

**SITUATA SHENDETSORE DHE KUJDESI SHENDETESOR,
ARRITJET DHE DREJTIMET PER TE ARDHMEN (2009)**

PASQYRA E LENDES

KAPITULLI I	5
HYRJE	5
DREJTIMET E REFORMES NE SHENDETESI	5
KAPITULLI II	10
ANALIZE E TREGUESVE KYC TE KUJDESIT SHENDETESOR	10
I. JETEGJATESIA	11
II. VDEKSHMERIA SIPAS SHKAQEVE	12
III. SEMUNDJET KRONIKE	14
IV. SHENDETI I NENES DHE FEMIJES	15
VI. INFEKSIONET SEKSUALISHT TE TRANSMETUESHME (HIV-AIDS)	20
VII. SHENDETI MENDOR	22
KAPITULLI III	24
ANALIZE E TREGUESVE KYC TE SISTEMIT SHENDETESOR	24
III. A FINANCIMI I KUJDESIT SHENDETESOR	24
III. A.1. DISKUTIMI I PROBLEMEVE KRYESORE, POLITIKAT, INICIATIVAT, SFIDAT DHE ARRITJET E LIDHURA ME FINANCIMIN NE KUJDESIN SHENDETESOR.	24
III. A. 2. NIVELI DHE BURIMI I FINANCIMIT TE SISTEMIT TE SEKTORIT SHENDETESOR	26
III. A. 3. DISKUTIMI I INDIKATOREVE KRYESORE	29
III.B. BURIMET NJEREZORE	Error! Bookmark not defined.
III.C. AKSESI	Error! Bookmark not defined.
KAPITULLI IV	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
SETI I TREGUESVE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

KAPITULLI I

HYRJE

Mbështetur në Strategjinë e Sistemit Shëndetësor si dhe Programin e Buxhetit Afatmesëm, Ministria e Shëndetësisë ka qënë e angazhuar në thellimin e reformës së nisur, duke marrë masat e nevojshme për përditësimin e kësaj strategjie, me synim modernizimin e sistemit dhe përshtatjen e tij me format organizative dhe standartet europiane, bazuar në modelet dhe përvojat më të sukseshme bashkëkohore, gjë e cila ka ndikuar drejtpërdrejtë në përmirësimin e shëndetit për gjithë popullatën.

Objektivi i Ministrisë së Shëndetësisë ka qënë dhe është sigurimi dhe përmirësimi i vazhdueshëm i kujdesit shëndetësor për popullatën, ku vëmendje e vecantë i është kushtuar aksesit ndaj shërbimeve, cilësisë, qëndrueshmërisë financiare si dhe eficiencës dhe motivimit të ofruesve të shërbimit, të cilët janë konsideruar si indikatorët kryesorë që përcaktojnë nivelin e shërbimit.

Ky raport pershkruan arritjet e Ministrise se Shendetesise per vitin 2009.

DREJTIMET E REFORMES NE SHENDETESI

Drejtimet kryesore ku perqendrohet reforma jane:

Forcimi i kapaciteteve teknike te Ministrise se Shendetesise, për hartimin e politikave, strategjive dhe planifikimit të zhvillimit të sistemit shëndetësor, përmirësimin dhe përafrimin e legjislacionit me atë të Këshillit të Europës, si dhe ristrukturimin e arkitektures organizative të saj, kanë bërë të mundur përmirësimin e performancën në politikebërje dhe drejtimin e sistemit shëndetësor, duke iu larguar ne kete menyre, rolit te menaxhimit direkt te sherbimeve shendetesore.

Amendimi i nje sere ligjesh duke i përafruar me direktivat e BE si dhe përgatitja e mjaft akteve të tjera rregullatore për funksionimin sa më mirë të sistemit shëndetësor.

Mbështetja *me fonde publike dhe financime të huaja*, të programeve të parandalimit të sëmundjeve, në veçanti kryerja e plotëte vaksinimeve masive, promocionit shëndetësor,

kontrollit të ujit të pijshëm, të ajrit etj, duke forcuar edhe rolin e pushtetit vendor ne kete sektor.

Ulja e barrës së sëmundjeve kronike në popullatë, duke mos u mbështetur thjesht me reagime pasive medikale/medikamentoze, por sidomos nëpërmjet zhvendosjes më shumë të vëmendjes në drejtim të parandalimit dhe kapjes së herëshme.

Bashkëpunimi i kujdesit parësor dhe atij spitalor kanë bere te mundur hartimin dhe zbatimin e projekteve kombëtare për sëmundje kronike të tilla si tumoret, sëmundjet e zemrës, AIDS, TB, traumat, ushqyerjen e fëmijve, etj., shoqëruar me fuqizimin e kapaciteteve në kujdesin parësor për kapjen e hershme dhe këshillimin sidomos të të rinjve dhe fëmijve duke synuar në frenimin e sjelljeve të rrezikshme (duhani, alkooli, droga, ushqyerja e gabuar, inaktiviteti fizik, dhuna, etj.). Këto aktivitete do të shërbejnë si një hap më tej në modelimin e strukturave dhe aktiviteteve të shëndetit publik sipas profilit të sëmundjeve që kërcënojnë shëndetin e popullatës.

Rritja e mbulees vaksinale në grupet e marginalizuara (përfshirë romët, zonat infomale dhe fshatrat e thella), si dhe futja e vaksinave të reja si ajo pneumokokut apo mbështetja e vaksinimit kundrejt gripit të zakonshëm apo atij të A1H1, në grupe të caktuara të popullatës.

Mbulimi i gjithë popullatës me shërbim shëndetësor ne baze te paketes se sherbimeve te miratuara nga MSH dhe mbeshtetur nga projekti “Proshëndeti” financuar nga USAID.

Permirësimi i mekanizmit të financimit ne sektorin spitalor, duke orientuar sistemin drejt përcaktimit të indikatorëve dhe përmbushjes së standarteve, me qëllim vlerësimin e performancës së tyre. Për këtë është punuar në drejtim të ndryshimeve në organizimin dhe menaxhimin e institucioneve dhe shërbimeve shëndetësore spitalore, duke forcuar autonominë e tyre, racionalizimin dhe standartizimin e tyre, me qëllim rritjen e kapaciteteve dhe kompetencave si dhe mënyrave të reja të menaxhimit dhe gjenerimit të burimeve financiare alternative, duke synuar menaxhimin e tyre si kompani në konkurrencë, gjë që i ka motivuar për t’u bërë pjesë e programeve të vlerësimit të

brëndshëm dhe të jashtëm të cilësisë si dhe ngritjen e një sistemi të monitorimit që do të kontrollojë ofrimin e shërbimeve.

Vendosja e sistemit të referimit nga parësori në sekondar dhe ate terciar, sistem i cili po zbatohet me rigorozitet, dhe ka disiplinuar sistemin shëndetësor, duke përcaktuar në këtë mënyrë raportin e popullatës me sistemin. Zbatimi i këtij sistemi ka rritur në mënyrë të ndjeshme edhe numrin e personave të siguruar.

Miratimi i disa komplete standartesh dhe matja e treguesve të performancës spitalore, të cilat do t'i shërbejë zhvillimit të standarteve dhe realizimit të procesit të akreditimit të institucioneve ku do të ofrohet kujdes shëndetësor në bazë të standarteve të miratuara dhe publikuara paraprakisht.

Kalimi nga një buxhetim historik, në atë për shërbime të ofruara, duke u mbështetur në performancën e tyre, Nga fillimi i vitit 2009, financimi i spitaleve, mbulohet nëpërmjet skemës së sigurimeve të kujdesit shëndetësor Tashme po punohet për përgatitjen e udhëzuesve të praktikës klinike, protokolleve klinike dhe kostos së shërbimeve, duke stimuluar në këtë mënyrë, përmirësimin e ofrimit të shërbimeve si nga ana sasiore dhe ajo cilësore.

Hartimi i një liste të qëndrueshme të barnave, duke u bazuar në nevojën e aksesit ndaj një liste bazë të barnave, cilësore, sipas parimit kosto-efektivitet, me cmime të përbalueshme nga popullata, si dhe zgjerimin e listës së barnave të.

Ngritja e strukturave të farmakovigjilencës me synim ndërgjegjësimin e gjithë stafit mjekësor për të evidentuar dhe raportuar efektet e padëshiruara të cilat nuk janë deklaruar nga fabrikuesi apo si pasojë e mungesës së efektit nga barna të ndryshme.

Ngritja dhe funksionimi i sistemit të edukimit në vazhdim të punonjësve të shëndetësisë, i cili i shërben një objekti të rëndësishëm, atij të përfitimit, ruajtjes dhe përmirësimit të njohurive, aftësive dhe qëndrimeve lidhur me përmirësimin e cilësisë së shërbimeve shëndetësore ndaj popullsisë.

Formimi i menaxherëve të institucioneve dhe shërbimeve shëndetësore nëpërmjet projekteve të huaja, ka qënë hapi i parë në drejtim të përmirësimit të menaxhimit të tyre, duke mos harruar bashkëpunimin me institucionet formuese, në drejtim të hapjes së degëve të reja për menaxhim shëndetësor.

Financimi i sistemit, i cili ka synuar një kuadër ligjor të plotë dhe modern për një sistem financimi të duhur i cili është përqëndruar në:

- Përgatitjen, tashmë në proces miratimit, të ligjit “Për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor”.
- Ofrimin e modeleve bashkëkohore të menaxhimit të spitaleve, gjë që presupozon sisteme të zhvilluara informacioni klinik dhe financiar si dhe ngritjen e sistemit të monitorimit, i cili do të masë performancën e spitaleve dhe do të lejojë akreditimin e tyre.
- Krijimin e sektorit të Llogarive Kombëtare të Shëndetësisë për monitorimin e të gjitha shpenzimeve shëndetësore që bëhen nga shtetasit e Republikës së Shqipërisë.
- Kostimin e aktiviteteve spitalore si një aktivitetet shumë i rëndësishëm që do të mundësojë një financim racional të tyre nëpërmjet skemës së sigurimeve shëndetësore.
- Përdorimin e metodave bashkëkohore në vlerësimin e efektivitetit të investimeve në shëndetësi.
- Financimin e aktiviteteve të trajnimit të personelit mjekësor nëpërmjet buxhetit të shtetit.
- Përmirësimin e alokimit të burimeve financiare nga një blerës i vetëm strategjik me qëllim kalimin e financimit edhe të shërbimeve spitalore nga Ministria e Shëndetësisë në atë të Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor. Për këtë është forcuar roli i Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor, si një blerës i vetëm strategjik i shërbimeve shëndetësore, duke menaxhuar grumbullimin e burimeve për shëndetësinë në një fond të vetëm si dhe duke iu ngarkuar përgjegjësia për shpërndarjen e tyre, duke përcaktuar qartë si do të vihen në jetë dhe masat e rritjes së përgjegjshmërisë (llogaridhënies).

Zhvillimi i kujdesshëm i iniciativës private brenda sistemit shëndetësor, si komplementar me atë publik, si dhe futja e një koncepti të ri në riorganizimin e strukturave publike dhe private, si komplementare të njëra tjetrës, sipas disa kushteve të qarta rregullatore, të

përcaktuara mirë për funksionimin e tyre, ka nxitur shtrirjen e sektorit privat duke krijuar lehtësirat e nevojshme për funksionimin e tyre, si dhe duke ia dhene te treteve shërbimet mbështetëse (outsourcing), si ushqim, lavanteri, shërbim roje apo kontraktimin me ofrues privat të shërbimit të dializës.

Gjithashtu në projektligjin e “Sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor”, tashmë në procesin e miratimit, shërbimet mjekësore publike edhe private, trajtohen si të barabartë. Me miratimin e këtij ligji, përfshirja e ofruesve private të perzgjedhur në një treg të kombinuar sipas disa kushteve të qarta rregullatore, në përputhje me metodat e përmendura të privatizimit, duke përfshire dhe praktiken e partnershipit publik - privat, do të përmirësojë eficiencën në përdorimin e fondeve duke futur një shkallë konkurrence dhe shërbimesh kontraktuese në skemën e tregut të kombinuar. Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor do të lidhë kontrata me shërbime klinike dhe jo klinike private, bazuar në një kuadër transparent e rregullator, ku kushtet e kontraktimit të jenë të hapura për publikun.

KAPITULLI II

ANALIZE E TREGUESVE KYC TE KUJDESIT SHENDETESOR

Sistemi shendetesor ka evoluar në mënyrë të ndjeshme gjatë viteve. Institucionet e Shërbimit Parësor kanë si mision mbrojtjen e shëndetit në përputhje me objektivat e OBSH “shëndet për të gjithë”. Këto institucione kanë ardhur duke u zvogëluar përsa i përket numrit të tyre dhe aktivitetit në treguesit kryesorë. Kjo shpjegohet me riorganizimin e këtyre institucioneve, krijimin e mjediseve më të përtshatshme, rritjen e cilësisë së shërbimit si dhe krijimin e sektorit privat. Në institucionet me shtretër, treguesit e shërbimit spitalor duke qënë se mbulojnë gjithë shërbimin shëndetesor spitalor shërbejnë si pikënisje për analizën e sëmundshmërisë, epidemiologjisë, vdekshmërisë, burimeve njerëzore etj. Institucionet në Shërbimin Spitalor përfaqesohen nga spitalet e përgjithshme edhe të specializuara. Megjithatë vazhdojnë të mbeten në rritje një grup treguesish për një grup sëmundjesh të popullatës si: sëmundjet e aparatit të frymëmarrjes, gastrointestinale, infektive, urogenitale, qarkullimit të gjakut dhe insultet cerebrale. Statistikat tregojnë se një pjesë relativisht e lartë e vdekjeve dhe sëmundjeve në Shqipëri vijnë si pasojë: duhan-pirjes, abuzimi me alkool, pakujdesia në rrugë, përdorimi i drogave ilegale, mënyra e të ushqyerit dhe stresi si një fenomen i ri i shoqërisë moderne. Inaktiviteti fizik është një faktor rrisht sepse ai prezanton një problem potencial për hipertensionin, sëmundjeve të artereve koronare të zemrës, etj.

