

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I FARMACISË

MENAXHIMI I BARNAVE SPITALORE NË QENDRËN SPITALORE
UNIVERSITARE “NËNË TEREZA” NË PERIUDHËN 2010 – 2015

Disertacion i paraqitur për arritjen e gradës shkencore “Doktor”

UDHËHEQËS SHKENCOR:

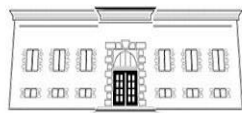
Prof. Ledjan Malaj

KANDIDATI:

Florjana Rustemi

TIRANË

2021



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I FARMACISË**

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Florjana Rustemi

PËR MARRJEN E GRADËS SHKECORE

DOKTOR

**MENAXHIMI I BARNAVE SPITALORE NË QENDRËN SPITALORE
UNIVERSITARE “NËNË TEREZA” NË PERIUDHËN 2010 – 2015**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Ledjan Malaj

MBROHET MË DATË 13/10/2021

PARA JURISË

1. Prof. Suela Dibra Këllici

KRYETAR

2. Prof. As. Brunilda Basha (Myftari)

ANETAR (OPONENT)

3. Prof. Shpëtim Qyra

ANËTAR (OPONENT)

4. Prof. Xheladin Draçini

ANËTAR

5. Prof. As. Dhurata Tarifa

ANËTAR

Mirënjohje dhe falenderime

Së pari do të doja të falenderoja udhëheqësin tim shkencor Prof. Ledjan Malaj për udhëzimet profesionale, sugjerimet dhe mbështetjen gjatë përgatitjes dhe hartimit të disertacionit për arritjen e gradës shkencore “Doktor”.

Falenderoj të gjithë kolegët e mi farmacistë, të gjithë personelin shëndetësor: mjekë dhe infermierë po ashtu edhe punonjësit e administratës të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë për bashkëpunimin, në mënyrë që të mund të lëvrohej një temë me interes, që i jep rolin e merituar personelit shëndetësor, veçanërisht farmacistëve spitalorë që punojnë çdo ditë me sakrificë, guxim, humanizëm, entuziazëm dhe nivel të lartë shkencor për të garantuar një shërbim mjekësor cilësor për të gjithë pacientët.

Gjithashtu dua të falenderoj bashkëshortin tim dhe familjet tona për mbështetjen dhe durimin gjatë këtyre viteve.

Çdo arritje i dedikohet atyre!

Abstrakt

Shpenzimet për barna llogariten rreth 12-38% të shpenzimeve spitalore dhe farmacia spitalore është shërbimi kryesor përgjegjës për menaxhimin e barnave duke garantuar përdorimin e sigurtë, të përshtatshëm dhe të arsyeshëm të tyre. Shumë studime ndërkombëtare kanë vlerësuar përfitimet klinike dhe ekonomike si rezultat i punës administrative dhe menaxheriale të farmacistëve në spitale. Në këtë punim është përfshirë edhe një rishikim literature për të identifikuar rolet aktuale dhe perspektivat ndërkombëtare të farmacistëve spitalorë dhe të menaxhimit të farmacisë spitalore në Australi, Indonezi dhe Tajlandë.

Studimi i paraqitur në këtë disertacion mbi menaxhimin e barnave spitalore është kryer në QSU "Nënë Tereza" Tiranë dhe paraqet të dhënat e marra në farmacinë qendrore dhe në farmacitë periferike të spitalit për periudhën 2010-2015. Roli i farmacistëve spitalorë është ridimensionuar, duke u bërë më gjithëpërfshirës në drejtim të forcimit të rolit administrativo-menaxherial, ekonomik-financiar dhe të rritjes së bashkëpunimit me profesionistët shëndetësorë për terapinë e individualizuar farmakologjike të pacientëve. Barnat e skaduara në farmacitë e spitaleve publike janë një shqetësim i madh, veçanërisht për vendet në zhvillim si Shqipëria, pasi përqindja e tyre shërben si një tregues se si barnat planifikohen, prokurohen, menaxhohen, monitorohen, ruhen, shpërndahen dhe përdoren. Për përmirësimin e menaxhimit dhe kontrollit të inventarit, farmacia spitalore mund të përdorë disa metoda dhe analiza të tilla si: planifikimi më i saktë i nevojave për barna dhe materiale mjekësore, përmirësime në kontratat e furnizimit me operatorët ekonomikë, kontrolli periodik i konsumit, përdorimi i softuerëve kompjuterikë për kontrollin e stokut, analiza ABC, analiza VEN, parimet e FEFO ose FIFO, etj.

Gjatë periudhës 2010-2015 ka patur përmirësim të procedurave administrative në farmacinë e QSU "Nënë Tereza" Tiranë. Studimi paraqet hallkat e menaxhimit të barnave dhe materialeve mjekësore, duke nisur nga planifikimi, prokurimi, kontraktimi, marrja në dorëzim, ruajtja, kontrolli i inventarit, shpërndarja, përdorimi i barnave dhe materialeve mjekësore dhe optimizimi i trajtimit farmakologjik dhe sugjeron rekomandime konkrete në drejtim të përmirësimit të mëtejshëm të farmacistit spitalor.

Rezulton se për periudhën 2010-2015 ka patur ulje të vlerës së barnave dhe materialeve mjekësore të skaduara, rritje të sasive të prokuruar të barnave dhe materialeve mjekësore, rritje të përfitimit ekonomik dhe terapeutik për kemioterapeutikët e përdorur në terapitë e individualizuara në Shërbimin Onkologjik dhe Shërbimin Hematologjik.

Në vijim vlerësohet i domosdoshëm krijimi i Shërbimit Universitar të Farmacisë Spitalore, si pjesë e Departamentit të Farmacisë pranë Universitetit të Mjekësisë Tiranë, për rritjen e kapaciteteve profesionale dhe teknike të farmacistëve dhe profilizimi i tyre me fokus formimin e farmacistit klinik dhe vijimi i standartizimit të procedurave përmes SOP-ve të përshtatshme dhe përmirësime rregullatore, ligjore dhe kontraktuale.

Fjalë kyçe: farmaci spitalore, barna, menaxhim, kontroll inventari, skadenca, terapi e individualizuar.

Abstract

The cost of medicines is estimated at about 12-38% of hospital expenditures and the service of hospital pharmacy is the main service responsible for the management of medicines, guaranteeing their safe, appropriate and reasonable use. Many international studies have evaluated the clinical and economic benefits as a result of the managerial work of hospital pharmacists. This research includes a literature review to identify current and international roles and perspectives of hospital pharmacists and hospital pharmacy management in Australia, Indonesia and Thailand.

The study on the management of hospital medicines was conducted at UHC "Mother Teresa" Tirana and presents the data obtained in the central and peripheral pharmacies of the hospital during the period 2010-2015. The role of hospital pharmacists has been redimensioned, in terms of strengthening the managerial and economic-financial role and increasing cooperation with health professionals for individualized treatment of patients. Expired medicines in public hospital pharmacies are a major concern, especially for developing countries like Albania, as their percentage serve as an indicator on how drugs are planned, procured, managed, monitored, stored, distributed and used. To improve inventory management and control, hospital pharmacy can use several methods and analyzes such as: more accurate planning of needs for drugs and medical supplies, improvements in contractual terms for supply contracts, periodic consumption control and reports, use of stock control toolkits, ABC analysis, VEN analysis, FEFO or FIFO principles, etc.

Improvements in administrative procedures resulted in the pharmacy of UHC "Mother Teresa" Tirana during the period 2010-2015. The study presents data on the management of medicines and medical materials, from planning, procurement, contracting, delivery, storage, inventory control, distribution, usage of medicines and medical materials and optimization of pharmacological treatment and suggests recommendations in terms of improvement of hospital pharmacists.

Results during the studied period, has shown that there has been a decrease in the value of expired medicines and medical materials, an increase of the procured medicines and medical materials, an increase in economic and therapeutic benefit for chemotherapy agents used in individualized treatment therapies in Oncology and Hematology Department.

The establishment of the University Hospital Pharmacy Department, as part of the Department of Pharmacy at the University of Medicine Tirana, is important and immediate in order to increase the professional and technical capacities of pharmacists with a focus on the specialization of clinical pharmacists and continuing standardization of procedures through appropriate SOPs and regulatory, legal and contractual improvements.

Keywords: hospital pharmacy, medicines, management, inventory control, expiration, individualized treatment therapy.

Parathënie

Gjatë dekadave të fundit roli i farmacistëve ka ndryshuar nga të qenët vetëm “shpërndarës” në “menaxherë”, të cilët janë përgjegjës dhe administrojnë në nivel ekonomiko-financiar inventarin, janë të përfshirë në të gjithë aktivitetet që lidhen me barnat dhe materialet mjekësore spitalore, duke filluar që nga planifikimi, prokurimi, ruajtja, monitorimi, kontrolli i inventarit, shpërndarja dhe së fundmi po fuqizohet roli i farmacistëve si “menaxherë të terapisë farmakologjike”, të cilët ofrojnë shërbim farmaceutik. Transformimi i praktikave të farmacistit për fat të keq duket se kuptohet pak nga pacientët, si në vendet e zhvilluara dhe akoma më pak nga pacientët e vendeve në zhvillim, si Shqipëria.

Shpenzimet për barna llogariten rreth 12-38% të shpenzimeve spitalore dhe farmacia spitalore është shërbimi kryesor i ngarkuar me përgjegjësinë për të menaxhuar barnat duke garantuar përdorimin e sigurtë, të përshtatshëm dhe të arsyeshëm të tyre. Shumë studime ndërkombëtare kanë vlerësuar përfitimet klinike dhe ekonomike si rezultat i punës menaxheriale dhe administrative të farmacistëve dhe shërbimeve farmaceutike në spitale. Për të ndihmuar institucionet kompetente përgjegjëse në secilin vend për të krijuar udhëzimet dhe rregulloret përkatëse, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) dhe Federata Ndërkombëtare Farmaceutike (FIP) kanë hartuar udhëzimet për Praktikën e Mirë të Farmacisë (GPP). Standardet e praktikës së farmacisë spitalore janë ratifikuar gjithashtu në shumë vende, dhe është krijuar një konsensus global i quajtur “Deklaratat e Bazelit mbi të ardhmen e farmacisë spitalore”. (1) 75 deklaratat e Bazelit janë hartuar në vitin 2008 dhe janë përditësuar në Shtator 2014, ku aktualisht kemi gjithsej 65 deklaratat. (1, 2) Ato pasqyrojnë rëndësinë e ofrimit të shërbimeve nga farmacia spitalore dhe përfshijnë të gjitha proceset që ndjekin barnat dhe materialet mjekësore në spital, nga prokurimi, tek monitorimi i tyre, edukimi i vazhdueshëm dhe specializimi e profilizimi i farmacistëve spitalorë me fokus formimin e farmacistëve klinikë përmes shërbimit universitar të farmacisë spitalore. (1, 2, 3, 4, 5)

Sidoqoftë, shumë ndryshime përsa i takon tipeve të spitaleve, pronësisë (private ose publike) dhe fazave të zhvillimit rajonal, janë të zakonshme në Shqipëri. Me ndryshimet e vazhdueshme në industrinë e kujdesit shëndetësor, të tilla si ndryshimi i sistemeve shëndetësore, demografia e pacientëve, ose përparimi i teknologjisë dhe shkencës mjekësore, shumë farmaci spitalore përballen me sfida për të përmbushur standardet e praktikës profesionale. Për këtë arsye, farmacia spitalore luan një rol jetësor në menaxhimin e barnave për të përmirësuar efikasitetin dhe cilësinë e shërbimit, si dhe menaxhimin e qëndrueshmërisë financiare. Menaxhimi është një faktor thelbësor për të “shkallëzuar” ofrimin e shërbimeve në forcimin e sistemeve shëndetësore dhe përmirësimin e shëndetit të popullatës në vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme, ku bën pjesë edhe Shqipëria.

Menaxherët në sektorin spitalor luajnë një rol kyç veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Edhe pse rëndësia e menaxhimit në farmacitë spitalore është e qartë, është e zakonshme për shumë spitale që farmacistët të anashkalojnë praktikën e menaxhimit të vlerave monetare dhe financiare. Edhe pse ka patur disa studime të kryera nga vendet e zhvilluara, ka relativisht pak kërkime aktuale për vendet në zhvillim.

Eksplorimi i përvojave të farmacistëve spitalorë në farmacinë spitalore përmes studimeve dhe veçanërisht përmes studimit të praktikave të ndjekura nga farmacitë spitalore të spitaleve të caktuara, si në rastin e këtij disertacioni ku është studiuar menaxhimi i barnave spitalore në

farmacinë e QSUT, na ndihmon të kuptojmë që menaxhimi është kritik për të mësuar më shumë rreth çështjeve aktuale dhe drejt aplikimeve të ardhshme të menaxhimit në farmacinë spitalore. Në këtë disertacion janë paraqitur të dhëna sasiore, të përfuara nga Sistemi i Informatizimit të Shërbimit Farmaceutik në QSUT (SISP), raporte të gjeneruara nga sistemi i gjenerimit të raporteve të sistemit të informatizimit (PENTAHO) dhe të dhëna të përfuara nga regjistrat e farmaceve të Shërbimeve të ndryshme, kryesisht Shërbimit të Hematologjisë dhe Shërbimit të Onkologjisë, për të vlerësuar kosto-efektivitetin e trajtimeve të ndryshme me fokus barnat antineoplastike dhe imunomodulatore, për minimizimin e humbjeve gjatë përgatitjes dhe administrimit të tyre në QSUT, për përfundimin ekonomik për sistemin shëndetësor spitalor dhe terapeutik për pacientët. Përshkrimin e teknikave të ndryshme të menaxhimit të stokut dhe kontrollit të inventarit, ndërhyrjet e ndryshme të kryera nga Shërbimi Farmaceutik në bashkëpunim me Drejtorinë e Përgjithshme të QSUT, për menaxhimin e mirë të barnave dhe materialeve mjekësore spitalore në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë që nga planifikimi, prokurimi, kontrolli, ruajtja dhe deri tek shpërndarja në shërbime mjekësore, në rritjen e rolit të farmacistit spitalor dhe implementimin e një kuadri ligjor të përmirësuar lidhur me detyrimet kontraktuale të operatorëve ekonomikë të shpallur fitues gjatë procedurave të prokurimit, konform legjislacionit në fuqi në Republikën e Shqipërisë. Përmirësimin dhe rritjen e komunikimit ndërmjet Shërbimit Farmaceutik, Drejtorisë së Përgjithshme të QSUT, shërbimeve mjekësore të QSUT-së, Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, operatorëve ekonomikë, etj, me fokus menaxhimin sa më të mirë të barnave dhe materialeve mjekësore spitalore, uljen e kostos së trajtimit, rritjen e sigurisë, cilësisë dhe efikasitetit të trajtimit, duke patur në vëmendje garantimin e shërbimit në kohë ndaj pacientëve sipas protokolleve të përdorura nga shërbimet mjekësore, minimizimin e skadencave të barnave dhe materialeve mjekësore spitalore, zvogëlimin e kostos si pasojë e reduktimit të mbetjeve të barnave antineoplastike dhe imunomodulatore gjatë terapisë së individualizuar të pacientëve dhe përfundimin terapeutik të pacientëve. Sa më sipër janë paraqitur në formën e kapitujve dhe nënkaptujve të ndarë duke pasqyruar të dhënat dhe duke diskutuar rezultatet e përfuara. Është përfshirë gjithashtu një rishikim literature për të zbuluar perspektivat ndërkombëtare të menaxhimit të farmacistëve spitalore.

Si përfundim, qëllimet e studimit të përshkruar në këtë disertacion janë në pasqyrimin e një informacioni të qartë të organizimit dhe funksionimit të punës së farmacistëve spitalorë në menaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore spitalore, përmes një paraqitje të efekteve të kryera drejt përmirësimit të praktikave dhe procedurave të punës, në mënyrë që të mund të implementohen standartet më të mira ndërkombëtare. Përmes një administrimi të mirë të aktivitetit të kontrollit, ruajtjes dhe shpërndarjes së barnave dhe materialeve mjekësore, mund të kemi përfitime për spitalin. Këto përfitime apo kursime, mund të përkthehen në terma ekonomik-financiarë, kohe dhe personeli. Po ashtu jemi ndalur edhe tek sfidat, përmirësimet që duhen kryer për mundësimin e një menaxhimi më të mirë të barnave dhe materialeve mjekësore spitalore dhe vizioni për të ardhmen drejt krijimit të një shërbimi universitar të farmacistëve spitalorë, specializimit dhe profilizimit të farmacistëve spitalorë dhe farmacistëve klinikë, si e ardhmja e shërbimit farmaceutik spitalor në Shqipëri.

