

RAPORT



FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

A mbulon skema nevojat reale për kujdes shëndetësor?



Raporti “**Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor - A mbulon skema nevojat reale të kujdesit shëndetësor**”, u zhvillua nga **Shoqata Together for Life**, në kuadër të projektit “**Transparenca dhe Llogaridhënia në Sektorin e Shëndetësisë**” mbështetur nga **NED - National Endowment for Democracy**.

Qëllimi i raportit, është të analizojë në aspektin financiar dhe atë të transparencës rolin e FSDKSH në përmbushjen e objektivit primar të sistemit shëndetësor në Shqipëri, në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor për të gjithë pa dallime si një e drejtë kushtetuese e çdo qytetari shqiptar, si edhe të mundësojë rekomandime për rritjen e vëmendjes së politikë-bërësve në drejtim të nevojës urgjente për reformimin e saj.

Përmbajtja e këtij raporti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk reflekton domosdoshmërisht pikëpamjet e National Endowment for Democracy.

***Autor: © TOGETHER FOR LIFE
Rr. Brigada VIII, Tiranë, Shqipëri
Email: info@togetherforlife.org.al
Web: www.togetherforlife.org.al***



Përmbajtja

I.	Abstrakt.....	6
II.	Historiku i krijimit të skemës dhe kategoritë e mbuluara prej saj	7
III.	Të dhënat, metodologjia dhe kufizimet	11
IV.	Treguesit financiarë dhe jo financiar të skemës në vite	12
V.	Mbulimi financiar i skemës	27
VI.	Rekomandime	31

AKRONIME

- FDSKSH** – Fondi i Detyrueshëm i Kujdesit Shëndetësor
- MSHMS** – Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
- MFE** – Ministria e Financave dhe Ekonomisë
- S.U.O.GJ** – Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik
- PBA** – Programi Buxhetor Afatmesëm

Figurat dhe tabelat

Figura 1: Përpjesa e shpenzimeve të FDSKSH sipas burimit të financimit	12
Figura 2: Përqindja e rritjes së të ardhurave dhe transfertës së skemës në vite.....	13
Figura 3: Numri i shtrimeve sipas spitaleve	21
Figura 4: Koefficientët e shfrytëzimit të shtretërve në vite	21
Figura 5: Ditët mesatare të qëndrimit në Spitalet Universitare	22
Figura 6: Ditët mesatare të qëndrimit në Spitalet Universitare në vite	23
Figura 7: Ditët mesatare të qëndrimit në Spitalet Rajonale për vitin 2022	24
Figura 8: Shpenzimet e sektorit të shëndetësisë në % ndaj PBB dhe në % ndaj Shpenzimeve të Përgjithshme Publike	28
Figura 9: Rreziku për të qenë i varfër ose përjashtimi social në vendet e BE.....	29
Tabela 1: Shpenzimet e Skemës së FDSKSH sipas kategorive kryesore	14
Tabela 2: Kostoja për një vizitë në kujdesin parësor në vite	15
Tabela 3: Planifikimi buxhetor për koston e shtrimit dhe trajtimit të një pacienti në shërbimin spitalor.....	18
Tabela 4: Buxheti i Spitaleve Rajonaleve, Bashkiake dhe Universitare në vite.....	19
Tabela 5: Kostot mesatare të trajtimit për pacientë, sipas paketave të veçanta	25
Tabela 6: Shpenzimet e shëndetësisë krahasuar me rajonin	28

I. Abstrakt

Krijuar që nga viti 1995, Fondi i Kujdesit Shëndetësor është institucioni publik autonom që menaxhon skemën e sigurimeve shëndetësore me synim ofrimin e mbulimit universal të popullsisë me kujdes shëndetësor. Aktualisht, ky fond funksionon mbështetur në ligjin nr.10383, datë 24.2.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Në raportin vjetor të vitit 2022 të publikuar nga institucioni përcaktohet se: “Vizioni i FDSKSH është të përmbushë kërkesat në rritje të popullatës me shërbime shëndetësore cilësore, si dhe aksesueshmëri të barabartë në skemën e shërbimeve shëndetësore”.

Vizion ky i pasuar nga një sërë prioritetesh strategjike, ku përmendim veçanërisht:

1. Monitorimin më efektiv të financimit të kujdesit shëndetësor dhe optimizimin e përdorimit të burimeve;
2. Sigurimin e shëndetit të popullatës gjatë gjithë ciklit të jetës dhe mundësimin financiar të mbulimit shëndetësor universal për të gjithë;
3. Rritjen e transparencës së veprimtarisë së Fondit dhe përmirësimin e aksesit dhe cilësisë së shërbimit ndaj qytetarëve në informacion dhe shërbime.

Ndërkohë që FDSKSH ka një vizion dhe prioritete strategjike në përputhje me strategjinë kombëtare të shëndetësisë, shpenzimet publike të bëra për shëndetësinë vazhdojnë të mbeten në nivelin mesatar prej 10% të shpenzimeve të përgjithshme publike dhe zënë mesatarisht 2.9% të PBB, trend ky i cili qëndron konstant për mesatarisht 10 vitet e fundit¹. Nga ana tjetër², pagesat nga xhepi të familjeve për shëndetin si përqindje e shpenzimeve të përgjithshme të shëndetësisë raportohen në raportin e Marsit 2022 nga United Nation në masën 56% duke qenë vlera më e lartë në rajon ose rreth 4 herë më e madhe se vlera e këtij treguesi në zonën e Bashkimit Europian.

Në kushtet kur mbi 80% e shpenzimeve publike të sektorit të shëndetësisë menaxhohen nga FDSKSH, ky raport synon të analizojë në aspektin financiar dhe atë të transparencës rolin e këtij institucioni në përmbushjen e objektivit primar të sistemit shëndetësor në Shqipëri, në drejtim të ofrimit të kujdesit shëndetësor për të gjithë, pa dallime, si një e drejtë kushtetuese e çdo qytetari shqiptar.

¹ Përfunduar nga përlllogaritjet shpenzime e bëra në vitin 2019 dhe 2020 për përballimin e pandemisë së virusit SARS COV 2 (COVID)

² <https://albania.un.org/en/173584-health-sector-budget-brief>

II. Historiku i krijimit të skemës dhe kategoritë e mbuluara prej saj

E drejta për kujdes shëndetësor është e një e drejtë universale e sanksionuar në ligjet ndërkombëtare dhe sigurisht edhe në ligjin themeltar të shtetit shqiptar. Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë njeh të drejtën për kujdes shëndetësor për të gjithë shtetasit e saj, duke sanksionuar parimet e mbulimit universal. Më konkretisht, në nenin 55 të saj citohet se: “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”.

Garantimi i kësaj të drejtë edhe në Shqipëri është realizuar nëpërmjet miratimit të politikave publike nga Ministria përgjegjëse për shëndetësinë dhe zbatimit të një pjesë të madhe të tyre nëpërmjet Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Fondi u krijua në vitin 1995 dhe financimi i tij përmes kontributeve të të punësuarve u pa si një mënyrë e re për zhvillimin e shërbimeve shëndetësore në Shqipërinë e brishtë të viteve 90. Bota ka njohur disa sisteme shëndetësore dhe disa mënyra për financimin e tyre.

Sistemi Bismark është sistemi i sigurimit shëndetësor në të cilin qytetarët paguajnë një tarifë fikse ndaj një fondi që mund të jetë institucion publik ose privat, në këmbim të së cilës përfitojnë shërbim të kujdesit shëndetësor. Quhet gjithashtu sigurimi shëndetësor social. Kjo skemë u prezantuar për herë të parë në Gjermani në vitin 1883 dhe synonte të mbështeste klasën punëtore dhe familjet e tyre. Kjo skemë karakterizohet nga fleksibiliteti i lartë në menaxhim, aksesueshmëri e lartë, cilësi më e lartë e shërbimit si dhe një kujdes shëndetësor të orientuar nga qytetari.

Sistemi Beveridge është sistemi që ofron shërbim të kujdesit shëndetësor që financohet nga të ardhurat e qeverisë, nga taksat si çdo shërbim tjetër publik. Ky sistem u prezantua për herë të parë në vitin 1948 në Britaninë e Madhe. Sipas këtij sistemi, pjesa më e madhe e ofruesve të shërbimit shëndetësor janë publike dhe zotërohen nga qeveria. Parimi i sistemit është që kostot e sistemit shëndetësor ulen, kur pronari dhe ofruesi i vetëm i shërbimit shëndetësor është shteti, pasi eliminohet konkurrenca. Ky model thekson që shëndeti është një e drejtë njerëzore, prandaj mbulimi universal me kujdes shëndetësor nga qeveria siguron mbështetje për të gjithë qytetarët e saj.

Sistemi i Tregut të Lirë Shëndetësor, në të cilin çmimet për produktet dhe shërbimet shëndetësore vendosen nga marrëveshjet e pacientëve me ofruesit e shërbimit shëndetësor të cilat janë objekt i ligjeve që rregullojnë marrëdhëniet e kërkesës dhe ofertës së tregut pa ndërhyrjen e qeverisë. Ky sistem aplikohet sot në Shtetet e Bashkuara të Amerikës. Mbështetësit e këtij sistemi argumentojnë

që ai është më eficient krahasuar me sistemet e përqendruar në një ofrues të vetëm të shërbimit shëndetësor, politikat e të cilit kontrollohen nga Qeveria.

Shqipëria aplikon një sistem miks shëndetësor midis modelit Bismark dhe atij Beverige. Baza e këtij sistemi dhe për pasojë mbulimi shëndetësor që ai ofron, janë kontributet e të punësuarve. Konkretisht, në legjislacionin për kujdesin shëndetësor përcaktohet që pagesa e kontributeve është e detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri, sipas kategorive më poshtë:

- Të punësuarit;
- Personat e vetëpunësuar;
- Punonjësit e papaguar të familjes;
- Persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:

- a) Personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- b) Personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në Përputhje me legjislacionin përkatës;
- c) Personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
- d) Shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- e) Fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- f) Nxënësit dhe studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
- g) Kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.
- h) Viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme.

Të gjithë personat e tjerë që nuk përfshihen në kategoritë e përmendura më sipër kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6-mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar.

Pra, nëse i referohemi legjislacionit aktual të kujdesit shëndetësor **mbulimi që garanton skema varet tërësisht nga kontributet dhe të vetmet shërbime që ofrohen falas për të gjithë janë:**

- a) shërbimi i urgjencës mjekësore;

- b) shërbimi/përfitimi i paketës së kontrolleve periodike parandaluese në popullatë (check-up), sipas përcaktimeve të bëra me vendim të Këshillit të Ministrave;
- c) vizita te mjeku i familjes.