Njohja e situatës shëndetësore të vendit nëpërmjet treguesve statistikore të shëndetësisë është pjesë e vlerësimit të sistemit të shërbimit shëndetësor. Situata shëndetësore paraqitet me probleme, megjithatë treguesit kryesor janë në rrugën e përmirësimit të tyre si në shërbimin shëndetësor parësor edhe atë spitalor.

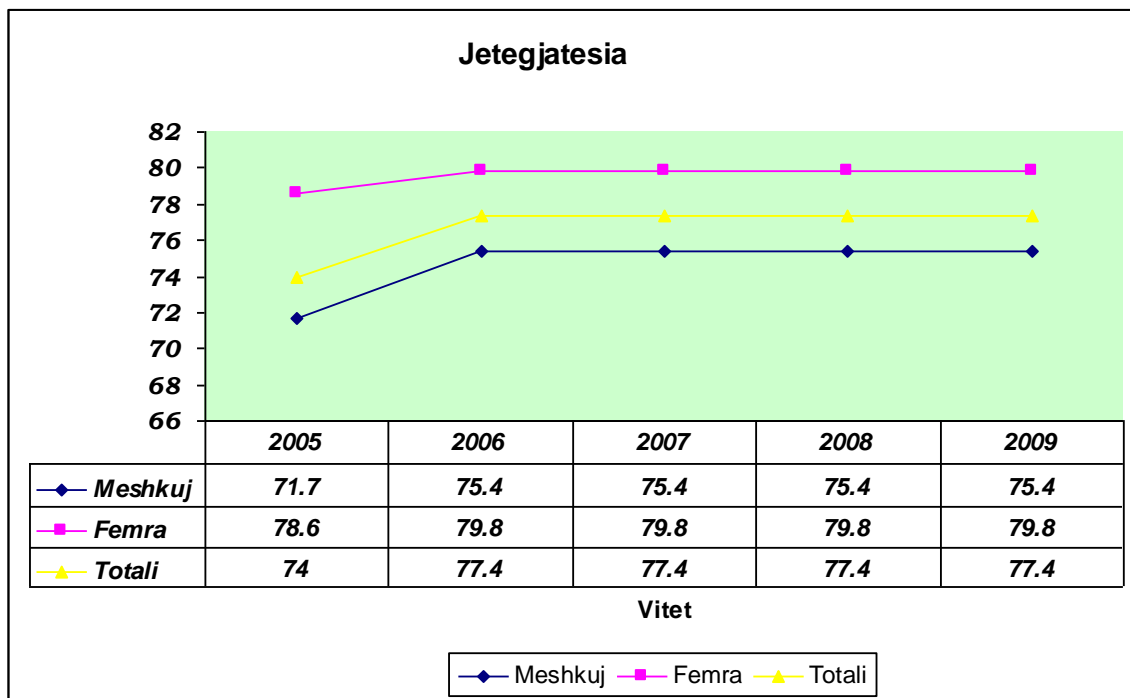
Niveli i disa treguesve të rëndësishëm, si jetëgjatësia, vdekshmëria dhe sëmundshmëria kronike janë të krahasueshme me vendet e zhvilluara, ndërsa tregues si vdekshmëria foshnjore, vdekshmëria amtare dhe sëmundshmëria akute infektive janë të krahasueshme me ato të vendeve në zhvillim. Ulja e sëmundshmërisë infektive dhe reduktimi i atyre që parandalohen me vakcina është tregues pozitiv për sistemin tonë shendetesor.

Ne permiresimin e rezultateve te performances se sistemit shendetesor ndikojne edhe indikatorët e meposhtem te cilet kane si qellim matjen e progresit ne arrijten e rezultateve si dhe te vleresimit te impaktit. Matja e ketyre indikatorëve eshte nje proces i gjate dhe kerkon nje analize te plote te tyre ne kuptimin qe indikatorët duhet te jene te lidhur me objektivat e strategjise dhe te jene sa me te perdorshem. Keta indikatorë perfaqesojne nje aspekt te rendesishem te performances se sistemit shendetesor

I. JETEGJATESIA

Ne vitin 2009 jetegjatesia mesatare ne Shqiperi ishte 79.8 per grate dhe 75.4 per burrat. Sipas grafikut vihet re qe nuk ka ndryshime te medha te jetegjatesise te femrat duke filluar nga viti 2005. Vihet re nje ndryshim i vogel i jetegjatesise te meshkujt nga 2005. Ne vitet ne vazhdim vihet re qe nuk kemi ndryshime te jetegjatesise si te burrat ashtu dhe te grate.

Figura 1 : Jetegjatesia e meshkujve dhe femrave (2005-2009)

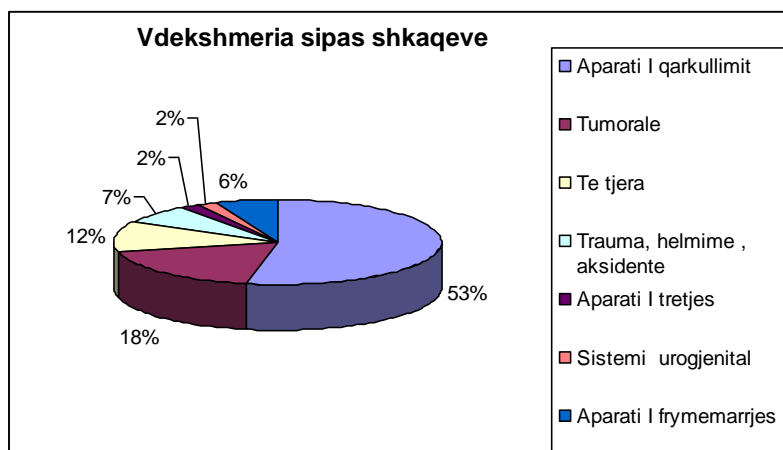


Burimi: INSTAT

II. VDEKSHMERIA SIPAS SHKAQEVE

Shkaqet e vdekjeve janë analizuar nga INSTAT mbi bazën e skedës së vdekjes në përputhje me Klasifikimin Standart Kombëtar ICD-9.

Figura 2: Vdekshmeria sipas shkaqeve (viti 2009)



Burimi: INSTAT

Aparati i qarkullimit	58.4	9.143
Tumorale	18%	2.627
Te tjera	12%	1.611
Trauma, helmime, aksidente	7%	891
Aparati i frymemarrjes	6%	485
Sistemi urogjenital	2%	228

Vdekjet nga sëmundjet e sistemit të Qarkullimit të Gjaku zënë vendin e parë në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme, pra 58.4% e vdekjeve të ndodhura në vendin tonë. Numrin më të lartë të vdekjeve në këtë grup të zënë vdekjet nga sëmundjet ishemike të trurit në masën 38.3% brenda këtij grupi dhe me tendencë në rritje tek femrat. Ndërsa sëmundjet ishemike të zemrës brenda këtij grupi zënë vendin e dytë me 32.4% dhe më shumë janë prekur meshkuj në krahasim me femrat. Vlen për t'u theksuar se vdekjet në qytet nga sëmundjet ishemike të zemrës dhe të trurit zënë 51.7% në qytet, nga 48.3% në fshat. Përsa i përket shpërndarjes sipas grupit moshës 89.7% e zë moshën mbi 60 vjeç.

Në krahasim me vendet e rajonit, kryesisht me Maqedoninë si vendi më i afërt, por dhe me vendet që kanë aderuar në BE këto vitet e fundit, vendi ynë paraqitet relativisht mirë.

Vdekjet nga Tumoret zënë vëndin e dytë në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme, veçanërisht tumoret malinj të aparatit tretës, të frymëmarrjes dhe urogjenitale janë të theksuar në moshat mbi 50 vjeç.

Tumoret malinj të aparatit tretës janë 2 herë më shumë të meshkujt se të femrat dhe zënë 32% të vdekshmërisë brenda grupit të tumoreve. Tumoret malinj të aparatit të frymëmarrjes janë 4 herë më shumë të meshkujt se të femrat. Tumoret malinj të gjirit këtë vit janë 4 herë më shumë të femrat se të meshkujt.

Tumoret malinj të organeve urogjenitale janë 1.6 herë më shumë të meshkujt se të femrat. Vlen për t'u theksuar se vdekjet në fshat zënë 46% të vdekjeve nga tumoret. Gjithashtu 87.8% e vdekjeve mbrënda këtij grupi janë mbi moshën 50 vjeç.

Vdekjet nga simptomat, shenja dhe sëmundje të papërcaktuar mirë, zënë vëndin e tretë në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme. Megjithë tendencën në ulje në vite, perseri ato zënë 10.3% të rasteve të raportuara në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme. Në këtë grup 54.4% e rasteve janë femra dhe po 54.4% e këtyre rasteve janë në fshat.

Vdekjet nga dëmtimet traumatike, helmimet dhe aksidentet zënë vëndin e katërt në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme. Vdekjet e ndodhura në këtë grup janë 28 raste për 100 mijë banorë, ku meshkujt janë 21.5 raste për 100 mijë banorë dhe femra 6.4 raste për 100 mijë banorë. Traumat, helmimet dhe aksidentet zënë 6% të vdekjeve në strukturën e vdekshmërisë, nga ku 77.2% janë meshkuj dhe 22.8% janë femra. Brenda këtij grupi aksidentet janë 3.6 herë më të larta të meshkujt në krahasim me femrat. Vdekjet nga aksidentet e qarkullimit rrugor janë 4.8 herë më të larta të meshkujt se të femrat, me një tendencë në rritje nga viti në vit. Vrasjet janë 2.3 herë më të larta të meshkujt se të femrat, ndërsa në vetëvrasjet janë 3 herë më të larta të meshkujt me një tendencë të qëndrueshme në vite. Vlen për t'u theksuar se vdekjet në fshat zënë 51.2% të vdekjeve nga traumat, helmime dhe aksidentet.

Vdekjet nga sëmundjet e aparatit të frymëmarrjes zënë vëndin e pestë në strukturën e përgjithshme të shkaqeve të vdekjeve, 15 raste për 100 mijë banorë. Si dinamikë, vdekjet nga ky grup-sëmundjesh kanë ardhur duke u ulur gjatë viteve të fundit. Brënda grupit, vdekjet më të shumta kanë ardhur nga nën/grupet e sëmundjeve, bllokimi kronik të mushkrive dhe pneumonia e gripi, me tendencë në rritje të meshkujt, ku ky raport për meshkuj është 55.8% ndaj 44.2% femra. E rëndësishme të theksohet është se vdekjet në fshat zënë 58.4% të vdekjeve në sistemin e

fymëmarrjes. Në këtë grup 7.2% e vdekjeve janë të moshës 0-5 vjeç dhe 85.2% janë mbi moshën 55 vjeç.

III. SEMUNDJET KRONIKE

Lidhur me këte dukuri janë kryer fushata promovimi për dieta të shëndetshme sidomos në grupmoshat e reja. Gjithashtu, janë duke u përpiluar udhëzuesit dietetike për të gjithë grupmoshat.

Janë organizuar ditët e ecjes në natyrë për të sensibilizuar publikun lidhur me nevojën për aktivitetet fizike. Kjo bëhet të paktën 2 herë në vit.

Në zonat urbane janë marrë iniciativa me mbështetjen e strukturave të shëndetësisë për krijimin e zonave këmbësore dhe ambjenteve sportive për të rinjtë.

Është ristrukturuar Instituti i Shëndetit Publik duke krijuar Sektorin e Parandalimit dhe abuzimit me alkoolin, drogën dhe duhanin për t'ju përgjigjur sa më mirë nevojave të popullatës në risk.

Është përfunduar draftimi i ligjit për parandalimin e çrregullimeve të shkaktuara nga pamjaftueshmëria e jodit në organizmin e njeriut që parashikon monitorimin dhe tregtimin e kripës së jodizuar. Është ngritur dhe sistemi i monitorimit të kripës së jodizuar dhe janë bërë fushata sensibilizuese për përdorimin e saj.

Për parandalimin e kancerit të mushkrive janë ndërmarrë masa për parandalim parësor dhe kryesisht janë bërë përpjekje për të kufizuar përdorimin e duhanit. Kështu Shqipëria ka ratifikuar Konventën Kuadër të Duhanit dhe ka miratuar Ligjin Nr 9636, datë 06.11.2006 "Për mbrojtjen e shëndetit nga produktet e duhanit"

Sipas projeksioneve të OBSH, në vitin 2030 shkaqet kryesore të vdekjeve do të jenë sëmundjet ishemike të zemrës, sëmundjet cerebrovaskulare (goditja) sëmundjet kronike obstruktive pulmonare dhe sëmundjet respiratore të poshtme, ndërkohë që HIV/AIDS do të renditet në vendin e 10-të të shkaqeve të vdekjeve dhe sëmundjet diarreike dhe TB do të renditen më poshtë në listë.