**Të gjithë të dhënat e përdorura në këtë disertacion, janë punim origjinal dhe nuk mund të kopjohen apo përdoren për asnjë qëllim pa autorizimin e autorit të disertacionit.*

PËRMBAJTJA

Mirënjohje dhe falenderime	3
Abstrakt.....	4
Abstract.....	5
Parathënie.....	6
Lista e shkurtimeve	15
Lista e tabelave	17
Lista e grafikëve.....	20
Lista e figurave	21
KAPITULLI I	22
Hyrje	22
1.1. Evolucion i spitaleve.....	22
1.2 Struktura spitalore	22
1.2.1 Spitalet poliblok	22
1.3 Farmacia spitalore	23
1.3.1 Farmacia klinike.....	24
1.3.2 Informacion mbi farmacinë spitalore në QSUT	24
KAPITULLI II.....	26
2.1 Pjesa e përgjithshme	26
2.1.1 Historiku dhe vështirësi të përgjithshme.....	26
2.1.2 Barnat në kontekstin e sistemit shëndetësor shqiptar.....	26
2.1.3 Tregu Farmaceutik në Shqipëri.....	28
2.2 Tenderimi i barnave në grupe	32
2.3 Marrëveshjet e kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements)	32
2.4 Kontroll i rreptë i respektimit të udhëzimeve nga mjekët e përgjithshëm dhe të familjes	33
2.5 Rekomandimi i barnave sipas emrit xhenerik nga mjekët specialistë.....	33
2.6 Përdorimi i udhëzuesve klinikë për barnat e shtrenjta spitalore	33
2.7 Çmimi i barnave.....	37
2.7.1 Renditja sipas paketimit / kutisë të barit	37
2.7.2 Krahasimi i çmimeve të barnave nisur nga INN	37
2.7.3 Krahasimi i çmimeve me shumicë, jo çmimeve CIF	38
2.7.4 Zgjerimi i listës së vendeve referencë dhe rishikimi i çmimeve të paktën dy herë në vit.....	38
2.7.5 Zbatimi i krahasimeve të çmimeve përmes një sistemi informatizimi.....	38

2.7.6 Çmimi referencë i jashtëm	38
2.7.7 Mekanizmat shtesë të çmimeve	40
2.8 Barnat xhenerike	41
2.9 Vlerësimi i Teknologjisë Shëndetësore (HTA).....	42
KAPITULLI III	43
3.1. Menaxhimi i farmacisë spitalore: një rishikim i literaturës	43
3.1.1 Farmacia spitalore dhe strukturat organizative	43
3.1.2 Modele praktike	43
3.1.3 Burimet	44
3.2 Menaxhimi i farmacisë	44
3.2.1. Përkufizimi i menaxhimit.....	44
3.2.2. Menaxhimi i farmacisë në kontekstin Australian.....	45
3.2.2.1 Sistemi shëndetësor Australian	45
3.2.3. Menaxhimi i aktiviteteve	45
3.2.4. Rishikimi i literaturës aktuale	46
3.2.4.1 Kërkimi i literaturës	46
3.2.4.2 Rezultatet e kërkimit të literaturës	46
3.2.4.3 Menaxhimi financiar	47
3.2.4.4 Menaxhimi strategjik	47
3.2.4.5 Menaxhimi i inventarit.....	49
3.2.4.6 Struktura organizative dhe sjellja.....	49
3.2.4.7 Menaxhimi i personelit	51
3.2.4.8 Menaxhimi i riskut.....	52
3.2.4.9 Përfundime	52
3.3. Menaxhimi i Farmacisë Spitalore në Australi.....	52
3.3.1 Hyrje	52
3.3.2 Perceptimet e roleve aktuale	54
3.3.3 Ngarkesa e lartë e punës.....	54
3.3.4 Opinione rreth menaxhimit aktual të farmacisë spitalore	55
3.3.5 Menaxhimi Financiar	55
3.3.6 Menaxhimi i informacionit	55
3.3.7 Menaxhimi i inventarit.....	56
3.3.8 Menaxhimi i personelit	56
3.3.9 Menaxhimi i riskut.....	56
3.3.10 Elementet thelbësore në farmacinë spitalore.....	56

3.3.10.1. Kompetencat	57
3.3.10.2. Udhëheqja/Lidershipi.....	57
3.3.10.3. Sistem i ngurtë	57
3.3.11 Vizioni dhe shqetësimet për të ardhmen	57
3.3.11.1. Zhvillimi i karrierës	58
3.3.11.2. Vlerësimi profesional.....	58
3.3.11.3. Mungesa e fondeve të mjaftueshme.....	58
3.3.11.4. Qëndrimet ndaj ndryshimeve	58
3.3.12 Diskutim.....	58
3.3.12.1. Perceptimet e roleve aktuale	59
3.3.12.2. Opinione rreth menaxhimit aktual të farmacistëve spitalorë	59
3.3.13 Elementet thelbësore në farmacinë spitalore.....	60
3.3.14 Vizione dhe shqetësime për të ardhmen	60
3.4 Rolet aktuale të farmacistëve spitalorë në Indonezi.....	61
3.4.1 Marrëdhëniet midis filozofive, modeleve të praktikave dhe qëndrimeve të farmacistëve.....	61
3.4.1.1 Diskutime	61
3.5 Shqetësimet në Menaxhimin e Farmacistëve Spitalorë në Indonezi.....	62
3.5.1 Hyrja	63
3.5.2 Çështjet që lidhen me planifikimin	63
3.5.2.1 Kërcënimet dhe mundësitë për farmacinë spitalorë	63
3.5.2.2 Rëndësia e çështjeve të planifikimit.....	64
3.5.2.3 Mungesa e planifikimit strategjik	64
3.5.3 Çështjet në menaxhimin e aktiviteteve operacionale	64
3.5.4 Çështjet e menaxhimit të burimeve njerëzore.....	64
3.5.5 Çështjet e menaxhimit të shërbimeve	64
3.5.6 Kultura organizative.....	65
3.5.6.1 Duke punuar në fusha multidisiplinare të kujdesit shëndetësor.....	65
3.5.6.2 Mbështetje e pamjaftueshme.....	65
3.5.6.3 Përgjegjësit e farmacistëve	65
3.5.7 Zgjidhjet e propozuara	65
3.5.7.1 Udhëheqja/Lidershipi në farmacinë spitalorë	66
3.5.7.2 Rregulloret për të mbështetur praktikën.....	66
3.5.8 Diskutime	66
3.5.8.1 Çështjet në planifikim	66
3.5.8.2 Çështjet e menaxhimit operacional	67

3.5.9 Kultura organizative.....	68
3.5.9.1 Zgjidhjet e propozuara	68
3.6 E ardhmja e farmacisë spitalore në Indonezi	69
3.6.1 Hyrje	69
3.6.2 Drejtimet e së ardhmes.....	70
3.6.3 Drejtimet e së ardhmes.....	70
3.6.4 Mjedisi i jashtëm.....	71
3.7 Përmbledhje e gjetjeve kryesore	72
3.7.1 Përfundime	72
3.7.2 Implikimet në praktikë	74
3.7.3 Kufizimet e studimit	74
3.7.4 Rekomandime për punën në të ardhmen	75
3.8 Vështrim mbi farmacinë spitalore në Tajlandë	75
3.9 Rishikim i literaturës.....	76
3.9.1 Spitale publike në Tajlandë.....	76
3.10 Menaxhimi i zinxhirit të furnizimit.....	77
3.10.1 Sistemi i shtytjes	78
3.10.2 Sistemi i tërheqjes	78
3.10.3 Kontrolli i inventarit	78
3.10.3.1 Arsyetimi për pasjen e një inventari	79
3.10.4 Kostot e inventarit.....	79
3.11 Klasifikimi i inventarit	80
3.11.1 Klasifikimi ABC	80
3.11.2 Klasifikimi VEN	81
3.12 Metodat e kontrollit të inventarit	82
3.12.1 Buxheti i hapur për blerje (OTB).....	82
3.12.2 Metoda e listës së shkurtër	82
3.12.3 Karta e regjistrimit të stokut.....	83
3.12.4 Qasja e sasisë fikse të porosisë	83
3.13 Studimet e rëndësishme	83
3.14 Studim Rasti.....	84
3.14.1 Profili i organizatës	84
3.14.1.1 Departamenti i Farmacisë	85
3.14.2 Farmacia spitalore	85
3.14.3 Kategorizimi i barnave.....	85

3.14.4 Blerja.....	86
3.14.5 Marrja në dorëzim.....	86
3.14.6 Ruajtja.....	87
3.14.7 Shpërndarja	87
3.14.8 Monitorimi	88
3.14.9 Raportimi	88
3.14.10 Menaxhimi i mbetjeve	89
3.15 Problematika	89
3.16 Analiza	90
3.16.1 Klasifikimi i inventarit.....	91
3.16.1.1 Klasifikimi ABC	91
3.16.1.2 Klasifikimi VEN	92
3.16.2 Përcaktimi i Sasisë së Porosisë	95
3.16.2.1 Modeli i thjeshtë EOQ	96
3.16.2.2 Modeli EOQ i rregulluar	96
3.16.2.3 Qasja në intervalin e porosisë fikse.....	97
3.16.2.4 Sistemi me dy kosha	97
3.16.3 Shënim i rëndësishëm	97
3.16.4 Përfundime dhe rekomandime	98
KAPITULLI IV	100
4.1 Metodologjia	100
4.1.1 Vështrim i përgjithshëm.....	100
4.2 Qëllimi dhe objektivat e studimit.....	101
4.2.1 Qëllimi i studimit	101
4.2.2 Objektivat e studimit.....	101
4.3 Metodika e studimit	101
4.4 Buxheti për shërbimin spitalor për periudhën 2010-2015.....	102
4.5 Organizimi i Shërbimit Farmaceutik në QSUT	103
4.5.1 Vështrim i Përgjithshëm	103
4.5.2 Misioni	104
4.5.3 Qëllimi dhe objektivat.....	104
4.5.4 Vizioni.....	104
4.5.5 Organigrama.....	104
4.5.6 Detyrat dhe përgjegjësitë.....	105
4.5.6.1 Farmacia Qëndrore.....	105

4.5.6.2 Farmacia e Shërbimit	106
4.6 Proçedura e pranimit të barnave në farmacinë spitalore të QSUT	107
4.6.1 Proçedura e punës mbi bazën e detyrave dhe funksionet e Komisionit të kolaudimit të barnave dhe materialeve mjekësore	107
4.7 Proçedura e punës së hyrjes së mallit në Farmacinë Qëndrore	107
4.8 Proçedura e planifikimit të përgatitjes së listës së barnave që përshkruhen në spital së bashku me indikacionet e përdorimit të tyre	108
4.9 Proçedura e përshkrimit, administrimit dhe monitorimit të barnave	108
4.10 Proçedura e furnizimit me barna të pavioneve.....	108
4.11 Proçedura e Dokumentimit të Gabimeve të sistemit informatizues	109
4.12 Proçedura e sigurimit të barnave kur farmacia e spitalit është e mbyllur	110
4.13 Proçedura e magazinimit, shpërndarjes, ruajtjes/trajtimit dhe furnizimit me substanca radioaktive diagnostikuese.....	110
4.14 Proçedura e punës së Farmacisë së Rimbursimit	110
4.15 Përshkrimi i punës së Shërbimit Farmaceutik në QSUT	111
4.15.1 Funksionet kryesore të Shërbimit Farmaceutik.....	112
4.15.1.1 Përgjegjësitë e personelit.....	112
4.15.1.2 Shefi i Shërbimit	113
4.15.1.3 Përgjegjësi i Farmacisë	113
4.15.1.4 Farmacisti / Ndihmës Farmacisti	114
4.16 Sistemi i informatizimit në QSUT	115
4.16.1 SISP dhe Shërbimi Farmaceutik QSUT	116
4.17 Bashkëpunimi me fokus mirëmenaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore	116
4.18 Prokurimi i barnave dhe materialeve mjekësore	117
4.19 Përmirësimi i proçedurave të prokurimit publik	118
4.20 Përmirësim i kushteve kontraktuale për mirëmenaxhim të barnave dhe materialeve mjekësore	120
4.21 Informacion mbi barnat që përgatiten në kapë dhe që jepen me recetë	151
4.21.1 Lista e barnave që përgatiten në kapë	151
4.21.2 Lista e barnave që jepen me recetë	152
4.22 Përfitimi ekonomik dhe klinik si rezultat i përgatitjes në kapë të kemioterapeutikëve	153
4.22.1 Llogaritjet e kostove dhe humbjeve të Bortezomib në Shërbimin e Hematologjisë para dhe pas përgatitjes në kapë.....	153
4.22.1.1 Kursimet në kosto si rezultat i ndarjes së flakoneve të Bortezomib në QSUT	153
4.22.1.2 Cfarë është Mieloma Multiple	153
4.22.1.3 Linjat e trajtimit	153
4.22.1.4 Trajtimi i Mieloma multiple në QSU “Nënë Tereza” Tiranë.....	155

4.22.1.5 Periudha e studimit.....	155
4.22.1.6 Kriteret e studimit	156
4.22.1.7 Rezultatet	156
4.22.1.8 Konkluzione	157
4.22.1.9 Diskutimi i rezultateve	157
4.22.10 Përfitimi ekonomik para dhe pas përgatitjes në kapë në Shërbimin e Hematologjisë në QSUT të disa kemioterapeutikëve.....	158
4.23 Lista e kemioterapeutikëve të përfshirë në studim të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë për periudhën 10.2014 – 04.2015.....	160
4.23.1 Metodologjia	160
4.23.2 Rezultate	164
4.23.3 Diskutimi i rezultateve	164
KAPITULLI V.....	165
5.1 Diskutimi i rezultateve	165
KAPITULLI VI	166
6.1 Përfundime.....	166
KAPITULLI VII.....	167
7.1 Rekomandime	167
Shtojca A.....	169
Procedurat Standarte të Punës të propozuara për menaxhimin farmaceutik në Farmacinë Qëndrore të QSUT, viti 2020.....	169
Shtojca B.....	198
Lista e barnave për përdorim në spitalet e Republikës së Shqipërisë për vitin 2014, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë.....	198
Shtojca C.....	210
Lista e materialeve mjekësore për përdorim në spitalet e Republikës së Shqipërisë për vitin 2014, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë.....	210
BIBLIOGRAFIA	229

Lista e shkurtimeve

SHBA - Shtetet e Bashkuara të Amerikës

EHR - Sistemi Elektronik i Shëndetit

PBB – Produkti i Brendshëm Bruto

MSHMS - Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale

FSDKSH - Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor

QSUT - Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”

MAT - Mbajtës të Autorizimeve për Tregtim

TVSH - Tatim mbi Vlerën e Shtuar

BE – Bashkimi European

ATC - Anatomik Terapeutik Kimik

INN – Emri i Përbashkët Ndërkombëtar

NICE - Instituti Kombëtar për Shëndetin dhe Kujdesin Shëndetësor

HTA - Vlerësimi i Teknologjisë Shëndetësore

ASHP - Shoqata Amerikane e Farmacistëve të Sistemit Shëndetësor

NHS - Shërbimi Shëndetësor Kombëtar

FDA - Administrata Amerikane për Barnat dhe Ushqimet

DTC - Komiteti i Barnave dhe Terapisë

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

VEN – Jetike, Thelbësore, Jothelbësore

FEFO – First Expity First Out / Produkti që skadon i pari duhet të dalë i pari

FIFO – First In First Out / Produkti që pranohet i pari në magazine duhet të dalë i pari

EOQ – Sasia ekonomike e porosisë

OTB - Buxheti i hapur për blerje

ROP - Pika e rikërkesës

DST - Dokumente Standarte të Tenderit

MSH (Management Science for Health) – Shkenca e Menaxhimit të Shëndetit, një organizatë shëndetësore ndërkombëtare jofitimprurëse, misioni i së cilës është të shpëtojë jetë dhe të përmirësojë shëndetin e njerëzve më të varfër dhe më vulnerabël në botë

GDP – Produkti i Brendshëm Bruto

QALY – Vite jete me cilësi të rregulluar

DDD – Dozë mesatare mbajtëse ditore

KLSH – Kontrolli i Lartë i Shtetit

TVSH – Tatim mbi Vlerën e Shtuar

Lista e tabelave

Tabela 2.1. Shqipëria krahasuar me vendet e zgjedhura të Ballkanit Perëndimor në kontekstin makroekonomik

Tabela 2.2. Shpenzimet e FSDKSH për barna pjesë e listës së barnave të rimbursueshme nga viti 2006 deri në vitin 2012

Tabela 2.3. Shpenzimet e FSDKSH-së për barna për frymë, sipas rajoneve

Tabela 2.4. Marzhet e barnave në Shqipëri

Tabela 2.5. Marzhet mesatare të shitjes me shumicë në vendet e BE-së

Tabela 2.6. Shpenzimet e spitaleve rajonale për barna për periudhën 2011-2013

Tabela 2.7. 15 barnat spitalore me shpenzimet më të larta në vitin 2014

Tabela 2.8. Shpenzimet për 15 barnat spitalore me çmimin më të shtrenjtë për njësi në vitin 2012

Tabela 2.9. Krahasimet e çmimeve të produkteve të zgjedhura në Shqipëri, Kroaci, Serbi dhe Maqedoni