Sigurimi i detyrueshëm financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm për të gjithë personat e siguruar, ku përfshihen:

- a) vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike;
- b) vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në dhënës privat të kujdesit parësor dhe spitale private;
- c) barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënës të kontraktuar shërbimesh shëndetësore.

Fondi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor që nuk bëjnë pjesë në paketat e shërbimeve të përcaktuara sipas ligjit nr. 10383/2011 i ndryshuar. Politikat e mbulimit dhe paketa respektive janë të ndara më vete për kujdesin parësor dhe për atë spitalor.

Konkretisht për kujdesin parësor, shërbimi shëndetësor ofrohet përmes qendrave shëndetësore. FDSKSH lidh kontratë me çdo qendër shëndetësore për të ofruar një sërë shërbimesh shëndetësore të cilat detajohen në një listë të veçantë të miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave.³ Numri i Qendrave Shëndetësore është 406 dhe 6 Qendra Shëndetësore të specialiteteve që operojnë vetëm në Tiranë. Vlen të theksohet që nga skema e sigurimeve shëndetësore për kujdesin parësor nuk mbulohet shërbimi:

- Shërbimi dentar publik;

Për kujdesin dytësor ose spitalorin, skema mbulon shpenzimet e të gjitha spitaleve publike në Republikën e Shqipërisë, ku përfshihen Qendra Spitalore Universitare, Spitale Universitare dhe Spitalet Rajonale dhe Bashkiake. Shpenzimet e spitaleve publike përfshijnë shpenzimet për pagat e personelit mjekë dhe infermierë, personeli administrativ, shpenzime operative dhe shpenzimet për paketat spitalore. Aktualisht financohen nëpërmjet kontraktimit të ofruesve të shërbimit shëndetësor publik dhe privat 8 paketa spitalore. Pjesë e financimit nga skema janë dhe pagesat e koncesionarëve për 4 shërbime të dhëna me koncesion e konkretisht:

- Kontrolli mjekësor bazë falas për kategoritë e popullsisë të grupmoshës 35-70 vjec;
- Koncesionari i shërbimeve të dializës;
- Koncesionari shërbimeve laboratorike spitalore;

³ VKM nr. 857, datë 20.12.2006 e ndryshuar "Për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor"

- Konkensionari i sterilizimit të mjeteve kirurgjikale, materialit mjekësor njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimi i mbetjeve biologjike dhe dezinfektimi i sallave kirurgjikale.

Së fundi, pjesë e rëndësishme e buxhetit të FDSKSH është dhe financimi për rimbursimin e barnave. Rimbursimi i barnave bëhet bazuar në një listë barnash të cilat miratohen çdo vit dhe bashkë me të dhe masa e mbulimit sipas kategorive. Theksojmë që mbulimi që ofron FDSKSH tek barnat është i plotë për një kategori të caktuar dhe me bashkëpagesë për pjesën tjetër të barnave. Pra skema e rimbursimit të barnave nuk siguron mbulim 100% të pagesës për të gjithë kontribuesit por për kategori specifike të popullatës dhe kategori specifike të barnave. Barnat rimbursohen mbi bazën e kontratave të Fondit me subjektet farmaceutike. Rimbursimi ofrohet për barnat që tregtohen në farmacitë e spitaleve dhe barnat që tregtohen në rrjetin e hapur.

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve. Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuari.

Baza për llogaritjen e kontributit është paga bruto e personit të siguruar. Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi, së bashku me miratimin e buxhetit vjetor. Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

Organizimi i fondit të kujdesit shëndetësor bëhet mbështetur në ligjin e sipërcituar si dhe në ligjin nr.9936/2008 “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Sipas këtyre ligjeve, ky institucion është fond special. Në kuptim të ligjit organik të buxhetit fond special është njësi e krijuar me ligj e cila financohet nga të ardhurat e krijuara nga kontributet shëndetësore dhe nga buxheti i shtetit, i cili përdoret për të mbuluar pjesën e shpenzimeve të skemës për kategoritë ekonomikisht jo aktive si dhe transfertat për shërbimet e kërkuara nga shteti.

Organet Drejtuese të Fondit të Kujdesit Shëndetësor janë: Këshilli Administrative dhe Drejtori i Përgjithshëm.

III. Të dhënat, metodologjia dhe kufizimet

Të dhënat për përgatitjen e këtij raporti janë marrë nga faqet zyrtare të:

- Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale;
- Ministrisë së Financave dhe Ekonomisë, veçanërisht për treguesit fiskalë të konsoliduar në vite dhe dokumentet buxhetor afatmesëm 2022-2024;
- Fondit të Kujdesit Shëndetësor - raportet vjetore të publikuara për aktivitetin e Fondit;
- Qendra e Publikimeve Zyrtare, për të gjitha aktet nënligjore të referuara në përmbajtjen e raportit të cilave ju jemi referuar për të gjeneruar të dhëna sikurse janë buxheti i spitaleve rajonale, bashkiake dhe universitare në vite.
- INSTAT, për të marrë të dhënat zyrtare të treguesve të rëndësishëm të matur përmes anketave të kryera gjatë viteve 2022/2023.

Theksojmë që rezultatet dhe rekomandimet e këtij raporti bazohen vetëm në të dhënat e publikuara zyrtarisht dhe në përlllogaritje analitike të realizuara nga ana jonë. Këto rezultate limitohen për shkak të mungesës së të dhënave të publikuara zyrtarisht nga FDSKSH dhe MSHMS. Konkretisht në dokumentet zyrtare dhe raportet vjetore mungojnë analiza të hollësishme të lidhura me llojet e barnave të rimbursueshme dhe impaktin e tyre në përmirësimin e treguesve të sëmundshmërisë, kompanitë farmaceutike të përzgjedhura dhe kriteret e përdorura, shpenzimet faktike sipas llojeve të spitaleve, rezultatet e arritura nga zbatimi i rekomandimeve të auditimeve etj.

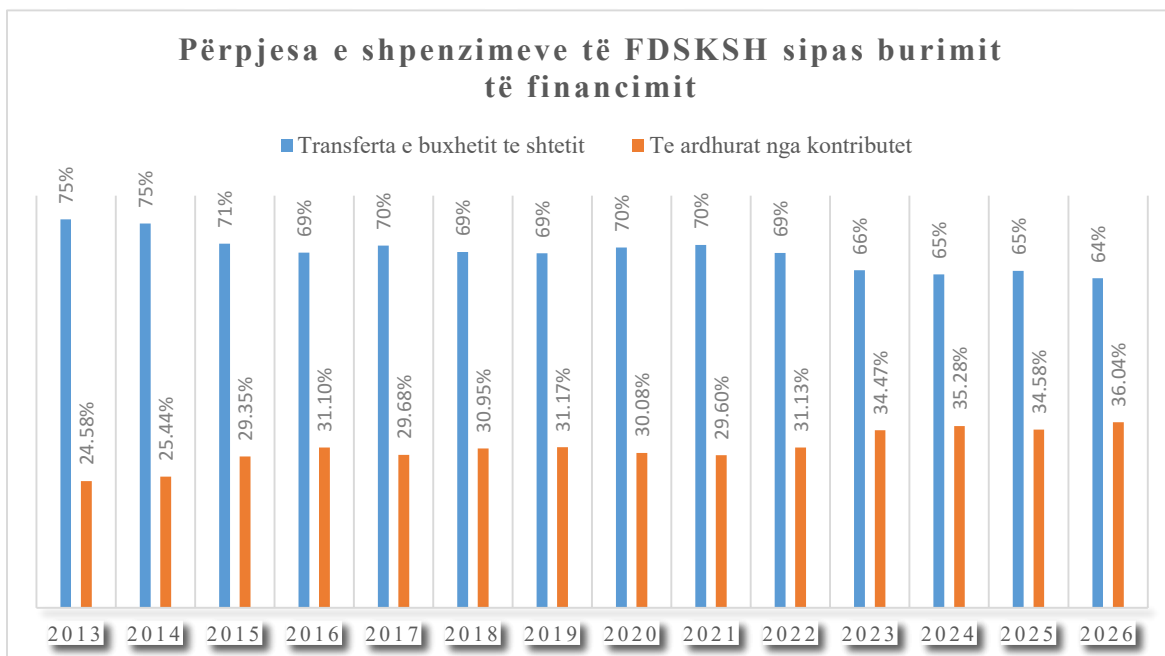
IV. Treguesit financiarë dhe jo financiar të skemës në vite

Shpenzimet totale të skemës së FDSKSH në vite kanë ardhur në rritje dhe financohen nga dy burime kryesore:

1. Të ardhurat nga kontributet
2. Transferta nga buxheti i shtetit

Nga krahasimi i të dhënave historike në vitet 2013-2023 përfshirë dhe planifikimin afatmesëm 2024-2026 vihet re që transferata nga buxheti i shtetit përbën pjesën më të madhe të shpenzimeve të skemës me mesatarisht 69%, ndërkohë që kontributet përbëjnë 31% ndaj totalit.

Figura 1. Përpjesa e shpenzimeve të FDSKSH sipas burimit të financimit

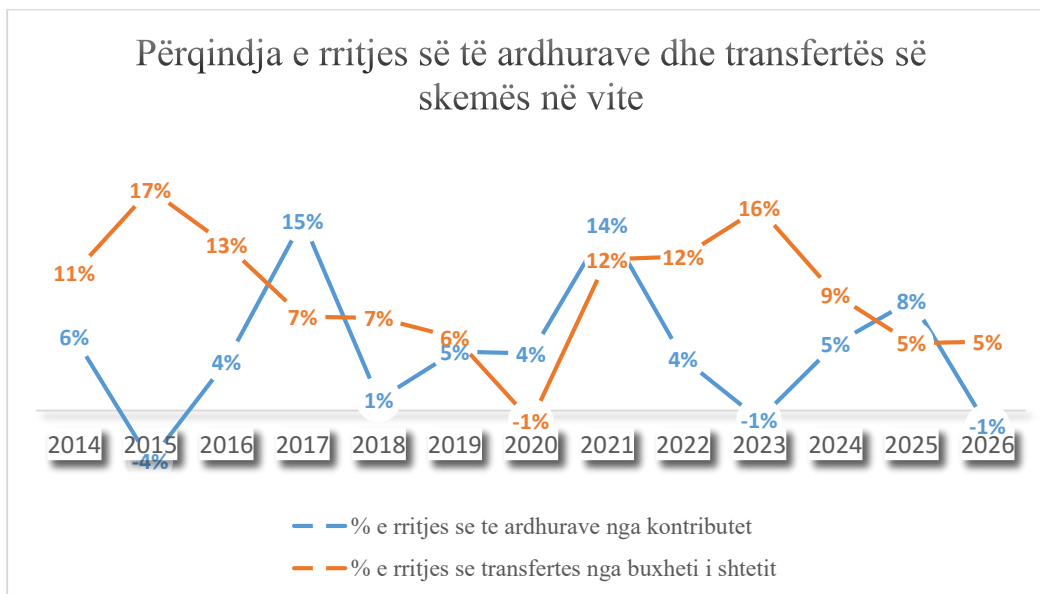


Burimi: FDSKSH, raportet vjetore

Përqindja e rritjes së të ardhurave nga kontributet krahasuar mbi bazën e një viti më parë shfaq luhatshmëri të lartë nga viti në vit. Në raportet zyrtare të publikuara nga FDSKSH nuk gjenden të analizuara shkaqet e kësaj luhatshmërie dhe për pasojë nuk gjendet asnjë masë konkrete e ndërmarrë nga Fondi për të përmirësuar performancën e të ardhurave, të cilat duhet të përbëjnë burimin kryesor të financimit të skemës. Referuar eksperiencës së vendeve të ngjashme që shfaqin volatilitet të lartë në të ardhurat nga skema, vlerësohet se një nga faktorët realë ekonomik që mund të ndikojë pjesërisht në këtë rezultat është dhe **niveli i lartë i informalitetit të ekonomisë në vend.**

Më poshtë paraqitet trendi në vite i normës së rritjes së të ardhurave dhe transfertës nga buxheti i shtetit për skemën e FDSKSH.

