

SISTEMI I KUJDESIT SHËNDETËSOR NË SHQIPËRI – ZHVILLIME POZITIVE DREJT NJË SISTEMI EFIKAS

FLORENTINA GJEÇI, ANNE-LAURENCE LE FAOU*

Summary

THE MAIN PROBLEMS OF HEALTH INSURANCE SYSTEM IN ALBANIA

This paper presents the main problems of health insurance system in Albania, a transition country of South-East Europe, and developments started recently for restructuring and strengthening the health insurance system. These last years the Health Insurance Institute (HII) is facing the great problems related to expenditure in pharmaceuticals into a context where the efficacy system is missing and the high cost of drugs is occurred. Considering the situation, HII started to improve rules related to drugs pricing and reimbursement, contracts with family doctors and pharmacists as well as implementation of the Health ID card. Health financing, health information systems, pricing of drugs, spending on drugs, are the main areas that HII wants to develop in the future for improving the primary health care.

Vështrim i përgjithshëm

Këto pesëmbëdhjetë vitet e fundit, vendi ka bërë ndryshime të rëndësishme politike, ekonomike dhe shoqërore, larg metodave të ekonomisë së planifikuar e të centralizuar, që kanë ndikuar thuajse në të gjithë aspektet e jetës së popullsisë, përfshirë këtu rezultatet në sektorin e shëndetësisë dhe shërbimet në kujdesin shëndetësor. Panvarësisht një farë progresi të realizuar gjatë viteve të fundit, gjendja shëndetësore e popullsisë mbetet nën atë të shumicës së vendeve të tjera të rajonit. Shpenzimet për kujdesin shëndetësor vlerësohen në rreth 6% të prodhimit të brëndshëm brut (PBB), (1) e cila është nën mesataren e vendeve të Europës Qëndrore dhe Lindore.

Siç dihet, ekonomia shqiptare ka qënë dhe është më e prapambetura në Europë; panvarësisht rritjeve

vitet e fundit, vendi ynë mbetet midis vendeve më të varfëra me një mirëqënie të popullsisë në një nivel shumë të ulët.

Përsa i takon zhvillimeve të sistemit të kujdesit shëndetësor, i cili para tranzicionit karakterizohej nga kontroll i fortë i qeverisë qendrore në të gjitha aspektet e sistemit, pas afro 12 vjet zhvillimi, ai mbetet gjithashtu nën nivelet e vendeve të tjera të rajonit.

Rënia dramatike e aktivitetit ekonomik në 1990-91, e cila fillimisht u shoqërua me fundin e regjimit komunist, përfundoi në mes të vitit 1992. Gjatë periudhës Dhjetor 1990-Prill 1992, ekzistonte një periudhë politike e pastabilizuar dhe një kaos social, e cila pengoi implementimin koherent të strategjisë afat gjatë për reformën ekonomike, e cila çoi më tej në disekuilibre makro-ekonomike. Trazirat civile të

* Dërguar në Redaksi në Dhjetor 2007, miratuar për botim Shkurt 2008.

Nga Université Paris Pierre et Marie Curie

Adresa për letërkëmbim: Gjeçi F., Université Paris Pierre et Marie Curie

vitit 1997 si edhe kriza në Kosovë në vitin 1999, e dëmtuan edhe më shumë sistemin shëndetësor. Shumë inisiativa që sapo kishin nisur në këtë sektor u ndërprejnë dhe progressi ishte i kufizuar.

Qeveria shqiptare është siguruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore, të cilat janë të organizuara në tre nivele: i) kujdesi parësor – që sigurohet në qendrat shëndetësore dhe poliklinikat, ii) shërbimi dytësor – që sigurohet në poliklinika dhe në spitalet e distrikteve (51 spitale në 36 distrikte), dhe iii) shërbimi apo kujdesi tercial sigurohet në Qendrën Spitalore Universitare në Tiranë, ku aktualisht banon afro një e pesta e popullsisë.