Tabela 3.1. Tendencat kryesore financiare që ndikojnë në industrinë e spitalit

Tabela 3.2. Pesë faktorë që lidhen me sigurimin e shërbimit të farmacisë klinike në spitalet e SHBA

Tabela 3.3. Temat e përfshira në intervistat me pjesëmarrësit australianë

Tabela 3.4. Sfidat e së ardhmes për farmacinë spitalore

Tabela 3.5. Shembull për kryerjen e analizave ABC / VEN

Tabela 3.6. Matrica e bashkimit të modeleve ABC / VEN

Tabela 4.1. Indikatorë shëndetësorë për vitet 2013-2015

Tabela 4.2. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore vitet 2010-2015

Tabela 4.3. Aktiviteti farmaceutik dhe rritja në % për vitet 2010-2015

Tabela 4.4. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore për vitet 2013-2015

Tabela 4.5. Trendi i rritjes në % të shpenzimeve për barna dhe materiale mjekësore 2013-2015

Tabela 4.6. Të dhëna mbi sasinë e prokuruar për disa barna spitalore për vitet 2013-2014

Tabela 4.7. Sasia e prokuruar për disa barna kemioterapeutike në QSUT për vitet 2013-2015

Tabela 4.8. Rritja në përqindje e sasisë së prokuruar të disa kemioterapeutikëve referuar sasisë së vitit 2013

Tabela 4.9. Skadencat në përqindje në QSUT për vitet 2012-2015

Tabela 4.10. Konsumi i antineoplastikëve dhe imunomodulatorëve për vitet 2012-2014

Tabela 4.11. Konsumi i barnave Antiretrovirale për vitet 2014-2016

Tabela 4.12. Konsumi i faktorëve të gjakut për vitet 2012-2016

Tabela 4.13. Ilustrim praktik i arsyeve që çojnë në krijimin e skadencave të barnave në farmacinë spitalore të QSUT

Tabela 4.14. Barnat që zënë 80 % të shpenzimeve spitalore për vitin 2015

Tabela 4.15. Barnat që zënë 20 % të shpenzimeve spitalore për vitin 2015

Tabela 4.16. Barnat kemioterapeutike zënë 40 % të shpenzimeve për barnat për vitin 2015

Tabela 4.17. Lista e barnave që përgatiten në kapë

Tabela 4.18. Lista e barnave që jepen me recetë

Tabela 4.19. Humbja në euro si rezultat e administrimit të barit Bortezomib para dhe pas përgatitjes në kapë

Tabela 4.20. Disa kemioterapeutikë të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë në QSUT në periudhën 01.2016 – 06.2016

Tabela 4.21. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të disa kemioterapeutikëve të përgatitur në kapë për Shërbimin e Hematologjisë në QSUT

Tabela 4.22. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Doxorubicinës të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë

Tabela 4.23. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Vincristinës të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë

Tabela 4.24. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Cyclophosphamide të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë

Tabela 4.25. Disa kemioterapeutikë të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë në QSUT në periudhën 10.2014 – 04.2015

Tabela 4.26. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Doxorubicinës të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë

Tabela 4.27. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Trastuzumab të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë

Tabela 4.28. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të disa kemioterapeutikëve të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë

Lista e grafikëve

Grafiku 4.1. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore vitet 2010-2015

Grafiku 4.2. Rritja në % e shpenzimeve për barna dhe materiale mjekësore 2010-2015

Grafiku 4.3. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore për vitet 2013-2015

Grafiku 4.4. Trendi i rritjes në % të shpenzimeve për barna dhe materiale mjekësore 2013-2015

Grafiku 4.5. Sasitë e prokuruar të disa barnave të shtrenjtë spitalorë 2013-2014

Grafiku 4.6. Sasitë e prokuruar të disa barnave kemioterapeutike në QSUT në vitet 2013-2015

Grafiku 4.7. Trendi i rritjes në % të sasisë së prokuruar të disa kemioterapeutikëve referuar vitit 2013

Grafiku 4.8. Skadencat në përqindje në QSUT për vitet 2012-2015

Grafiku 4.9. Konsumi i kemioterapeutikëve për vitet 2012-2014

Grafiku 4.10. Konsumi i disa kemioterapeutikëve për vitet 2012-2014

Grafiku 4.11. Konsumi i barnave Antiretrovirale për vitet 2014-2016

Grafiku 4.12. Konsumi i faktorëve të gjakut për vitet 2012-2016

Lista e figurave

Figura 4.1. Organigrama e Shërbimit Farmaceutik në QSUT viti 2015

Figura 4.2. Skema e qarkullimit të barnave dhe materialeve mjekësore nga furnitori deri në nivel pacienti, gjurmimi i çdo bari me Nr. Serial/Batch deri në nivel pacienti

KAPITULLI I

Hyrje

1.1. Evolucioni i spitaleve

Spitali lindi gjatë shekujve nga dy nevoja themelore: karantina, me qëllim izolimin e të sëmurëve që vuajnë nga sëmundje ngjitëse dhe bamiçësia, për të ndihmuar të sëmurët. Spitali, midis fundit të shekullit XVIII dhe gjysmës së parë të shekullit XX, mbetet selia për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve, jo vetëm infektive. Më vonë ai gjithashtu bëhet selia e studimit të sëmundjeve, me zhvillimin e organizimit universitar brenda spitalit.

Sidoqoftë, në vitet tetëdhjetë dhe nëntëdhjetë të shekullit XX ne jemi dëshmitarë të një ndryshimi të ri dhe të madh në sajë të teknologjive shumë të sofistikuara. Në këtë fazë në spital vërehen probleme të rëndësishme që rezultojnë nga dështimi në projektim dhe dizajnim i një sistemi logjistik dhe komunikimi të brendshëm.

Për këtë arsye bëhet e qartë se suksesi i një organizate nuk lidhet vetëm me aftësinë për të përfutur njohuri inovative nga jashtë, por edhe më shumë nga qëndrimi ndaj kërkimit dhe inovacionit.

1.2 Struktura spitalore

Nga këndvështrimi i sistemit spitalor, llojet ekzistuese të spitaleve janë thellësisht të diferencuar.

1.2.1 Spitalet poliblok

Në Itali, për shkak të legjislacionit shtrëngues të vitit 1939, që parashikon një lartësi jo më të madhe se shtatë kate dhe dimensione më të vogla të qendrave urbane krahasuar me qendrat e mëdha në SHBA, është marrë një rrugë e ndërmjetme midis sistemit të pavjoneve dhe monoblokut të gradaçielave, i cili çoi në zhvillimin e një tipologjie të re ndërtese: poliblok. Polibloku përbëhet nga një numër i vogël ndërtesash të ndërlidhura, me lartësi mesatare ndërmjet pesë dhe shtatë kateve, ku janë rregulluar shërbimet, trajtimet dhe shtrimet në spital.

Lindja e poliblokut është gjithashtu për shkak të "lehtësisë së ndarjes së bllokut të projektuar në një numër blloqesh më të vegjël për shkak të numrit të madh të shtretërve që do ta bënte kaotik funksionimin e bllokut të vetëm." (Tommaselli, 1954) (6)

Bashkimi midis dy llojeve të strukturave garanton një integrim më të mirë në mjedis urban, kontakte më të mira me kopshtet dhe zonat e brendshme, kosto më të ulëta të prodhimit dhe gjithashtu mundësi më të mëdha për zgjerim.

Në Itali, lloji monoblok është adaptuar për spitalet e vogla dhe të mesme, lloji poliblok për spitalet më të mëdha, për të shmangur një grumbullim të tepërt të shtretërve në një strukturë të vetme arkitekture. (6)

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë është institucioni shëndetësor më i madh në Shqipëri dhe ofron shërbim spitalor për mbi 80000 raste/vit, shërbim urgjencash me mbi 250000 persona/vit dhe shërbim shëndetësor ambulator për rreth 300000 persona/vit. Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” ka një kapacitet prej 1450 shtretërish dhe ofron ndihmë mjekësore për mesatarisht 400 pacientë ditorë e të shtruar.

1.3 Farmacia spitalore

Në dekadat e fundit roli i farmacistëve spitalorë ka ndryshuar nga të qenët vetëm “shpërndarës” në “menaxherë”, të cilët janë përgjegjës dhe administrojnë në nivel ekonomiko-financiar inventarin, janë të përfshirë në të gjithë aktivitetet që lidhen me barnat dhe materialet mjekësore spitalore, duke filluar që nga planifikimi, prokurimi, ruajtja, monitorimi, kontrolli i inventarit, shpërndarja dhe së fundmi po fuqizohet roli i farmacistëve si “menaxherë të terapisë farmakologjike”, të cilët ofrojnë shërbim farmaceutik. Transformimi i praktikave të farmacistit, për fat të keq duket se kuptohet pak nga pacientët, si në vendet e zhvilluara dhe akoma më pak nga pacientët e vendeve në zhvillim, si Shqipëria.

Farmacia spitalore është shërbimi kryesor i ngarkuar me përgjegjësinë për të menaxhuar barnat duke garantuar përdorimin e sigurtë, të përshtatshëm dhe të arsyeshëm të tyre. Shumë studime ndërkombëtare kanë vlerësuar përfitimet klinike dhe ekonomike si rezultat i punës menaxheriale dhe administrative të farmacistëve dhe shërbimeve farmaceutike në spitale. Për të ndihmuar institucionet kompetente përgjegjëse në secilin vend për të krijuar udhëzimet dhe rregulloret përkatëse, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) dhe Federata Ndërkombëtare Farmaceutike (FIP) kanë hartuar udhëzimet për Praktikën e Mirë të Farmacisë (GPP). Standardet e praktikës së farmacisë spitalore janë ratifikuar gjithashtu në shumë vende, dhe është krijuar një konsensus global i quajtur “Deklaratat e Bazelit mbi të ardhmen e farmacisë spitalore”. (1)

75 deklaratat e Bazelit janë hartuar në vitin 2008 dhe janë përditësuar në Shtator 2014, ku aktualisht kemi gjithsej 65 deklarata. (1, 2) Ato pasqyrojnë rëndësinë e ofrimit të shërbimeve nga farmacia spitalore dhe përfshijnë të gjitha proceset që ndjekin barnat dhe materialet mjekësore në spital, nga prokurimi, tek monitorimi i tyre, edukimi i vazhdueshëm dhe specializimi e profilizimi i farmacistëve spitalorë me fokus formimin e farmacistëve klinikë përmes shërbimit universitar të farmacisë spitalore. (1, 2, 3, 4, 5, 187)

1.3.1 Farmacia klinike

Farmacia klinike është dega që përfshin studime të farmacisë, që specializon farmacistët spitalorë në ofrimin e ndihmës për pacientët për optimizimin e përdorimit të barnave duke promovuar shëndetin, mirëqënien dhe parandalimin e sëmundjeve duke bashkëpunuar me mjekët. Në farmacinë klinike bari humbet rolin e tij qëndror, duke i lënë vendin pacientit, i cili bëhet pikëmbështetje e çdo aktiviteti profesional. Objektivi i së ardhmes në farmacinë spitalore është të përgatisë dhe specializojë figurën e re profesionale të Farmacistit Klinik duke analizuar mundësitë dhe burimet përmes rezultateve të arritura gjatë përvojës së kryer në farmaci.

1.3.2 Informacion mbi farmacinë spitalore në QSUT

Ky disertacion është zhvilluar gjatë aktivitetit të kryer në farmacinë spitalore të QSUT. Të dhënat e mbledhura, u trajtuan në respekt të privatësisë, përmes programeve kompjuterike, në mënyrë që të ekstrapolohen të dhënat e dobishme për të arritur objektivat e këtij disertacioni. Përvoja e fituar dhe rezultatet e regjistruara në këtë disertacion mund t'i atribuojnë një vlerë figurës së farmacistit të spitalit. Një element që duhet të konsiderohet sigurisht është ai i dobisë: në fakt, puna gjatë këtij disertacioni u krye duke përfutur vetëm nga disa nga mundësitë e shumta që farmacisti spitalor mund të kishte në fushën e optimizimit të burimeve financiare, menaxhimit, monitorimit, shpërndarjes së barnave dhe mbështetjes së mjekëve.

Menaxhimi i zinxhirit logjistik përfaqëson një zonë me interes në rritje në sektorin e kujdesit shëndetësor dhe gjithnjë e më shumë ndërhyrje për të racionalizuar proceset e prokurimit të mallrave dhe shërbimeve, kërkojnë zbatimin e ndërhyrjeve në logjistikë. Në disertacionin e paraqitur, problemi i menaxhimit të barnave dhe materialeve mjekësore brenda institucionit shëndetësor u adresua në veçanti. Në veçanti, u theksua se të gjitha aktivitetet e kryera që kanë si objekt të tyre të interesit barnat duhet të konsiderohen si aktivitete kritike: zgjedhja, blerja, menaxhimi logjistik, konsumi, kontrolli. Nëse, është e mundur të integrohen aspektet administrative në lidhje me blerjen, logjistikën dhe aspektet klinike dhe operacionale nga receta deri tek administrimi, ky problem do të ishte zgjidhur kryesisht, pasi spitalet dhe strukturat shëndetësore do të ishin në gjendje të adaptonin strategji më të mira prokurimi. Një nga qëllimet është, në fakt, të lejohet planifikimi afatmesëm falë:

- Parashikimeve të konsumit në pavion përmes ICD-ve që u atribuohen pacientëve të shtruar në spital;
- Lëshimi automatik i kërkesave të kryera kur kemi receta të përshkruara.

Për këtë qëllim, është zbatuar një algoritëm i cili, duke filluar nga recetat, llogarit nevojën për barna në intervalin e shqyrtuar. Këto të dhëna mund të transmetohen në kohë reale në një depo të jashtme që rregullon në mënyrë qëndrore nevojat afatshkurtra të disa pavjoneve që i përkasin të njëjtit spital, duke garantuar kursime të mtejshme.

Në kontekstin e menaxhimit të barnave, vlen të përmendet një model i ri organizativ që parashikon centralizimin e depove aktuale në një qendër të vetme shërbimi në të cilën do të përcillen të gjitha aktivitetet e copëtuara në disa depo. Krijohet kështu në sektorin e kujdesit shëndetësor, një logjikë e grumbullimit që lejon menaxhimin e unifikuar të barnave dhe materialeve mjekësore në një depo të vetme të pritjes dhe magazinimit. Informatika mjekësore

u ofron profesionistëve të kujdesit shëndetësor një gamë të gjerë njohurish dhe mjetesh për të përmirësuar shumë aspekte të veprimtarisë së tyre profesionale: përfshirë menaxhimin automatik të porosive dhe administrimin e barnave dhe materialeve mjekësore. Teknologjia e informacionit bën të mundur automatizimin racional të menaxhimit të kartelës mjekësore përmes përdorimit të duhur të sistemit të informacionit spitalor: hapi i parë është krijimi i një baze të të dhënave që është një përmbledhje e të dhënave të lidhura logjikisht dhe të krijuara për t'u përdorur në një mënyrë të optimizuar nga aplikacione dhe përdorues të ndryshëm.

Ky proces çon në zhvillimin e një regjistri elektronik mjekësor, i njohur zakonisht si Sistemi Elektronik i Shëndetit (EHR), i aftë të realizojë bashkëveprimin e sistemit të recetave / administrimit dhe sistemin e përgjithshëm të menaxhimit të magazinës së farmacisë periferike dhe porosive drejt farmacisë qendrore. Përmes aftësisë së kryqëzimit të të dhënave të natyrave të ndryshme të organizuara në bazën e të dhënave të lartpërmendura, përmes EHR-së do të jetë e mundur që automatikisht të lëshohen kërkesa për porosi nga pavioni drejt farmacisë, bazuar në konsumin dhe stokun në depon e farmacisë periferike; do të sigurohet mbështetje për veprimtarinë vendimmarrëse të mjekut, i cili do të rekomandojë barnat aktualisht të disponueshme dhe më në fund do të jetë e mundur të sugjerohen trajtime më pak të kushtueshme për shërbimin shëndetësor.

Përparësitë që merren duke përdorur modelin e zhvilluar EHR janë:

- Ulja e kostove të kujdesit shëndetësor, stokeve dhe kostove të menaxhimit;
- Optimizimi i burimeve të disponueshme;
- Kontrolli në kohë reale i barnave të disponueshme në farmaci dhe pavione spitalore, për të garantuar gjurmueshmërinë e kutisë ose dozës së vetme;
- Përcaktimi i nevojave të sakta të barnave dhe materialeve mjekësore përmes menaxhimit të kompjuterizuar të ciklit terapi-recetë-administrim;
- Verifikimi automatik i lidhjes bar-pacient gjatë administrimit dhe dërgimit të barnave;
- Ulja e rrezikut për pacientët;
- Parandalimi i gabimeve të administrimit, monitorimi në kohë reale i terapive;
- Gjurmueshmëria e materialeve mjekësore.