Figura 2. Përqindja e rritjes së të ardhurave dhe transfertës së skemës në vite



Burimi: Ministria e Financave dhe Ekonomisë, treguesit fiskalë 2013-2026

Mbështetur në raportet vjetore të performancës së FDSKSH në vite më poshtë paraqesim shpenzimet e skemës sipas kategorive kryesore të shpenzimeve dhe produkteve për vitet 2020-2023 në 000/lekë.

Tabela 1. Shpenzimet e Skemës së FDSKSH sipas kategorive kryesore

VITET	kodi i produktit	njësia e matjes së produktit	2020			2021			2022			2023			
			sisa e produktit	nga transferata	nga kontributet	total	sisa e produktit	nga transferata	nga kontributet	total	sisa e produktit	nga transferata	nga kontributet	total	
	Total pasesori			7 201 862	12 220 467	19 422 329	8 006 090	13 293 684	21 299 774	7 340 140	15 792 083	23 092 223	8 138 000	17 077 000	25 215 000
	Kujdesi pasesori			2 426 483	4 992 307	7 418 790	3 779 090	6 571 090	9 750 120	2 554 261	8 143 497	10 397 758	2 413 716	9 605 884	12 079 600
	pasesor	n.r. vizitash	6 141 194	2 074 483	5 021 985	7 086 468	3 033 090	6 498 010	9 531 100	1 378 171	8 143 506	9 921 675	6 680 000	1 537 628	9 605 884
	check up	n.r. rasesh	101 426	352 000	-29 678	322 322	164 982	73 021	219 021	454 828	876 090	-7	475 000	876 090	876 090
	Rimbursimi / Barnave			4 775 379	6 309 824	11 085 203	4 827 000	5 797 248	10 624 248	5 085 879	6 722 552	11 808 231	5 724 284	5 876 116	11 600 400
	rimbursim	n.r. pacienesh	406 877	4 775 379	6 309 824	11 085 203	4 827 000	5 797 248	10 624 248	400 831	6 722 552	11 808 231	400 000	5 724 284	5 876 116
	Shpenzime administrative				918 335	918 335		885 405	885 405		886 234	886 234		1 995 000	1 995 000
	Shpenzime administrative				803 664	803 664		803 664	803 664		882 461	882 461		1 335 000	1 335 000
	Investime per FDSKSH				114 672	114 672		26 545	26 545		3 772	3 772		260 000	260 000
	Kujdesi dyfesor			22 925 102	929 664	23 854 766	26 906 632	963 884	27 870 516	29 297 830	0	29 297 830	31 021 000	0	31 021 000
	shtete	n.r. pacienesh	220 325	19 254 142	929 664	20 183 806	22 318 418	963 884	23 282 302	277 881	23 837 756	23 837 756	360 000	25 210 280	25 210 280
	PPP-dialize dhe sterilizimi	n.r. seancash	195 384	2 277 981	2 277 981	2 277 981	2 400 100	193 878	2 400 100	193 878	2 489 491	2 489 491	215 000	2 575 000	2 575 000
	kardiologji e kardiokirurgji	n.r. pacienesh	6 197	1 139 957	1 139 957	1 139 957	849 841	9 365	849 841	9 365	1 143 793	1 143 793	9 260	1 200 000	1 200 000
	transplante	n.r. pacienesh	10	15 780	15 780	15 780	16 700	13	16 700	13	30 000	30 000	26	36 780	36 780
	katarakte	n.r. pacienesh	2 089	89 942	89 942	89 942	67 811	3 790	67 811	3 790	56 990	56 990	3 950	86 000	86 000
	radioterapi	n.r. seancash	19 168	147 300	147 300	147 300	147 300	24 933	147 300	24 933	115 000	115 000	25 020	113 140	113 140
	PPP-ezaminime laboratorike	n.r. ekzaminimesh			0	3 378 150	1 106 402	4 205 767	1 106 402	4 205 767	1 624 800	1 624 800	4 200 000	1 799 800	1 799 800
	TOTAL			30 126 964	13 150 131	43 277 095	34 912 742	14 217 568	49 130 310	36 637 970	15 792 083	52 390 053	39 159 000	17 077 000	56 236 000

Burimi: FDSKSH, raportet vjetore 2020-2022 dhe PBA 2023-2025



Sikurse mund të shihet nga tabela shpenzimet për produktet kryesore të skemës financohen pjesërisht nga të ardhurat dhe pjesërisht nga transfertat e buxhetit të shtetit. Këto shpenzime ndahen në katër kategori kryesore e konkretisht:

- Shpenzime administrative për funksionimin e FDSKSH;
- Shpenzime të skemës për kujdesin parësor;
- Shpenzime për rimbursimin e barnave;
- Shpenzime të skemës për kujdesin spitalor.

Shpenzimet administrative zënë mesatarisht 2% të totalit të shpenzimeve të skemës dhe shërbejnë kryesisht për të përballuar shpenzimet e personelit të skemës së FDSKSH, shpenzime operative të nevojshme për Drejtorinë Qendrore dhe ato rajonale si dhe investime minimale kryesisht në pajisje për funksionimin e punës.

Shpenzimet për kujdesin parësor parashikohen në rritje nga viti 2020 me 7.4 miliardë lekë në 12 miliardë lekë në vitin 2023. Në këto shpenzime parashikohet dhe kostoja e PPP-së së kontrollit bazë, e cila përjashtimisht për vitin 2020-2021 (pezullimi i ofrimit të shërbimit për shkak të pandemisë SARS COV 2) vijon pagesën sipas kushteve të negociuara në kontratë.


Ajo që vihet re në shërbimin e kujdesit parësor është rritja e numrit të vizitave të kujdesit parësor të cilat në shifrat fakt tejkalojnë dhe parashikimet afatmesme të periudhës. Në dokumentet buxhetore afatmesëm të MSHMS për vitet 2022-2024 ishin parashikuar mesatarisht për periudhën 2022, 6.4 milionë vizita dhe në fakt numri i vizitave është rritur me 700 mijë më shumë duke shkuar në 7.1 milionë vizita. Rritja e numrit të vizitave nënkupton ulje të koston për vizitë, e cila duhet të impaktojë nivelin e parashikimit të fondit të planifikuar për vitet pasuese. Në realitet planifikimi i bërë nga FDSKSH nuk merr në konsideratë treguesit faktik të numrit të vizitave dhe koston për njësi. Më poshtë paraqitet kostoja për vizitë në lekë referuar të dhënave më sipër:

Tabela 2. Kostoja për një vizitë në kujdesin parësor në vite

	2020	2021	2022	2023	2024
Kosto për vizitë në kujdesin parësor	1,155.6	1,351.4	1,189.0	1,668.2	1,617.8
% e ndryshimit		17%	-12%	40%	-3%

Burimi: PBA në vite MSHMS⁴

⁴ <https://financa.gov.al/programi-buxhetor-afatmesem-ne-vite-2/>



Kostoja mesatare për një vizitë në kujdesin parësor i kushtoi FDSKSH në vitin 2020 - 1156 lekë, ndërkohë që kostoja rritet me 17% në vitin 2021, dhe ulet me 12% në vitin 2022, në vitin 2023 planifikimi i koston rritet me 40% duke shkuar në vlerë nominale në masën 1668.2 lekë nga 1189 lekë pra rreth 480 lekë më shumë. Kjo rritje nuk vjen nga rritja e numrit të vizitave, pasi sikurse shihet planifikimi i vizitave rezulton në ulje. Në kushtet kur në raportin e FDSKSH nuk gjejmë argumenta mbi bazën e të cilit planifikohet numri i vizitave, nga një analizë e thjeshtë ekonomike rritja e koston së vizitës të ofruar në shërbimin e kujdesit parësor mund të realizohet maksimalisht sa indeksi i çmimeve të konsumit. Referuar të dhënave zyrtare të INSTAT⁵ indeksi i çmimeve të konsumit për vitin 2023 është 3.8%, çka është larg nivelit të rritjes së koston së vizitës me 40% në vitin 2023. Mungesa e argumentave si dhe luhatshmëria e madhe e koston për vizitë nga një vit në vitin tjetër, ngrenë dyshime mbi cilësinë e planifikimit buxhetor nga FDSKSH dhe për pasojë eficientë e përdorimit të fondeve. Theksojmë se pjesa më e madhe e koston së kujdesit parësor përballohet nga të ardhurat nga kontributet dhe një pjesë e vogël e saj përballohet nga transfertat e buxhetit të shtetit.

Paketa e check up-it, e cila është një kontratë koncensionare që parashikon pagesën sipas tavanit të miratuar në kontratë, i kushtoi për vitin 2022 FDSKSH në masën 876 milione lekë pavarësisht se numri i pacientëve që përfituan nga paketa ishte nën numrin dysheme të përcaktuar në kontratë prej 475 mijë pacientësh. Përfituan nga shërbimi 454 828 qytetarë, pra 20 172 më pak se tavanit, duke i kushtuar buxhetit të shtetit një humbje prej 37.2 milionë lekë të cilat i paguhen koncensionarit pavarësisht se nuk u kryen analizat. Nga ana tjetër paketa e check up-it përfshin një numër të kufizuar analizash për qytetarët duke u reduktuar në një analizë gjaku komplet, urine komplet dhe EKG zemre. Kostoja e kësaj pakete përfshirë dhe kontrollin mjekësor shkon në 1800 lekë/person. Ndërkohë, po të krahasojmë një paketë të thjeshtë check-up të ofruar nga spitalet private numri i analizave të ofruara është minimalisht 26, dhe paketat rezultojnë të diferencuara sipas gjinisë duke ofruar kontrole specifike parandaluese për femrat sikurse janë eko e gjirit dhe PAP testi apo Antigeni prostatik specifik (PSA) për meshkujt. Kostoja e plotë e një pakete të thjeshtë kontrolli bazë me 26 analiza rezulton në masën 6800 lekë⁶.