Pika e kthimit për sektorin e shëndetësisë daton që në 1 mars 1995, kur ligji për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë (Nr. 7870, datë 13/10/1994) hyri në fuqi. Që nga ajo kohë, zhvillimet në sektorin e shëndetësisë (sidomos atë të sigurimeve shëndetësore) kanë synuar çështje që kanë të bëjnë me përcaktimin e listës së barnave të rimbursueshme, implementimin e buxhetit për barnat si edhe praktikën e përshkrimit nga mjekët e përgjithshëm.

Privatizimi i farmacive në 1995 pruri një influks të barnave të reja, gjë e mirë si e tillë, por nuk u shoqërua me kontrollin e duhur. Tregu farmaceutik përfaqësohet nga një rrjet i madh grosistësh (130) dhe farmacistësh (1000) që furnizojnë dhe shpërndajnë barna [2], në një kohë që në vendet e zhvilluara të Europës tendenca është kufizimi i rrjetit të shpërndarjes vetëm tek disa grosistë të rëndësishëm (6).

Lidhur me sektorin farmaceutik duhet thënë së: “...në Shqipëri vihet re një tendencë përfaqësimi perendimore me mesatarisht 80% të firmave farmaceutike, të cilat kanë ekskluzivitete në listën e barnave të rimbursueshme, ç’ka tregon për një situatë monopol në tregun farmaceutik”. [ISKSH, Focus, 10 maj 2006].

Shpenzimet për barnat janë në rritje të shpejtë këto vitet e fundit, ato llogariten për një pjesë të konsiderueshme dhe konstante të shpenzimeve të ISKSH (65%-70%) duke u bërë realisht një shqetësim i kësaj të fundit.

Një tablo e përgjithshme e aspekteve kryesore të çmimit të barnave dhe të rimbursimit të tyre, si dhe të tjera probleme që lidhen me sigurimet shëndetësore,

janë të përshkruara në vijim.

2. Çmimi i barnave dhe sistemi i rimbursimit

2.1 Çmimi i barnave

Drejtoria e Çmimeve dhe Rimbursimit të Barnave në ISKSH është e ngarkuar të përgatisë draftin me propozimet për çmimet e barnave. Kjo drejtori punon në lidhje të ngushtë me specialistë të mjekësisë për probleme që lidhen me aspektet terapeutike të barnave. Gjithashtu përfaqësues të ISKSH, me cilësinë edhe të anëtarit të Komisionit të Çmimit të Barnave, negociojnë me përfaqësuesit e industrisë farmaceutike për çmimet e barnave të listës së rimbursueshme.

Çmimi referencë (çmimi tavan = çmimi pacienti + çmimi rimbursimi) bazohet në çmimin më të ulët CIF të deklaruar nga prodhuesi/firma farmaceutike duke i shtuar marzhin e shpërndarjes dhe të fitimit të grosistit dhe të farmacistit. Këto marzhe janë fikse 18% dhe 33% (dhe të shkallëzuara, digressive në tre intervale, për disa nga barnat më të shtrenjta). Marzhet fikse, vlerësohen relativisht të larta dhe si të tilla ofrojnë pak stimul për të reduktuar fragmentarizmin e tregut farmaceutik.

Çmimi për barnat e shitjes me pakicë (çmimi në farmaci) llogaritet si shumë e komponenteve të mëposhtëm:

1. Çmimi më i ulët CIF I deklaruar nga prodhuesit (ose përfaqësitë e tyre)

2. Marzhi fiks dhe/ose i shkallëzuar për grosistët që varion nga 8%-18%,

3. Marzhi fiks dhe/ose i shkallëzuar për farmacistët që varion nga 15% -33%,

Propozimet e çmimeve të përgatitura si më lart, diskutohen fillimisht në Komisionin e Çmimeve, i cili vendos për çmimet referencë. Më tej drafti plotësohet me çmimin e rimbursimit (kuota që rimbursos ISKSH) dhe të pacientit (çmimi që paguan pacienti në farmaci kur blen barin), të cilat pasi miratohen nga institucioni vendimor më i lartë i ISKSH, Këshilli Administrativ, miratohen në Këshillin e Ministrave. Lista e barnave me çmimet përkatëse është dokument zyrtar dhe e konsultueshme nga pacientët (sipas kërkesës së tyre), në farmaci. Çmimet e barnave janë unike në të gjithë vendin dhe të detyrueshme për zbatim nga ana e farmacive.