KAPITULLI II

2.1 Pjesa e përgjithshme

2.1.1 Historiku dhe vështrim i përgjithshëm

2.1.2 Barnat në kontekstin e sistemit shëndetësor shqiptar

Shqipëria shpenzon rreth 6 % të PBB-së në kujdesin shëndetësor. Në vitin 2013, shpenzimet publike për shëndetësinë ishin 2.6 përqind e PBB-së (43 përqind). Krahësuar me vendet e tjera të Ballkanit Perëndimor, shpenzimet totale për shëndetin për frymë, në dollarë amerikanë janë modeste, ashtu si edhe pjesa e shpenzimeve të qeverisë për shëndetin nga shpenzimet totale të qeverisë. Pjesa e shpenzimeve private për shëndetin, në shpenzimet totale shëndetësore mbetet ende e lartë, krahasuar me rajonin. Shpenzimet nga xhepi janë shumë të larta dhe zënë rreth 55 % të shpenzimeve totale për shëndetësinë. Nga këto, 45 % janë shpenzuar në barna, pjesa tjetër e shpenzuar kryesisht për shërbime shëndetësore ambulatorë. Vlerësohet se 61 % e popullsisë është e mbuluar nga sigurimet shëndetësore shoqërore dhe deri në 3 % e familjeve janë shtyrë në varfëri si rezultat i shpenzimeve shëndetësore. Pagesat jozyrtare mbeten të zakonshme dhe vlerësohen në rreth 10 % të totalit të shpenzimeve të xhepit. Shërbimet spitalore dhe trajtimi afatgjatë për kancerin, tuberkulozin dhe sklerozën multiple, në fillim vitet 2000 (në teori) ofroheshin falas për të gjithë popullatën.

Tabela 2.1. Shqipëria krahasuar me vendet e zgjedhura të Ballkanit Perëndimor në kontekstin makroekonomik

Shteti	Indikatori	2009	2010	2011	2012
Shqipëri	Shpenzimet në shëndetësi per capita (në US\$)	229,99	206,62	242,92	227,51
Bullgari		462,75	480,19	521,53	515,53
Kroaci		1.095,20	1.050,69	991,82	908,31
Serbi		576,51	546,03	622,45	561,14
Shqipëri	Shpenzimet në shëndetësi, private (% ndaj totalit të shpenzimeve shëndetësore)	52,91	54,61	52,06	52,40
Bullgari		44,65	44,31	44,69	43,71
Kroaci		15,11	15,20	17,51	17,68
Serbi		38,14	38,13	37,89	38,84
Shqipëri	Shpenzimet në shëndetësi, publike (% e shpenzimeve qeveritare)	8,46	8,46	9,85	9,85
Bullgari		9,65	11,28	11,28	11,76
Kroaci		17,74	17,74	15,05	15,05
Serbi		13,92	14,08	14,09	13,36

Burimi: Baza e të dhënave Banka Botërore

Shërbimet shëndetësore ofrohen në tre nivele:

- 1) Kujdesi shëndetësor parësor që ofrohet nga qendrat shëndetësore;
- 2) Kujdesi shëndetësor sekondar i ofruar në spitalet rajonale dhe bashkiake;
- 3) Kujdesi terciar, i cili mbetet mjaft i kufizuar kryesisht i ofruar në spitalet universitare në Tiranë.

Për sa i përket rregullimit, juridiksioni bie kryesisht nën Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS). MSHMS është autoriteti i ngarkuar për të gjithë politikat dhe strategjitë që synojnë zhvillimin e kujdesit shëndetësor si dhe koordinimin e të gjithë aktorëve brenda sistemit. Parlamenti shqiptar miraton buxhetin vjetor për kujdesin shëndetësor. Fondet mbledhen nga taksat dhe Ministria e Financave (kontributet e pagave për sigurimin shëndetësor dhe fondet nga taksat e përgjithshme) dhe bashkohen në Fondin e Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH). Reformat e fundit kanë rritur rolin e FSDKSH-së (i quajtur më parë Instituti i Sigurimit Shëndetësor). FSDKSH, i cili është një organ i pavarur, përgjigjet drejtpërdrejt në parlament, financon kujdesin shëndetësor parësor dhe spitalor (përfshirë barnat, pajisjet mjekësore të rimbursueshme dhe paketat e shërbimeve shëndetësore) mbi bazë kontraktuale.

Për shkak të problemeve me cilësinë e kujdesit të nivelit parësor dhe sekondar, pacientët shpesh anashkalojnë sistemin e referimit dhe kërkojnë kujdes direkt në spitalet terciare ose i drejtohen sistemit shëndetësor privat. Mungesat e barnave në institucionet publike në periudhën e fillim viteve 2000 kanë qënë të zakonshme. Udhëzuesit klinikë për pesë diagnozat më të zakonshme janë zhvilluar përmes Projektit të Modernizimit të Sektorit Shëndetësor, por zbatimi i këtyre udhëzuesve aktualisht nuk monitorohet. Modelet dhe edukimi për stafin klinik, infermior dhe ndihmës duhet të përshtaten me standardet ndërkombëtare.

Shpenzimet publike dominohen nga shpenzimet spitalore me fokus drejt shërbimeve terciare. Disiplina financiare në sistem është e dobët dhe ka çuar në një problem kronik të pagesave të prapambetura të spitaleve, të cilat në vitin 2013 arritën në 4,5 miliardë lekë (45 milion dollarë), shumica e të cilave i atribuoheshin Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” (QSUT). Ky problem aktualisht është tejkaluar, spitalet nuk kanë pagesa të prapambetura dhe kjo falë rritjes së buxhetit spitalor ndër vite, por edhe rritje të llogaridhënies kundrejt zbatimit të disiplinës financiare nga ana e spitaleve.

Sistemet e informacionit nuk lejojnë MSHMS-në, FSDKSH-në, ose menaxherët e institucioneve dhe mjekët të monitorojnë plotësisht cilësinë dhe efikasitetin e kujdesit. Në pjesën më të madhe, spitalet bashkiake, spitalet rajonale dhe kujdesi parësor nuk disponojnë sisteme moderne, të plota, të informacionit shëndetësor dhe për këtë arsye digjitalizimi në shëndetësi është një nga objektivat e MSHMS-së.

Dieta tradicionale mesdhetare është pozicionuar për një kohë të gjatë si një shpjegim kryesor për treguesit relativisht të mirë të shëndetit të të rriturve në Shqipëri, zakonet e të ngrënies kanë ndryshuar dhe Profili Global i Barrës së Sëmundjeve 2010 përmend rreziqet dietike, si faktori kryesor i rreziqut shëndetësor të popullsisë në Shqipëri, i ndjekur nga hipertensioni dhe duhanpirja. Këto të fundit janë një tjetër burim kryesor shqetësimi për shkak të ndikimit të tyre të rëndë (veçanërisht afatgjatë) të dëmshëm në rezultatet shëndetësore dhe meqënëse ka prova që nivelet e pirjes së duhanit janë rritur kohët e fundit. (7)

Paketa e kontrollit mjekësor bazë falas në të gjithë vendin për popullsinë e grupmoshës 35 - 70 vjeç, është një hap i parë në rritjen e përgjegjshmërisë së sistemit ndaj profilit të ri

epidemiologjik, i cili duhet të vijohet me ndjekjen dhe trajtimin e vazhdueshëm të atyre që diagnostikohen me risqe ose probleme shëndetësore.

Shpenzimet relativisht të ulëta për kujdesin shëndetësor (si në aspektin e shpenzimeve totale dhe të atyre publike), përqindja e lartë e shpenzimeve nga xhepi dhe një përqindje jashtëzakonisht e ulët e të siguruarve në popullatë tregojnë për faktin se Shqipëria nuk e ka konsideruar investimin në kujdesin shëndetësor si një përparësi. Si rrjedhojë mund të presim që një pjesë e konsiderueshme e shqiptarëve të sëmurë nuk diagnostikohen siç duhet dhe nuk trajtohen me terapi të përshkruar në mënyrë racionale. Përveç vështirësive ekonomike, çështjet e cilësisë së kujdesit mund të ndikojnë më tej në pajtueshmërinë dhe sasinë e barnave të përshkruara në terapi për pacientët e diagnostikuar.

Sa më sipër, e kombinuar me rritjen e pritur të incidencës dhe prevalencës së sëmundjeve jo të transmetueshme, kontrolli mjekësor bazë falas për popullsinë e grupmoshës 35 - 70 vjeç në mbarë vendin dhe moszhvillimi i sistemeve të centralizuara të informatizimit për monitorimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor mund të gjenerojë një potencial të konsiderueshëm për përshkallëzimin, uljen e shpenzimeve për barna në vitet e ardhshme.

2.1.3 Tregu Farmaceutik në Shqipëri

Buxheti i rimbursimit i FSDKSH-së është rritur në mënyrë të vazhdueshme gjatë viteve. Buxheti i rimbursimit të barnave të FSDKSH-së për vitin 2013 ishte 60 milion Euro, nga afërsisht 56 milion në 2012 dhe 49 milion në 2011. Sipas FSDKSH, 90% e buxhetit të rimbursimit është shpenzuar për individë në kategori të përjashtuara, të cilët përfitojnë 100% rimbursim. Disa kategorive të të siguruarve, nuk u kërkohet të paguajnë bashkëpagesa. Në rastet kur rimbursohen barna xhenerike, rimbursohet plotësisht vetëm xheneriku më i lirë. Kategoritë e përjashtuara përfshijnë pensionistët, invalidët, fëmijët 0-1 vjeç, pacientët me kancer, pacientët me tuberkuloz, jetimët dhe të verbrit. Për më tepër, veteranët dhe invalidët e luftës nuk paguajnë bashkëpagesë për asnjë bar në listën e rimbursueshme.

Kategoritë e përjashtuara kontribuojnë në mënyrë të konsiderueshme në shpenzimet për 10 barnat me rimbursim më të lartë sipas vlerës. Këto barna përbëjnë rreth 35% të buxhetit të rimbursimit (dhe top 20 barnat me rimbursim më të lartë sipas vlerës përbëjnë 47% të buxhetit). Këto janë kryesisht barna për sëmundje kronike dhe kancer.

Rritja vjetore e shpenzimeve të FSDKSH për barna ka qenë nga 2008-2012 në dy shifra: midis 14 dhe 20% në vit. Për shkak të faktorëve themelorë të përmendur më sipër, është e arsyeshme të presim që kjo prirje të vazhdojë edhe në të ardhmen.

Tabela 2.2. Shpenzimet e FSDKSH për barna pjesë e listës së barnave të rimbursueshme nga viti 2006 deri në vitin 2012

Shqipëria/Viti	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FSDKSH shpenzimet për barna në milion Lekë	3,619	3,494	4,216	4,856	5,927	6,883	7,880
Rritja në përqindje		3.46%	20.66%	15.19%	22.06%	16.12%	14.49%

Burimi: FSDKSH

Shpenzimet e FSDKSH-së për barna, për frymë tregojnë një ndryshim thelbësor nga 1,518 lekë në 5,178 lekë sipas rajoneve. Ky fenomen nuk mund të shpjegohet në mënyrë të arsyeshme nga ndryshimet në barrën rajonale të sëmundjes, por mund të jetë rezultat i disa çështjeve si p.sh.: ndryshimet në proporcionin e të siguruarve në rajon, standardet e ndryshme dhe cilësia e kujdesit ose përqendrimit të pacientëve në disa rajone, veçanërisht i Tiranës.

Tabela 2.3. Shpenzimet e FSDKSH-së për barna për frymë, sipas rajoneve

FSDKSH shpenzimet për barna per capita sipas rajoneve në Lekë	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Berat	891	817	1,005	1,157	1,343	1,476	1,760
Dibër	698	586	694	882	1,051	1,363	1,553
Durrës	1,011	930	1,103	1,255	1,493	1,662	1,857
Elbasan	648	686	870	1,068	1,299	1,659	1,905
Fier	1,016	884	1,026	1,139	1,271	1,471	1,665
Gjirokastrë	666	658	835	1,021	1,286	1,628	1,973
Korçë	962	914	1,066	1,267	1,553	1,824	2,126
Kukës	839	779	897	1,038	1,177	1,346	1,518
Lezhë	754	762	896	1,096	1,383	1,645	1,854
Shkodër	1,044	954	1,120	1,315	1,617	2,053	2,435
Tiranë	2,310	2,322	2,841	3,212	4,028	4,548	5,178
Vlorë	1,078	1,034	1,236	1,429	1,667	1,995	2,348

Burimi: FSDKSH & INSTAT

Shqipëria importon shumicën e barnave të saj, megjithatë ka disa prodhues vendas që prodhojnë një numër të barnave thelbësore. Sipas MSHMS, në tregun farmaceutik në Shqipëri në vitin 2014 kanë operuar rreth 50 Mbajtës të Autorizimeve për Tregtim (MAT) dhe 30 importues dhe shpërndarës farmaceutikë. Numri i importuesve dhe distributorëve farmaceutikë me shumicë duket mjaft i lartë, kur krahasohet me shumicën e vendeve të BE-së, duke pasur parasysh popullsinë dhe tregun. Në vitin 2014, nga një total prej rreth 1700 farmacish në

Shqipëri, rreth 980 janë të kontraktuar nga FSDKSH për shpërndarjen e barnave të rimbursuara.

Farmacitë zakonisht funksionojnë si njësi të vetme. Disa zinxhirë farmacish janë gjithashtu të pranishëm në treg, më i madhi është FarmaNet Albania.

Për shumë prej barnave të rimbursuara ka shumë emra të markave në treg dhe deri në vitin 2013 ndryshimi midis çmimit më të ulët dhe më të lartë me pakicë mund të ketë qënë rreth shtatëmbëdhjetë herë. Kjo ka çuar në bashkëpagesa të panevojshme dhe të larta për pacientët pasi ata zakonisht zgjedhin (siç rekomandohet nga mjeku ose farmacisti) të blejnë markat më të shtrenjta.

Shqipëria vepron me marzhe fitimi fikse, me marzhe të ndryshme në varësi të grupeve / klasave të barnave. Shkalla në të cilën zbatohen në të vërtetë marzhet kërkon një kontroll të mëtijshëm dhe një kontroll më të rreptë. Rreth viteve 2013-2014, Drejtori i Qendrës Kombëtare të Kontrollit të Barnave ka raportuar raste në të cilat barnat u shiteshin tregtarëve me shumicë me çmime shumë më të ulëta se çmimi i deklaruar CIF (si p.sh.: deri në 69% zbritje për metronidazol), që do të sugjeronte që distributorët të angazhoheshin në veprime promovuese për të inkurajuar shpërndarjen e barnave më të shtrenjta.

Tabela 2.4. Marzhet e barnave në Shqipëri

	Marzhet përpara Prill 2014		Marzhet pas Prill 2014	
	Marzhi i distributorit	Marzhi i farmacisë së rrjetit të hapur	Marzhi i distributorit	Marzhi i farmacisë së rrjetit të hapur
Barnat me çmim të lartë, (vetëm për përdorim spitalor)	6%	--	5%	--
Barnat me çmim të lartë (ambulatorë/outpatient)	6%	12%	5,5%	--
Pjesa më e madhe e barnave të listës së barnave të rimbursueshme	10%	26%	8%	24%
Barnat që nuk bëjnë pjesë në listën e barnave të rimbursueshme	14%	29%	11%	25%

Tatimi mbi Vlerën e Shtuar (TVSH) për barnat është aplikuar në Shqipëri deri në Prill 2014, për të gjitha barnat (të rimbursuara dhe jo të rimbursuara). Marzhet me shumicë dhe pakicë u ulën në Prill 2014. Pavarësisht uljes së marzheve në Prill të 2014, marzhet e distributorëve mbeten të larta krahasuar me BE-në.

Tabela 2.5. Marzhet mesatare të shitjes me shumicë në vendet e BE-së

Shteti	Marzhi mesatar i distributorit/Viti
Austri	6,5-13,4% (2008)
Belgjikë	8,45% (2007)
Bullgari	7-10% (2009)
Republikë Çeke	4,3% (2007)
Danimarkë – marzhe të parregulluara	6-7% (2009)
Finlandë – marzhe të parregulluar	3% (2008)
Francë	6,2% (2007)
Gjermani	4-6,1% (2007)
Greqi	4% (2007)
Hungari	6,04-6,36% (2007)
Itali	3% (2010)
Letoni	3,34% (2008)
Lituani	8-9% (2005)
Maltë	15% (2009)
Hollandë – marzhe të parregulluara	13-24% (2007)
Poloni	9,78% (2007)
Portugali	6,87% (2007)
Romani	10-14% (2007)
Slloveni	8-9% (2007)
Spanjë	3,5% (2007)
Suedi - marzhe të parregulluara	2-3% (2009)

Marzhet e aplikuara në farmacitë e rrjetit të hapur nuk duket të jenë të tepruara në krahasim me BE dhe një numër i vogël i farmacive të rrjetit të hapur ka patur probleme lidhur me krijimin e borxheve. (7)

Qendra Kombëtare e Kontrollit të Barnave është përgjegjëse për autorizimin e marketingut dhe kontrollin e cilësisë së barnave. Komisioni i Çmimit të Barnave, organ këshillimor i MSHMS për verifikimin e çmimeve të deklaruar nga kompanitë sipas legjislacionit duke i krahasuar ato me vendet e referencës përcakton çmimet CIF të barnave dhe Komisioni Teknik i Listës së Barnave të Rimbursuara vendos se cilat barna duhet të përfshihen në listën e rimbursimit. Shpenzimet për barnat e rimbursuara financohen nga FSDKSH.