Sikurse mund të analizohet lehtësisht paketa e kontrollit bazë të shtetit kushton sa 1/3 e një pakete të ofruar në një spital privat, por numri i analizave të ofruara është sa 1/8 e atyre të ofruara nga spitali privat. Në këtë kontekst vihet në diskutim eficienta e përdorimit të fondeve publike si dhe efektiviteti i politikës së kontrollit bazë për të garantuar mbulimin universal të popullsisë me shërbim si dhe për të parandaluar sëmundje me prevalencë të lartë. Theksojmë që deri tani nuk rezulton të jetë publikuar ndonjë analizë e efektivitetit të politikës së kontrollit bazë në aspektin mjekësor të saj, analizë që duhet të ishte pjesë e raporteve të monitorimit vjetor të performancës

⁵ https://www.instat.gov.al/media/12745/ick_tetor_2023.pdf

⁶ <https://intermedica.al/oferta-e-plota/>

së Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe e FDSKSH në kuadër të transparencës me kontribuesit dhe me të gjithë palët e interesuara.

Të ardhurat nga kontributet përballojnë në masë 50% dhe koston e rimbursimit të barnave. Kostoja totale e rimbursimit të barnave qëndronte në nivelin mesatar prej 11 miliardë lekësh për periudhën 2020-2022 dhe ishte planifikuar në nivelin 11.6 miliardë lekë për vitin 2023. Ndërkohë që kostoja totale e rimbursimit rritet, ajo që vihet re nga të dhënat e raportuara nga FDSKSH është që numri i pacientëve përfitues është në rënie. Kjo dëshmon që kostoja e rimbursimit të barnave vijon të rritet për një pacient. Në raportet vjetore të FDSKSH argumentohet që kjo rritje e koston, vjen për shkak të përfshirjes në listën e barnave të rimbursueshme të llojeve të reja të barnave për disa kategori sëmundjesh me prevalencë të lartë të cilat rezultojnë të kushtueshme. Ndërkohë në këto raporte nuk gjejmë informacion për numrin e barnave të rimbursuara, kategoritë e ndara sipas shkallës së mbulimit për të kuptuar dhe shtimin e barnave të reja dhe për të analizuar më tej rritjen e koston.

Në dokumentin e PBA 2022-2024⁷ të publikuar nga Ministria e Financave dhe Ekonomisë, raportohet që numri i barnave të planifikuara për t'u rimbursuar për vitet 2022-2024 respektivisht do të jetë rreth 605, 615 dhe 625. Në raportin e monitorimit vjetor të buxhetit për vitin 2022⁸ të publikuar nga MSHMS nuk raportohet për numrin faktik të barnave të rimbursuara në 2022 për të bërë të mundur dhe analizën e koston së planifikuar me atë faktike por vetëm për numër pacientësh që përfitojnë nga rimbursimi. Por ajo që vihet re është që në dokumentin e rradhës së PBA për vitet 2023-2025 raportohet që numri faktik për 2022 është 1191 barna dhe planifikimi për periudhën afatmesme është 1200, 1210 dhe 1220⁹. Ndryshimi i planifikimit nga një vit në vitin tjetër me 100% më shumë tregon një inkonsistencë të lartë në planifikim dhe një mungesë të theksuar të transparencës lidhur me mënyrën e shtimit të barnave në listë në mënyrë të shumëfishuar. Materiali krijon konfuzion pasi nuk del qartë sa është numri barnave në listën e barnave të rimbursueshme dhe si është shtuar numri i barnave me dyfish në fakt nga ato të planifikuara në dokumentin e PBA 2022-2024, duke vënë në pikëpyetje seriozitetin e raportimit të të dhënave nga ministria përgjegjëse për shëndetësinë dhe mbrojtjen sociale dhe FDSKSH.

I cekët rezulton dhe informacioni që parashtrohet në raportet e FDSKSH për argumentimin e shtimit të barnave në listë, ku argumenti kryesor është treguesi i sëmundshmërisë, por nuk paraqitet asnjë statistikë konkrete sipas llojeve të sëmundshmërisë se si arrihet në këtë tregues. Pjesë e këtyre të dhënave duhet të jetë dhe një analizë e cilësisë së barnave të futura në listë dhe impaktit të tyre në përmirësimin e jetës dhe shëndetit të kategorive përfituese.

⁷ <https://financa.gov.al/programi-buxhetor-afatmesem-2022-2024-faza-iii/>

⁸ <https://shendetesia.gov.al/https-shendetesia-gov-al-tabelat-e-raportimit-per-intervalet-kohore-3-muaj-9-muaj-dhe-vjetore-si-dhe-relacionet-perkatese/>

⁹ <https://financa.gov.al/programi-buxhetor-afatmesem-2023-2025-faza-iii/>

Nga ana tjetër, kosto e shërbimit spitalor financohet tërësisht përmes transfertës së Buxhetit Qendror. Shpenzimet mesatare për kujdesin spitalor për periudhën rezultojnë në masën 28 miliardë lekë. 14% e totalit të shpenzimeve për kujdesin dytësor shkojnë për pagesat e konkensionarëve për ofrimin e sterilizimit të seteve kirurgjikale, ekzaminimet laboratorike dhe hemodializën. Ndërkohë paketat spitalore zënë 7% të fondit të shpenzuar për kujdesin dytësor. Shpenzimet për spitalet dhe funksionimin e tyre përbëjnë 79% të totalit të shpenzimeve për kujdesin dytësor dhe mesatarisht 56% të shpenzimeve totale të FDSKSH. Së pari, do të ndalemi në analizimin e koston e shtrimit dhe trajtimit për pacientë për vitin 2022 duke analizuar fillimisht koston e planifikuar në dokumentin buxhetor afatmesëm 2022-2024 për MSHMS për shërbimin spitor.

Tabela 3. Planifikimi buxhetor për koston e shtrimit dhe trajtimit të një pacient në shërbimin spitalor

Produkti	91304.A.A - Pacientë të trajtuar në shërbimin spitalor			
Përshkrimi i Produktit	Këtu përfshihen shpenzimet për pacientet e trajtuar në spitale			
Njësia Matëse	Nr pacientësh			
	2021	2022	2023	2024
	Buxheti	Parashikimi	Parashikimi	Parashikimi
Sasia	330,000	330,000	340,000	350,000
Kosto totale (në lekë)	22,996,144,384	24,265,498,000	23,166,682,000	24,380,689,000
Kosto për njësi (në lekë)	69,685	73,532	68,137	69,659

Burimi: Ministria e Financave dhe Ekonomisë/Raportime/Buxheti/Dokumenti Buxhetor Afatmesëm 2022-2024

Numri i pacientëve për vitin 2022 është planifikuar në total 330 mijë pacientë dhe kostoja mesatare e trajtimit për një pacient planifikohet në masën 73 532 lekë. Kostoja paraqet luhatshmëri planifikimi për vitet 2023-2024 e cila shpjegohet pjesërisht prej rritjes së numrit të pacientëve me 10 mijë plus për çdo vit. Në raportin e monitorimit vjetor të FDSKSH (referoju tabelës 1 më sipër) numri faktik i pacientëve për vitin 2022 rezulton në total 277 881 pacientë dhe kostoja për pacientë përlllogaritet në masën 85 784 lekë. Pra, kostoja faktike e trajtimit për pacientë rezulton 12 252 lekë ose 17% më shumë se planifikimi. Mbetet e pashpjegueshme arsyeja e rritjes së koston për pacientë pasi pavarësisht se numri dhe kostoja totale bien, kostoja për njësi mbetet e lartë.

Në raportet e FDSKSH nuk parashtrohet si pjesë e treguesve që monitorohen kostoja e trajtimit për pacientë duke e bërë të vështirë analizën e performancës së spitaleve. E vetmja statistikë e parashtruar është numri i shtrimeve e ndarë sipas spitaleve ku është e vetëkuptueshme që numri më i lartë është në spitalet universitare të përqendruara në qytetin e Tiranës. Me vlerë do të ishte të paraqitej buxheti i të gjithë spitaleve më vete dhe numrit përkatës të shtrimeve për çdo spital, për të analizuar koston e trajtimit për pacientë për çdo spital.

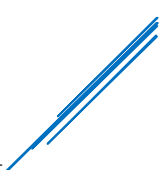
Buxheti për spitalet ndahet sipas kategorive të spitaleve dhe paraqitet në tabelën e mëposhtme:

Tabela 4. Buxheti i Spitaleve Rajonaleve, Bashkiake dhe Universitare në vite

Nr	Spitalet Rajonale, Bashkiake dhe Universitare	Në 000/lekë									
		2017	2018	% e rritjes	2019	% e rritjes2	2020	% e rritjes3	2021	% e rritjes4	2022
1	Berat	416,020	456,750	10%	467,200	10%	466,000	10%	570,200	10%	600,000
2	Bulqize	93,000	106,800	15%	114,550	15%	113,200	15%	124,470	15%	136,400
3	Delvine	36,170	41,050	13%	44,720	13%	44,000	13%	54,810	13%	56,800
4	Devoll	53,800	61,200	14%	66,070	14%	62,500	14%	69,370	14%	78,500
5	Diber	355,400	373,400	5%	403,860	5%	381,740	5%	481,870	5%	515,500
6	Elbasan	638,250	672,550	5%	686,332	5%	684,000	5%	845,483	5%	910,500
7	Fier	536,000	560,650	5%	605,249	5%	664,100	5%	872,202	5%	826,000
8	Gramsh	142,100	154,850	9%	159,930	9%	158,500	9%	200,920	9%	196,500
9	Gjirokaster	265,770	287,350	8%	356,610	8%	314,800	8%	412,850	8%	432,500
10	Has	51,130	54,950	7%	63,720	7%	59,250	7%	73,250	7%	77,900
11	Kavaje	141,360	144,950	3%	143,540	3%	147,000	3%	174,000	3%	197,500
12	Kolonje	101,200	110,400	9%	111,570	9%	111,000	9%	120,800	9%	131,200
13	Korce	565,800	614,250	9%	632,300	9%	624,400	9%	875,525	9%	887,200
14	Kruje	124,120	153,100	23%	153,320	23%	153,200	23%	219,830	23%	203,000
15	Kucove	72,200	98,400	36%	93,840	36%	87,300	36%	99,300	36%	106,200
16	Kukes	358,800	344,750	-4%	369,830	-4%	369,050	-4%	465,195	-4%	528,200
17	Kurbin	104,970	114,900	9%	117,340	9%	115,400	9%	133,210	9%	144,300
18	Lezhe	333,720	354,750	6%	378,110	6%	371,700	6%	498,182	6%	537,400
19	Librazhd	178,000	197,550	11%	206,105	11%	202,800	11%	235,100	11%	256,200
20	Lushnje	294,620	331,250	12%	342,710	12%	336,900	12%	430,206	12%	433,500
21	Malesi e Madhe	24,250	29,620	22%	30,820	22%	31,650	22%	34,130	22%	35,800
22	Mallakaster	46,400	53,870	16%	59,525	16%	57,680	16%	69,600	16%	73,000
23	Mat	156,250	153,700	-2%	166,100	-2%	165,700	-2%	198,500	-2%	216,500
24	Mirdite	121,500	130,600	7%	134,090	7%	132,350	7%	161,000	7%	171,400
25	Peqin	35,900	42,200	18%	45,000	18%	45,150	18%	53,750	18%	57,700
26	Permet	103,550	121,650	17%	125,750	17%	122,850	17%	129,000	17%	144,400
27	Pogradec	228,250	242,950	6%	251,470	6%	245,500	6%	291,000	6%	305,300
28	Puke	116,650	126,650	9%	135,940	9%	130,350	9%	158,950	9%	161,200
29	Sarande	199,900	249,400	25%	268,040	25%	257,900	25%	338,243	25%	331,800
30	Skrapar	96,950	103,950	7%	107,150	7%	103,500	7%	115,390	7%	110,500
31	Shkoder	675,400	727,300	8%	758,590	8%	775,950	8%	1,000,265	8%	1,018,800
32	Tepelene	97,250	110,450	14%	114,700	14%	113,100	14%	127,450	14%	140,700
33	QSUT	5,247,855	5,465,700	4%	6,630,443	4%	6,297,950	4%	8,246,863	4%	7,072,000
34	SUOGJ Mbreteresha Geraldine	571,550	566,850	-1%	566,650	-1%	585,000	-1%	646,275	-1%	661,000
35	SUOGJ Koco Gliozheni	397,050	414,400	4%	423,050	4%	432,500	4%	535,775	4%	561,700
36	SU Shefqet Ndroqi	611,300	629,350	3%	758,200	3%	825,000	3%	1,553,287	3%	930,000
37	Tropoje	128,070	138,100	8%	143,870	8%	139,340	8%	174,000	8%	162,000
38	Vlore	655,250	689,800	5%	719,809	5%	737,400	5%	888,650	5%	934,800
39	SU Trauma	204,445	242,850	19%	275,650	19%	364,200	19%	443,659	19%	430,500
Buxheti Total		14,580,200	15,473,240		17,231,753		17,029,910		22,122,560		20,774,400

Burimi: Vendimet e Këshillit të Ministrave “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”¹⁰

¹⁰ VKM nr.18/2017; nr.17/2018; nr.802/2019; nr. 260/2020; nr.563/2021 dhe nr.431/2022



Ndarja e buxhetit për spitalet i referohet shifrave plan për vitet 2017-2022 të cilat janë të vetmet shifra të publikuara sa i përket buxhetit të tyre. Realizimi faktik i buxhetit të secilit prej spitaleve nuk rezulton i publikuar nga FDSKSH për të bërë të mundur dhe krahasimin e realizimit për çdo spital më vete. Përkundrazi realizimi paraqitet në nivel të agreguar për çdo vit sikurse shihet dhe në tabelën përmbledhëse të buxhetit. Realizimi rezulton i lartë në përqindje në nivel agregat, por kjo nuk e justifikon mungesën e transparencës së publikimit të të dhënave faktike të realizimit të buxhetit për çdo spital rajonal, bashkiak apo qendrat kryesore universitare spitalore. Për më tepër, sikurse shihet në tabelën e mësipërme, ajo që vihet re në llogjikën e buxhetimit të spitaleve është standardizimi i ndarjes së buxhetit duke u reduktuar në rritje fikse nga viti në vit.

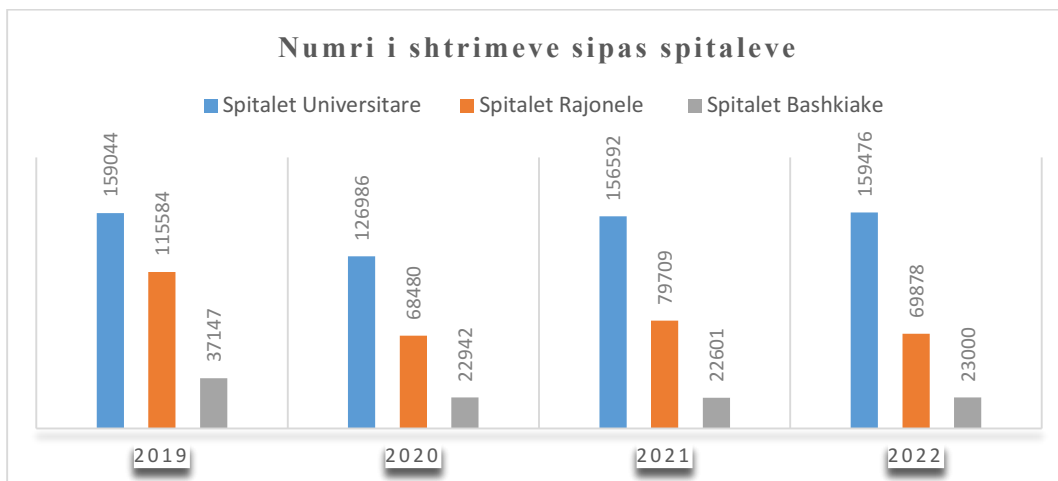
Ndarja e buxhetit të spitaleve nuk ndjek llogjikën e performancës së spitaleve mbështetur në treguesit financiarë dhe jo financiarë të raportuar edhe në raportet vjetore të FDSKSH. Pjesa më e madhe e buxhetit të spitaleve alokohet në qarkun e Tiranës, konkretisht për:

- Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”;
- Spitalin Universitar i Traumës;
- S.U “Shefqet Ndroqi”;
- S.U.O.GJ “Mbretëresha Gelardinë”;
- S.U.O.GJ “Koço Gliozheni”;

Shpenzimet e skemës që alokohen për buxhetin e spitaleve mbulojnë shpenzimet e nevojshme të personelit dhe shpenzimet operative të spitaleve. Ndërsa investimet publike janë të qendëruara në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Krahas kësaj spitalet sigurojnë të ardhura nga shërbimet që ato ofrojnë me pagesë sipas tarifave respektive. Përdorimi i të ardhurave bëhet totalisht nga vetë spitali, si pjesë e kostos së shërbimit. Ajo që bie në sy është fakti që këto të ardhura nuk paraqiten si pjesë e analizave të raporteve të monitorimit vjetor të MSHMS apo të FDSKSH. Në raportin e monitorimit vjetor të MSHMS përmendet që të ardhurat jashtë limitit për programin buxhetor të lidhur me kujdesin dytësor janë rreth 400 milionë lekë, por nuk ka asnjë informacion tjetër se si janë përdorur ato nga spitalet.

Pavarësisht se spitalet publike kanë autonomi në përdorimin e të ardhurave të tyre dytësore kjo nuk e justifikon faktin që ka një mungesë të theksuar informacioni dhe transparence të përdorimit të tyre. Këto të ardhura përdoren nga spitalet publike për të përmirësuar më tej cilësinë e shërbimit të ofruar për pacientët, prandaj analizimi i tyre dhe i kontributit të tyre në tërësi në shërbimin spitalor është e domosdoshme të raportohet për të kompletuar kuadrin e të gjithë burimeve financiare që përdoren për këtë qëllim. Nga ana tjetër dhe pse rritja e buxhetit të spitaleve shfaqet në mënyrë progresive nga viti në vit, treguesit e performancës jo financiare të spitaleve të publikuar nga FDSKSH dëshmojnë që performanca e spitaleve kryesisht atyre rajonale dhe bashkiake është në përkeqësim. Nisur nga sa më sipër jemi ndaluar në analizimin e disa treguesve kryesor të performancës së spitaleve të publikuar nga FDSKSH në raportet vjetor të viteve 2019-2022.

Figura 3. Numri i shtrimeve sipas spitaleve

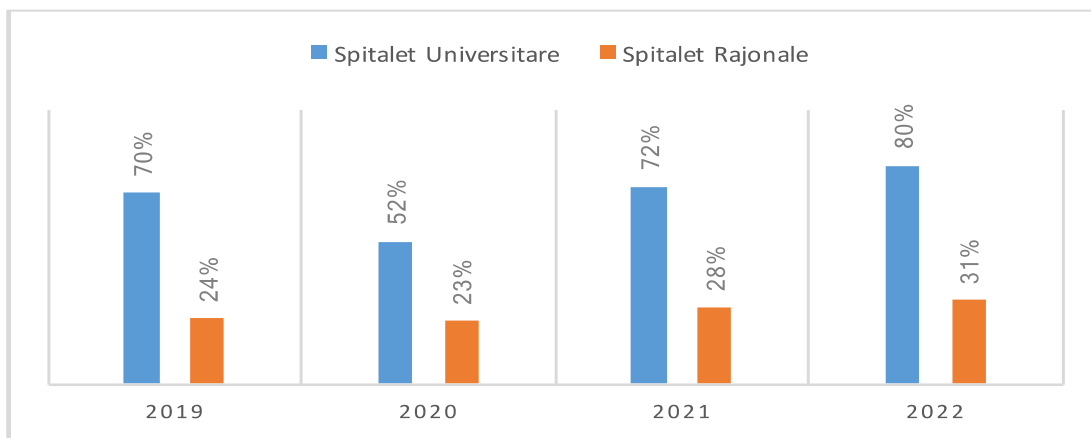


Burimi: Raportet vjetore të FDSKSH 2019-2022

Sikurse vihet re nga të dhënat spitalet universitare të cilat janë të gjitha të përqendruara në qytetin e Tiranës kanë dhe numrin më të lartë të shtrimeve me 159 mijë shtrime. Ndërkohë spitalet rajonale dhe ato bashkiake të cilat janë të shpërndara në të gjitha rrethet e vendit karakterizohen nga një trend në rënie i shtrimeve duke filluar që nga viti 2020. Në raportet vjetore 2019-2022 të FDSKSH mungon një analizë e arsyës të kësaj performance. Ndërkohë që po ti referohemi informacionit për auditimet tematike që realizohen nga auditi i brendshëm i FDSKSH nuk gjendet informacion nëse është realizuar ndonjë auditim mbi eficiencën e financimit të spitaleve rajonale apo bashkiake që kanë një numër të vogël shtrimesh.