Lista, si rregull rinovohet një herë në vit, dhe është e shoqëruar nga shpjegime dhe disa akte n/ligjore që lidhen me çmimet, rimbursimin dhe përshkrimin e barnave, me qëllim lehtësimin e përdorimit. Megjithatë, ndryshime në listë mund të bëhen të paktën dy herë në vit, për një numur shumë të kufizuar barnash në rast situatash të veçanta të tregut (arsye të ndryshimeve të mëdha në vlerësimin e monedhës dhe/ose mungesës së barit në treg për një afat të konsiderueshëm).

2.2 Sistemi i Rimbursimit

Zhvillimi i një sistemi efektiv për rimbursimin e barnave është një nga objektivat më të rëndësishme për ISKSH, ndërsa kërkon të sigurojë cilësi të shërbimit nëpërmjet përdorimit racional të burimeve financiare.

Barnat e rimbursueshme tregëtohen nëpërmjet një rrjeti farmacish të kontraktuara me ISKSH (800 në vitin 2004). Farmacitë rimbursohen nga Drejtoria Rajonale e Sigurimit të Kujdesit Shëndetësor (DRSKSH) një herë në muaj. ISKSH aplikon dy nivele të rimbursimit (rimbursimi i plotë dhe i pjesshëm), përcaktuar për çdo grup dhe n/grup të klasifikimit ATC, të cilët gjithashtu janë të miratuar nga KM (miratimi i fundit, Shkurt 2007, i përket listës aktuale).

Përqindja e rimbursimit llogaritet duke u bazuar në çmimin referencë më të ulët të miratuar.

- Rimbursimi i plotë (100%), aplikohet për barna me rëndësi jetike (këto barna janë veçanërisht të shtrenjta; afërsisht 30% e barnave të listës janë të rimbursuara në këtë nivel). Rimbursimi i plotë aplikohet për kategori të ndryshme të popullatës si: fëmijë deri në një vjeç, invalidë të plotë, invalidë lufte, veteranë lufte, pensionistë. Përfitojnë rimbursim të plotë dhe të sëmuret me: cancer (tumore), TBC, transplant të veshkës, talasemi major, skleroze

multiple, anemi nga insuficiencia renale kronike (të gjitha të miratuara me Vendim të KM). Në vitin 2004, numri i pacientëve që përfitonin barnat falas ishte më i madh se ai që paguan bashkëpagesë.

- Rimbursimi i pjesshëm që varion nga 50%-95%, është në varësi të klasës terapeutike dhe kategorisë së të siguarit. Këtë nivel rimbursimi e përfitojnë të gjithë të siguarit e tjerë që nuk përfshihen në grupin e rimbursimit të plotë.

3. Problemet kryesore për ISKSH

3.1 Shpenzimet për rimbursimin e barnave

Shpenzimet për rimbursimin e barnave vazhdojnë të jenë komponenti i rritjes më të shpejtë të buxhetit të ISKSH, gjë që nuk mund të parashikohej në kohën e krijimit të ISKSH (1995). Siç bëhet e ditur nga të dhëna të ISKSH, shpenzimet për rimbursimin e barnave janë rritur rreth 9 %, (dhe më shumë), në vit në 3-4 vitet e fundit që nga viti 2003 [3]. Gjatë periudhës 1996-1999 shpenzimet e rimbursimit të barnave llogariten për rreth 75% të buxhetit të ISKSH. Pas vitit 2001, ISKSH filloi të reduktojë buxhetin e destinuar për rimbursimin e barnave, duke shpenzuar afro 20% më pak se periudhat e mëparshme, por, këto vitet e fundit këto shpenzime janë rritur në mënyrë shumë të shpejtë.