MSHMS dhe FSDKSH ende nuk kanë publikuar ende të gjithë udhëzuesit zyrtarë për përshkrimin e barnave të shtrenjta spitalore dhe llogaritjet e kosto efektivitetit kundrejt përdorimit të këtyre barnave krahasuar me alternativat më pak të kushtueshme. Përpjekje mbi udhëzuesit klinikë duket se janë ndërmarrë disa vjet më parë. Sipas shefit të shërbimit farmaceutik në QSUT, draft udhëzimet janë përgatitur në spital nga shërbimet mjekësore dhe i janë dërguar MSHMS-së, por që atëherë nuk janë zbatuar. Përgjithësisht, arsyeja për këtë mund të ketë qënë impakti në buxhet për zbatimin e udhëzuesve, pasi përdorimi i tyre nënkupton përdorimin e gjerë të barnave shumë të shtrenjta.

Megjithëse përdorimi i barnave të shtrenjta spitalore është i kufizuar pothuajse në QSUT (i cili duhet të nënkuptojë disa standardizime në protokollet e trajtimit), rregullatori duhet të vendosë rregulla të qarta duke përcaktuar se për të cilët pacientë duhet të përdoren barnat bazuar jo vetëm në aspektet klinike, por edhe duke marrë në konsideratë argumentet ekonomike shëndetësore dhe disponueshmërinë e fondeve. Rreth viteve 2010 - 2013, spitali siguronte produkte shumë të shtrenjta në sasi jo të mjaftueshme për të garantuar terapi të barabartë të financuar për të gjithë pacientët në nevojë. Për fat të keq, ka raste të mungesave të barnave dhe barnat në dispozicion arsyetohen duke mos përdorur një metodologji të qartë të shpërndarjes së burimeve. Në vend të kësaj, disa pacientë duket se udhëzohen të sigurojnë vetë barnat e nevojshme për terapi. Përveç çështjeve të dukshme etike, kjo praktikë ka probleme ligjore dhe praktike. Farmacitë me ligj nuk lejohen të shpërndajnë barna spitalore dhe zinxhiri i ftohjes nuk mund të garantohet nëse pacientët i transportojnë vetë barnat, duke rrezikuar kështu efektivitetin e tyre.

2.2 Tenderimi i barnave në grupe

Një alternativë ndaj grupimit Anatomik Terapeutik Kimik (ATC) është tenderimi i disa grupeve të barnave me shpenzime të larta, që kanë shumë xhenerikë të regjistruar në Shqipëri në mënyrë që të garantohet konkurrenca në treg. Ndërsa procedurat e tenderimit përdoren gjerësisht në sektorin spitalor, në vitet e fundit ato gjithashtu po përdoren në kujdesin ambulator në një numër në rritje të vendeve evropiane me qëllim kufizimin e shpenzimeve farmaceutike. Kursime të konsiderueshme buxhetore afatshkurtra të buxhetit mund të arrihen nga tenderat. Sidoqoftë, duhet të kërkojnë garanci financiare nga kompanitë për të siguruar furnizimin e pandërprerë të barnave. Përveç kësaj, vendet kanë pasur përvoja të ndryshme me tenderimin, për shembull në Belgjikë tenderimi prodhoi kursime masive për simvastatinën, por këto kursime u kompensuan nga fakti që mjekët kaluan në përshkrimin e barnave me një indikacion të ngjashëm terapeutik që nuk prokuroheshin me tender. Procedura, e ashtuquajtur “rishpërndarje e kërkesës” dhe shpenzimet totale u rritën. (7) Vendet që kanë zbatuar procedurat e tenderimit ndonjëherë kanë parë një rënie të investimeve farmaceutike, një ngadalësim në zhvillimin e tregut të barnave xhenerike, mungesa afatshkurtra të disa barnave për shkak të mungesave logjistike, një ulje të shpërblimit të farmacistit dhe problemeve me compliancën e pacientit. (8)

2.3 Marrëveshjet e kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements)

Përdorimi i marrëveshjeve të kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements) veçanërisht për të gjithë barnat e shtrenjta - si ato me rimbursim ashtu edhe barnat spitalore duhet të vlerësohet dhe të aplikohet për barnat dhe të kufizohet tenderimi i barnave patentë në spital.

Shqipëria duhet të vijojë dhe zgjerojë përdorimin e marrëveshjeve të kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements). Sa më sipër, marrëveshjet zyrtare midis paguesve dhe prodhuesve me qëllim ndarjen e rrezikut financiar për shkak të pasigurisë rreth futjes së teknologjive të reja janë zhvilluar dhe futur në shumicën e vendeve evropiane në mënyrë që të mundësojnë qasjen ndaj barnave të reja dhe kontrollin e shpenzimeve. Një nga pasojat e këtyre marrëveshjeve të vendosura në vendet e tjera është se çmimet referencë që Shqipëria merr në konsideratë gjatë krahasimeve ndërkombëtare të çmimeve në fakt janë më të larta se çmimet që paguhen në të vërtetë. Këto marrëveshje mund të marrin forma të ndryshme, duke përfshirë marrëveshjet çmim-vëllim, zbritje financiare, garanci të rezultateve, programe të menaxhimit të sëmundjes, etj. Një larmi emrash janë përdorur për të përshkruar këto skema (p.sh.: marrëveshje për ndarjen e rrezikut, marrëveshje të bazuara në performancë, skema të aksesit të pacientëve, etj.), të cilat janë përmbledhur kohët e fundit me konceptin e "marrëveshjeve të kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements)".

Nuk ka gjasa që tenderimi i barnave spitalore patentë të jetë efektiv në uljen e çmimeve. Nëse lejohen të konkurrojnë vetëm kompani kombëtare, nuk mund të pritët konkurrencë në treg. Edhe nëse lejohen të aplikojnë (përmes importit paralel) distributorët nga vendet e tjera, përmes marrëveshjeve të kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements) mund të negociohen çmime thelbësisht më të mira.

2.4 Kontroll i rreptë i respektimit të udhëzimeve nga mjekët e përgjithshëm dhe të familjes

Një kontroll i rreptë mbi bazë risku, për respektimin e udhëzimeve të përshkruara për mjekët e përgjithshëm dhe të familjes është prioritet për mbajtjen nën kontroll të shpenzimeve të rimbursimit.

FSDKSH tashmë publikon udhëzime / protokolle të detyrueshme të përshkrimit për barnat e rimbursuara, por është e paqartë në çfarë mase kontrollohet respektimi i tyre në praktikën mjekësore. Përvoja rajonale sugjeron që stafi i FSDKSH-së zakonisht nuk ka njohuri dhe kohë për kontroll gjithëpërfshirës të përshkruesve. Duhet të kihet parasysh përqëndrimi i vëmendjes tek mjekët e përgjithshëm dhe të familjes dhe barnat me shpenzime të larta, si dhe sanksionet e duhura financiare për përshkruesit që nuk respektojnë protokollin, udhëzimet dhe kufizimet e barnave me rimbursim.

2.5 Rekomandimi i barnave sipas emrit xhenerik nga mjekët specialistë

Duhet rritur kontrolli në drejtim të ndalimit të rekomandimit të barnave duke përdorur emrin tregtar nga mjekët specialistë.

Mjekët specialistë në spitale zakonisht u rekomandojnë pacientëve barna me emrin tregtar dhe jo me emrin xhenerik (INN). Nuk ka asnjë arsye racionale pse të gjitha përshkrimet dhe rekomandimet nuk duhet të jenë në INN. Kjo shërben për menaxhimin më të mirë të burimeve financiare në dispozicion.

2.6 Përdorimi i udhëzuesve klinikë për barnat e shtrenjta spitalore

Përgatitja e udhëzuesve klinikë për disa barna dhe për patologjitë që zënë pjesën kryesore të shpenzimeve për rimbursim, bën të nevojshëm përdorimin e udhëzuesve klinikë për barnat e shtrenjta spitalore.

Shqipëria duhet të konsiderojë promovimin dhe përdorimin e udhëzuesve klinikë për të gjitha barnat e shtrenjta në mënyrë që të sigurojë standardizimin dhe cilësinë e terapisë për të gjithë pacientët. Udhëzuesit klinikë janë rekomandime për trajtimin dhe kujdesin e duhur të njerëzve me sëmundje dhe gjendje specifike. Udhëzimet klinike duhet të bazohen në evidencat më të mira në dispozicion. Është e dobishme përshtatja me specifikat kombëtare (ekonomike dhe mjekësore) për të siguruar aderencën, për këtë është e rëndësishme të përfshihen shoqatat profesionale në procesin e hartimit të udhëzuesve. Udhëzuesit ndërkombëtarë duhet të konsultohen (me NICE, shoqatat profesionale evropiane dhe amerikane).

Tabela 2.6. Shpenzimet e spitaleve rajonale për barna për periudhën 2011-2013

Viti/Spitali Rajonal	2011	2012	2013
Berat	51.633.454,38	40.353.284,16	40.164.097,78
Durrës	59.623.598,12	87.590.666,30	77.387.943,23
Elbasan	31.084.238,87	45.369.249,85	39.413.815,71
Fier	40.910.322,85	45.452.580,13	42.971.158,43
Gjirokastrë	30.793.354,91	29.846.094,40	24.500.165,35
Krujë	7.897.141,17	7.250.905,21	6.073.129,53
Korçë	37.897.120,17	74.536.703,54	51.349.923,97
Kukës	15.057.510,63	20.734.902,07	24.343.705,72
Lezhë	18.577.123,70	21.117.970,63	20.692.299,39
Shkodër	26.920.151,06	19.640.507,93	24.617.346,82
Vlorë	19.165.021,49	53.719.409,75	53.577.011,30
Total	339.559.037,35	445.612.273,97	405.090.597,23

(Burimi i informacionit MSHMS)

Përveç kësaj, trajtimi mund të racionalizohet. Për shembull, në kundërshtim me Shqipërinë dhe shumicën e vendeve evropiane, si p.sh.: në Angli, Instituti Kombëtar për Shëndetin dhe Kujdesin Shëndetësor (NICE) nuk rekomandon përdorimin e Avastinës për kancerin kolorektal metastatik, pasi gjykon se nuk u jep përfitime të mjaftueshme pacientëve për të justifikuar kostot e larta të tij.

Në përgjithësi, shumica e udhëzuesve shqiptarë për përshkrimin e barnave me receta dhe për barnat e shtrenjta ambulatorë mund të jenë më të rrepta ose më të përcaktuara. Për shembull, FSDKSH, deri në vitin 2014 nuk kufizonte përshkrimin e statinave ndërsa Fondi Kroat i Sigurimeve Shëndetësore kërkon që për parandalimin primar statinat mund të përshkruhen vetëm për pacientët me nivele të larta të kolesterolit pavarësisht rregullimit të dietës dhe nëse ata janë të moshës nën 70 vjeç. Pacientët intolerantë ndaj ACE-I (kolla është efekti anësor më i zakonshëm) mund të kalojnë tek sartanet pas 2 muaj terapie, ndërsa në Kroaci kjo periudhë zgjatet në 4 muaj për të përjashtuar sëmundjet sezonale të frymëmarrjes si një shkak i mundshëm i kollës. Në Shqipëri, Xolair, deri në vitin 2015, mund të përshkruhej për trajtimin e astmës alergjike të rëndë të vazhdueshme të konfirmuar për pacientët që kanë përkeqësime të shpeshta të astmës, pavarësisht trajtimit me dozë së lartë ditore të kortikosteroidëve të inhaluar, plus një β 2-agonist me një veprim të zgjatur, ndërsa NICE përcakton më qartë që

duhet të përdoret për pacientët që kanë nevojë për trajtim të vazhdueshëm ose të shpeshtë me kortikosteroide orale (të përcaktuara si 4 ose më shumë episode në vitin e mëparshëm), etj.

Shumë e rëndësishme (në veçanti nëse krahason koston e trajtimit dhe çmimet), NICE rekomandon përdorimin e Xolair, Tasigna dhe të shumë barnave të tjera të shtrenjta vetëm nëse ofruesit nuk zbatojnë çmimin e deklaruar CIF, por nëse prodhuesit vendosin barnat në dispozicion me zbritje të dakordësuara si pjesë e skemave të aksesit të pacientit.

Lista e barnave spitalore përmban të dhënat e mëposhtme për secilën procedurë prokurimi: INN, doza e barit, forma farmaceutike, çmimi për njësi, sasia e dozave të njësisë së prokuruar dhe fondi limit për barin.

Tabela 2.7 rendit 15 nga barnat më të shtrenjta në shpenzimet më të larta në listën e barnave spitalore, përfshirë çmimet dhe sasi të prokuruar në 2014.

Tabela 2.7. 15 barnat spitalore me shpenzimet më të larta në vitin 2014

INN	Doza	Çmimi limit për njësi	Fondi limit në Lekë	Sasia Viti 2014
Trastuzumab	150 mg	77,352	171,721,440	2,220
Sodium Chloride	0.9% - 500 ml	80	74,961,166	941,927
Sevofluran	250 ml	24,250	63,606,550	2,623
Rituximab	500 mg/50ml	168,835	41,026,804	243
Cefazoline sodium	1 gram	104	39,449,018	378,877
Enoxaparinum sodium	4000 UI - 0.4 ml	521	36,536,629	70,177
Glucose	5% - 500 ml	86	36,252,624	423,844
Enoxaparinum sodium	6000 UI - 0.6 ml	707	29,693,846	42,025
Bortezomib	3,5 mg	140,988	39,476,640	280
Sunitinib	50 mg	23,575	27,040,312	1,147
Prednisolone	25 mg/2ml	167	26,923,779	160,835
Dalteparin	5000 IU - 0.2 ml	443	26,153,749	59,000
Etanercept	50 mg	34,486	24,140,043	700
Sodium Chloride	0.9% - 250 ml	86	23,976,734	277,905
Ceftriaxone	1 gram	193	19,687,903	101,810
Dextrose+ intralipid	1440 ml	6,152	18,820,262	3,059

Barna me rimbursim - mundësi terapeutike

Përkundër listës së barnave me recetë dhe barnave të shtrenjta ambulatorë, lista e barnave spitalore është mjaft e pasur me opsione terapeutike (përfshirë barnat me çmim të lartë), dukshëm më e pasur se sa mund të pritej duke pasur parasysh shpenzimet modeste publike për

shëndetësinë. Sidoqoftë, sasitë e njësive të prokuruarra të barnave të shtrenjta janë relativisht të ulëta, më të ulëta sesa mund të pritej nëse merret parasysh numri i pacientëve të trajtuar. Kjo nënkupton që terapia nuk është e standardizuar, d.m.th. jo të gjithë pacientët kanë qasje në të njëjtat nivele të barnave të financuara publikisht. Ndërsa spitalet lejohen të prokurojnë sasi shtesë të barnave që u nënshtrohen fondeve në dispozicion, informacioni i mbledhur sugjeron që pacientët, deri në vitin 2014, në pjesën më të madhe duhet t'i financonin këto nga xhepi pasi mungesat e barnave ishin të zakonshme. Përndryshe, kjo çështje mund të kontribuojë në rritjen e borxheve të spitalit, veçanërisht në spitalin terciar, QSUT ku trajtohen pacientët më të komplikuar dhe që përbën pjesën më të madhe të shpenzimeve për barna të shtrenjta.

Terapia nuk është e standardizuar. Deri në vitin 2014, lista e spitalit nuk përmendte protokollet e trajtimit dhe nuk kishte kushte zyrtare kur duhet ose mund të administrohej një bar i veçantë (linjat e trajtimit).

Tabela 2.8 rendit 15 nga barnat më të shtrenjta sipas çmimit për njësi në listën e barnave spitalore, përfshirë çmimet dhe sasitë e prokuruarra.

Tabela 2.8. Shpenzimet për 15 barnat spitalore me çmimin më të shtrenjtë për njësi në vitin 2012

INN	Doza	Çmimi limit për njësi	Fondi limit në Lekë	Sasia Viti 2014
Octreotide	30 mg/2,5ml	233,603	5,840,085	25
Pemetrexed	500 mg	205,279	2,463,349	12
Rituximab	500 mg/50ml	168,835	41,026,804	243
Bevacizumab	400mg/16ml	163,628	18,489,964	113
Bortezomib	3,5 mg	140,988	39,476,640	280
Infliximab	100 mg	112,617	2,252,340	20
Adalimumab	40 mg	81,325	4,391,550	54
Trastuzumab	150 mg	77,352	171,721,440	2,220
Reteplase	10 UI	52,064	2,603,177	50
Recombinant Factor IX	250UI	42,716	4,271,600	100
Topotecan	4 mg	37,188	185,941	5
Etanercept	50 mg	34,486	24,140,043	700
Gosereline	10.8 mg	32,070	3,110,790	97
Rituximab	100mg/10ml	31,982	2,558,551	80
Amphotericine B	50mg/20ml liposomale	28,623	8,586,900	300

Krahasimet e çmimeve me Kroacinë, Serbinë dhe Maqedoninë

Tabela 2.9 krahason çmimet e 5 barnave më të shtrenjta spitalore midis Shqipërisë, Kroacisë, Serbisë dhe Maqedonisë. Duhet të theksohet se ndërsa Kroacia që prej vitit 2009 zbaton gjërësisht marrëveshjet e kontrolluara të hyrjes së barnave (Managed Entry Agreements) dhe

zbritjet financiare, çmimet e botuara në Kroaci nuk pasqyrojnë atë për të cilën aktualisht po paguhet (çmimet e botuara janë më të larta se çmimet që paguhet).