Më poshtë paraqitet, koeficienti mesatar i shfrytëzimit të shtretërve sipas tipeve të spitaleve:

Figura 4. Koeficientët e shfrytëzimit të shtretërve në vite

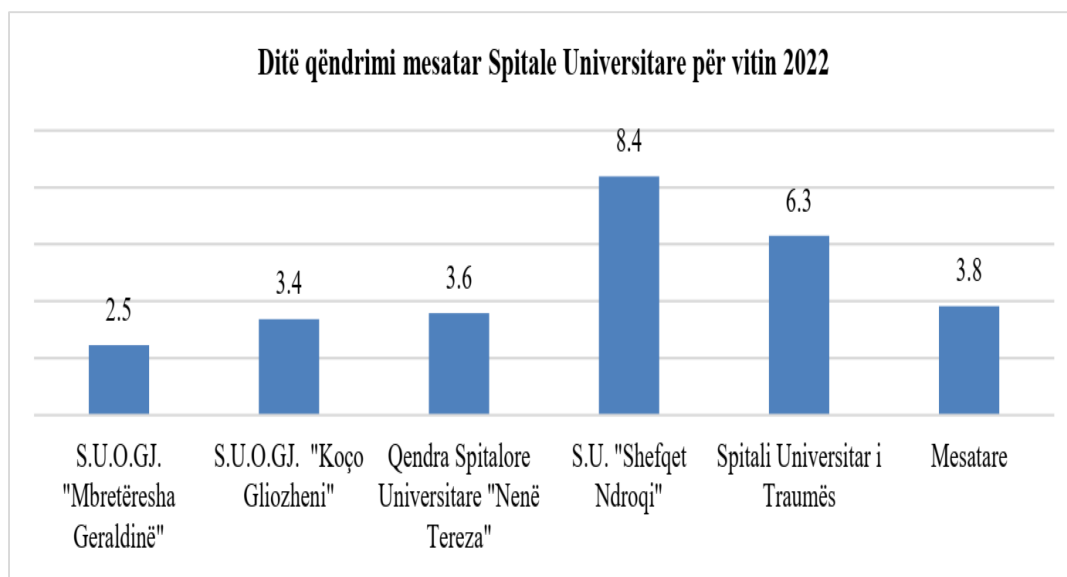


Burimi: Raportet vjetore të FDSKSH 2019-2022

Sikurse shihet koeficientët e shfrytëzimit të shtretërve në spitalet rajonale qëndrojnë nën nivelin prej 30%, ndërkohë që shfrytëzimi më i lartë i shtretërve mbetet në spitalet universitare të lokalizuara në qytetin e Tiranës. Në raportet vjetore të FDSKSH mungon një analizë e shkaqeve të shfrytëzimit të ulët të shtretërve në spitalet rajonale. Theksojmë që shfrytëzimi i ulët i shtretërve nënkupton që kostoja për mbajtjen në funksionim të spitaleve rajonale është në rritje.

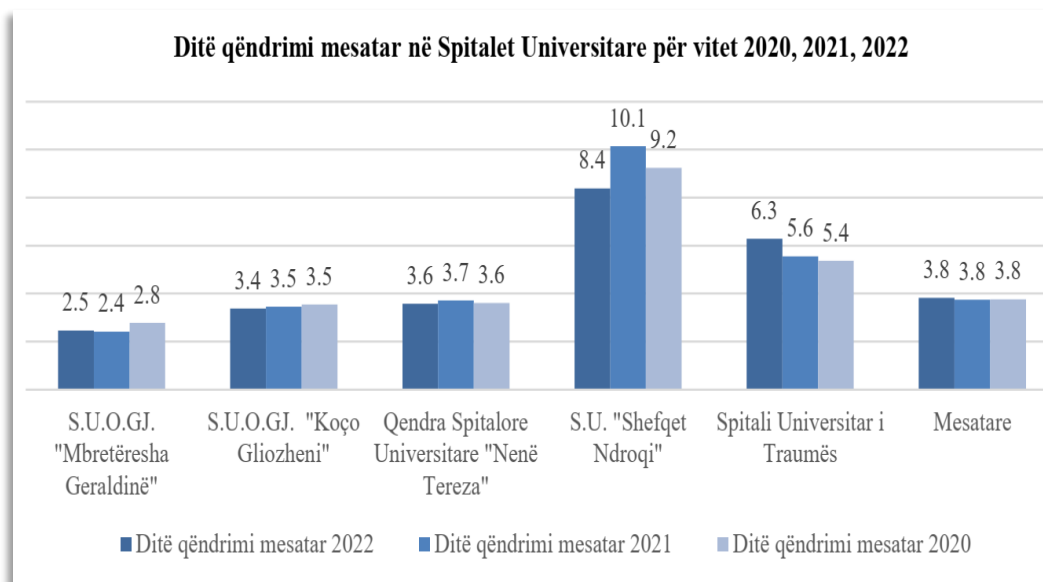
Sa i përket treguesit tjetër të rëndësishëm të lidhur me ditët mesatare të qëndrimit, ajo që vihet re është që analiza e faktorëve të ndikimit nga FDSKSH vazhdon të bëhet në nivel agregat duke “kamufuar” nën këtë analizë spitalet problematike që kanë ditë mesatare qëndrimi të larta mbi nivelin mesatar. Koncretisht në grafikët e mëposhtëm paraqiten ditët mesatare të qëndrimit për vitin 2022 për spitalet universitare dhe krahasimi me vitet 2020-2021.

Figura 5. Ditët mesatare të qëndrimit në Spitalet Universitare



Burimi: Raporti Vjetor 2022 i FDSKSH

Figura 6. Ditët mesatare të qëndrimit në Spitalet Universitare në vite

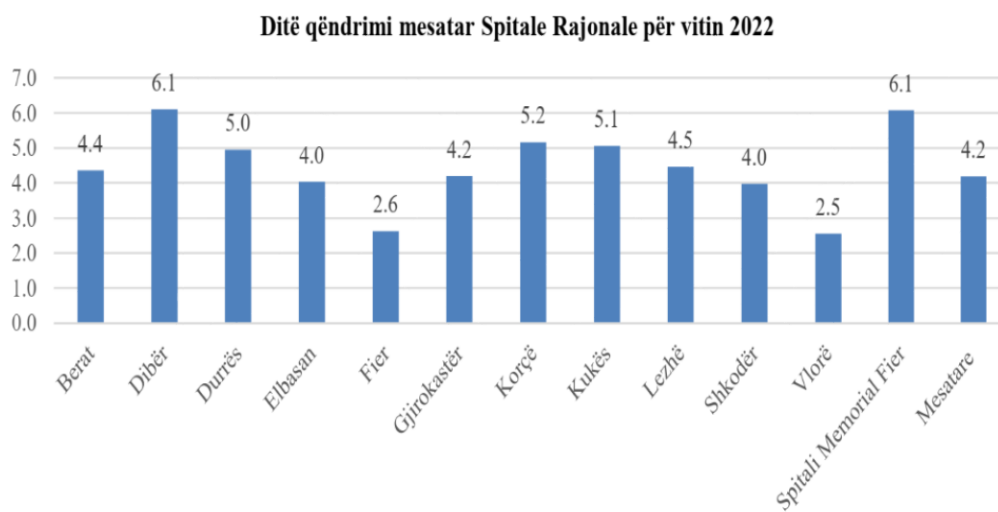


Burimi: Raporti Vjetor 2022 i FDSKSH

Sikurse shihet problematikë paraqiten dy spitale universitare, spitali “Shefqet Ndroqi” dhe “Spitali Universitar i Traumës”, të cilët karakterizohen nga ditë të larta mesatare qëndrimi duke filluar nga 6 deri në 10 ditë. Në studime të ndryshme, koha e gjatë e qëndrimit në spitale lidhet në mënyrë të drejtë me riskun e marrjes së infeksioneve e cila ndikon drejtëpërdrejt në treguesin tjetër të performancës së spitaleve të lidhur me shkallën e lartë të mortalitetit. Nga ana tjetër sa më i lartë qëndrimi në spital, aq më shumë rritet kostoja për trajtimin e pacientëve.

Në kushtet kur mesatarja e qëndrimit në spitale universitare është 3.8 ditë nevojitet të analizohen shkaqet që qëndrojnë pas një mesatare qëndrimi kaq të lartë në spitale të sipërpërmendura. Treguesit e performancës nuk duhet të përdoren thjesht në nivel raportimi, por duhet të analizohen nga FDSKSH për të mundësuar dhe ndërmarrjen e hapave korrektues në menaxhimin e spitaleve që rezultojnë inefficentë në përdorimin e fondeve publike.

Figura 7. Ditët mesatare të qëndrimit në Spitalet Rajonale për vitin 2022



Burimi: Raporti Vjetor 2022 i FDSKSH

Në spitalet rajonale dhe bashkiake mesatarja e ditëve të qëndrimit rezulton në 4.2 ditë, pak më e lartë se mesatarja e qëndrimit në spitalet universitare. Ndërkohë që koeficienti i shfrytëzimit të shtretërve në këto spitale rezulton në nivelin mesatare prej 30%, shumë i ulët krahasuar me atë të spitaleve universitare. Në këto kushte nevojiten të analizohet performanca e spitaleve rajonale duke kombinuar efektin e treguesve të performancës për arritur në konkluzione.

Një tregues performance cilësor që përdoret për analizuar performancën financiare dhe jo financiare të spitaleve është koeficienti i rishtrimit në spital brenda 30 ditëve nga dalja e parë nga spitali. Ky tregues vlerëson efektivitetin e terapisë së dhënë si dhe koston reale të trajtimit të një pacienti. Por në dokumentet buxhetor afatmesëm dhe në raportet e monitorimit vjetor të ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë apo FDSKSH nuk rezulton as i planifikuar dhe as i monitoruar ky tregues. Të tjera tregues me vlerë për të analizuar efijencën spitalore janë koston mesatare të trajtimit të pacientëve sipas terapisë e cila jep një pamje më të qartë se ku alokohet pjesa më e madhe e fondit.