Vlera e tregut farmaceutik për barnat e rimbursueshme vlerësuar në 13,500,000 € në vitin 2000, është rritur më shumë se dy herë në 2004 (28 853 307 €), (tabela nr.1) ku çmimet e barnave kanë kontribuar dukshëm në këtë rritje të vazhdueshme. Në vitin 2004, rritja e shpenzimeve për afro 11,1 milion euro (2004 krahasuar me 2003 është: 28,9 € – 17,8 € = 11,1 €) vlerësohet të jetë arritur nga efekti i çmimeve në masën mbi 50% (Effect çmimit = Sasi 2004 x (Çmimi 2004 – Çmimi 2003), por jo vetëm kjo, edhe rritja e numrit të barnave në listë (72 barna) ka influencuar ndjeshëm gjithashtu.

Tabela nr.1. Shpenzimet e Përgjithshme të ISKSH, 1995-2004
(Në milion euro)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Rimbursimi i										
Barnave	2,4	6,8	9,5	14,1	15,3	13,5	13,3	13,4	17,8	28,9
Në përqindje	73,4	68,2	74,0	74,9	74,9	70,0	56,7	47,0	51,5	67,1
Mjekët	0,6	2,5	2,7	3,4	3,8	4,2	4,8	6,9	7,8	8,7
Administrative	0,2	0,5	0,6	1,1	1,2	1,4	1,8	2,4	2,5	2,8
Investime	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,6	1,0	0,8
Të ndryshme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	5,2	5,4	6,8
Totali	3,3	10,0	12,8	18,8	20,5	19,3	23,5	28,5	34,5	48,0

Burimi: ISKSH, 2004.

4. Probleme të tjera gjatë viteve të fundit lidhur me skemën e sigurimeve shëndetësore

4.1 Tendenca për të përshkruar barna të shtrenjta

Zhvillimet e fundit tregojnë për një tendencë të përgjithshme për të përshkruar barnat të reja dhe më të shtrenjta, të cilat çojnë padyshim në një rritje të vazhdueshme të shpenzimeve të rimbursimit. Marzhet fikse për grosistët dhe farmacitë e favorizojnë tregtimin e barnave të shtrenjta (fitim më i madh). Gjithashtu, është sinjifikatif rritja e numrit të recetave

me rimbursim të plotë, dhe për pasojë, e shpenzimeve përkatëse gjatë dy viteve të fundit. Një problem këtu është edhe influenca e kompanive farmaceutike mbi praktikën e përshkrimit të barnave (nëpërmjet promociioneve financiare që ju ofrohen mjekëve), që ë drejtojnë/orientojnë shpesh mjekun të përshkruajë barna të shtrenjtë.

Kjo influencë, ka avancuar deri tek mjekët e familjes në qytet e në fshat me qëllim që ata të përshkruajnë vetëm barnat e tyre dhe t'i paraqesin ato si më të efektshmet e mundshme.

Tabela nr.2 Dhjetë barnat më të rimbursueshme sipas vlerës

Nr	International Nonproprietary Name (INN)	Indication	Quantity	Value (leke)
1	Enalapril 20 mg	ACE Inhibitors, Hypertension	21,351,668	233,511,574
2	Risperidon 2 mg	Neuroleptic, psychosis Angiotenstin II antagonist	967,302	224,430,982
3	Valsartan 80 mg	Hypertension	1,747,126	195,308,163
4	Interferon beta	Multiple Sclerosis	14,730	137,119,170
5	Amlodipine 10 mg	Calcium antagonist, hypertension	3,991,451	127,660,162
6	Fluvastatine 40 mg	Cholesterol lowering	1,519,703	122,557,294
7	Finasteride 5 mg	Benign prostatic, hyperplasia Alpha-blocker	701,542	107,054,934
8	Tamsulosin 0,4 mg	Hyperplasia	576,959	106,183,326
9	Olanzapine 10 mg	Neuroleptic, psychosis	101,448	95,819,722
10	H-insulin bi-phasic	Diabetes	87,766	90,516,449

Shënim: Barnat nga një burim i vetëm, të theksuara.

Burimi: ISKSH Statistikat, Maj 2005.