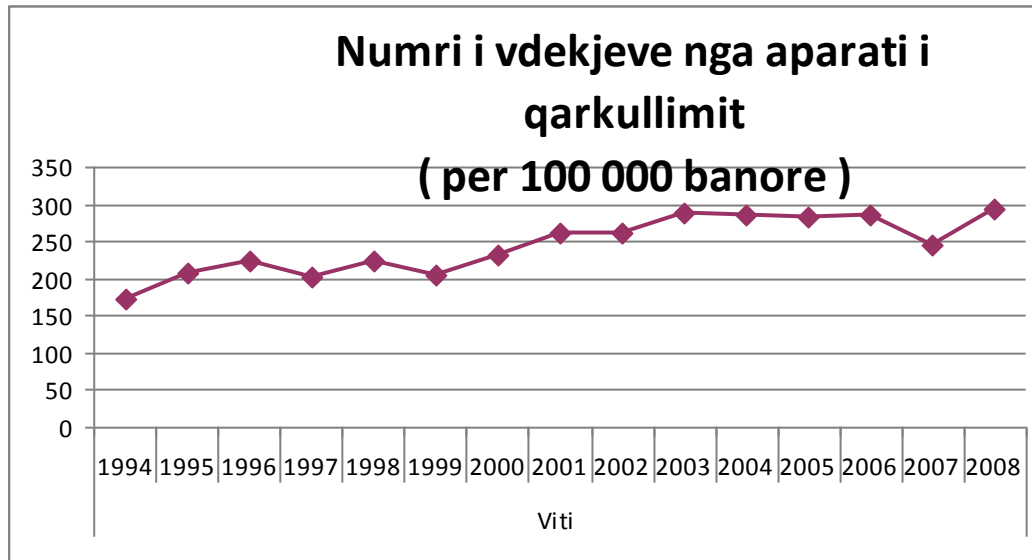
Moshimi i popullatës do të jetë një nga arsyet për këto ndryshime vecanerisht për kancerin ndërsa rritja e nivelit të duhanpirjes do të ndikojë në rritjen e nivelit të vdekjes nga sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet pulmonare obstruktive pulmonare, kanceri.

Aktualisht në Shqipëri janë prezente disa faktorë për të patur këte model të shkaqeve të vdekjeve.

Gjithashtu studimi demografik dhe shendetesor ADHS 2008-09 tregoi per nje tendence ne rritje te faktoreve te riskut (duhan, alkool) apo gjendje shendetesore (hipertensioni , mbipesha/obeziteti) te rrezishme per zhvillimin e semundjet joinfektive.

(Me poshte jepet paraqitja grafike.)

Figura 3. Numri i vdekjeve nga aparati i qarkullimit



Burimi: INSTAT

Për të përmirësuar këto tregues te cilet lidhen drejtperdrejt me shendetin e popullates eshte vendosur instalimi i një mekanizmi stimulimi për mjekët e përgjithshëm për të ndjekur në mënyrë periodike të sëmurët kronikë. Pjesë e pagesës së bonusit prej 5% të buxhetit të qendrës shëndetësore mbështetet në performancën e mjekëve për ndjekjen e këtyre të sëmurëve.

IV. SHENDETI I NENES DHE FEMIJES

Vdekshmeria foshnjore (per 1000 lindje te gjalla)

Reduktimi i vdekshmerise foshnjore eshte nje nga prioritet madhore te Ministrise se Shendetesise dhe Objektivave te Zhvillimit te Mijevjecarit. (Ulja e vdekshmërisë fëmijnore, nën 5 vjeç me 10 për 1000 lindje gjallë)

Organizimi shërbimeve të kujdesit për fëmijën është i shtrire në tre nivelet: Në parësor, në shërbimin dytesor dhe në atë terciar.

Shërbimet shëndetësore për fëmijët që ofrohen në kujdesin shëndetësor parësor, janë kujdesi për fëmijën, monitorimi i rritjes dhe zhvillimit të fëmijës, imunizimi dhe shërbimi pediatrik dhe ambulator. Shërbimi shëndetësor nga qendrat e kujdesit shëndetësor parësor ofrohet në bazën e paketës së shërbimeve të miratuar me Urdhërin e Ministrit të Shëndetësisë. Këto shërbime ofrohen falas për fëmijët.

Në dokumentat strategjike që përmbajnë veprime për mbrojtjen e shëndetit të fëmijës vlen të përmendim:

1. Strategjia e Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë, ku përfshihen objektivat dhe aktivitetet për promocionin dhe edukimin shëndetësor lidhur me shëndetin e nënës, fëmijës. Strategjia përshkruan ndër të tjera si: për shëndetin e fëmijëve nevojiten 3 lloje politikash sociale që sigurojnë mjedis mbështetës për kujdes të mirë prindëror gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës; politika edukative që ofrojnë një mjedis shkollor të shëndetshëm dhe politika efektive në fushën e shëndetësisë të bazuara mbi vlerësimin e drejtë të nevojave mendore dhe fizike të fëmijëve dhe të rinjve.

2. Strategjia Europiane e Organizatës Botërore të Shëndetësisë për Shëndetin dhe Zhvillimin e Fëmijës dhe Adolehentit, e cila mbështetet mbi rekomandimet e Strategjisë Europiane të Organizatës Botërore të Shëndetësisë për Shëndetin dhe Zhvillimin e Fëmijës dhe Adolehentit.

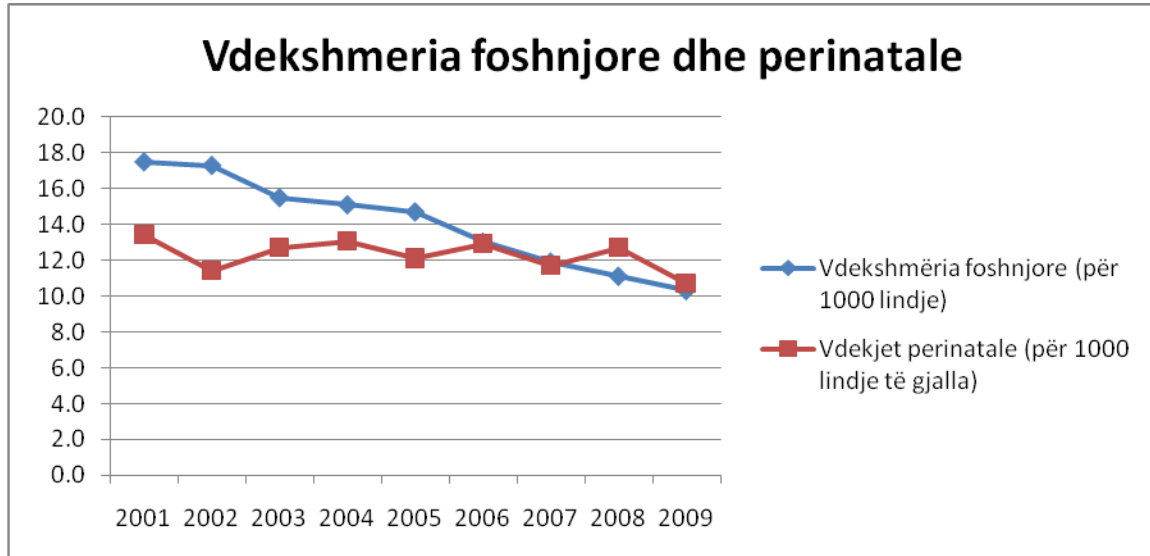
Përmirësimi i shëndetit të fëmijës parashikon një sërë ndërhyrjesh për arritjen e objektivave të mëposhtme deri në vitin 2015.

- Ulja e vdekshmërisë të porsalindurit me 1/2 e nivelit aktual. Reduktimi me 30% të nivelit aktual (viti 2007) të kequshqyerjes në fëmijët nën 5 vjeç. Rritja e 80% e fëmijëve 6 muajsh që fillojnë ushqyerjen komplementare në kohë. Arritja e 80% e fëmijëve që vazhdojnë ushqyerjen me gjë në vitin e dytë të jetës.
- Reduktimi me 30% të nivelit aktual i sëmundjeve akute respiratore të fëmijët deri në 5 vjeç
- Reduktimi me 30% të nivelit aktual i sëmundjeve diarreike të fëmijët 0-5 vjeç.
- Mbatja mbi 98% e numrit të fëmijëve të vaksinuar me vaksinat e kalendarit rutinë.

Analiza e disa treguesve të vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijore tregon se këta tregues janë në përmirësim të vazhdueshëm.

Paraqitja grafike e vdekshmërisë foshnjore dhe perinatale për 1000 lindje të gjalla është si me poshte:

Figura 4. Vdekshmëria foshnjore (për 1000 lindje të gjalla)



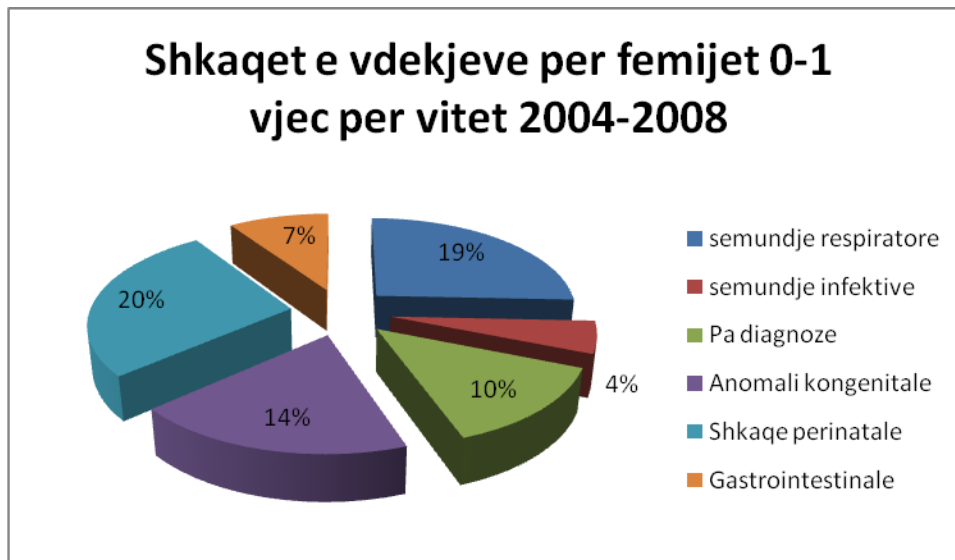
Burimi: MSH

Shifrat operative të sektorit të statistikës shëndetësore në Ministrinë e Shëndetësisë, bazuar në raportimet e institucioneve shëndetësore publike pranë sektorit të statistikës dhe informacionit shëndetësor në ministri, tregojnë një rënie të vazhdueshme të vdekshmërisë foshnjore në çdo vit. (Kete e tregon qarte grafiku me sipër).

Ndër shkaqet e vdekshmërisë foshnjore, sipas të dhënave të raportuara nga INSTAT, në raportin e tij periodik vjetor mbi shkaqet e vdekjeve edhe për vitet 2004-2008, vendin e parë e zënë sëmundjet e aparatit respirator, me rreth 20% të totalit të vdekjeve, shkak i dytë janë shkaqet perinatale me rreth 19%, pasuar nga anomalitë kongjenitale rreth 10%, një përqindje e konsiderueshme mbeten shkaqe të papërcaktuara me 10%, ndërsa sëmundjet e aparatit gastrointestinal dhe ato infektive kanë një ulje të ndjeshme.

Duhet theksuar se vdekshmëria foshnjore nga sëmundjet respiratore akute (gjatë këtyre viteve të fundit është ulur rreth 40% krahasuar me vitin 1990, sipas të dhënave të Ministrisë së Shëndetësisë, nga studimet e kryera nga UNICEF, MICS (multi indicator cluster survey) e kryer në vitin 2000 dhe 2005.

Figura 5: Shkaqet e vdekjeve per femijet 0-1 vjec



Burimi: INSTAT

Mbulimi vaksinal

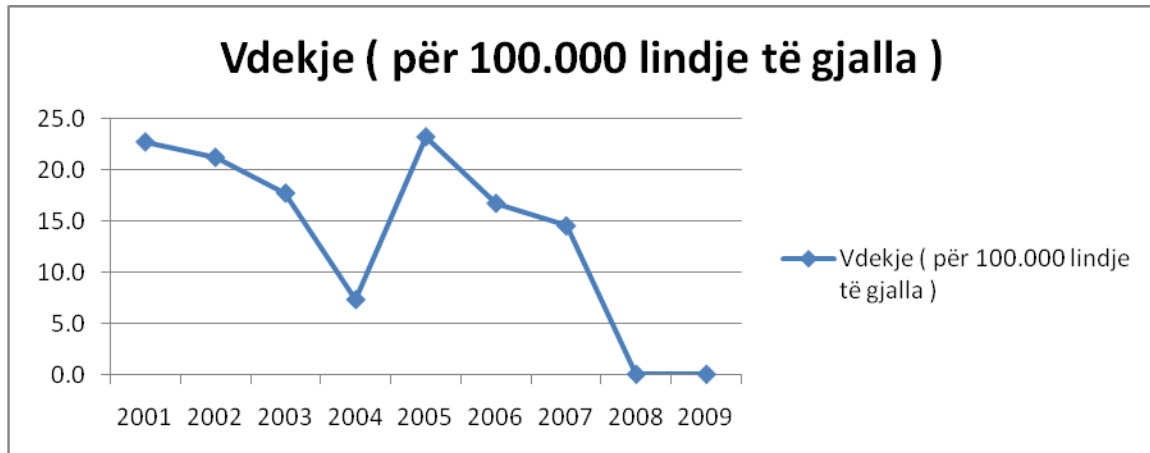
Sipas te dhenave te marra nga ISHP 95% e femijeve te moshes 18-29 muajsh jane te vaksinuar plotesisht. Lidhur me mbulimin per vaksina te vecanta, te pakten 97% e femijeve kane marre vaksinen BCG, te tre dozat e DTP-se, Polios, Hepatit B dhe vaksinen e fruthit. Ka nje renie te lehte ne vaksinimin e DTP-se nga 100% per dozen e pare ne 98% per dozen e trete. Me keto te dhena tregohet qarte se ne Shqiperi egziston nje program i forte vaksinimi.

Shqipëria ka një Plan Kombëtar Veprimi për Imunizimin dhe po përgatit Strategjinë e re të Imunizimit për periudhën 2009-2015, ku parashikohen të shtohen edhe vaksina të reja si ajo e hepatit A, rotavirusit, pneumokokut, etj. Që nga viti 2005 të gjitha vaksinat blehen me fondet e shtetit shqiptar.