Theksojmë që dhe ky tregues nuk është pjesë e materialeve zyrtare të publikuara nga FDSKSH. Ndërkohë, koston mesatare të trajtimit të pacientëve mund të identifikohen vetëm tek paketat e veçanta që ofrohen nga spitalet dhe paguhen nga fondi. Paketat që ishin planifikuar për t'u financuar nga FDSKSH për vitet 2022-2024, renditen më poshtë:



Tabela 5. Kostot mesatare të trajtimit për pacientë sipas paketave të veçanta

Produkti	9304AB - Pacientë të trajtuar me dializë			
Përshkrimi i Produktit	Këtu përfshihen pagesat që FSDKSH kryen për shërbimin e dializës			
Njësia Matëse	Numër seancash që kryejnë pacientët			
	2021	2022	2023	2024
	Buxheti	Parashikimi	Parashikimi	Parashikimi
Sasia	234,000	234,000	252,000	271,000
Kosto totale (në lekë)	2,400,100,000	2,800,000,000	3,050,000,000	3,320,000,000
Kosto për njësi (në lekë)	10,257	11,966	12,103	12,251
Produkti	9304AD - Paciente te trajtuar nga paketat e kardiologjise dhe kardiokirurgjise			
Përshkrimi i Produktit	Pacientë të trajtuar nga paketat e kardiologjise dhe kardiokirurgjise			
Njësia Matëse	Nr pacientësh			
	2021	2022	2023	2024
	Buxheti	Parashikimi	Parashikimi	Parashikimi
Sasia	8,600	8,600	8,800	8,800
Kosto totale (në lekë)	850,900,000	1,249,000,000	1,269,000,000	1,289,000,000
Kosto për njësi (në lekë)	98,942	145,233	144,205	146,477
Produkti	9304AE - Paciente te trajtuar nga paketat e transplanteve renale			
Përshkrimi i Produktit	Pacientë të trajtuar nga paketat e transplanteve renale			
Njësia Matëse	Nr pacientësh			
	2021	2022	2023	2024
	Buxheti	Parashikimi	Parashikimi	Parashikimi
Sasia	30	26	26	26
Kosto totale (në lekë)	16,780,000	36,780,000	36,780,000	36,780,000
Kosto për njësi (në lekë)	559,333	1,414,615	1,414,615	1,414,615
Produkti	9304AF - Paciente te trajtuar me katarakte			
Përshkrimi i Produktit	Pacientë të trajtuar me katarakte			
Njësia Matëse	Nr pacientësh			
	2021	2022	2023	2024
	Buxheti	Parashikimi	Parashikimi	Parashikimi
Sasia	2,600	4,500	4,500	4,500
Kosto totale (në lekë)	74,000,000	93,150,000	93,150,000	93,150,000
Kosto për njësi (në lekë)	28,462	20,700	20,700	20,700
Produkti	9304AG - Paciente te trajtuar me radioterapi			
Përshkrimi i Produktit	Pacientë të trajtuar me radioterapi			
Njësia Matëse	Nr pacientësh			
	2021	2022	2023	2024
	Buxheti	Parashikimi	Parashikimi	Parashikimi
Sasia	31,400	26,000	26,000	26,000
Kosto totale (në lekë)	147,300,000	147,300,000	147,300,000	147,300,000
Kosto për njësi (në lekë)	4,691	5,665	5,665	5,665

Burimi: Ministria e Financave dhe Ekonomisë/Raportime/Buxheti/Dokumenti Buxhetor Afatmesëm 2022-2024

Kosto të lartë për pacientë paraqesin 2 paketa ajo e kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë dhe paketa e transplanteve renale. Paketa e kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë planifikohet për vitin 2022 me një vlerë prej 145,233 lekë për pacientë ndërsa ajo e transplanteve renale në vlerën 1,414,615 lekë

për pacientë. Referuar realizimit faktik nga paketat e transplantëve renale është realizuar vetëm gjysma e planit pra 13 nga 26 transplante të planifikuara me një kosto për pacientë prej 2,307,692 lekë duke pasur një rritje të koston për transplant në krahasim me planin në vlerën 893,077 lekë ose 63% më shumë se parashikimi. Ndërsa për paketën e kardiologjisë janë realizuar 9365 ndërhyrje nga 8600 të planifikuar me një kosto për pacientë prej 122,135 lekë duke rezultuar me një reduktim të koston së trajtimit për pacientë.

Në raportet e monitorimit të MSHMS dhe në raportin vjetor të FDSKSH nuk analizohet sa më sipër evidentuam por citohen vetëm rezultatet faktike. Mungojnë analiza të arsyeve të devijancave nga plani buxhetor që për disa paketa si ajo e transplantëve renale janë të larta dhe rrjedhimisht duhet të parashtrihen argumenta ezaures për rritjen e koston me 63%, sidomos për paketat për të cilat fondi kontraktin spitale jo publike. Konkretisht paketa e transplantit renal që shfaq dhe devijacion të lartë në kosto sigurohet nga kontraktimi 100% i shërbimit nga spitalet jo publike, sikurse pohon dhe FDSKSH në raportin vjetor për vitin 2022.¹¹

Lidhur me parashikimet e shpenzimeve të lidhura me PPP-të e dializës, sterilizimit të mjeteve kirurgjikale dhe ekzaminimeve laboratorike vërejmë se konstatohen të njëjta probleme si më sipër të lidhura me transparencën kryesisht në formën e të dhënave të cunguara dhe mungesës së analizave të faktorëve të ndikimit. Në përfundim, vlerësojmë se pavarësisht se produktet që financon FDSKSH rezultojnë shumë të rëndësishme në drejtim të realizimit të objektivave strategjik të vendit për përmirësimin e shëndetit dhe rritjen e jetëgjatësisë mesatare të popullsisë, ajo që vërehet është një mungesë e theksuar e transparencës buxhetore të ndjekur nga FDSKSH në planifikimin dhe monitorimin e rezultateve të skemës.

Treguesit e performancës jo financiar raportohen në mënyrë mekanike por nuk shfrytëzohen për të ndërtuar analiza cilësore të performancës së skemës për kujdesin parësor, dytësor dhe rimbursimin e barnave. Transparencë e munguar konstatohet dhe në deklarin e burimeve sikurse janë të ardhurat që mblidhen nga spitalet dhe përdorimi i tyre. Mungojnë të publikuara kostot e shërbimeve kryesore dhe arsyet e ndryshimeve të tyre, të cilat përbëjnë dhe bazën për menaxhimin sa më eficientë dhe efektiv të fondeve publike. Cilësia e raporteve të publikuara nga institucionet përgjegjëse rezulton e dobët dhe shpesh herë e pakuptueshme për lexuesin e thjeshtë. Në këto kushte, vështirësohet së tepërmi detyra e qytetarit dhe e të gjithë palëve të interesuara për të rritur llogaridhënien ndaj FDSKSH mbi përdorimin e kontributeve tona në emër të “një shëndeti më të mirë”.

¹¹ Faqe 49, Raporti i FDSKSH për vitin 2022



V. Mbulimi financiar i skemës

Prioritet strategjik i skemës së kujdesit shëndetësor është mbulimi universal i popullatës me shërbim shëndetësor. Mbulimi universal me shërbim shëndetësor do të thotë që të gjitha kategoritë e popullsisë të kenë akses të barabartë në shërbimet shëndetësore të ofruara në vend në nivel parësor dhe spitalor.

Ndërkohë sikurse sqaruar dhe më sipër, FDSKSH funksion mbi parimin kontributiv, që do të thotë skema mbulon shërbimet shëndetësore për kategoritë e të punësuarve që kontribuojnë në skemë si dhe ato për të cilat paguan buxheti i shtetit në formën e transfertës. Personat e pasiguruar përfitojnë shërbim shëndetësor falas vetëm për vizitat e mjekut të familjes, kontrollin mjekësor bazë (check up) dhe shërbimet e urgjencës mjekësore.

Shërbimi dentar mbetet jashtë skemës dhe i pambuluar për të gjitha kategoritë e popullsisë. Ndërkohë, të gjithë individët e pasiguruar dhe jashtë sistemit të referimit paguajnë koston e plotë të shërbimit si në kujdesin parësor dhe në atë spitalor, sipas tarifave të miratuara për shërbimet. Skema nuk parashikon përjashtime nga tarifat për grupe specifike siç mund të jenë familjet me të ardhura të ulëta.

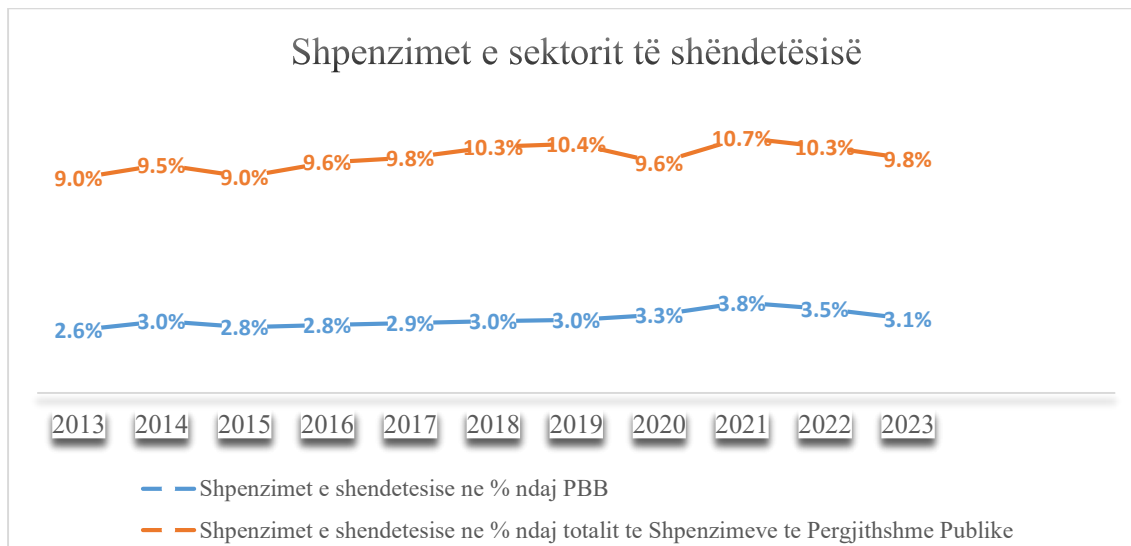
Studimet e ndryshme kanë konkluduar që pagesat informale janë tipike për punonjësit në sistemin shëndetësor shqiptar.¹² Kjo mbështetet dhe nga fakti që në raportin e fundit të progres raportit të Komisionit European për Shqipërinë citohet që “ekonomia informale në Shqipëri vazhdon të mbetet e lartë dhe është kryesisht e mbështetur në pagesat me para në dorë.”¹³

Nga një analizë e të dhënave historike të shpenzimeve funksionale për shëndetësinë në vite në përqindje ndaj PBB dhe në peshë specifike ndaj totalit të shpenzimeve publike vihet re që shpenzimet mesatare qëndrojnë në nivelin 10% të Shpenzimet të Përgjithshme Publike dhe 3% ndaj PBB.

¹² *Can people afford to pay in Albania, Neë evidence on financial protection in Albania/ Tomini.S and Tomini.F (2020)*

¹³ *Albania 2022 Report/EU Commission Paper/2022/faqe 6*

Figura 8. Shpenzimet e sektorit të shëndetësisë në % ndaj PBB dhe në % ndaj Shpenzimeve të Përgjithshme Publike



Burimi: Treguesit e Konsoliduar Fiskalë, Ministria e Financave dhe Ekonomisë

Krahasuar me Rajonin, shpenzimet publike në shëndetësi në Shqipëri rezultojnë më të ulëta.