Sikurse është treguar në tabelën nr.2, 6 nga 10 barnat më të rimbursueshme (sipas vlerës së rimbursimit), i përkasin një burimi të vetëm (nuk kanë alternativa të tjera më të lira), dhe më kosto të lartë. Në total, barnat e shtrenjtë që janë alternativë e parë e vetme zënë 50% të listës së rimbursimit (7). Duke konsideruar këtë tendencë zhvillimi të tregut farmaceutik, ISKSH ka aplikuar këtë vit (muajt e fundit), buxhetin për mjekët me kontratë, me qëllim menazhimin e mirë dhe kufizimin e shpenzimeve për barnat.

4.2 Rritja e numrit të barnave të rimbursueshme dhe eliminimi i bashkëpagesave

Në vitin 2004, ISKSH u përball me probleme serioze të shpenzimeve: rritje e shpejtë e barnave të reja të shtrenjta, shtuar/zmadhuar nga abuzimet të profesionistëve të shëndetësisë, të cilët u përpoqën të luajnë me sistemin ("who tried to play system") për përfitimet e tyre, që rezultoi në një eksplozion të shpenzimeve; kjo ishte njëra anë; nga ana tjetër, ishte mungesa e një sistemi efikas. Drejtuesit e ISKSH ju përgjigjën situatës me disa masa të rëndësishme, të cilat ishin inkurajuse si fillim, por ngelet të shihet nëse efektet do të jenë të qëndrueshme.

Në këtë vit (2004), shpenzimet për rimbursimin e barnave llogarisnin 67 përqind të shpenzimeve totale të ISKSH, dhe për herë të parë u tejkalua buxheti për barnat për afro 10 milion Euro (Tabela nr.1). Kjo rritje e shpenzimeve erdhi kryesisht si pasojë e

përfshirjes nga bashkëpagesa e kategorisë së pensionistëve (aktualisht me peshë të konsiderueshme në totalin e shpenzimeve) dhe zgjerimin e listës me rreth 72 barna. Deficiti prej 10 milion dollarësh u shlye nga qeveria për të mos rrezikuar shërbimin ndaj pacientëve.

Duke analizuar më thellë shpenzimet e rimbursimit për dy vite, 2003 dhe 2004, mund të konstatohet më shumë për sa i takon problemit të nivelit të rimbursimit, i cili gjithashtu influencon në rritjen e shpenzimeve.

Shpenzimet e rimbursimit në 2003 ishin 2,249 milionë lekë dhe në 2004 arritën në 3,660 milion lekë (e barabartë me 67,2% (+1,411 milion lekë të shpenzimeve totale), që prezantojnë vlerën më të lartë gjatë këtyre viteve të fundit. Kjo, për arsyet që u përmendën më sipër: zgjerimi i listës dhe rritja e numrit të personave që përfitojnë barnat me rimbursim të plotë (përfshirja e pensionistëve nga bashkëpagesa).

Ne kemi llogaritur influencën në shpenzime për shkak të nivelit të rimbursimit duke marrë në konsideratë dy ndarje të mëdha të rimbursimit: rimbursimin e plotë (100%) dhe rimbursimin e pjesshëm (50-95%). Nga kjo analizë rezulton që: rritja e shpejtë e rimbursimit të plotë shpjegon pjesën më të madhe të rritjes së shpenzimeve. Pjesa e 100% në shpenzimet totale të vitit 2004 është 76%, ndërsa në 2003 ajo ka qënë vetëm 37% (tabela nr.3).

Tabela nr.3 Pjesa e 100% në shpenzimet për rimbursimin e barnave

	Rimbursimi i plotë 100% (milion euro)	Rimbursim i pjesshëm 50% - 90% (milion euro)	Shpenzimet totale të rimbursimit (milion euro)	Pjesa e 100% në totalin e shpenzimeve të rimbursimit
2003	820	1 429	2 249	
2004	2 780	880	3 660	37% 76%

Burimi: ISKSH dhe llogaritjet tona.

Si përmbledhje, në 2004, pjesa e "rimbursimit 100%" që përfaqëson deri në 18-20% të popullsisë, llogaritet për 76% të totalit të shpenzimeve dhe është vetëm ky grup që shpjegon rritjen e shpenzimeve, (rreth 139%, rimbursimi i pjesshëm është në

pakësim).