Ka nje program kombëtar per “Reduktimin e kequshqyerjes tek fëmijët Shqiptarë 2009-2012”, financuar nga qeveria spanjolle, zbatuar me asistencën teknike të UNICEF, FAO, Organizata Botërore e Shëndetësisë eshte miratuar në 14 dhjetor 2009 nga Ministri i Shëndetësisë dhe Ministri i Bujqësisë, Ushqimit dhe Mbrojtjes së Konsumatorit. Qëllimi i këtij Programit të Përbashkët mbi ushqyerjen është për të parandaluar dhe adresuar kequshqyerjen dhe pasigurinë e ushqimit në Shqipëri midis grupeve të popullatës me fëmijë në rrezik të lartë, nëpërmjet forcimit të politikave kombëtare të zhvillimit dhe rritjes së kapaciteteve teknike në nivel kombëtar dhe vendor. Ndërhyrja do të zbatohet në

pesë rrethe të Veriut të Shqipërisë (në Prefekturat e Kukësit dhe Shkodrës) dhe në 2 bashki para-urbane në Tiranë. Këto zona janë me të prekura nga kequshqyerja e fëmijëve (sidomos të qenit i shkurtër), kanë një numër të madh të popullatës rome, dhe janë ose të varfër (rurale) ose kanë nivele të larta të papunësisë (urbane).

Figura 6: Vdekshmeria amtare



Burimi: MSH

Shëndeti i nënës dhe fëmijës dhe planifikimi familjar përbën një fushë veprimi me rëndësi themelore në kujdesin shëndetësor në Shqipëri. Në nivelin e Kujdesit Shëndetësor Parësor, shërbimet e shëndetit riprodhues ofrohen në fshat në qendrat shëndetësore dhe ambulancat, ndërsa në qytet ofrohen në konsultoret e gruas, konsultoret e fëmijëve dhe qendrat e planifikimit familjar.

Në Kujdesin Shëndetësor Dytësor, shërbimet e shëndetit riprodhues ofrohen në maternitete dhe shërbimet pediatrike në nivel rrethi.

Në kuadër të procesit të decentralizimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor të ndërmarre është përpunuar paketa bazë e shërbimeve e cila në thelb ka shërbime të shëndetit riprodhues: kujdesi për gruan shtatzanë, kujdesi për gruan pas lindjes, kujdesi për foshnjat dhe fëmijët, vaksinimi, planifikimi familjar.

Një numër relativisht i lartë i lindjeve bëhet me ndihmën e një profesionisti të kujdesit shëndetësor, gje që ka bere te mundur uljen e vdekshmerise amtare.

Në zbatim të Ligjit “Për Ndërprerjen e Shtatzanisë” dhe në përpjekje për të kontrolluar abortin, është rishikuar sistemi i informacionit për abortet duke u shtrirë përveç institucioneve publike edhe në ato private. Në bashkëpunim me INSTAT u përgatit në

Qershor 2007 skeda e re e abortit dhe udhëzimet për raportimin e këtyre të dhënave nga të gjitha shërbimet shëndetësore publike dhe private.

Aktivitetet e planifikimit familjar kanë synuar në rritjen e aksesit për planifikim familjar nëpërmjet shtrirjes së shërbimeve drejt popullsisë të zonave rurale dhe furnizimit me kontraceptivë të qendrave shëndetësore. Numri i qendrave të planifikimit familjar në të gjithë territorin e vendi ka arritur në 430.

Vdekshmëria foshnjore dhe amtare janë dy tregues për të cilët Ministria e Shëndetësisë është përgjegjëse në kuadër të arritjes së Objektivave të zhvillimit të Mileniumit.

Në lidhje me këto dy objektiva po zbatohet:

- sistemi i manaxhimit të integruar të sëmundjeve të fëmijërisë në zona të vështira të vendit (Tropojë, Dibër)
- nga Ministria e Shëndetësisë dhe Kryqi i Kuq projekti “Mbijetesë e fëmijës” komponentët kryesorë të të cilit janë promovimi shëndetësor, kujdesi paralindjes, ushqyeshmëria foshnjore dhe fëmimore, promovimi i ushqyerjes me gjë, etj.
- promovimi i “Spitaleve Mik të Fëmijës” për të promovuar ushqimin e gjirit të nënës në vend të qumështit të dhënë nga maternitetet)
- promovimi dhe vënia në dispozicion i metodave moderne të planifikimit familjar (dhënia falas dhe bërja e marketingut social)
- rishikimi i Strategjisë së Promocionit Shëndetësor (kapitulli i shëndetit riprodhues)

VI. INFEKSIONET SEKSUALISHT TE TRANSMETUESHME (HIV-AIDS)

Bazuar në të dhënat e regjistruara deri në fund të vitit 2009, mund të thuhet se Shqipëria mbetet një vend me prevalencë të ulët të HIV. Megjithatë, vihet re një tendencë në rritje e numrit të rasteve të reja, të diagnostikuara dhe vlerësimet e bëra flasin për një shtim të rasteve të padiagnostikuara. Deri në nëntor të vitit 2009, në Shqipëri u diagnostikuan 291 persona me HIV.

Persa persë i perket të infektuarve HIV-AIDS numri i të diagnostikuarve arrin në 365 për vitin 2009.

Rreth 90 përqind e infektiveve me HIV ndodhën për shkak të marrëdhënieve seksuale (Raporti për Situatën Epidemiologjike, ISHP, 2009).

Shumica e rasteve me HIV në Shqipëri janë diagnostikuar ndër femrat dhe meshkujt e moshës 25-44 vjeç. Që prej vitit 2000, përqindja e femrave me HIV/AIDS po rritet. Janë identifikuar gjashtëmbëdhjetë raste të transmetimit nga nëna te fëmija (Raporti i Situatës Epidemiologjike, ISHP, 2009).

Persa i perket grupeve me të rrezikuara për t'u infektuar nga HIV/AIDS, Ministria e Shëndetësisë nepermjet Institutit të Shëndetit Publik po realizon nderhyrje masive që targetojnë këto grupe. Pjesa më e madhe e aktiviteteve mbështeten financiarisht nga "Fondi Global për Luftën Kundër AIDS-it, TBC-se dhe Malaries". Grupet target janë: Popullsia Rome, Meshkujt që bëjnë seks me meshkuj, Përdoruesit e Drogave të Injektueshme, Punonjëset e Seksit etj.

Gjatë periudhës 2007-2008 në vend janë ndërtuar 8 qendra të reja për keshillimin dhe testimin vullnetar dhe raportet e para prej tyre po tregojnë për një rritje eksponenciale të kryerjes së testeve për HIV-in. Pavarësisht kësaj numri i këtyre testeve është ende larg objektivit prej 10 000 personash të testuar në vit.

Tabela 1: Numri të prekur me HIV/AIDS (2009)

Objektivi specifik	Treguesi	Disagregimi	Treguesi më 2009
Deri në 2015, të ndalet dhe të fillojë përmbysja e trendit të përhapjes së virusit të HIV/AIDS	Numri i personave të prekur me HIV/AIDS	Total	365
		Femra	110
		Meshkuj	255
		Fëmije 0-5 vjeç	13
		6-14 vjeç	6
		15-19 vjeç	6
		mbi 19 vjeç	340
	Pjesa e popullsisë me infeksion të avancuar të HIV dhe që marrin mjekim antiretroviral		

Burimi: ISHP

VII. SHENDETI MENDOR

Shëndeti mendor si pjese përbërëse e shëndetit ndikohet nga ndryshimet demografike, sociale dhe ekonomike të kohëve të fundit, në Shqipëri. Shkalla e vetëvrasjeve është 4 vetëvrasje apo vetë-dëmtime për 100,000 banorë në vit, çka është më e ulët se sa në vendet e tjera të BE-së; megjithatë, kjo shkallë është duke u rritur. Çrregullimet neuro-psikiatrike janë përgjegjëse për 20 përqind të të gjithë barrës së sëmundjes dhe 3 përqind të të gjitha vdekjeve.

Lëndimet e paqëllimshme janë përgjegjëse për 43 vdekje për 100 000 banorë në vit, një shifër shumë më e lartë se sa nivelet e raportuara në vendet e Europës Perëndimore. Në Shqipëri, lëndimet nga aksidentet rrugore shkaktojnë 12 vdekje për 100,000 banorë në vit

Prioritet e MSh ne fushen e shendetit mendor jane:

- Ngritja dhe zhvillimi ne shkalle vendi te Sistemit te Shendetit mendor komunitar te integruar i cili nenkupton orientimin komunitar te sherbimeve te shendetit mendor (qe nga KSHP me perfshirjen ne Paketen baze te sherbimeve te kujdesit shendetesor te nje kapitulli me vete per Shendetit mendor, Qendrat komunitare te shendetit mendor, shtepite te kujdesit, qendra ditore, atelie pune, etj) i balancuar nga prania e sherbimeve me shtreter (Shërbime psikiatrike me shtretër/pavione në spitalet rajonale)
- Deinstitutionalizimi me ane te zvogëlimit gradual te strukturës spitalore shoqerohet me transformimin dhe riadresimin e burimeve të saj në shërbimet komunitare. Rrjetet e reja të shërbimeve komunitare do të jenë në gjendje të parandalojnë hospitalizimet (duke ofruar kujdes në shtëpi dhe në qendra ditore, kujdes afatgjatë në strukturat e mbrojtura, mbështetje për punësim dhe përdorim të rrjeteve dhe shërbimeve sociale, mbështetje në kujdesin shëndetësor parësor dhe ndihmë për familjet etj),

Ne shkalle vendi ka dy spitale psikiatrike (Vlore dhe Elbasan) dhe ne dy spitale te tjera (QSUT dhe Shkoder) ofrohen sherbime psikiatrike. *Numri i shtreterve ne spitalet psikiatrike ne te gjithë vendin (Tirane, Shkoder, Vlore dhe Elbasan) eshte 692 nder te cilet 364 jane zene nga semure me shtrim afatgjate.*

113 paciente qe me pare ishin te shtruar ne spitalet psikiatrike jane vendosur ne shtepi te mbrojtura: 52 persona ne Shkoder (24 gra dhe 28 burra); 22 ne Elbasan (16 gra dhe 6 burra); 20 persona ne Vlore (16 gra dhe burra) dhe 5 burra ne Tirane.

KAPITULLI III

ANALIZE E TREGUESVE KYC TE SISTEMIT SHENDETESOR

III. A FINANCIMI I KUJDESIT SHENDETESOR

III. A.1. DISKUTIMI I PROBLEMEVE KRYESORE, POLITIKAT, INICIATIVAT, SFIDAT DHE ARRITJET E LIDHURA ME FINANCIMIN NE KUJDESIN SHENDETESOR.

Nje objektiv kyc i politikave shendetesore te shume vendeve, perfshire edhe ato te Shqiperise eshte te kujdesen qe popullata te kete nje mundesi te mjaftueshme perdorimi te sherbimeve esenciale te kujdesit shendetesor dhe qe popullata te jete sa me shume e mbrojtur kundrejt pasojave varferuese te shpenzimeve per shendetin.

Qeveria mund te influencoje ndjeshem te keto politika permes nderhyrjes se saj per financimin e shendetesise. Mundesisa per te perdorur sherbimet dhe mbrojtja financiare ndaj rreziqeve shendetesore ndikohen ndjeshem nga niveli i burimeve qe perdoren per sektorin e shendetesise, nga menyra se si alokohen keto burime, dhe nga menyra se si u shperndahen burimet perdoruesve.

Efektiviteti dhe eficenca me te cilen sistemi i kujdesit shendetesor arrin rezultatet shendetesore dhe perballon mbrojtjen e popullates kundrejt pasojave varferuese te luhatjeve te shendetit kushtezohen nga: perzierja e shpenzimeve publike me ato private; perqindja e fondeve te mbledhura paraprakisht ne nje vend; pagesat nga xhepi te kryera ne piken e ofrimit te sherbimeve.

Ministria e Shendetsise sipas strategjise afatgjate 2004 per zhvillimin e sistemit shendetesor ka si vizion :”nje sistem shendetesor te afte per te ofruar sherbimet shendetesore baze ,qe arrihen lehte ,te nje cilesie te pranueshme dhe eficente ne ofrimin e tyre. Mirepo ky vizion shtrihet me tej ne permiresimin e shendetit te popullates duke ofruar sherbime ne pergjigje te kerkesave te saj dhe mbrojtje financiare kundrejt shpenzime rrenuese si pasoje e semundjes.

Ministria e Shëndetsisë e mbështet strategjinë e saj në katër prioritete të mëposhtme :

- 1- Rritja e kapacitetit për të menaxhuar shërbimet dhe institucionet në mënyrë eficiente.
- 2- Rritja e aksesit ndaj shërbimeve shëndetsore efektive.
- 3- Përmirësimi i financimit të sistemit shëndetsor.
- 4- Përmirësimi i qeverisjes së sistemit shëndetsor.