Tabela 2.9. Krahasimet e çmimeve të produkteve të zgjedhura në Shqipëri, Kroaci, Serbi dhe Maqedoni

INN	Çmimi i tenderuar në Shqipëri në USD	Çmimi i shitjes me shumicë në Kroaci në USD	Çmimi i shitjes me shumicë në Serbi në USD	Çmimi i shitjes me shumicë në Maqedoni në USD
Octreotide 30 mg/2,5ml	2286,41	1610,78	1392,50	1400
Pemetrexed 500 mg	2009,19	1740,88	1535,47	1014,43
Rituximab 500 mg/50ml	1652,49	1585,02	1388,18	1686,53
Bevacizumab 400mg/16ml	1601,52	1622,32	1386,77	1581,86
Bortezomib 3,5 mg	1379,94	1610,31	1365,75	1239,36

2.7 Çmimi i barnave

2.7.1 Renditja sipas paketimit / kutisë të barit

Duhet të parasysh renditja sipas paketimit / kutisë dhe jo sipas njësisë më të vogël të barit. Shumica e vendeve rendisin sipas paketimit dhe jo sipas njësisë më të vogël të barit. Kjo i bën krahasimet e çmimeve ndërkombëtare më të lehta, më të drejtpërdrejta dhe lejon pagesin të përfitojë nga çmimi relativisht më i ulët i dozave të njësive në paketime më të mëdha në krahasim me ato të në paketime më të vogla. Dallimet në çmime shfaqen për shkak të kostove të prodhimit. Paketimet më të mëdha janë veçanërisht të përshtatshme për pacientët që vuajnë nga sëmundje kronike jo-ngjitëse, të cilët marrin terapinë e tyre vazhdimisht ose për periudha të gjata kohe.

2.7.2 Krahasimi i çmimeve të barnave nisur nga INN

Duhet të merret parasysh krahasimi i çmimeve të barnave nisur nga INN dhe jo nga emri tregtar.

Shumica e vendeve krahasojnë çmimet e barnave nisur nga INN dhe jo nga emri tregtar. Ndërkohë që prodhohen barna xhenerike, çmimet e paguara për INN të veçantë në shumicën e vendeve bien ndjeshëm pasi pagesit ulin me shpejtësi çmimin e rimbursuar dhe prodhuesit xhenerikë konkurrojnë në uljen e bashkëpagesave (nëse ekzistojnë). Disa metodologji mund të përdoren për të vendosur çmimin maksimal kombëtar, mesatar, etj. Krahasimi i çmimeve ndërkombëtare të barnave me produktin origjinator, siç është bërë aktualisht në Shqipëri është më pak efektiv në uljen e çmimeve. Kompanitë origjinatore rrallë i ulin çmimet në nivelet e xhenerikëve, duke u përpjekur të maksimizojnë fitimin përmes çmimeve më të larta, duke llogaritur besueshmërinë e markës nga një nëngrup i mjekëve dhe pacientëve.

2.7.3 Krahasimi i çmimeve me shumicë, jo çmimeve CIF

Duhet të merret parasysh krahasimi i çmimeve me shumicë, jo i çmimeve CIF.

Krahasimet ndërkombëtare të çmimeve mund të jenë shumë të komplikuara, pasi barnat mund të kenë një sërë çmimesh (ex-factory, CIF, shitje me shumicë, pakicë, etj) dhe pasi TVSH për barnat ndryshon nga vendi. Sidoqoftë, shumë vende zgjedhin të krahasojnë çmimet me shumicë pasi këto:

a) pasqyrojnë mjaft saktë vlerën që një pagues i veçantë po paguan për një paketim bari të dorëzuar tek pacienti. Kostoja shtesë e mbetur (marzhi me pakicë) në këtë këndvështrim mund të shihet si një kosto kombëtare për të patur një rrjet të gjerë farmacish, duke bërë që terapia dhe këshillat të jenë të arritshme për popullatën;

b) thjeshton krahasimet pasi shumica e vendeve të tjera publikojnë çmime të shitjes me shumicë, ose çmime të shitjes me pakicë nga të cilat çmimet e shitjes me shumicë mund të nxirren lehtësisht pasi shënimet me pakicë janë informacion i arritshëm nga publiku.

Praktika aktuale shqiptare e përcaktimit të çmimeve të CIF përmes negociatave duket më e ndërlikuar dhe më pak e drejtpërdrejtë.

2.7.4 Zgjerimi i listës së vendeve referencë dhe rishikimi i çmimeve të paktën dy herë në vit

Duhet të merret parasysh zgjerimin e listës së vendeve krahasuese për të përfshirë Serbinë dhe llogaritjen e çmimeve të paktën dy herë në vit.

Siç u përmend më lart, një numër vendesh krahasojnë çmimet me më shumë vende sesa bën Shqipëria. Zgjerimi i listës në vendet e tjera me çmim të ulët dhe llogaritja e çmimeve të paktën dy herë në vit për të përfituar nga uljet e vazhdueshme të çmimeve në vendet krahasuese mund të jetë një strategji e suksesshme në uljen e çmimeve shqiptare, që janë krahasimisht më të larta se ato që po paguajnë Kroacia, Serbia dhe Maqedonia, veçanërisht duke pasur parasysh kontekstin ekonomik të Shqipërisë.

2.7.5 Zbatimi i krahasimeve të çmimeve përmes një sistemi informatizimi

Duhet të merret parasysh zbatimi i krahasimeve të çmimeve përmes një sistemi informatizimi. Krahasimet ndërkombëtare të çmimeve janë komplekse për tu zbatuar pasi duhet të krahasohen në mënyrë të saktë çmimet e mijëra paketimeve të njëjta dhe të ngjashme nga disa vende. Zbatimi i krahasimeve të çmimeve përmes një sistemi informatizimi do të zvogëlonte mundësinë e gabimit dhe korrupsionit, do të mundësonte llogaritjet e shpejta të kursimeve në të ardhmen dhe do të dokumentonte të gjithë procedurën administrative. Kalimi i krahasimeve të çmimeve ndërkombëtare në sistemin e informatizimit, në Fondin Kroat të Sigurimeve Shëndetësore, zvogëloi kohëzgjatjen e procedurës dhe rriti efikasitetin dhe transparencën e saj.

2.7.6 Çmimi referencë i jashtëm

Çmimi referencë i jashtëm, i njohur gjithashtu si krahasimi ndërkombëtar i çmimeve, është bërë një nga mjetet më të zakonshme të kontrollit të kostos për të ulur çmimet në farmaceutikë në vendet anëtare të BE-së. Çmimi referencë i jashtëm zbatohet në të gjithë botën duke përdorur

vendet anëtare të BE-së shpesh si vende referencë nga vendet jo-BE (p.sh.: Brazili, Jordania, Afrika e Jugut, Japonia, Turqia, Kanadaja dhe Australia).

Të gjitha vendet evropiane, përveç Mbretërisë së Bashkuar dhe Suedisë, zbatojnë krahasimet ndërkombëtare të çmimeve ose si kriter kryesor sistematik ose si një argument mbështetës për negociimet e çmimeve. Rajoni i Europës Qëndrore dhe Lindore ndjek shembullin. Çmimi referencë i jashtëm është një nga kriteret kryesore të përdorura për përcaktimin fillestar të çmimeve për barnat e reja që merren në konsideratë për rimbursim dhe përdoret rregullisht për rillogaritjet e çmimeve të produkteve të tregtuara në intervale të ndryshme kohore, në shumicën e vendeve të rajonit të Europës Qëndrore dhe Lindore. Mali i Zi dhe Kosova janë përjashtimet e vetme.

Bosnja dhe Hercegovina kontrollon çmimet me Slloveninë, Kroacinë dhe Serbinë. Nëse çmimet nuk janë të disponueshme në asnjë prej këtyre shteteve, merren parasysh çmimet austriake dhe italiane. Për barnat e reja që kërkojnë të hyjnë në listën e rimbursimit, autoriteti kompetent kërkon një zbritje me një normë të ndryshueshme nga 0 në 10% nga çmimi mesatar i listuar në vendet referencë. Për barnat e rimbursuara, rregullat vjetore të rillogaritjes së çmimeve, kërkojnë uljen e çmimeve në të njëjtat nivele siç përshkruhen për barnat që kërkojnë të bëhen pjesë e listës së barnave me rimbursim.

Në Bullgari, çmimi i propozuar nga prodhuesi nuk mund të tejkalojë ekuivalentin e çmimit më të ulët të prodhuesit të një bari në tregjet referuese të Danimarkës, Estonisë, Finlandës, Francës, Greqisë, Italisë, Lituanisë, Portugalisë, Rumanisë, Sllovakisë, Sllovenisë dhe Spanjës. Për më tepër, një bar mund të vendoset në Listën e Barnave Pozitive ose Listën e Barnave të Rimbursuara nëse rimbursohet nga fondet kombëtare të sigurimeve shëndetësore në të paktën pesë nga 17 vendet si vijon: Rumania, Franca, Estonia, Greqia, Sllovakia, Lituania, Portugalia, Spanja, Belgjika, Republika Çeke, Polonia, Letonia, Hungaria, Italia, Finlanda, Danimarka dhe Sllovenia.

Kroacia krahason çmimet me Slloveninë, Republikën Çeke dhe Italinë. Nëse çmimi nuk është në dispozicion në ndonjë nga këto shtete, kontrollohen çmimet franceze dhe spanjolle. Për barnat që kërkojnë rimbursim dhe ato të rimbursuara, çmimet nuk duhet të tejkalojnë çmimin mesatar të INN-së në vendet e referuara.

Qipro krahason çmimet me Austrinë, Greqinë, Francën dhe Suedinë. Çmimi maksimal nuk duhet të jetë më i lartë se mesatarja e çmimeve.

Për barnat që kërkojnë të bëhen pjesë e listës së barnave të rimbursuara, Maqedonia konsultohet me çmimet në 12 vende referencë: Serbi, Kroaci, Slloveni, Bullgari, Greqi, Turqi, Poloni, Rusi, Hollandë, Gjermani, Francë dhe Mbretëri e Bashkuar. Çmimi i rimbursimit përcaktohet nga mesatarja e dy çmimeve më të ulëta. Për produktet e listës së rimbursuar, çmimet këshillohen të krahasohen me Serbinë, Kroacinë, Slloveninë dhe Bullgarinë.

Mali i Zi ka botuar në vitin 2011 një akt nënligjor që rregullon krahasimet e çmimeve midis Sllovenisë, Serbisë dhe Kroacisë, por ai nuk është zbatuar. Barnat prokurohen përmes tenderave kombëtarë.

Polonia konsultohet me çmimet e të gjitha vendeve të BE-së, me 27 shtete.

Serbia krahason çmimet me Kroacinë, Slloveninë dhe Italinë. Çmimi vendoset sa çmimi i shtetit ku është çmimi më i ulët.

Ndonëse është përdorur për vite me rradhë në të gjitha vendet e Europës Qëndrore dhe Lindore, përveç Kosovës dhe Malit të Zi, si një nga kriteret më të rëndësishme të vendosjes së çmimeve, zbatimi i krahasimeve ndërkombëtare të çmimeve në shumicën e vendeve të rajonit nuk ka qartësinë dhe qëndrueshmërinë metodologjike, që mund të çojnë në mënyrë të gabuar me atë që në parim është një veprim matematik. Ndryshimet nga çmimet e llogaritura janë të mëdha. Kjo ndodh për disa arsye. Kompanitë janë të prirura të bëjnë presion për çmime më të larta sesa ato të caktuara ligjërisht pasi janë të vetëdijshëm për faktin se ulja e çmimit në një vend, fillon një efekt domino në të cilin një numër vendesh të tjera do të kërkojnë të njëjtën ulje të çmimit. Kapaciteti rregullator në shumicën e vendeve të Europës Qëndrore dhe Lindore është i dobët dhe personeli administrativ mund të ketë mungesë burimesh dhe njohurish për të zbatuar saktë llogaritjet komplekse dhe në intervale kohore të rregulluara, veçanërisht pasi numri i vendeve referente, tenton të rritet me kalimin e kohës. Burimet e çmimeve janë gjithashtu shpesh problematike. Lindin problematika lidhur me çështjet gjuhësore, paketimet krahasuese mund të jenë konfuze, krahasohen çmime të ndryshme (me shumicë, pakicë, ex factory, etj.) dhe jo të gjitha vendet publikojnë çmime në internet për publikun. Për më tepër, për produktet e patentuara, qeverive u mungon fuqia negociuese pasi një kompani nuk pranon çmimin e llogarit, e vetmja alternativë mund të jetë heqja e barnave nga lista dhe ballafaqimi me pakënaqësinë e pacientit. Së fundmi, rregullat e llogaritjes ndryshojnë dinamikisht, ose përmes ndryshimeve në vendet e referencës ose metodologjive të llogaritjes që e ndërlikojnë më tej procedurën.

2.7.7 Mekanizmat shtesë të çmimeve

Çmimi referencë i jashtëm rrallë përcakton çmimin përfundimtar të një bari, pasi një mori rregullash shtesë çmimesh dhe rimbursimi aktualisht targetojnë grupe specifike barnash në varësi të vlerës terapeutike, statusit të patentës dhe ekzistencës së barnave të tjera konkurruese. Ulja e koston është (edhe pse shpesh shprehur në mënyrë jo të qartë) emëruesi i përbashkët që qëndron pas përcaktimit të çmimit.

Rregulloret e përcaktimit të çmimeve përshkruhen dhe përcaktohen brenda kornizave ligjore të vendeve, megjithatë detajet ndryshojnë shumë nga vendi në vend, ndërsa intervalet e sakta të llogaritjes së çmimeve dhe zbatimi i metodologjive shfaqin heterogjenitet të konsiderueshëm edhe brenda një vendi të krahasuar në vite të ndryshme.

Për më tepër, ekziston një lidhje e fortë midis çmimit dhe rimbursimit, pasi kjo e fundit shpesh ndikon tek e para, qoftë përmes masave të tilla si marrëveshjet e kontrolluara të hyrjes së barnave, ose përmes taktikave të kompanive konkurrencte dhe hyrjes së molekulave të reja në treg.

Tenderat spitalorë janë gjithëpërfshirës dhe përdoren në të gjitha vendet e Europës Qëndrore dhe Lindore, megjithëse ndryshojnë nga vendi në vend përse i përket barnave të prokuruarra dhe numrit të spitaleve pjesëmarrëse. Serbia dhe Kroacia kanë zbatuar vitet e fundit reforma të përbashkëta të prokurimit në spitale që prodhuan kursime masive. Për shembull, kosto e barnave të administruara nga spitalet me alternativa xhenerike në Kroaci në vitin 2013 u ul me

44,7% ndërsa në Serbi në vitin 2012 kosto për të gjitha barnat e administruara në spitale u ul me 27% pas tenderimit të centralizuar.

Në vitet e fundit këto praktika janë përdorur edhe në Shqipëri përmes procedurave të prokurimit të centralizuar të barnave dhe materialeve mjekësore për përdorim spitalor.

Referenca e vlerës terapeutike (grupe jumbo) është gjithashtu e zakonshme, edhe pse përsëri e ndryshueshme në fushën e barnave për të cilat përdoret, përbërja e grupeve, niveli ATC i grumbullimit (varion nga niveli i 3 në nivelin e 5) dhe metodologjitë e përdorura për llogaritjen e çmimeve të brendshme referencë, çmimi për DDD është kriteri më i zakonshëm. Sa më sipër përdoret në Shqipëri, Bullgari, Kroaci, Republikën Çeke, Estoni, Letoni, Maqedoni, Serbi, Slloveni, etj.

2.8 Barnat xhenerike

Barnat xhenerike përfaqësojnë rreth gjysmën e tregut të përgjithshëm farmaceutik të Europës Qendrore dhe Lindore në terma vlere financiare dhe gati tre të katërtat në terma të vëllimit të shitjeve. Xhenerikët kanë mbajtur një pozicion të fortë në treg në rajon, për shkak të kërkesës për barna të përballueshme dhe faktit që rajoni në të cilin bën pjesë Shqipëria, është shtëpia e një numri të madh të kompanive xhenerike duke përfshirë KRKA, Pliva, Alkaloid, Belupo, BosnaLijek, etj, shpesh duke gëzuar mbrojtje të qartë ose të nënkuptuar nga qeveritë lokale.