Pjesa dominante e pjesës "100%" në totalin e shpenzimeve mund të shpjegohet me rritjen e numrit të personave (nr. efektiv/fizik), duke futur në këtë kategori grupin e pensionistëve, me parë i përfshirë

në kategorinë e rimbursimit të pjesshëm. Si rezultat, problemi i rimbursimit të plotë, i grup-personave që e përfitojnë, paraqitet si domosdoshmëri për t'u studiuar më thellë nga ana e ISKSH. Për më shumë, rimbursimi në masën 100% është më i lartë se në Kroaci ku ai zë 36% të rimbursimit total dhe në Maqedoni 38%.

4.3 Aplikimi i marzheve të larta fikse për depot (grossistet) dhe farmacitë.

Arsyet e përmendura më sipër si faktorë në rritjen e shpenzimeve (numri i recetave me rimbursim të plotë, i personave që përfitojnë rimbursim të plotë dhe barnave) "fsheh" në një farë mënyre ose le të pa dukshme influencën negative të çmimeve dhe marzheve relativisht të larta, të cilat realisht përbëjnë një fushë të rëndësishme që duhet përmirësuar.

Marzhet janë relativisht të larta në krahasim me ato të vendeve të tjera të Europës, dhe ajo që mungon është se nuk ka kufizime as për depot as për farmacitë. Kjo duhet kuptuar që nuk ka limite të shprehura në vlerë: p.sh. 12% por jo më shumë se x lekë (për tregtimin e barnave me shumicë) ose 33% por jo më shumë se x lekë (për tregtimin e barnave me pakicë), por ekzistojnë vetëm nivelet minimale dhe maximale panvarësisht nivelit shumë të lartë të çmimeve për një numër të konsiderueshëm barnash. Lidhur me këtë subjekt, do të shtonim që ka shumë depo importuese dhe shpërndarëse që mund të koncentrohen, gjë që do të lejonte kursime të kostove, por marzhet fikse mbrojnë strukturën aktuale të tregut dhe nuk ofrojnë nxitje/stimul për të reduktuar fragmentimin. Rishikimi i marzheve përbën një nga rekomandimet e Bankës Botërore për përmirësimin e sektorit farmaceutik, për të cilin ISKSH vazhdon të punojë.

I vetmi indikator në të cilin vendi ynë mund të krahasohet me sukses me vende të tjera të Europës, është numri i farmacive për banorë (1 farmaci/3000 banorë). Në Hungari ky raport është 1/5000, Francë 1/2500. Në vitin 2004 ka rreth 800 farmaci kundrejt 120 në 1995. Megjithatë, ky indikator nuk do të thotë shumë për sa i takon cilësisë së kujdesit shëndetësor, veçanërisht kur merren në konsideratë diferenca të mëdha në zona të ndryshme të vendit.

Ka gjithashtu probleme që lidhen me financimin e

sistemit që duhet të rishikohen me synim përmirësimin e tyre. Me pak fjalë, jo vetëm përqindja e ulët e kontributeve (3,4%) krahasuar me vende të tjera të Europës (p.sh. 7,5% në Poloni, 15,4% në Gjermani), por gjithashtu niveli i ulët i mbledhjes së kontributeve (60-90%) influencon të ardhurat e ISKSH.

4.4 Përqindja e popullsisë që përfiton nga Skema e Sigurimeve Shëndetësore

Sipas të dhënave rezultojnë që rreth 40-45 përqind e popullsisë përfiton nga mbulimi i efektshëm në bazë të sistemit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, duke lënë të kuptohet që pjesa më e madhe e popullsisë paguan nga xhepi (4). Gjithashtu llogaritet se 60% e popullsisë paguan bashkëpagesë për barnat me rimbursim. Për më tepër, për shkak të mbulimit më të gjerë në Tiranë (dhe qytete të tjera të mëdha), popullsia e Tiranës (dhe e qyteteve të mëdha) përfiton më shumë në raport me popullsinë që banon në zonat rurale (58-60%).