Tabela 5. Shpenzimet e shëndetësisë krahasuar me rajonin

Shpenzimet e shendetesise ndaj Shpenzimeve te Pergjithme Publike per vendet e rajonit						
Vitet	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Bosnja dhe Hercegovina	14.87	15.37	15.14	15.47	15.63	14.98
Republika e Maqedonise se Veriut	12.83	13.56	12.41	11.83	13.05	12.78
Mali i Zi	13.13	11.52	10.53	9.73	10.92	11.63
Serbia	11	12.03	12.45	11.79	11.65	11.92
Shqiperia	9.6	10.4	10.3	9.8	9.62	8.88

Burimi: WHO database dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

Gjatë 3-mujorit të parë të vitit 2024, INSTAT publikoi rezultatet e Anketës së të Ardhurave dhe të Nivelit të Jetesës e cila mat nivelin e jetës, varfërinë relative dhe privimin material në familjet shqiptare. Sipas kësaj ankete, treguesi për të qenë i varfër në Shqipëri, në vitin 2022 është **20.6%**. Shkalla e thelluar e privimit material tregon përqindjen e individëve që jetojnë në familje të cilët nuk përballojnë të paktën 4 nga 9 kategoritë e privimit material. Ky tregues është vlerësuar 33,2 % në vitin 2022, kundrejt 35,2 % vlerësuar në vitin 2021, duke shënuar një rritje prej 2 pikë përqindje.

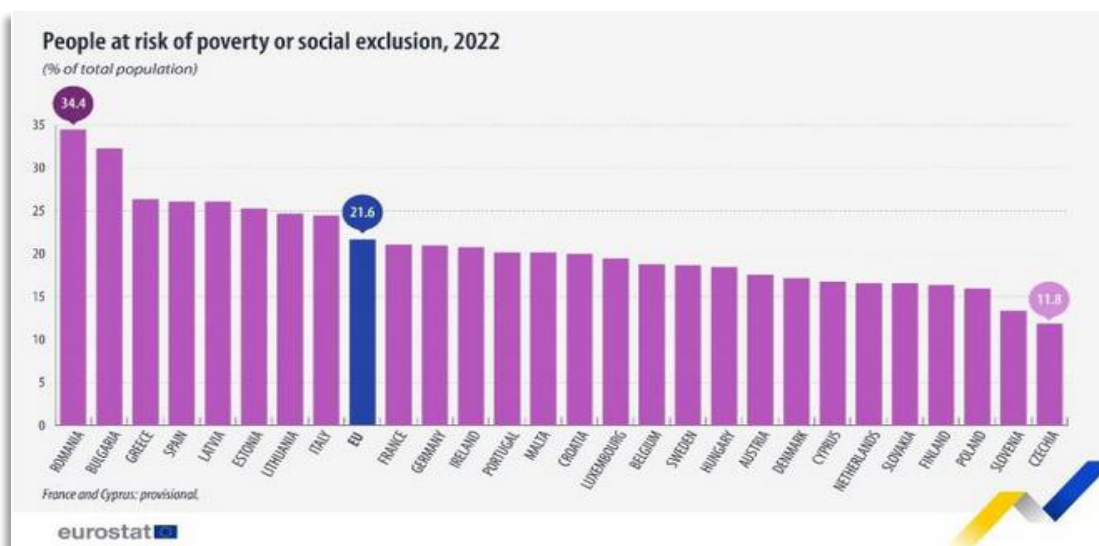
Kategoritë e privimit material sipas metodologjisë së publikuar nga INSTAT janë:

1. Vonesat në pagesat e kredisë ose të qerasë për banesën kryesore, shpenzimet për shërbimet bazë, blerjet me këste ose pagesa të tjera të kredive të marra;
2. Mundësia për të përballuar shpenzimet për pushimet vjetore një javë larg nga shtëpia;
3. Mundësia për të përballuar një vakt me mish, pule, peshk (ose ekuivalentin për vegjetarianët) një herë në dy ditë;
4. Mundësia për të përballuar një shpenzim të paparashikuar financiar me vlerën 30.000 lekë të reja;
5. Mundësia financiare për të përballuar një telefon (duke përfshirë telefonin celular);
6. Mundësia financiare për të pasur një TV me ngjyra;
7. Mundësia financiare për të pasur një makinë larëse;
8. Mundësia financiare për të pasur një makinë;
9. Mundësia financiare e familjes për mbajtjen e shtëpisë ngrohtë në mënyrë të përshtatshme.

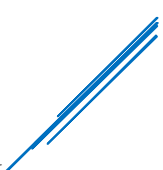
Rreziku për të qenë i varfër ose përjashtimi social i referohet individëve që janë në rrezik për të qenë të varfër, ose thellësisht të privuar materialisht, ose që jetojnë në familje me intensitet shumë të ulët në punësim. Në vitin 2022, ky tregues është vlerësuar 41,6 %, kundrejt 43,9 % vlerësuar në vitin 2021.

Krahasuar me mesataren e EU e cila rezulton në 21.6%, Shqipëria shënjon një përqendrim të treguesit për vitin 2022 duke rezultuar në nivelin 41.6%, duke tejkaluar dhe Rumaninë e cila renditet në krye të listës së vendeve të EU me shkallën më të lartë të rrezikut për të qenë i varfër ose i përjashtuar social në masën 34.4%.

Figura 9. Rreziku për të qenë i varfër ose përjashtimi social në vendet e BE



Burimi: Eurostat/Living conditions in Europe, poverty and social exclusion



Rreziku për të qenë i varfër ose Përrjashtimi Social është përqindja e individëve që janë në rrezik për të qenë të varfër ose thellësisht të privuar materialisht ose me intensitet shumë të ulët në punësim, çka do të thotë që 41.6% e popullsisë në Shqipëri janë në rrezik për të qenë të varfër, të privuar materialisht ose me intensitet të ulët punësimi.

Pra në Shqipëri, 41.6% e popullsisë kanë një standard jetese në prag të varfërisë dhe për pasojë nuk arrijnë të përballojnë një jetese normale me të ardhurat që kanë, ku primare mbetet ushqimi dhe kujdesi shëndetësor. Sikurse përmendëm më lart, skema e kujdesit shëndetësor nuk ofron mbështetje apo përjashtime për familjet me të ardhura të ulëta, të cilat shoqëruar dhe me faktorin tjetër të nivelit të lartë të pagesave nga xhepi që bëhen për shëndetësinë në masën 56%, dëshmojnë që mbulimi financiar i skemës së kujdesit shëndetësor rezulton i dobët dhe jo universal sikurse synohet.

Në përfundim, skema nuk arrin të ofrojë mbulim universal sikurse synon në prioritetet strategjike. Por përkundrazi, niveli i lartë i informalitetit të ekonomisë, shoqëruar nga pagesat e larta informale në sektor shëndetësor, bëjnë që barra më e rëndë të bjerë mbi familjet e varfëra.

VI. Rekomandime

Skema e Kujdesit Shëndetësor nevojitet të ketë vëmendjen e duhur të politikë-bërësve në drejtim të nevojës urgjente për reformimin e saj. Nga studimi i mësipërm, është e kuptueshme që mbulimi financiar i saj në kushtet e informalitetit të lartë të ekonomisë dhe varfërisë së theksuar nuk është i përshtatshëm pasi lë pa adresuar nevojat e mbi 41.6% të popullsisë që janë në rrezik për të qenë të varfër ose të përjashtuar socialë.


Nga ana tjetër, mungesa e transparencës në planifikimin dhe monitorimin e fondeve publike të skemës së FDSKSH ngre dyshime mbi efektivitetin dhe eficiencën e përdorimit të fondeve të lidhura me një të drejtë kushtetuese sikurse është ajo për kujdes shëndetësor. Mungesa e analizave të faktorëve të ndikimit për çdo politikë të ndërmarrë nga FDSKSH dhe MSHMS ul ndjeshëm mundësinë e palëve të interesuara për t'u informuar mbi rezultatet e politikave shëndetësore që ndërmerr qeveria. Gjithashtu, cilësia e raportimit të të dhënave rezulton shumë e dobët, inkonsistente në disa raste dhe totalisht e munguar për një pjesë të konsiderueshme të aktiviteteve të lidhura me kujdesin parësor, dytësor dhe rimbursimin e barnave.

Për shërbimet e dhëna me koncension dhe PPP nuk rezulton të jetë kryer deri tani asnjë analizë cilësore e rezultateve të politikave të deleguara në këto struktura. Procesi i monitorimit të rezultateve të tyre bëhet si pjesë e raportit vjetor të FDSKSH ose raporteve 4-mujore të monitorimit të MSHMS por përveç citimit të rezultateve faktike nuk ka asnjë analizë të mëtejshme e të hollësishme për publikun e gjerë për të kuptuar me “fjalë të thjeshta” si financohen shërbimet e kujdesit shëndetësor nga Qeveria.

Ineficiente rezulton dhe politika aktuale e menaxhimit të spitaleve, veçanërisht atyre rajonale dhe bashkiake, të cilat përveç transparencës së munguar në alokimin e buxheteve, karakterizohen nga një mungesë e theksuar efektiviteti në menaxhimin e tyre, gjë që dëshmohet nga treguesit e performancës të publikuar në vite si pjesë e raporteve vjetore të FDSKSH.

Si rezultat rekomandojmë:

- Skema e kujdesit shëndetësor duhet të ndryshojë modelin duke ofruar një qasje më solidare, në kuptim të mbulimit të plotë të të gjithë popullsisë me shërbim shëndetësor dhe jo vetëm të kategorive të kontribuuesve.
- Reformimi tërësor i skemës së financimit të spitaleve publike duke u mbështetur në modelin e buxhetimit mbi bazë performance dhe cilësie shërbimi;
- Rritje e transparencës dhe cilësisë së raporteve të monitorimit duke shtuar analizat e faktorëve të ndikimit dhe treguesve të performancës cilësore;
- Rritja e transparencës në drejtim të procesit të buxhetimit të fondeve duke publikuar burimet e financimit përfshirë dhe të ardhurat e veta për çdo spital në Republikën e



Shqipërisë, shoqëruar dhe me treguesit respektivë cilësorë si koeficienti i shfrytëzimit të shtretërve, numri i shtrimeve, norma e rishtrimit etj.

- Rritja e shpenzimeve publike për shëndetësinë, pasi niveli i ulët prej 10% të shpenzimeve të përgjithshme publike shoqëruar nga niveli i lartë i pagesave nga xhepi prej 56%, krijojnë mbulim financiar të dobët të skemës dhe lënë vend për abuzim dhe informalitet të lartë në këtë sektor.