos shërbimet e shtrenjta, ekzaminimet unikale terciare.
- ❖ Jo të gjithë fshatarët paguajnë kontributin për sigurimin shëndetësor, edhe pse kontributi është i ulët. A do të bindë ISKSH fshatarësinë për të paguar kontributin për sigurimin shëndetësor?
- ❖ A do të mbulojë sigurimi shëndetësor gjithë popullatën ?

Fillimi ka qenë i mbarë, ecuria ka qenë e suksesshme, përballimi me sfidat e mëdha gjithashtu ka qenë i suksesshëm. Jemi të ndërgjegjshëm se ISKSH do të vazhdojë të ballafaqohet me dukuritë konceptuale të centralizimit totalitar, të negativizmit, të keqpolitizimit partiak, të korrupsionit, të aventurizmit, të formalizmit dhe tërë dukuritë negative të shqafaqura në shoqërinë shqiptare të së kaluarës dhe të tranzicionit, do të përballlet me sfida të tjera të transformimeve.

Në këtë ndeshje, ne besojmë në suksesin!

## FUND

## LISTA E PUNONJESVE TË PUNONJËSVE TË ISKSH 1995-2009

1	Alma Çiço	131	Aranit Haxhiu
2	Sokrat Proko	132	Mirela Qeleshi
3	Flora Hobdari	133	Laureta Sallaku
4	Laureta Mano	134	Sadete Sulaj
5	Anila Berati	135	Arkad Lula
6	Florida Kostaqi	136	Çiljeta Prifti
7	Lindita Shehu	137	Xhadi Gjana
8	Eva Luga	138	Bashkim Sinani
9	Rukije Kondi	139	Alketa Shehu
10	Fiorentina Gjeçi	140	Briseida Dosti
11	Lindita Lona	141	Eglantina Kallanxhi
12	Miltiadh Koço	142	Migena Lami
13	Ardiana Ristani	143	Miranda Karroqe
14	Arta Hoxha	144	Artiola Tahiraj
15	Vjollca Xhani	145	Alma Runga
16	Agron Belishova	146	Leonora Jashari
17	Mirela Çaçi	147	Gjergji Leka
18	Ilir Teneqexhiu	148	Odeta Kallajxhi
19	Suela Deliallisi	149	Dalip Hoxha
20	Natasha Lushnja	150	Eugen Durolli
21	Ardita Jani	151	Nefail Xhepexhi
22	Ermira Capi	152	Klodiana Salaj
23	Nezhmije Baushi	153	Nikoleta Vanaj
24	Alban Gjikondi	154	Alma Bregu
25	Merita Guçe	155	Arjan Sulaj
26	Luljeta Çelniku	156	Miranda Haxhiu
27	Pellumbesha Liçi	157	Arben Runa
28	Muhamet Gjollesha	158	Elvana Hana
29	Agron Alikaj	159	Perparim Kazdeda
30	Astrit Mustafaj	160	Petrit Bruci
31	Anila Fundo	161	Alvona Tahiraj
32	Urim Tole	162	Rajmonda Hoxha
33	Genti Mançe	163	Zoi Gjeka
34	Anastas Leka	164	Admir Dajko
35	Sul Vatoci	165	Viktor Çano
36	Flutura Zeve	166	Ilirjan Demiraj
37	Selda Biba	167	Florian Beqiraj
38	Xhuljana Veveçka	168	Ilir Angjellari
39	Elda Sharra (Kastrati)	169	Halit Balla
40	Orges Lushnja	170	Vasillaq Nanushi
41	Vera Lleshi	171	Ermira Verli
42	Alba Frasherri	172	Sabina Lamaj
43	Diana Xheko	173	Etleva Korkuti
44	Enkelejda Shaplo ( Avdi)	174	Denanti Meçaj
45	Ardian Kasapi	175	Etjola Kola
46	Julian Koço	176	Gerald Xhelilaj
47	Feride Beka	177	Rebeka Biçaku