5. Challenges për zhvillimin e ardhshëm të Sigurimeve Shëndetësore

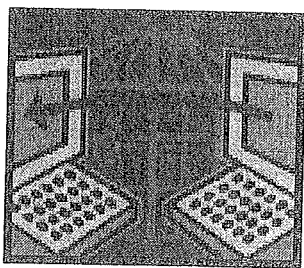
Presioni për t'ju përmbajtur kuotës së shpenzimeve dhe një rritje impresionante e shpenzimeve për barnat gjatë viteve të kaluara favorizuan ndryshimet me radikale në skemën e sigurimeve shëndetësore. Për më shumë, objektivat janë bazuar në situatën konkrete të ISKSH dhe reflektojnë strategjinë afat-gjatë të zhvillimit të sistemit shëndetësor të vendit.

5.1 Përmirësimi i kujdesit shëndetësor parësor duke e konsideruar atë si gurin themelitar të shërbimit shëndetësor

Aktualisht ISKSH përdor afro 10% të buxhetit global për shëndetësinë të vendit. Objektivi themelor i ISKSH është që ky institucion të bëhet financues i vetëm i shërbimit shëndetësor në vend, cili do të realizohet nëpërmjet zhvillimit të metodave të reja të pagesave duke krijuar hapësira për vetëmenazhimin e qendrave shëndetësore. Aktualisht është në zbatim projekti i shtrirjes së skemës së sigurimeve shëndetësore në shërbimin shëndetësor parësor sipas të cilit janë krijuar qendra shëndetësore autonome dhënëse të shërbimeve.

5.2 Paisja me Kartën e Shëndetit (Health ID Card) si pjesë e zhvillimit të sistemit shëndetësor të informacionit

Personat e siguar do të kenë deri në fund të këtij viti kartën shëndetësore që do të zëvendësojë gradualisht kartën e thjeshtë aktuale (jo elektronike). Karta shëndetësore (ID Card) do të përmbajë të dhëna konfidenciale të përgjithshme (emrin e të siguarit, datën e lindjes, numrin e sigurimit social) si dhe të dhëna të sëmundshmërisë, metodën e trajtimit, detaje për të drejtat dhe përfitimet. Kjo kartë do të lejojë transmetimin elektronik të të dhënave të përshkruara nga farmacitë tek siguruesit, duke realizur në këtë mënyrë informacion të besueshëm për trajtimin medikamentoz, etj. (Kjo masë kërkon që farmacitë të jenë të paisura me komputër). Për më shumë, ISKSH do të jetë e sigurt që mbajtësi i kartës është i vetmi beneficier. Projekti do të realizohet me mbështetjen e Bankës Botërore, nëpërmjet një financimi prej 5 milionë US\$ [5].



5.3 Vendosja e standarteve për barnat ISKSH ka parashikuar përmirësime radikale të shërbimit farmaceutik me synimin që të fuqizojë supervizionin dhe monitorimin e strukturave. Për sa i takon çmimeve të barnave synohet shkëmbim informacioni me vendet e Europës. Bazat e kësaj pune tashmë janë hedhur, Shqipëria është pjesëmarrëse në projektin European PPRI (Informacioni i Çmimeve të Barnave dhe Rimbursimit), gjë që e angazhon në shkëmbimin e informacionit dhe padyshim do të influencojë në përmirësimin e problematikës që paraqesin barnat (8).

Fuqizimi i sistemit të informacionit, krijimi dhe zhvillimi i një bazë të dhënash për të gjitha barnat në Shqipëri, përfshirë këtu kontrollin elektronik të përshkrimit të tyre, do të përbënte një hap të

mëtejshëm pozitiv në ndihmë të kontrollit të barnave, rritjes së transparencës dhe shmangies së abuzimeve.

Aktualisht, mbi bazën e abuzimeve të konstatuara, ISKSH ka vendosur kritere të forta për lidhjen e kontratave me depot dhe farmacitë, efektet e plota të këtyre masave do të ndjehen gjatë viteve të ardhshëm.