Pothuajse të gjitha vendet stimulojnë përshkrimin e varianteve xhenerike në krahasim me origjinatorët dhe përdorin rregulla të rimbursimit që përcaktojnë çmime më të ulëta për produktet xhenerike që kërkojnë të bëhen pjesë e listës së rimbursuar, megjithëse në një shkallë të ndryshme. Xhenerikët e branduar janë një specifikë rajonale, në shumicën e vendeve ku prodhuesit vendas nuk kanë diferencë shumë të madhe në çmim me origjinatorët, pasi origjinatorët përshtatin me shpejtësi çmimet për të ruajtur konkurrencën.

Uljet e çmimeve për barnat që kërkojnë të bëhen pjesë e listës me rimbursim ndryshojnë nga vendi në vend. Për shembull, Fondi Kroat i Sigurimeve Shëndetësore kërkon një ulje çmimi prej 30% për barin e parë xhenerik, dhe një shtesë prej 10% për çdo xhenerik tjetër, etj. Shqipëria, Republika Çeke dhe Bullgaria kërkojnë një ulje prej 20% të çmimit për barin e parë xhenerik dhe Rumania 35% për barin e parë xhenerik. Fondi Hungarez i Sigurimeve Shëndetësore është më i ashpër, ai kërkon një ulje çmimi 40% për barin e parë xhenerik, 20% për të dytin, 10% për të tretin dhe një shtesë prej 5% për çdo bar më pas. Estonia kërkon që bari i parë xhenerik të ketë çmim 30% më të ulët se origjinatori, xheneriku i dytë 10% më të ulët se i pari dhe dy të tjerët me 5% më pak se barnat paraardhës.

Politikat e përshkrimit variojnë në rajon dhe shpesh nuk zbatohen me përpikmëri. Maqedonia dhe Lituania kërkojnë që të gjitha barnat të përshkruhen sipas INN-së. Në Poloni, Bullgari, Republikën Çeke, Slloveni, Kroaci, Bosnjë dhe Hercegovinë dhe Serbi barnat përshkruhen me emrat e tyre tregtarë, megjithëse përshkrimi sipas INN lejohet ligjërisht. Në Hungari, lejohen receta ku barnat përshkruhen sipas INN dhe emrit tregtar. Në vitin 2012 u prezantua një projekt pilot që detyron mjekët të përshkruajnë barna për uljen e kolesterolit vetëm sipas INN. Nga viti 2012, autoritetet Letoneze kërkojnë që barnat për pacientët e diagnostikuar rishtazi të përshkruhen sipas INN. Në Estoni, Sllovaki dhe Rumania, mjekët janë të detyruar të përshkruajnë mundësisht sipas INN, ndërsa recetat me barna të përshkruara sipas emrit tregtar kërkojnë dokumentimin e një arsyeje pse ato nuk janë të përshkruara sipas INN.

Pavarësisht nga rregullorja e përshkrimit të barnave, në shumicën e vendeve një alternativë xhenerike mund të jepet me pëlqimin e pacientit nëse është më e lirë dhe / ose nëse versioni i përshkruar nuk është i disponueshëm. Me këtë rregullore shpesh abuzohet nga distributorët me shumicë dhe prodhuesit, të cilët stimulojnë farmacistët që të shpërndajnë produktet e synuara përmes veprimeve me rritjen e marzheve.

2.9 Vlerësimi i Teknologjisë Shëndetësore (HTA)

Siç është rasti në vendet e tjera evropiane, vendet e Europës Qëndrore dhe Lindore gjithnjë e më shumë po paraqesin evidenca ekonomiko - shëndetësore në proceset e tyre të vendimmarrjes që lidhen me rimbursimin. Polonia dhe Hungaria janë padyshim nxitës në këtë proces, me vendet e tjera që ndjekin shembullin. Proçesi është ende në gjenezë në Shqipëri, Kosovë, Mal të Zi, Bosnjë dhe Hercegovinë, Maqedoni, Qipro dhe Maltë. Të gjitha vendet kërkojnë një panoramë të qëndrueshme të studimeve që tregojnë vlerë terapeutike.

Bullgaria, Serbia dhe Sllovakia kanë përfshirë pjesërisht HTA në procesin e rimbursimit. Evidencat nuk janë të detyrueshme, por mund të paraqiten gjatë aplikimit për rimbursim. Kroacia kërkon analiza të ndikimit në buxhet.

Shumica e vendeve si Estonia, Rumania, Republika Sllovake, Letonia, Hungaria në mënyrë implicite përdorin udhëzimet e OBSH-së për 2-3xGDP / frymë për QALY që përcaktohen si të pranueshme. Në Poloni, pragu është vendosur 3xGDP / frymë për QALY.

Autoritetet Sllovake prej vitit 2011 kanë përfshirë në legjislacion një tregues <35 kufiri mesatar i pagave (duke përjashtuar barnat jetimë), ndërsa Fondi Serb i Sigurimeve Shëndetësore ka propozuar 3 kufij të ndryshëm: 3xGDP për frymë për shumicën e barnave, 6xGDP për frymë për barna që do të përdoren në më pak se 1000 pacientë dhe 9xGDP për frymë për trajtime onkologjike.

Sa më sipër, ndërsa shumica e vendeve kanë filluar në vitet e fundit futjen e argumenteve ekonomiko - shëndetësore në diskutimet për rimbursimin, niveli i përgjithshëm i njohurive në ekonominë shëndetësore në rajon (përveç Hungarisë dhe Polonisë) është relativisht i ulët si për industrinë dhe veçanërisht për autoritetet rregullatore. Sidoqoftë, në të ardhmen proçesi do të zhvillohet në mënyrë të pashmangshme si përsa i përket aftësisë, ashtu edhe rëndësisë. (9)

KAPITULLI III

3.1. Menaxhimi i farmacisë spitalore: një rishikim i literaturës

3.1.1 Farmacia spitalore dhe strukturat organizative

Shumë shtete aplikojnë standarde për praktikën e farmacisë spitalore për drejtimin e spitaleve dhe farmacistëve spitalorë. Për shembull, në SHBA, Shoqata Amerikane e Farmacistëve të Sistemit Shëndetësor (ASHP) përcakton standardet profesionale, të tilla si kualifikimet minimale për drejtuesit e farmacieve, udhëzimet në lidhje me informacionin e barnave, zhvillimin e politikave, rolet e shpërndarjes, menaxhimin e veprimeve dhe rolet e farmacistëve që merren me studime, kërkime shkencore. (10) Megjithatë standardet minimale janë të miratuara, fushëveprimi i shërbimeve mund të ndryshojë nga një spital në tjetrin në varësi të nevojave të pacientëve që trajtohen në secilin spital. (12)

Në Shqipëri, farmacistët spitalorë kryejnë aktivitetet menaxhues, shpërndarje, aktivitetet edukues, kërkimor shkencor, menaxhim dhe garantim të cilësisë, menaxhim të inventarit dhe kontroll të stokut, sigurim të furnizimit me barna dhe materiale mjekësore të shërbimeve klinike, menaxhim të burimeve njerëzore, pajisjeve dhe infrastrukturës së shërbimit farmaceutik, zhvillim dhe implementim të politikave institucionale për barnat. (11)

Shërbimi i Farmacisë është një pjesë integrale e kujdesit shëndetësor spitalor dhe duhet të konsiderohet si i tillë. Për shembull, nëse shërbimi i farmacisë menaxhohet nga shërbimet mbështetëse brenda spitalit, shërbimi i farmacisë mund të shihet si një departament shërbimi. (12) Përndryshe, nëse shërbimi i farmacisë bën pjesë në shërbimet klinike, atëherë farmacia dhe farmacistët e spitalit do të shihen si të lidhur drejtpërdrejt në kujdesin ndaj pacientit. (12) Në disa spitale, shërbimi i farmacisë menaxhohet si një sektor biznesi ose komercial brenda spitalit, së bashku me shërbimet e tjera tregtare, të tilla si kafene, mensë, etj. Në këto situata, farmacia është një shërbim i jashtëm, i sjellë në spital për të siguruar barna dhe materiale mjekësore dhe mund të mos jetë direkt i përfshirë në kujdesin ndaj pacientit. Kjo ndodh kryesisht në spitalet private. Strukturat e ndryshme organizative mund të kenë një ndikim të madh në rolin përfundimtar të farmacisë spitalore.

3.1.2 Modele praktike

Në të gjithë globin, farmacia spitalore ka zbatuar një nga tre modelet e praktikës farmaceutike me ndryshime midis shteteve ose brenda secilit shtet. (13, 14) Fillimisht, modeli i fokusuar në shpërndarjen e barnave zbatohet në shumicën e spitaleve. (13, 14, 15) Modeli i fokusuar në shpërndarjen e barnave është i përqëndruar në shpërndarjen e barnave dhe ka akses të ulët në ofrimin e shërbimit klinik. Modeli i dytë është modeli klinik-përgjithësues, i cili është më pak i zakonshëm. (8, 10) Ndodh kur farmacistët menaxhojnë të gjitha aspektet e përdorimit të barnave, si aspektin klinik dhe detyrat që lidhen me shpërndarjen e barnave. (13, 15) Një model që vërehet më rrallë në praktikë krahasuar me modelet e tjera (14, 15), është modeli i tretë që

ndan funksionet e farmacistëve midis rolit të farmacistit spitalor klinik dhe rolit të farmacistit spitalor me detyra kryesisht të shpërndarjes së barnave. Edhe pse modelet aktuale të praktikave në disa vende akoma janë të përqëndruara më së shumti në rolet shpërndarëse, shumë aktivitete janë zhvendosur drejt aspektit klinik. (14)

3.1.3 Burimet

Ekzistojnë tre burime thelbësore në farmacinë e spitalit. Kapitali njerëzor është çështja më kritike për farmacinë spitalore (13, 14, 16), siç tregohet në të gjithë globin. Në shumë shtete, fuqia punëtore e farmacisë është kryesisht e gjinisë femër. (13) Mungesat e fuqisë punëtore janë të zakonshme (13), dhe puna në farmacinë spitalore nuk është karrierë preferenciale për farmacistët në disa zona. (14) Aksesit i informacionit mbi barnat është gjithashtu kritik për ofrimin e shërbimeve (13, 17), por shkalla dhe qasja në informacionin përkatës mund të ndryshojë. (13) Vendet me Indeks të lartë të Zhvillimit Njerëzor¹ kanë të paktën një kompjuter dhe një qasje në internet në çdo shërbim apo departament të farmacisë, shumë vende me Indeks të ulët dhe të mesëm të Zhvillimit Njerëzor ende kanë qasje të kufizuara në kompjuter ose internet për shkëmbim informacioni. (13) Për më tepër, financimi dhe kapaciteti për të kontrolluar alokimin e fondeve janë me rëndësi të madhe në ruajtjen e aftësisë paguese të një institucioni dhe stabilitetit financiar. (13) Për shembull, sipas të dhënave të OBSH-së, dhjetë shtete në rajonin Afrikan konsumuan më shumë se një të tretën e burimeve të kujdesit shëndetësor të kombeve të tyre për trajtimin e sëmundjeve (13), dhe rritja e shpenzimeve farmaceutike ishte e ngjashme me rritjen e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor në SHBA. (18) Menaxhimi i burimeve të kufizuara mbetet një sfidë e vazhdueshme për farmacinë spitalore.

Sqarim: Indeksi i Zhvillimit Njerëzor është një masë përmblledhëse e arritjeve mesatare kryesore në dimensionet e zhvillimit njerëzor: një jetë e gjatë dhe e shëndetshme, të qenit i ditur dhe të paturit të një standardi të mirë jetese.

3.2 Menaxhimi i farmacisë

Praktika e farmacisë ka evoluar nga përgatitja dhe shpërndarja e barnave drejt shërbimit më të orientuar drejt pacientëve dhe praktikës klinike të farmacisë. Zgjerimi i rolit të farmacistëve u lehtësua nga rritja e njohurive lidhur me sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga përdorimi i barnave, të cilat mund të parandalohen nga shërbimet farmaceutike. (19) Në vitet 1990, mendime të kundërta për atë që do të thotë “kujdes i orientuar drejt pacientit”, kanë penguar qartësinë në lidhje me identifikimin profesional dhe përcaktimin e rolit të farmacistit. (19) Një numër përkufizimesh të kujdesit farmaceutik janë praktikuar anëmbanë globit. (14) Filozofia, e cila theksoi praktikën klinike dhe cilësinë e kujdesit, mund të ketë ndikuar që shumë farmacistë t'i japin përparësi praktikës klinike krahasuar me rolet e tjera menaxheriale. (20) Sidoqoftë mund të konsiderohet se të gjithë farmacistët e spitalit janë menaxherë. (12)

3.2.1. Përkufizimi i menaxhimit

Menaxhimi mund t'i referohet aktit të menaxhimit, ose një organi kolektiv i cili menaxhon. Në fjalorin Merriam-Webster, menaxhimi është përcaktuar si "të kesh kontroll për, të kujdesesh për, të marrësh vendime për, dhe të drejtodh diçka ose dikë". (21) Menaxhimi përcaktohet gjithashtu si "një proces, i cili mbledh burimet dhe i bashkon ato në një mënyrë të tillë, që të arrihen qëllimet ose objektivat në mënyrën më efikase të mundshme". (22)

OBSH-ja përshkroi se menaxhimi efektiv është një përbërës thelbësor për rritjen e numrit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe përmirësimin e shëndetit të popullsisë. (23)

Në teorinë klasike të menaxhimit të Fayol, ekzistojnë pesë aktivitete të menaxhimit. (24) I pari është *planifikimi*, i cili përfaqëson përpjekjet e ndërmarra nga një organizatë për të maksimizuar suksesin e saj në të ardhmen. (25) Aktiviteti tjetër është *organizimi* ose rregullimi dhe marrëdhënia e aktiviteteve dhe burimeve, e nevojshme për përmbushjen efektive të një objekti. (24) Hapi tjetër është *udhëheqja*, që përfshin veprimet e qëllimshme ndaj disa objektivave të dëshiruara. (24) Aktivitetit tjetër është *koordinimi*, i cili arrihet përmes harmonizimit të procedurave dhe aktiviteteve që kryhen nga kompania, duke bërë që çdo aktivitet i kryer nga secila njësi organizative të plotësojë aktivitetin e njësisë të tjera të kompanisë. Aktiviteti përfundimtar është *kontrolli* ose *rishikimi i progresit*, drejt arritjes së objektivave të caktuara në plan. (24) Aktivitetet e menaxhimit duhet të kryhen sipas rregullave dhe mendohet të kryhen si një cikël. (24)

3.2.2. Menaxhimi i farmacisë në kontekstin Australian

3.2.2.1 Sistemi shëndetësor Australian

Për të kuptuar se si funksionon farmacia spitalore në Australi, duhet kuptuar sistemi shëndetësor kombëtar. Në vitin 2016, popullsia e Australisë është vlerësuar 23.99 milionë. (27) Sistemi i kujdesit shëndetësor Australian është një rrjet shumëplanësh i ofruesve publikë dhe privat, pjesëmarrësve dhe mekanizmave mbështetës. (28) Sistemi është me shumë nivele. Për shumicën e njerëzve, pika e parë e kontaktit me shërbimet shëndetësore është kujdesi parësor, dhe më pas ata mund t'i referohen një specialisti ose një spitali publik për opsionet e trajtimit. (28) Në Australi, qeveria mbikëqyr sistemi publik spitalor (kujdesin shëndetësor terciar); ndërsa qeveria e Commonwealth është kryesisht përgjegjëse për kujdesin parësor. (28)

Spitalet private janë kryesisht në pronësi dhe administrohen nga organizata private, ose organizata jo-qeveritare fitimprurëse ose jo-fitimprurëse. (29) Spitalet private financohen kryesisht nga sigurimet shëndetësore private dhe pagesat nga xhepi nga pacientët. (29) Në vitet 2013-14 në Australi kishte 89,500 shtretër (2.5 shtretër / 1000 persona), dhe 1,359 spitale (59% prej tyre publike), të cilat janë shumë të ndryshme në madhësi dhe lloje. (25) Në vitet 2011-12, shpenzimet shëndetësore në Australi ishin 140.2 miliardë dollarë australianë (28), e barabartë me 9.4% të PBB-së ose 6.110 dollarë amerikanë për frymë (30, 31), dhe 40.4% shkonin për shpenzimet spitalore. (28)

3.2.3. Menaxhimi i aktiviteteve

Menaxhimi i shërbimeve të farmacisë në spitalet australiane përfshin disa aktivitete të përcaktuara. Sipas rregullores së Shërbimit Farmaceutik, drejtori i shërbimit farmaceutik

spitalor është përgjegjës për burimet e farmacisë, të tilla si kapitali njerëzor, financat, produktet farmaceutike, materialet edukuese dhe trajnuese, asetet dhe të ardhurat. (11) Menaxherët e farmacie spitalore marrin pjesë në planifikimin strategjik dhe zhvillimin e politikave të farmacisë spitalore. (11) Përveç kësaj, farmacia e spitalit menaxhon informacionin, qoftë të kompjuterizuar ose të bazuar në letër. (11) Farmacia spitalore është përgjegjëse për aktivitetet administrative. (11) Menaxhimi i farmacisë në spitale përfshin inventarin dhe menaxhimin e riskut. Shërbimi i farmacisë spitalore është menaxhuesi i vetëm i produkteve farmaceutike (barna dhe materiale mjekësore), pajisje mjekësore, kite, reagentë dhe materiale konsumable. (11) Menaxhimi i inventarit përfshin përzgjedhjen e barnave, parashikimin e kërkesave për barna dhe materiale mjekësore, prokurimin e barnave, prodhimin, ruajtjen, shpërndarjen dhe kontrollin e barnave dhe materialeve mjekësore, pajisjeve mjekësore, kiteve, reagentëve dhe materialeve konsumable. (11) Për menaxhimin e inventarit, detyrat administrative përfshijnë të dhëna mbi konsumin e barnave dhe materialeve mjekësore dhe raportet financiare. (11) Menaxhimi i riskut përfshin identifikimin, vlerësimin dhe ndjekjen e sigurisë së pacientit dhe shëndetit në vendin e punës. (11)

3.2.4. Rishikimi i literaturës aktuale

3.2.4.1 Kërkimi i literaturës

Për të kuptuar perspektivat ndërkombëtare mbi aspektet e menaxhimit të farmacisë spitalore, u krye një përmbledhje e literaturës. Referencat duhet të ishin të rëndësishme për farmacinë spitalore dhe të përfshinin aspektet e menaxhimit financiar, menaxhimit të personelit, udhëheqjen, menaxhimin e informacionit, planifikimin dhe menaxhimin e riskut, në mënyrë që të mund të përfshiheshin në këtë rishikim.