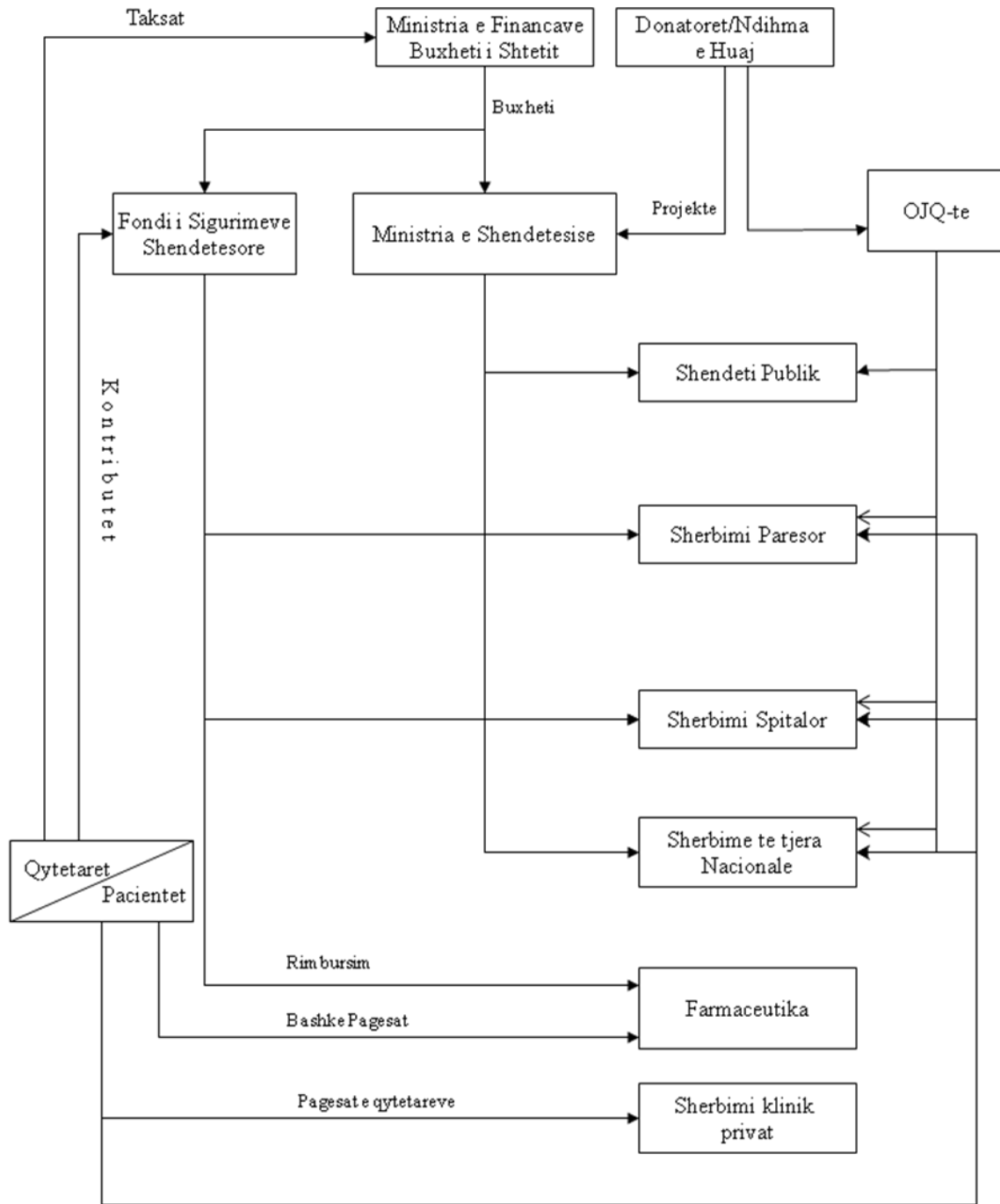
Keto prioritete strategjike kanë si qëllim përmirësimin e efikasitetit, arritjen e prodhueshmërisë më të madhe të mundshme të shërbimeve dhe përdorimin sa më të mirë të burimeve të pakta në dispozicion, dhe fuqizimin e kapaciteteve menaxhuese në të gjitha nivelet e sistemit shëndetsor.

Tashmë përmirësimi i financimit të sistemit shëndetsor është një nga prioritete të Ministrisë së Shëndetsisë i cili ka si qëllim përmirësimin e paanshmerisë dhe qëndrueshmërisë të sistemit shëndetsor.

Tashmë prej Janarit 2007, me qëllim përmirësimin e efikasitetit të burimeve, të gjitha fondet buxhetore dhe fondet e sigurimeve shëndetsore grumbullohen dhe kanalizohen nëpërmjet Institutit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetsor i cili shërben si blerësi i vetëm strategjik për shërbimet e ofruara nën sigurimin shëndetsor të detyruar. Ky financim shoqërohet me dhënie të autonomisë qendrave të kujdesit shëndetsor përsosur si edhe spitaleve.

III. A. 2. NIVELI DHE BURIMI I FINANCIMIT TE SISTEMIT TE SEKTORIT SHENDETESOR

Figura 12: Struktura e financimit te sektorit shendetesor.



Niveli dhe burimi i financimit te sistemit te sektorit shendetesor eshte nga :

- I. Buxheti i qeverise
- II. Kontributet e sigurimeve shendetesore
- III. Pagesat nga xhepi

Tabela 10: Buxheti i Ministrise se Shendetesise ne vite (fakti).

Vitet	Rrogat (600)	Kontributet (601)	Mallra dhe sherbime (602)	Subvencionet (603)	Transferta te brendshme (604)	Transferta te jashtme(6 05)	Transfertat ne buxhetet familjare 606	Projektet (230)	Investimet (231)	Total
2002(fact)	4.327.789.	1.278.586	3.112.796	0	1.672.950	7.736	0	13	972.103	11.371.973
2003(fact)	5.639.645	1.557.034	4.549.228	0	3.256.295	26.202	0	80.758	2.722.504	17.831.666
2004(fact)	5.212.800	1.423335	3.928.666	0	2.363.035	18.884	0	44.145	3.097.202	16.088.067
2005(fact)	5.639.645	1557034	4.549.228	0	3.256.295	26.202	0	80.758	2.722.504	17.831.666
2006	6.286.351	1635.666	4.570.291	0	2.818.821	47.214	0	68.334	2.241.023	17.667.700
2007	5.662.315	1.227.685	5.006.400	0	5.545.000	52.600	0	55.551	4.899.449	22.449.000
2008	6.607.000	1.380.000	5.661.400	0	5.867.000	52.600	0	75.644	4.765.364	24.409.008
2009	1.750.000	601.000	899.000		17.552.000	67.000	2	15.000	2.953.000	23.837.002

Burimi: MSH.

Tabela 11: Kontributet e Sigurimeve Shendetesore

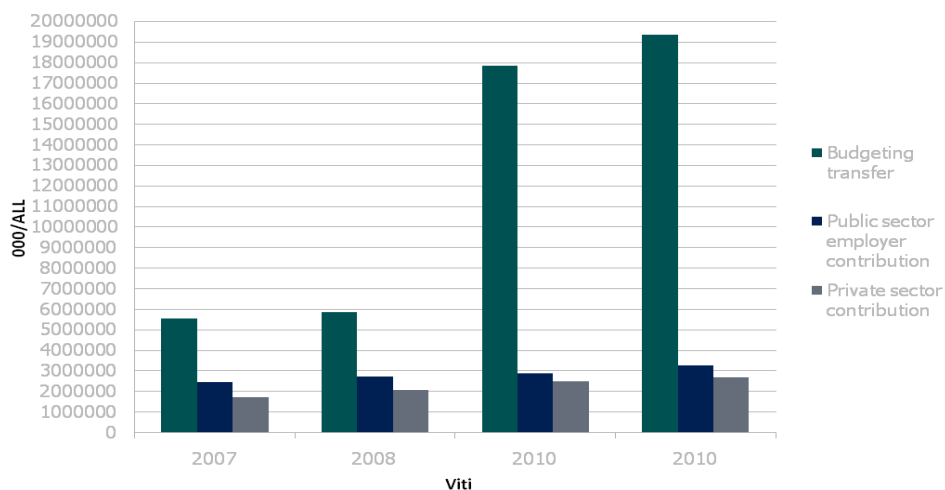
Burimet e te ardhurave te Sigurimeve Shendetesore (in 000 ALL)

Burimet	2007	2008	2009	2010
Transfertat e buxhetit	5,545,000	5,867,000	17,833,000	19,361,000
Kontributi I punonjesve te sektorit publik	2,451,000	2,703,000	2,890,000	3,252,700
Kontributet nga sektori privat	1,704,000	2,080,000	2,486,000	2,661,300

TOTAL	9,700,000	10,650,000	23,209,000	25,275,000
-------	-----------	------------	------------	------------

Burimi: MSH

Figura 13: Burimet e te ardhurave te Sigurimeve Shendetesore (in 000 ALL)



Pagesat nga Xhepi

Vlerësimet nga xhepi shpenzimet nga LSMS (The Living Standard Survey- Anketa e matjes se nivelit te jeteses) dhe HBS (Household Budget Survey – anketa e buxhetit te ekonomive familjare) per gjate viteve 2002 – 2008.

Shpenzimet shendetesore ne sektorin privat	LSMS 2002	LSMS 2005	HBS 2007	LSMS 2008
	<i>in million leke</i>			
Total	21,481	23,696	25,940	26,352
1. Te mirat	10,747	10,941	18,938	10,622
1. Sherbimet	10,734	12,756	7,003	15,730

a) <i>Sipas tipit te sherbimit:</i>				
Kujdesi spitalor	2,533	3,825	4,214	3,063
Kujdesi ambulator	8,201	8,930	2,188	12,667
Mjeket	3,659	4,156	741	7,839
*Dentistet	2,176	2,697	838	2,125
*Labororet/imazheria	1,832	1,719	1,130	2,409
*Infermieret	535	359	77	294
a) <i>Sipas menyres se pageses</i>				
Pagesat formale	8,995	10,937	4,845	13,803
Pagesat joformale/dhuratat	1,739	1,818	2,158	1,927

Burimi: LSMS, HBS

III. A. 3. DISKUTIMI I INDIKATOREVE KRYESORE

Me poshte trajtohen nje sere indikatoresh qe lidhen ngushte me matjen e performances se sistemit shendetesore lidhur me komponentin e financimit mbi alokimin e burimeve dhe financimin e shpenzimeve ne shendetesi per vitin 2007-2009.

Sipas studimit te fundit te Bankes Boterore, Llogarite Kombetare te Shendetesise, shpenzimet totale ne shendetesi si % e produktit te brendshem bruto (GDP) per vitin 2007 kane qene 5.38%, per 2008 5.48 % ndersa ne vitin 2009 ato kane qene 5.65 %. Shqiperia shpenzon rreth 5.65 % te PBB-se per kujdesin shendetesor nderkohe qe kjoeshte me pak se cfare shpenzojne pjesa me e madhe e vendeve te Evropes dhe Azise Qendrore por eshte thuajse e njejte me mesataren per vendet me te ardhura mesatare te ulta.

Tabela 12 tregon per keto shpenzime totale ne shendetesi te ndara ne financime publike, financime private dhe te ndihmes se huaj.

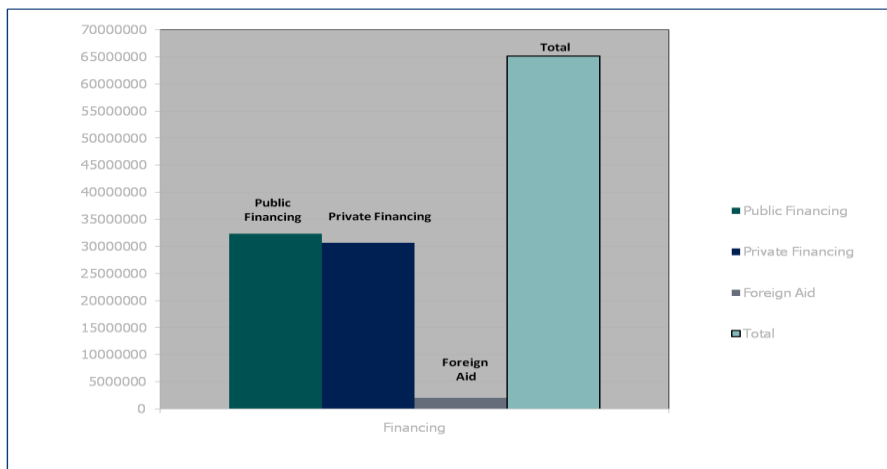
Tabela 12: Financimi i shpenzimeve ne sektorin e shendetesise (2007-2009)

ne 000/ Leke			
	2007	2008	2009
HF.1 Financime Publike	25.441.700	29.112.314	32.414.293
HF.2 Financime Private	25.940.352	28.923.492	30.647.333
HF.3 Ndhime e Huaj	622.926	1.582.959	2.104.734
Shpenzimet Totale ne Shendetsi	52.004.977	59.618.766	65.166.360
si % e GDP			
HF.1 Financime Publike	2,63	2,68	2,81
HF.2 Financime Private	2,68	2,66	2,66
HF.3 Ndhime e Huaj	0,06	0,15	0,18
Shpenzimet Totale ne Shendetsi	5,38	5,48	5,65

Burimi: Llogarite Kombetare te Shendetesise.

Figura e mepostme tregon ndarjen e shpenzimeve totale ne shendetesi sipas burimeve te financimit per vitin 2009.

Figura 14: Financimi i Shpenzime (2009).



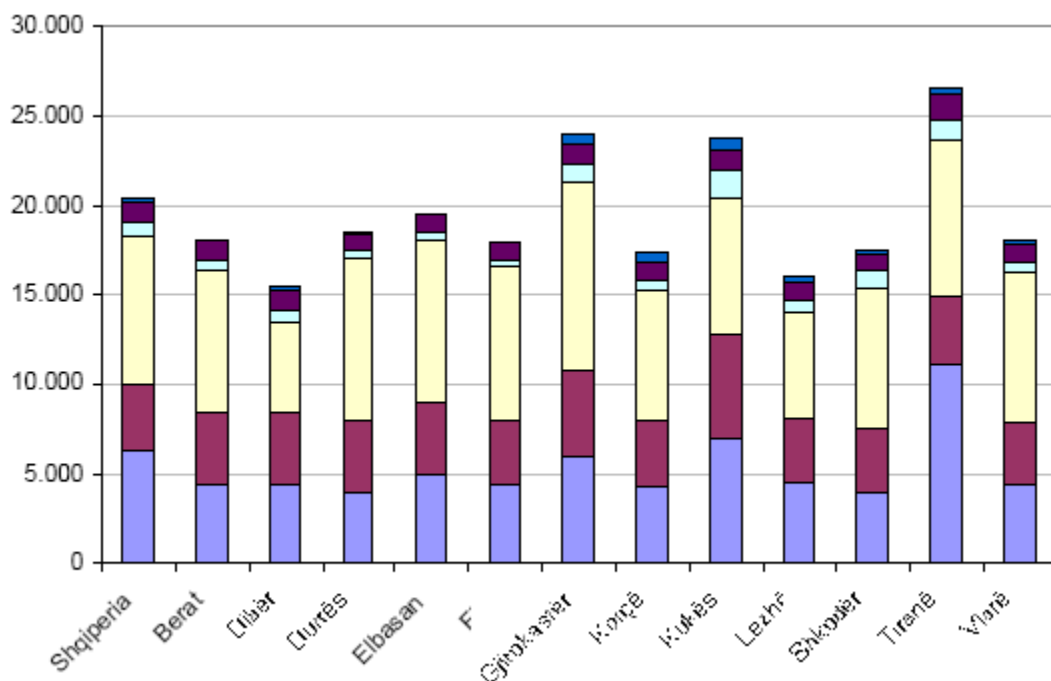
Burimi: Llogarite Kombetare te Shendetesise, 2009

Shpenzimet e përgjithshme publike shëndetësore, si për qindje të GDP-së (HF.1)

perbejne një nga treguesit kryesore të përdorur në interpretimin e rezultateve të llogarive shëndetësore. Nga te dhenat e tabelës së mësipërme (Tabela 9) shohim që këto financime publike gjatë viteve 2007, 2008, 2009 janë rritur nga 2.63% në 2007 në 2.81% në 2009.