5.4 Përmirësimi i sistemit të rimbursimit të barnave

Rritja e shpenzimeve për barnat bën apel për masa administrative që tashmë (kohët e fundit) janë konsideruar nga ISKSH si:

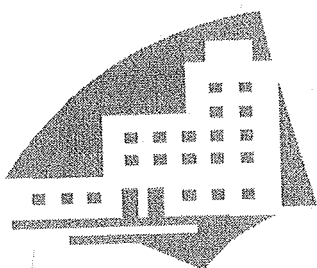
- Futjen gradualë e politikave të rishikimit të bashkëpagesave për të gjitha barnat e përshkruara me recetë.

- Përmirësimi i sistemit të rimbursimit: rishikimin veçanërisht të kategorive që përfitojnë rimbursim të plotë (free of charge).

- Përmirësimi i sistemit të marzheve, aplikim më të gjerë të marzheve digresive (të shkallëzuara) që kupton lidhjen inverse të çmimit të barit me marzhin, në vend të aplikimit të marzheve fikse, të cilët do të jenë studiuar nga specialistë dhe ekspertë në fushën e ekonomisë shëndetësore, bazuar gjithashtu në konditat specifike të vendit tonë ku importi i barnave llogaritet për më shumë se 90% të tregut, si edhe në specifikat që paraqet tregtimi i barnave.

- Rishikimi i listës positive të bëhet sa më efektiv duke u bazuar në llogaritjet për kosto-efektivitetin e barit.

- Organizimi i një komisioni të veçantë, krahas atyre ekzistues (i nomenklaturës, i hartimit të listës së barnave, i çmimeve), që do të jetë i angazhuar me problemet e përshkrimit dhe përdorimit racional të barnave sipas praktikave bashkëkohore.



5.5 Zgjerimi dhe fuqizimi i skemës së sigurimeve shëndetësore synon përfshirjen në skemë të shërbimeve spitalore në një të ardhme të afërt.

Përgatitja e spitaleve rajonale do të jetë një nga prioritetet e ISKSH për vitin 2007. Gjatë këtij viti, ISKSH po vazhdon të punojë për vlerësimin e situatës në spitalet rajonale me synim përgatitjen e kushteve për përfshirjen e tyre në skemën e sigurimeve shëndetësore. Lidhur me këtë pikë do të shtonim që

projekti i Bankës Botërore synon bërjen e ISKSH financues të vetëm të shërbimit shëndetësor në vend. Brenda vitit 2009, i gjithë shërbimi shëndetësor do të ketë një blerës të vetëm, ISKSH-në.

Konkluzione

Duke konsideruar stadin aktual të zhvillimit, ISKSH ka ndërmarrë masa dhe është e zotuar të vazhdojë përpjekjet e saj për të forcuar dhe përmirësuar shërbimet shëndetësore në nivelin parësor. Këto masa të marra janë megjithatë akoma në fazën e tyre të fillimit dhe rezultatet janë akoma larg nga ajo çfarë synohet e pritët. Suksesi do të varet gjerësisht jo vetëm nga zotimet e ISKSH, por gjithashtu nga kuptimi dhe mbështetja nga të gjithë profesionistët e shëndetësisë dhe popullsia, nga konsensusi dhe dëshira e forcave politike dhe gjithashtu nga vazhdimi i punës.

BIBLIOGRAFIA

1. Central Intelligence Agency. World Fact Book. Arlington: CIA, 2007. <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/print/al.html>, konsultuar në 8 Mars 2007.
2. Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave, Tiranë, 2005.
3. Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), Tiranë, 2005.
4. Banka Botërore: Albania - Health sector note, Rapport N° 32612, 2006; www.worldbank.org, konsultuar në 14 Shtator, 2006.
5. Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), Focus Nr.3, Mars 2007.
6. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004. *Regulating Pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, chapter 11, p. 195-211. Open University Press. Berkshire, England.
7. E. Hana: Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor (ISKSH), Focus Nr.3, Mars 2007.
8. PPRI Conference, Vienna, 29 June 2007, e disponueshme në : <http://ppri.oebig.at>