48	Katina Qirko	178	Alida Sina
49	Arqile Loli	179	Safet Noka
50	Xhadi Gjana	180	Jeta Lakrori
51	Aida Guri	181	Maksim Rryta
52	Klement Dymi	182	Gjon Lleshi
53	Albana Adhami	183	Luftar Zebi
54	Begator Dervishi	184	Genti Hyka
55	Majlinda Hunda	185	Arjana Kuliçaj
56	Zana Spahija	186	Dritan Gjoni
57	Ornela Bixhyti	187	Fjoralba Memia
58	Flamur Sopoti	188	Suzana Tahiraj
59	Gentian Kadeshi	189	Jonila Shytaj
60	Davida Misko	190	Oltjon Qyra
61	Pirro Prifti	191	Mimoza Backa
62	Arjan Sulaj	192	Arjan Metaj
63	Rudin Deda	193	Migena Haldeda
64	Desdemona Gaba	194	Vasilika Gega
65	Aurela Balla	195	Miranda Llalla
66	Miranda Kuçana	196	Besnik Bruçi
67	Arben Çavolli	197	Xhavit Grezda
68	Rustem Prenika	198	Mirela Duro
69	Morena Firzja	199	Arben Xhafo
70	Mimoza Xhavo	200	Leolita Borova
71	Gezim Basha	201	Uran Shtylla
72	Shefki Jaupi	202	Rudina Gogu
73	Gazmend Aliaj	203	Genta Lalaj
74	Aleksander Haxhi	204	Abaz Qeli
75	Agron Alikaj	205	Enida Xhumari
76	Idajet Harxholli	206	Naun Sinani
77	Qazim Qoku	207	Pjerin Kodracaj
78	Dhurata Mone (Skenderi)	208	Shpendi Stojku
79	Rezart Skrapari	209	Gazmend Koduzi
80	Luan Jaupi	210	Luiza Jaupllari
81	Leonora Orandhiu	211	Esmâ Curri
82	Anila Apostoli (Çeçe)	212	Elida Pano
83	Vasilika Qerimi (Dini)	213	Ledion Lleshi
84	Vasil Koshô	214	Fatbardha Sela
85	Iilir Shamata	215	Miranda bleta
86	Kujtim Zazo	216	Iilir Hoxha
87	Bajram Caka	217	Shpetim gjoni
88	Elida Nushi	218	Alban Myftiu
89	Flamur Llaha	219	Alma Laze
90	Elida Jaho	220	Nazmije Sejçini
91	Etleva Birçe	221	Arian Karroçi
92	Kristul Kureta	222	Sivana Dervishi
93	Tania Memia	223	Mitrulla Thodhori
94	Majlinda Murati	224	Bleda Kane
95	Artur Qafmolla	225	Devis Thaci
96	Adnand Berdica	226	Tatjana Malaj
97	Majlinda Deda	227	Alketa Pervathi

98	Mirela Plasa (Qeleshi)	228	Fatmira Halili
99	Latif Hyseni	229	Margarit Ikonomi
100	Fatos Petrela	230	Alketa Babameto
101	Pranvera Cara (Toska)	231	Ermira Çelkupa
102	Jolanda Çela	232	Marsida Haxhaja (Mulaj)
103	Vigan Saliasi	233	Ermelinda Cankja
104	Shpresa Sinani	234	Etleva Nozlli
105	Liljana Kurti	235	Besiana Gega
106	Donika Lluka	236	Liljana Toci
107	Miranda Miço	237	Hysen Hyso
108	Arben Aleksi	238	Ardjana Llalla
109	Alfred Çareri	239	Bledar Hoxha
110	Xhevahir Haxhiu	240	Rudina Mazniku
111	Shkelqim Ahmetaj	241	Valentina Lici
112	Jezerca Doçi	242	Arjeta Zenalaj
113	Juliana Veshi	243	Feriz Ahmataj
114	Marjana Xhangolli	244	Saimir Ivziku
115	Mukades Hashorva	245	Iris Hamzaraj
116	Roland Malolli	246	Roland Malo
117	Brikena Tandili	247	Majlinda Marku
118	Irena Bano	248	Artan Kodheli
119	Haxhire Bushi	249	Eridana Karkini
120	Haxhire Bushi	250	Dhurata Gorica
121	Thanas Poçi	251	Behije Cenga
122	Irena Bano	252	Natasha Karalliu
123	Natasha Xhollo	253	Adriana Llalla
124	Jolina Ikonomi	254	Envere Llaha
125	Haxhi Dybeli	255	Aurela Murati
126	Klodian Dhima	256	Mehdi Ahmetaj
127	Julian Gjata	257	Genc Xhakaj
128	Brunilda Ali	258	Ramiz Çela
129	Benhur Tilaj	259	Arbi Thereska
130	Flamur Llahaj		