Përsa i përket ***shpenzimeve shëndetësore per capita*** për vitin 2008 ato kanë qenë në vlerën 18.5 mijë leke, ndërsa për vitin 2009 janë në vlerën 20.000 mijë leke. Figura 13 paraqet këto shpenzime të kryera nga ofruesit e shërbimeve si shërbimi spitalor, ambulator, shëndetit publik, të ofruesve me shumicë dhe pakicë të produkteve mjekësore, etj për vitin 2009.

Figura 15: Shpenzimet publike shëndetësore për frymë nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore në lekë, për vitin 2009.



Burimi NHA.

Po sipas LLKSH, ***shpenzimet totale qeveritare alokuar për shëndetësinë*** në vitin 2007 kanë qenë 9.5 %, ndërsa në vitin 2009 janë rritur në 9.7 %.

Shpenzimet e sigurimit shendetesor si % e shpenzimeve totale shendetesore per vitin 2008 kane qene 46 % , ndersa per vitin 2009 jane 70 % , rritje kjo qe lidhet me futjen e spitaleve ne skemen e sigurimeve shendetesore.

Sipas Ministrise se Shendetesise, *shpenzimet totale kapitale (investimet) si % e shpenzimeve totale kapitale* shendetesore per vitin 2009 jane 10 %.

Shpenzimet publike te sektorit shendetesor si pjese e shpenzimeve totale ne shendetesi per vitin 2007 kane qene 49%, ne 2008 kane qene 50% , ndersa per vitin 2009 jane 51%.

Shperndarja e shpenzimeve qeveritare ne shendetesi sipas niveleve te kujdesit shendetesor:

- *Shpenzimet totale per pacientet e shtruar ndaj shpenzimeve totale te qeverise ne shendetesi* per vitin 2009 zene 63 % te buxhetit.
- *Shpenzimet totale ne kujdesin paresor* per vitin 2008 zene 37 % te te gjithë puxhetit per shendetesine, ndersa ne vitin 2009 shpenzimet totale per kujdesin paresor zene 58 %. Kjo rritja per vitin 2009 ka ardhur si rezultat i venies se theksit mbi kujdesin shendetesor paresor, pasi ai perfaqeson leven themelore te sherbimit, ku nje person e ploteson sherbimin shendetesor ne menyre direkte, aty ku ai jeto. Pra ka nje rritje mbi kujdesin paresor per vitin 2009. Kujdesi paresor perfaqeson leven themelore te sherbimit, ku nje person e ploteson sherbimin shendetesor ne menyre direkte, prane njerezve aty ku ata jetojne.
- *Shpenzimet totale per shendetin publik* per vitin 2008 zene 3.5 % ndersa per vitin 2009 zene 9 %., Lidhur me shpenzimet te klasifikuara sipas zerave te buxhetit, *shperndarja e shpenzimeve totale ndermjet investimeve* per vitin 2008 ka qene 81%, ndersa ne 2009 jane 83%, ndersa *shpenzimet operative* per vitin 2008 kane qene 19 % per vitin 2009 jane ulur ne 16%.

Shpenzimet totale per paga per vitin 2008 kane zene 60 % te buxhetit total te qeverise dhe ne vitin 2009 po ashtu jane 60%.

Indikatoret e meposhtem jane indikatoret e performances te matshem nga ISKSH per vitet 2007 - 2009:

Te ardhurat totale vjetore te ISKSH nga te gjitha burimet (kontribute, buxheti shtetit, te tjera) ***dhe rritja ne % krahasuar me nje vit me pare*** per vitin 2008. Keto te ardhura kane qene ne vleren 10.983.476 ne 000 /leke, ndersa per vitin 2009 te ardhurat kane qene ne vleren 11.898.214 ne 000/leke ose e shprehur ne % nga viti 2008 ne 2009 te ardhurat jane rritur me 8.3% (pa spitalorin).

Tabela 13: Te ardhurat totale vjetore te ISKSH (ne 000/leke)

Emertimi	viti 2007	V iti 2008	Viti 2009	Rritja ne %
Te ardh. Tot	9.972.441	10.983.476	11.898.214	8.3 %
Ne mije leke				

<u>Te ardhurat e detajuara</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>
Kontributi i sigurimeve shendetsore	4,155,162	4,966,387	4,966,387
- Kontributi i buxhetit te shtetit	5,545,000	5,937,000	5,937,000
Te ardhura te tjera	268,023	75,963	75,963
Sigurim vullnetar	4,256	4,126	4,126

Burimi: ISKSH

Shpenzimet vjetore te ISKSH dhe rritja ne % krahasuar me nje vit me pare. Per vitin 2008, shpenzimet totale kane qene ne vleren 10.376.170 ne 000/leke, ndersa per vitin 2009 shpenzimet jane 11.869.783 ose e shprehur ne % nga viti 2008 ne 2009 shpenzimet jane rritur me 14.4%.

Tabela 14: Shpenzimet vjetore te ISKSH (Ne 000/leke)

Emertimi	Viti 2007	Viti 2008	Viti 2009	Rritja ne %
Shpenzimet totale	9.068.402	10.376.170	11.869.783	14.4 %

Burimi: ISKSH

Tabela 15: Shpenzimet vjetore te ISKSH te detajuara (ne 000/ leke).

Shpenzimet totale te detajuara	2007	2008	2009
Rimbursimi i barnave	3,493,741	4,215,627	4,855,775
Shpenzime kujdesi paresor	4,536,929	4,949,093	5,721,872
Shpenzime administrative	404,811	485,724	578,979
Investime	41,744	41,666	11,093
Shpenzime spitali duresit	501,410	590,000	626,000
Ekzaminime terciare	89,767	94,059	76,064

Burimi: ISKSH

Shpenzimet vjetore te ISKSH si % e te ardhurave, per vitin 2008 keto shpenzime kane qene 94.47 % te te ardhurave totale, ndersa per vitin 2009 shpenzimet kane qene 99.76 % te te ardhurave.

Tabela 16: Shpenzimet vjetore te ISKSH si % e te ardhurave (Ne 000/ leke)

	2007	2008	2009
Shpenzimet:	9068401	10376170	11869783
Te ardhurat:	9972440	10983476	11898214
Raporti shpenzime/ : te ardhura	90.93 %	94.47 %	99.76%
Rritja e shpenzimeve ne vite:		114.4%	114.4%

Burimi: ISKSH

Te ardhurat e ISKSH sipas burimeve:

Sipas te dhenave te vitit 2009 (pa spitalorin):

Te ardhurat e ISKSH jane sipas burimeve te meposhtme :

-Kontributi i buxhetit shtetit.....= 6.431.000 mije leke

-Kontributi sigurimeve shendetesore....= 5.376.924 mije leke

-Te ardhura te tjera.....= 83.350 mije leke

-Sigurimi shendetesor vullnetar.....= 6.940 mije leke

Te ardhurat totale ISKSH..... = 11.898.214 mije leke

Tabela 17: Te ardhurat totale te ISKSH nga burimet per vitet 2007, 2008, 2009 ne %

jane si me poshte:

Emertimi	2007	2008	2009
Te ardhurat nga buxheti ndaj te ardhurave totale si %	55.6%	54%	54%

Burimi: ISKSH

Sic e shohim,te ardhurat nga buxheti ne % kane ardhur duke rrene nga viti 2007 ne vitin 2009.

Tabela 18: Te ardhurat totale te ISKSH nga kontributet sipas te dhenave jane si me poshte.

Emertimi	2007	2008	2009
Te ardhurat totale te ISKSH nga kontributet si %	41 %	45.2%	45.2%

(nuk perfshihen te dhenat per spitalorin.....!) Burimi ISKSH

Tabela 19: Shpenzimet totale te ISKSH / numrin total te personave te siguruar :

Ne mije leke

Emertimi	2008	2009
Shpenzime gjithsej	10.376.169	11.869.783
Nr.total i personave te siguruar te trajtuar	671.225	756.254
Shpz. mestare te ISKSH.per personat e siguruar	15.5	15.7

Burimi ISKSH

Tabela 20: Shpenzimet mesatare te ISKSH per personat e siguruar sipas te dhenave te vitit 2009 (pa spitalorin):

Ne mije lek

Emertimi	2008	2009
Shpenzimet totale te ISKSH ne rimbursimin e ofruesve(vetem paresori	4.949.093	5.721.872.
Nr.total i personave te siguruar te trajtuar	671.225	756.254
Shpz. mesatare te ISKSH.per personat e siguruar	7.4	7.6

Burimi: ISKSH

Pjesa e popullsisë e siguruar (nr.i te siguruarve)

Kontribuesit direkt te cilet jane te perfshire ne skemen e sigurimeve shendetesore llogaritet te jene sipas ISKSH jane 430 501 persona.

Numri i kontribuesve ne skemen e sigurimeve shendetesorendaj totalit te popullsisë.

Ky raport llogaritet te jete rreth 13.5% duke patur parasysh se 430 501 eshte nr i personave te siguruar dhe popullsia totale sipas INSTAT eshte 3 190 000 persona.

Kostot spitalore per sherbimet Kostot totale te spitaleve rimbursuar nga ISKSH / numri total i daljeve nga spitali total eshte e barabarte me 37.4 mije leke.

Kostot totale te kujdesit paresor rimbursuar nga ISKSH / numrin total te vizitave te kujdesit paresor rimbursuar nga ISKSH:

Viti 2008 = 1.19 mije leke

Viti 2009 = 1.16 mije leke

(*Rimbursimi per persona te siguruar nuk del i sakte, pasi nuk kane numer total te personave, per te cilet kontributin e paguan shteti) .

Tabela 21: Kosto totale e barnave me recete rimbursuar nga ISKSH /numri total i personave te siguruar dhe te paraqitur tek mjeku:

Emertimi	2007	2008	2009
Kosto totale e barnave me recete te rimbursuar	5.51 mije leke	6.06 mije leke	6.19 ije leke

Burimi: ISKSH

BURIMET NJEREZORE

Ne lidhje me burimet njerezore ne sistemin shendetesor mund te thuhet qe Ministria e Shendetesise ka bere te gjitha perpjekjet e saj, ne rralle te pare per te siguruar numrin e nevojshem te tyre, shperndarjen sipas nevojave dhe pa lene menjane trainimin e edukimin e vazhdueshem te tyre, elemente te cilet do te kontribuojne jo vetem ne permiresimin e aksesit por edhe te cilesise se ofrimit te sherbimeve.

Per te patur nje planifikim me te mire te burimeve njerezore si dhe per rritjen e kapaciteteve ne lidhje me to, ne kuader te Projektit te Bankes Boterore ka filluar procesi i kontraktimit te kompanise e cila do te mbeshtese Drejtorine e Burimeve Njerezore ne MSH ne kete drejtim. Tabela e meposhtme paraqet numrin e profesionisteve qe punojne ne sektorin shendetesor dhe shperndarjen e tyre neper qarqe.

Tabela 2: Profesionistet e shendetesise sipas qarqeve

Nr.	RAJONI	Nr. QSH kontrate ISKSH	Nr. Pikave Shend.	Nr. Total Mjekeve	Nr. Total Infermireve	Popullsia sipas MPF
1	<i>Berat</i>	27	266	92	473	222,797
2	<i>Diber</i>	35	279	61	507	195,000
3	<i>Durres</i>	34	192	221	622	443,269
4	<i>Elbasan</i>	52	458	166	717	427,602
5	<i>Fier</i>	45	297	178	633	456,354
6	<i>Gjirokaster</i>	31	324	54	374	151,254
7	<i>Korçe</i>	39	365	156	597	334,666
8	<i>Kukes</i>	28	218	45	206	108,661
9	<i>Lezhe</i>	21	189	86	328	198,661
10	<i>Shkoder</i>	37	295	119	593	312,696
11	<i>Tirane</i>	41	216	598	1007	784,284
12	<i>Vlore</i>	30	232	133	467	328,733
	<i>TOTALI</i>	420	3331	1909	6524	3,963,977

Burimi: ISKSH

Ne numrin e mjekëve përfshihen të gjithë mjekët që punojnë në kujdesin parësor për vitin 2009, të cilët janë: Mjekarë të përgjithshëm, mjekarë pediater, mjekarë familje, mjekarë specialistë, mjekarë laborant, mjekarë konsultor të gruas, mjekarë të konsultorit të femijëve

Ajo që vlen të diskutohet në lidhje me burimet njerezore është numri i personelit mjekësor, numri i mjekëve dhe infermierëve për 10 000 banorë, numri i infermierëve për mjekarë dhe krahasimi i treguesve tanë me treguesit e vendeve fqinje si dhe me ata Europianë, ku Shqipëria kërkon të jetë pjesë e saj.

Për vitin 2009 nga ISKSH marrim të dhëna në lidhje me këta tregues për Kujdesin Shëndetësor Parësor.

Tabela 3: Numri i profesionistëve për 10 000 banorë

Viti	Numri total punonjësve në shëndetësi për 10 000 banorë	Numri i mjekëve për 10 000 banorë	Numri i infermierëve për 10 000 banorë	Numri i stafit tjetër mjekësor për 1000 banorë ⁰	Numri i infermierëve për mjekarë
2009	20.5	4.7	13.8	2.0	3.35

Burimi: ISKSH

Në llogaritjen e numrit të mjekëve për 10 000 banorë, 4.7 mjekarë për 10 000 banorë janë përfshirë 1591 mjekarë familje dhe 309 mjekarë specialistë të shërbimit parësor. Në përllogaritjen e numrit të infermierëve /mamiëve për 10 000 banorë janë përfshirë numri i infermierëve të mjekut të familjes, të shërbimit të nënës dhe femijes si dhe infermierët e shërbimit të specializuar në KSHP. Përsa i takon të numrit të mjekëve dhe numrit të infermierëve/mamiëve në sistemin shëndetësor për 10000 banorë të dhënat për Shqipërinë dhe vendet e tjera fqinje janë si më poshtë.

Tabela 4: Numri i mjekëve dhe infermierëve për 10 000 banorë për vendet e rajonit.

	Numri I mjekeve per 10000 banore	Numri I infermiereve/mami Per 10000 banore
Shqiperia	11.5	40.3
Mali I Zi	19.9	55.4
Serbia	20.4	44.3
Kroacia	25.9	55.4

Burimi: www.globalhealthfacts.org

Duhet thene se MSH duhet te mendoje dhe te hartoje politika apo strategji qe do te kontribuonin ne permiresimin e ketyre treguesve e rendesishme kjo edhe per faktin qe Shqiperia shume shpejt do te jete pjese e Bashkimit European.

Qendra Kombetare e Edukimit ne Vazhdim eshte nje agjenci teknike e Ministrise se Shendetesise e krijuar ne vitin 2008, per te ngritur dhe vene ne jete sistemin e edukimit ne vazhdim per punonjesit e shendetesise. Misioni i saj eshte nxitja dhe zhvillimi profesional i te gjithe profesionisteve te shendetesise me synim rritjen e njohurive dhe zhvillimin e aftesive te tyre, ne funksion te permiresimit te cilesise se sherbimeve te kujdesit shendetesor.

QKEV-ja ka filluar dhe vazhdon te kryeje akreditimin e aktiviteteve trajnuese per profesionistet e shendetesise. Eshte ngritur nje *regjistër kombëtar* te dhenash per profesionistet e shendetesise me te dhena baze mbi keta profesioniste. Ne kete regjistër hidhen ne vazhdimesi kreditet e marra nga pjesëmarrja ne aktivitete te edukimit ne vazhdim. *Bordi Kombetar i Ricertifikimit dhe Akreditimit eshte ngritur* me Urdher te Ministrit te Shendetesise Nr. 604 date 09.11.2009 dhe ka ne perberjen e tij 11 anëtarë, përfaqësues të institucioneve të mëposhtme: Ministria e Shëndetësisë; Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim; Instituti i Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor; Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore; Urdhri i Mjekut; Urdhri i Infermierit, Urdhri i Farmacistit, Fakulteti i Mjekësisë; Shoqatat e Profesionistëve të Shëndetësisë.

Gjate 6-mujorit te pare te 2010 QKEV filloi dhe ka ne vazhdim punen per hartimin e planit kombëtar te trajnimeve per vitin 2011. Ajo ka kontaktuar ofruesit e sherbimeve

shendetesore publike apo private, organizata te ndryshme dhe jane ne procesin e pergatitjes se nje strategjie te cilen ato do ta publikojne ne web site e tyre.

Ka filluar dhe vazhdon akreditimi i programeve te trajnimit. Deri me sot jane akredituar rreth 80 aktivitete trajnuese.

Persa I takon edukimit te vazhdueshem, pjesemarrjes ne aktivitete te akredituara mund te thuhet se 20.5% e profesionisteve te shendetesise (mjeke, stomatologe, farmacist) qe punojne ne institucione private apo publike te ofrimit te kujdesit shendetesor kane marre pjese ne aktivitetet e edukimit ne vazhdim te akredituara nga QKEV-ja. Deri ne fund te 6-mujorit te pare te 2010-s, 12.3% e profesionisteve te shendetesise (mjeke, stomatologe, farmacist) qe punojne ne institucione private apo publike te ofrimit te kujdesit shendetesor kane plotesuar kerkesat minimale (me te pakten 5 kredite) te programit te ricertifikimit per vitin 2010 dhe 7% kane plotesuar kerkesat normale te programit te ricertifikimit (10 kredite)

AKSESI

Nje nga prioritetet e Strategjise Afatgjate te Ministrise se Shendetesise eshte permiresimi I aksesit ne sherbimet shendetesore prioritet I cili shkon dhe me larg dhe kerkon saktesisht rritjen e aksesit ndaj sherbimeve shendetesore efektive si dhe sherbime me nje shkalle apo nivel te kenaqshem cilesie. Permiresimin e aksesit ne sherbimet shendetesore MSH a ka lidhur me implementimin e politikave te tilla sic jane zvogelimi i barrierave financiare, gjeografike dhe kulturore, ofrimit falas te sherbimeve me te domosdoshme te shendetit publik dhe ofrimit te nje mbulesa te qendrueshme me barna. Me qellim arritjen e objektivave te saj ne kete drejtim MSH gjate vitit 2009 ndermori dhe realizoi shume aktivitete.

Implementimi i paketes se sherbimeve baze si dhe forcimit te sistemit te Monitorimit qe do te vleresonte dhe supervizonte ofrimin e sherbimeve te paketes, evidentonte mangesite dhe do ti sugjeronte ato prane vendimarrjes. Nje theks I vecante eshte vene ne familjeshikimin e hartes se shperndarjes se sherbimeve shendetesore. Evidentohet fakti qe ne 9 komuna kryesisht ne Qarkun Diber, Elbasan, Kukes me afersisht 32 000 mije banore sherbimi I kujdesit paresor ofrohet ne menyre te tille qe, nje mjeke mbulon dy qendra shendetesore prane njera tjetres, dhe sherbimet e tjera te paketes ofrohen nga stafi I perhershem infermiere apo mami.

Per te mundesuar rritjen e aksesit per paketen baze te sherbimeve shendetesore ne kujdesin paresor, nga ISKSH jane ndjekur pagesa te diferencuar te MPF per pozicionin gjeografik, sipas tabelës se meposhtme. Sic shihet nga tabela, per mjeket e zonave te thella malore, % e pageses per pozicion gjeografik eshte 287.5% me shume se per mjeket ne bashkite ne qender.

Tabela 5: Nivelet e pageses sipas pozicioneve gjeografike

Pozicioni gjeografik		% krahasuar me nivelin e I
Bashki ne Qender	16000	
Bashki dhe komune zone fushore	23000	143.8
Bashki dhe komune zone kodrinore	26500	165.6
Bashki dhe komune zona malore	38000	237.5
Bashki dhe komune zona thelle malore	46000	287.5

Burimi: ISKSH

Pavaresisht nga perpjektjet e MSH per te permiresuar aksesin e popullates ne sherbimet e kujdesit shendetesor, Studimi shendetesor dhe demografik 2009 evidenton faktin se ka disa faktore qe kufizojne aksesin e plote ne sherbime. Nje faktor tjetër qe kufizon aksesin e qytetareve ne Kujdesin shendetesor jane pagesat informale, largesia nga qendrat shendetesore, mungesa e mjekut etj.

Sipas Studimit shendetesor dhe demografik 2009, nente ne dhjete gra (87 perqind) dhe kater ne pese meshkuj (80 perqind) te moshe 15-49 raportojne qe kane patur te pakten nje problem persa I perket aksesit ne sherbime kur ata kane qene te semure. Shumica e problemeve te raportuara nga femrat dhe meshkujt jane te lidhura me “pagesen e parave” per te marre kujdes (56 dhe 62 perqind)si dhe per nje te treten e femrave dhe meshkujve eshte e lidhur me distancen nga institucionet qe ofrojne kujdes shendetesor.

Me qellim permiresimin e cilesise se sherbimeve shendetesore gjate vitit 2009 u be pajisja e te gjithë QSH dhe ambulancave me pajisjet mjekesore baze, investim qe kapi

shifren 1.800 000\$ dhe per permiresimin e infrastruktures se QSh apo ambulancave gjate vitit 2009 u investuan 38 000 000 leke.

Persa i takon ofrimit te sherbimeve me te rendesishme te shendetit publik, MSH i ka kushtuar rendesi mbulimit te te gjitha popullsise me keto sherbime te rendesishme sic jane: promocioni, parandalimi, vaksinimi, planifikim i familjar, etj.

Tabela 6: Aktiviteti i QSh per vitin 2009

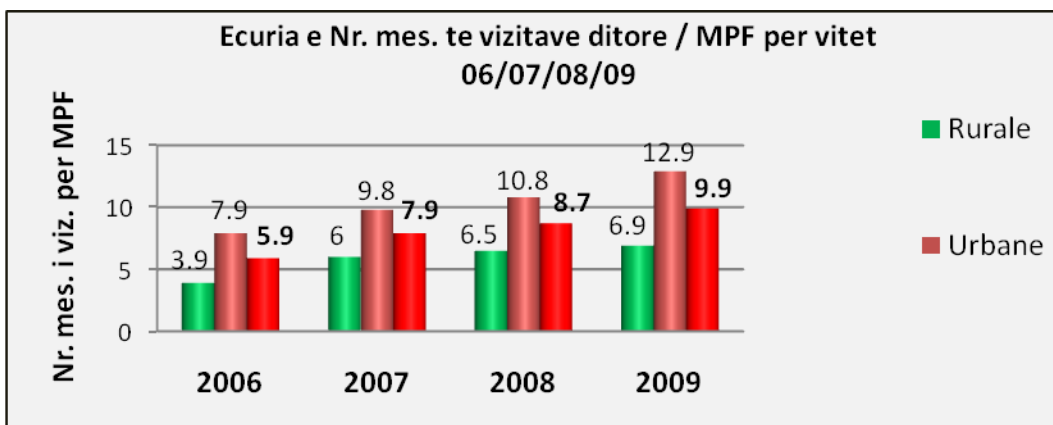
Nr	Emertimi	Nr. Vizitave	Nr. Recetave	Rec. Rimburs	Nr. Rekom MS	PHVP
1	Femije 0 -12 Muajsh	200,112	91,289	16,078	8,834	43,569
2	Invalide plote	322,876	327,494	320,077	60,698	33,547
3	Invalide pjesshem	23,240	21,797	16,340	4,513	2,822
4	Invalide Lufte	2,565	4,147	4,209	369	192
5	TBC	220	172	3	68	24
6	Ca	33,448	28,592	34,827	7,754	3,250
7	Veterane	114,648	157,092	161,652	14,474	10,288
9	Femije,nxenes >14 vjec	121,828	73,255	7,472	21,672	49,685
10	Pensioniste	2,193,675	2,302,325	2,069,266	268,350	243,612
11	Te paafte fizik+psiqik	10,518	8,428	3,782	1,709	1,571
12	Te papune, nd. ekon., asistence	212,782	141,538	76,148	53,584	61,366
13	Gra shtatzena	40,813	8,108	261	9,513	12,820
14	Ushtare	1,020	641	17	246	299
15	Aktive	405,374	275,696	164,594	95,053	105,499
16	Raste te Vecanta	2,504	1,273	1,379	303	402
17	Jetimet	398	290	132	55	99
18	Te Vetsiguruarit	33,949	25,018	0	7,520	7,052
19	Femije,nxenes 1-14 vjec	754,301	510,467	41,050	55,090	213,764
20	Te Verber	4,448	4,738	3,361	659	547

TOTALI**4,478,719 3,982,360 2,920,648 610,464 790,408**

Burimi: ISKSH

Tabela 7: Numri total i vizitave dhe numri i vizitave te nje personi ne nje vit ne QSH,

Viti	Numri i vizitave ne QSH te nje personi ne nje vit	Numri total I vizitave	Numri I Vizitave		Numri I personave
			Qytet	Fshat	
2008	6.0	4149351	2611714	1537637	696147
2009	6.3	4941541	3350429	1560270	789917

Figura 7: Ecuria e numrit mesatar te vizitave ditore per Mjekun e Pergjithshem dhe te Familjes (2006-2009)

Burimi. ISKSH

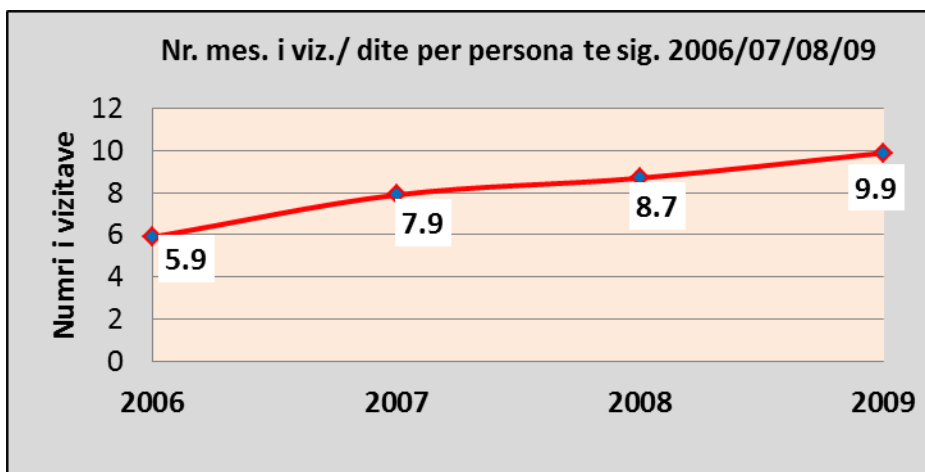
Numri. mesatar. i vizitave ditore per MPF ne 2009 rezulton me nje rritje prej 67.7% krahasuar me vitin 2006.

Perdorimi i numrit te vizitave si indikator i vleresimit te performances , rrjedhimisht dhe te pagese bazuar ne performance rriti pergjegjshmerine e mjekeve per te regjistruar dhe raportuar nje numer me te sakte te vizitave.

Nje faktor tjetër është rritja e numrit te personave te siguruar dhe qe jane brenda skemes, te cilet kerkojne me shume sherbime prane QSH dhe detyrimisht rrit numrin e vizitave.

Pra , ne pergjithesi themi se kjo rritje eshte e lidhur me Reformen ne Kujdesin Paresor.

Figura 8: Numri mesatar i vizitave ditore per personat e siguruar (2006-2009)



Burimi. ISKSH Pagesa per aktivitet (PA)

Tabela 8: Aktiviteti i institucioneve me shtreter (perfshire dhe aktiviteti i shtepive te lindjes ne ato rrethe qe ka shtepi lindje ne qytete e fshatra)

Nr	Institucioni	Nr. spital	Nr. Repart	Nr shtret	Gjithsej Te shtruar	Gjithsej te dale	Shfrytez Shtrati ne dite	Shfrytez Shtrati ne %	Dite qendrimi mesatar	Xhiro shtrati
1	DSHP Berat	1	15	258	14168	14168	170.4	46.7	3.1	54.9
2	DSHP Bulqize	1	6	92	1398	1393	117.8	32.3	7.8	15.1
3	DSHP Delvine	1	5	30	197	197	67.4	18.5	10.3	6.6
4	DSHP Devoll	1	4	41	890	890	119.7	32.8	5.5	21.7
5	DSHP Diber	1	13	288	6957	6945	178.6	48.9	7.4	24.1
6	DSHP Durres	1	14	342	13435	13506	179.8	49.3	4.6	39.5
7	DSHP Elbasan	2	14	770	13307	13215	110.4	30.2	6.4	17.2
8	DSHP Fier	1	13	453	13528	13236	106.9	29.3	3.7	29.2
9	DSHP Gjirokast	1	13	188	7152	7124	157.5	43.2	4.2	37.9
10	DSHP Gramsh	1	9	109	3452	3404	182.5	50	5.8	31.2
11	DSHP Has	1	4	30	1487	1487	425.4	116.5	8.6	49.6
12	DSHP Kavaje	1	5	134	1743	1736	42.8	11.7	3.3	13
13	DSHP Kolonje	1	7	83	713	711	49.2	13.5	5.7	8.6

14	DSHP Korce	1	16	483	9376	9104	123.9	33.9	6.6	18.8
15	DSHP Kruje	1	9	134	3250	3250	125.9	34.5	5.2	24.3
16	DSHP Kucove	1	5	55	1738	1719	113.1	31	3.6	31.3
17	DSHP Kukes	1	12	236	5858	5786	162.1	44.4	6.6	24.5
18	DSHP Lac	1	5	70	2057	2044	200.8	55	6.9	29.2
19	DSHP Lezhe	1	9	162	9116	8613	248.3	68	4.7	53.2
20	DSHP Librazhd	2	9	158	5180	5171	201.1	55.1	6.1	32.7
21	DSHP Lushnje	1	21	215	9650	9650	173.9	47.6	3.9	44.9
22	DSHP M Madhe	0	0	10	45	45	16.9	4.6	3.8	4.5
23	DSHP Mallakaster	1	4	38	271	271	36.1	9.9	5.1	7.1
24	DSHP Mat	1	7	162	5114	5057	130.3	35.7	4.2	31.2
25	DSHP Mirdite	1	7	116	1696	1706	117.2	32.1	8	14.7
26	DSHP Peqin	1	5	52	252	252	28	7.7	5.8	4.8
27	DSHP Permet	1	6	113	1518	1507	78.3	21.5	5.9	13.3
28	DSHP Pogradec	1	8	165	4470	4453	103.1	28.2	3.8	27
29	DSHP Puke	1	8	107	1726	1721	98.6	27	6.1	16.1
30	DSHP Sarande	1	9	131	5418	5418	145.2	39.8	3.5	41.4
31	DSHP Shkoder	1	17	588	14478	14363	131.5	36	5.4	24.4
32	DSHP Skrapar	2	13	111	532	532	31.4	8.6	6.6	4.8
33	DSHP Tepelene	1	9	108	1163	1160	60	16.4	5.6	10.7
34	DSHP Tropoje	1	6	101	1397	1397	94.6	25.9	6.8	13.8
35	DSHP Vlore	2	13	589	15836	15315	222.8	61	8.6	26
36	ASHR	1	1	81	848	848	62.9	17.2	6	10.5
37	SQ Ushtrise	1	13	212	8279	8279	303.2	83.1	7.8	39.1
38	QSUT	1	55	1364	55489	55518	291	79.7	7.1	40.7
39	QU sem mushkrive	1	4	136	3182	3127	256.2	70.2	11.1	23
40	SU O-GJ Nr1	1	3	152	11352	11228	253.8	69.5	3.4	73.9
41	SU O-GJ Nr 2	1	3	138	7482	7482	174.8	47.9	3.2	54.2
42	Total	44	399	8805	265200	263028	171.48	46.98	5.74	29.87

Burimi: MSH

Persa i perket sherbimit te kujdesit spitalor, ai ofrohet nga 44 spitale ne rrethe me 8805 shtreter. Nga te dhenat e meposhtme evidentohet se:

- shfrytezimi i shtratit ne % eshte 47%,

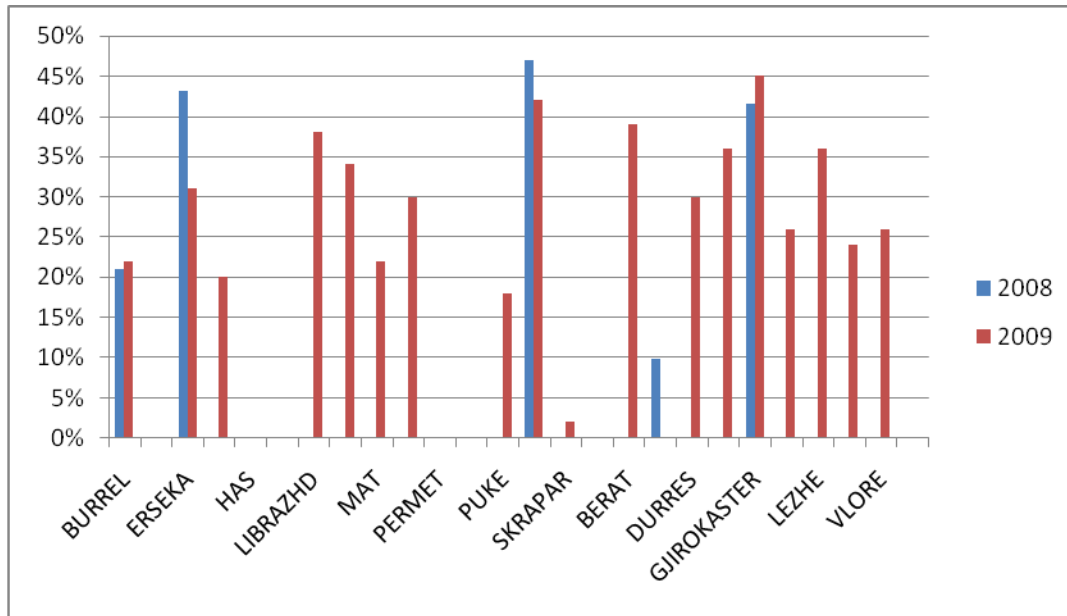
xhiro e shtratit eshte 29.9 dhe

dite qendrimi mesatar eshte 5.74

Duhet te theksohet fakti se shfrytezimi i shtratit eshte i ulet po te krahasohemi me vende te tjera, si Serbi (69 %), Hungary (69 %); Estonia (71 %) dhe Slovakia (68 %).

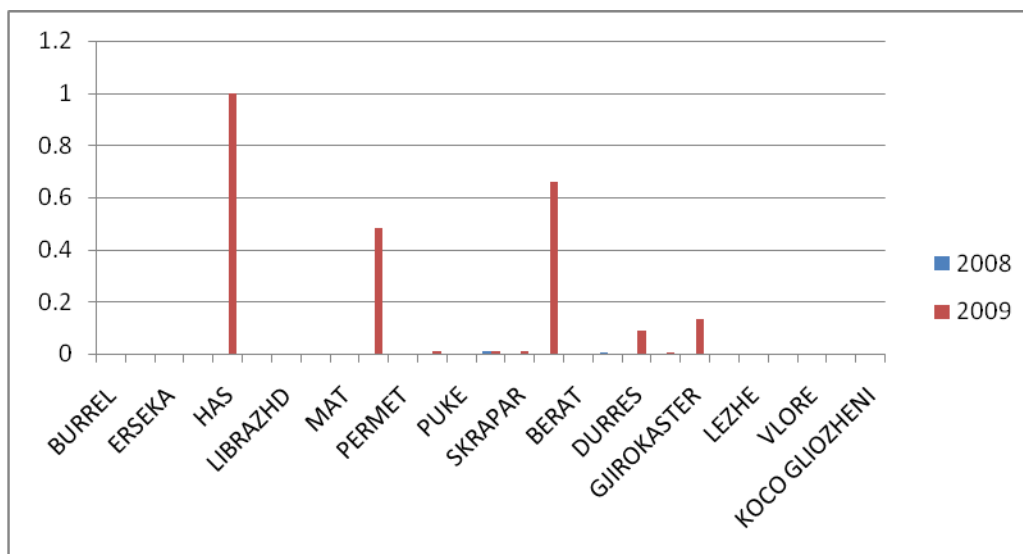
Grafiket e mëposhtem paraqesin ecurine e disa prej treguesve të performancës spitalore në vitet 2008 e 2009.

Figura 9: % e Sectio Caesarea



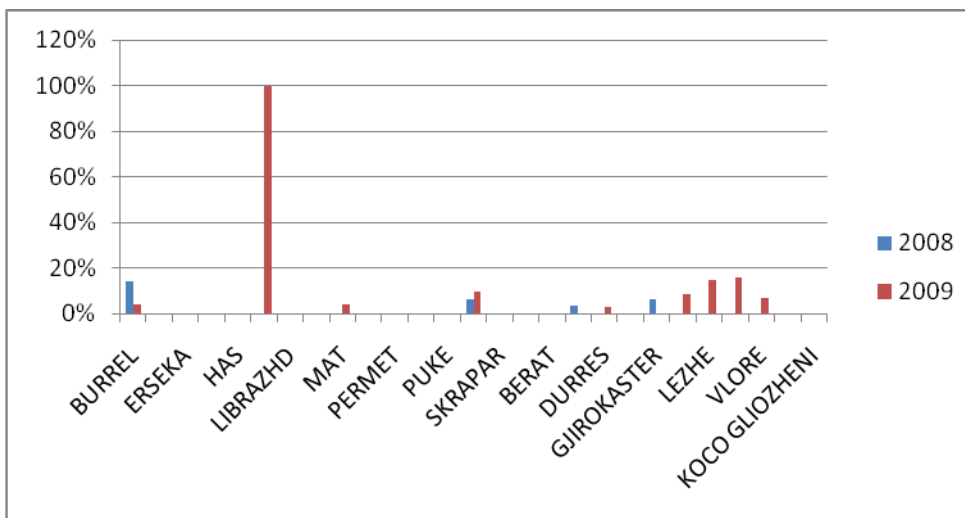
Burimi: QKSCA

Figura 10: % e rishtrimeve në Urgjencë brenda 72 orëve pas daljes nga spitali për të tje dhe njëjten diagnoz



Burimi: QKSCA

Figura 11: % e vdekshmerise nga IAM (Infarkti akut i miokardit) brenda 24 oreve te para



Burimi: QKSCA

Ne lidhje me aksesin ne barnat mjekesore mund te thuhet shpenzimet totale te ISKSH per rimbursimin e barnave nga viti 2007 ne vitin 2009 kane ardhur duke u rritur duke nenkuptuar nje permiresim te mbuleses me barna.

Shpenzimet totale te ISKSH per rimbursimin e barnave ne vitin 2007 kane qene 3 509 766 (mije leke), ne 2008 u rriten ne 4 233 167 (mije leke), dhe 2009 kemi perseri nje rritje deri ne 4 855 775 (mije leke).

Sistemi i referimit, eshte nje nga hapat e pare madhore te reformes shumeplaneshqe eshte ndermarre ne fushen e shendetesise. Sistemi i referimit, do te kontribuojte per te disiplinuar sistemin, rritur transparencen, per te luftuar korrupsionin, per te krijuar tashme nje marredhenie formale ndermjet mjekut dhe pacientit, ndermjet qytetarit dhe sistemit shendetesor, me synim rikthimin e dinjitetit te te gjitha paleve.

Gjate vitit 2009 ne lidhje me qartesimin e hallkave te rrjetit te sherbimeve me qellim per te garantuar vazhdimesin e kujdesit shendetesor, vlen te permendet si nje kontribut Urdheri i Ministrit te Shendetesise Nr. 256, date 12.10.2009 per “Zbatimin e Sistemit te Referimit te Pacienteve ne Sherbimin Shendetesor”. Ky urdher percakton qartazi kriteret e referimit ndermjet niveleve te ndryshme te kujdesit shendetesor ne menyre qe pacienti

te perfitoje ne maksimum prej ketyre sherbimeve. Per vitin 2009 mund te shihet qe numri i vizitave ka qene 44 787 19 nga keto rekomandime 610 464 pra % e vizitave te referuara eshte 13.