Studimet u identifikuan duke kërkuar bazat e të dhënave elektronike në vijim si: Medline dhe abstrakte farmaceutike ndërkombëtare. Fjalët kyçe të kërkimit përfshinin "farmaci spitalore", "menaxhim financiar", "menaxhim i personelit", "menaxhim i riskut", "menaxhim i barnave", "menaxhim i materialeve mjekësore", "menaxhim i informacionit", "menaxhim i kohës" dhe "organizim dhe administrim" vetëm dhe në kombinim me njëri-tjetrin. U kryen kërkime të bibliografisë dhe të artikujve përkatës dhe dosjeve personale të autorëve.

U përjashtuan studimet e lidhura me provat klinike, marrëdhëniet me pacientët, administrimin dhe përdorimin e barnave dhe materialeve mjekësore, rezultatet klinike, mjekimin dhe menaxhimin e sëmundjes, gabimet në mjekim dhe sigurinë e pacientit, riskun nga përdorimi i barnave, edukimin e pacientëve dhe farmacistëve, përshkrimin dhe shpërndarjen e barnave. U përjashtuan edhe studimet që nuk ishin në gjuhën angleze.

3.2.4.2 Rezultatet e kërkimit të literaturës

Kërkimi i literaturës rezultoi në 513 artikuj të botuar midis viteve 1963 dhe 2013.

Fokusi i kërkimit ishte identifikimi i artikujve kërkimorë-studimorë. Sidoqoftë, u gjetën vetëm një numër i kufizuar i punimeve kërkimore ($n = 4$). Prandaj, u krye eksplorimi i mëtejshëm për të përfshirë literaturën që përmbante raportim rasti, studim rastesh, punime konferencash,

këshilla praktike dhe materiale simpoziumesh. U përfshinë artikuj të marrë nga tekstet në letër. 35 artikuj të rishikuar u kategorizuan sipas drejtimit të menaxhimit të farmacisë spitalore që studionin si: menaxhim financiar, menaxhim strategjik, menaxhim inventari, struktura organizative, menaxhim personeli dhe menaxhim risku.

3.2.4.3 Menaxhimi financiar

Të gjitha studimet që kishin të bënin me menaxhimin financiar e kishin origjinën në SHBA, që nga vitet 1980. Kjo duket në përputhje me “evolucionin” e përshkruar të sistemit të kujdesit shëndetësor në SHBA, i cili kaloi në tre faza. Faza e parë ka qenë përshkruar si një "krizë e cilësisë" e cila ndodhi para Luftës së Dytë Botërore, faza e dytë ishte "kriza e aksesit" e cila u shfaq nga vitet 1960 në vitet 1970, dhe faza e tretë ishte "kriza e kostos" e cila filloi në vitet 1970. (26)

Kosto-efektiviteti dhe përmbajtja ose kufizimi i kostove u identifikuan si çështje kryesore të spitaleve. Sloan, et al deklaroi se rëndësia e kosto-efektivitetit i ka filluar tek buxheti i kufizuar dhe tek integrimi i sistemit të financimit të shëndetit, i cili shkurton ditëqëndrimin dhe prek procesin e përzgjedhjes së barnave. (27) Në një studim quasi-eksperimental të kryer në një spital mësimor, Krugman, et al raportoi se materialet edukuese për promovimin e ndërgjegjësimit financiar të punonjësve, ishin të dobishme për ofrimin e shërbimeve kosto-efektive. (28) Megjithatë, autorët gjithashtu theksuan se midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor, të cilët morën pjesë në studim, stafi i farmacisë tregoi përmirësimin më sinjifikativ të njohurive financiare. (28) Për më tepër, Kernich dhe Creighton raportuan një studim rasti mbi menaxhimin e specialiteteve farmaceutike në një spital mësimor në SHBA. (29) Në raport, autorët treguan se protokollet e standardizuara, bashkëpunimi midis të gjithë personelit dhe auditimet mund të përdoren për të optimizuar menaxhimin financiar të specialiteteve farmaceutike. (29)

3.2.4.4 Menaxhimi strategjik

Strategjia e menaxhimit ishte fokusi kryesor i tetë artikujve, ku shtatë nga botimet ishin nga SHBA dhe një nga Mbretëria e Bashkuar. Historikisht, aktivitetet e planifikimit të farmacisë spitalore rezultojnë nga ndryshimet në edukim, në sistemin shëndetësor kombëtar, dhe / ose kërkesat e shërbimeve mjekësore dhe pacientëve. Për shembull, përpara sigurimit të Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (NHS) në Mbretërinë e Bashkuar, farmacistët kanë punuar në depo dhe mund të zëvendësoheshin nga profesionistë të tjerë shëndetësorë. (30) Pas NHS, spitaleve iu dha shumë autonomi dhe farmacistët spitalorë zgjeruan rolet e tyre drejt formulimit të barnave, duke ndikuar përshkruesit e barnave, siç janë mjekët, përmes mbikëqyrjes së shërbimeve farmaceutike. (30) Në vitin 1979, Kay dhe Adelman raportuan një studim rasti të ndryshimeve në menaxhim në një spital univeritar në SHBA. (31) Autorët përshkruan proceset që çuan në ndryshimin nga sistemi i shpërndarjes në një sistem më efikas, të orientuar drejt pacientit, duke rezultuar në një mjedis më mbështetës për shërbimin e farmacisë klinike. (31) Për më tepër, Skolaut parashikoi ndryshime thelbësore në rolet e farmacistëve spitalorë në SHBA ndaj specialistëve klinikë për të përmbushur kërkesat në rritje të profesionistëve shëndetësorë dhe pacientëve për përsosmëri dhe disponueshmëri gjatë viteve 1980. (32) Në vitin 2010, Knoer et al raportoi një ndryshim modeli, nga farmacistët e trajnuar të nivelit Bachelor drejt nivelit Doktor në Farmaci (Pharm.D), duke ju referuar një farmacie spitalore të lidhur me një

universitet në SHBA. (33) Këto raporte sigurojnë disa njohuri të ndikimeve të rëndësishme të mjedisit të jashtëm në shërbimin e farmacistëve spitalorë.

U raportuan edhe disa teknika për të ndihmuar farmacistët spitalorë në menaxhimin strategjik. Në vitin 1994, Wilson përshkroi dhjetë tendencat kryesore në sistemin e kujdesit shëndetësor për aftësimin e farmacistëve spitalorë në zhvillimin e strategjive të nevojshme gjatë punës së tyre. (34) Një mjet tjetër i përdorur në një spital në SHBA ishte procesi i përmirësimit të teknikave. (35) Objektivi kryesor i përmirësimit të teknikave ishte përmirësimi i efikasitetit dhe cilësisë së prodhimit farmaceutik dhe proceseve të shpërndarjes farmaceutike nga përmirësimet e proceseve të punës dhe kontrollit vizual. (35)

Tabela 3.1. Tendencat kryesore financiare që ndikojnë në industrinë e spitalit

Nr.	Trendet kryesore:
1	Ulje e madhësisë së spitalit dhe shkallës së shtrimeve
2	Ulje e ditëqëndrimit mesatar
3	Rritje e kompleksitetit të rasteve mikse
4	Rritje e vizitave ambulatorë
5	Ulje e shpenzimeve të lidhura me asetet
6	Rritje e mbulimit të borxheve
7	Rritje e stafëve mjekësorë dhe mbështetëse
8	Rritje e arkëtimeve spitalore

Megjithatë, janë raportuar disa qëndrime ndaj ndryshimeve në proceset e menaxhimit. Bucceri dhe Baker propozuan sfida të mundshme gjatë implementimit të ndryshimeve, të cilat përfshijnë rezistencë dhe ankesa të stafit. (36) Knoer et al përshkroi se si pjesëtarët e farmacistëve spitalorë shprehën frikën dhe konfuzionin e tyre lidhur me ndryshimin e roleve të tyre në një spital universitar në SHBA. (33) Sidoqoftë, autorët gjithashtu raportuan se rezistenca dhe frika mund të menaxhohen përmes angazhimit dhe monitorimit të vazhdueshëm. (33) Janë raportuar disa sfida në strategjinë e menaxhimit të shërbimit të farmacistëve. Qeveria dhe shoqatat e farmacistëve janë gjithashtu të njohura për rolin e tyre si mundësues të zhvillimit të profesionistëve, përmes kërkimeve, studimeve dhe hartimit të udhëzuesve dhe standardeve. (30) Megjithatë, pabarazia në kapacitetet institucionale për të përmbushur standardet kombëtare, ul efektivitetin e standardeve të vendosura. (37, 38) Për shembull, në vitet 1960, paaftësia për të punësuar farmacistë dhe arsimimi joadekuat pengoi zhvillimin e mundshëm të roleve të farmacistëve spitalorë përveç roleve të shpërndarjes dhe furnizimit me barna dhe materiale mjekësore. (30) Përveç kësaj, karakteristikat specifike personale si: interesat,

aspiratat për karrierë, besimet, pasioni, preferencat dhe përkushtimi, ishin pengesat ose shtysat e mundshme për ndryshimin. (33, 39)

3.2.4.5 Menaxhimi i inventarit

Rezultoi vetëm një citim që theksonte rëndësinë e menaxhimit të inventarit për të përmirësuar sigurinë e barnave. Në vitin 2007, Administrata Amerikane për Barnat dhe Ushqimet (FDA) ngriti Strategjinë e Vlerësimit dhe Uljes së Riskut, e cila kërkonte administrim dhe procedura komplekse për barnat potencialisht problematike. (40) Për shembull, Raber raportoi se për barin droperidol (një bar me përkujdesje specifike), përpara përshkrimit kërkohej kryerja nga ana e pacientit e një testi shtatzanie, e elektrokardiografisë dhe e testit të tolerancës ndaj opiateve. (40) Autori sugjeroi që risqet e përdorimit të barnave duhet të integrohen në formulare të ndryshëm farmaceutike duke përcaktuar qartë protokollet specifike dhe gjithashtu nevojitet përfshirja e farmacistëve klinikë në procesin e hartimit të formularëve farmaceutikë. (40)

3.2.4.6 Struktura organizative dhe sjellja

Nga viti 1969 deri në vitin 2008, u botuan artikuj të fokusuar në strukturën organizative dhe sjelljen. Ndryshe nga aspektet e tjera të menaxhimit të theksuara në këtë përmbledhje të literaturës, këto punime u botuan nga katër shtete dhe gjatë një periudhe të gjatë kohore. Kjo mund të tregojë se organizimi i farmacisë spitalore ka qënë një zonë e gjerë studimi.

Disa vende raportuan modelin e praktikës së tyre të farmacisë spitalore. Gjatë viteve 1960, Gayatonde raportoi se modeli i farmacisë spitalore në Indi ishte i përqëndruar në prodhimin dhe furnizimin me barna dhe i ofronte shumë pak nxitje personelit të kualifikuar. (41) Në vitin 1989, Raehl, et al raportuan disa karakteristika të spitaleve amerikane, të cilat përcaktojnë shtrirjen e shërbimeve të farmacisë klinike. (42) Në vitin 1991, në kontekstin e Afrikës së Jugut, Gibson propozoi zhvillimin organizativ për arritjen e një të ardhme të shpallur ideale të farmacistëve spitalorë. (43) Autori përshkroi gjithashtu se organizatat piramidale penguan pjesëmarrjen dhe kënaqësinë në punë të farmacistëve. (43)

Tabela 3.2. Pesë faktorë që lidhen me sigurimin e shërbimit të farmacisë klinike në spitalet e SHBA

Nr.	Faktorët që influencojnë ofrimin e shërbimit
1	Madhësia e spitalit → Spitalet më të mëdha ofrojnë më shumë shërbime klinike
2	Lidhja me universitetin → Spitalet universitare ofrojnë më shumë shërbime klinike
3	Pronësia e spitalit → Spitalet publike ofrojnë më shumë shërbime klinike; ka diferenca ndërmjet spitaleve publike dhe jopublike
4	Sistemi i shpërndarjes së barnave → Farmacia e decentralizuar ofron më shumë shërbime klinike
5	Niveli i arsimimit të drejtorit të Shërbimit të Farmacisë → Farmacitë spitalore me drejtues me diplomë të një niveli më të lartë ofrojnë më shumë shërbime klinike

Disa artikuj theksuan autonominë profesionale dhe ndikimet pozitive të farmacistëve spitalorë. Në një artikull të botuar në vitin 1999, Schneider theksoi mundësitë e lidhshme të farmacistëve spitalorë për përmirësimin e sigurisë së barnave, aksesit në kujdesin shëndetësor dhe rezultatet e trajtimit të pacientëve. (44) Bond et al zhvilloi një studim kombëtar për të hetuar lidhjen potenciale ndërmjet shërbimeve të farmacisë klinike, personelit të farmacisë spitalore dhe shkallës së vdekshmërisë / mortalitetit. (45) Rezultati tregoi se një rritje në numrin e farmacistëve klinikë përmirësoi ndjeshëm rezultatet e të gjithë variablave, por një rritje e numrit të administratorëve të farmacive rezultoi me një rritje të nivelit të vdekshmërisë / mortalitetit; sidoqoftë numri mund të mos tregojë se si administratorët ndikojnë drejtpërdrejt në cilësinë e kujdesit, por mund të përfaqësojë mënyrën e organizimit të farmacive spitalore. (45)

Disa autorë gjithashtu theksuan implikimet e strukturave kryesore organizative në farmacitë spitalore. Dy studime në Mbretërinë e Bashkuar raportuan se organizimi lokal dhe perceptimet e drejtuesve të farmacisë spitalore çuan në shtrirje të ndryshme të shërbimeve të ofruara. (37, 38) Dy studime theksuan sfidat në menaxhimin e farmacisë spitalore në lloje të ndryshme institucionesh të varura nga i njëjti autoritet. Një inkorporim i spitaleve më të mëdha dhe më të vogla, të cilat ndanin të njëjtat burime dhe lidhshme u karakterizua nga paqëndrueshmëria, konfliktet, dhe mungesa e vizionit. (46) Një spital i madh, gjithashtu kishte fushëveprim të ndryshëm të shërbimeve dhe përparësive, të cilat përcaktoheshin nga struktura dhe filozofia e organizatës. (39) Në vitin 2006, Gallego et al komentuan mbi ndikimin e mundshëm të sistemit të fragmentuar të financimit të spitaleve në Australi. (47) Brenda sistemit, spitalet publike dhe private kishin burime të ndryshme fondesh për furnizimin me barna dhe materiale mjekësore, ku spitalet private kishin fonde mjaft fleksibël. (47) Autorët gjithashtu ishin të shqetësuar për barazinë e aksesit ndaj barnave, efikasitetit dhe rezultateve të mundshme të trajtimit në spitalet publike (krahasuar me spitalet private). (47)

3.2.4.7 Menaxhimi i personelit

Fokusi i dy artikujve në lidhje me menaxhimin e personelit ishte zhvillimi i strukturës organizative për të rritur fuqizimin dhe besnikërinë e stafit. Studiuesi Fine përshkroi se rolet e kohëve të fundit të farmacistit spitalor ishin si menaxher i burimeve të barnave, menaxher i informacionit të barnave, dhe menaxher i terapisë me barna. (48) Fine kritikoi strukturën piramidale të spitaleve amerikane, që krijoi një konkurrencë midis farmacisë dhe shërbimeve të tjera. (48) Në të kundërt, autori argumentoi se organizimi në formë matrice do të siguronte fleksibilitet, komunikim horizontal dhe nivel të lartë njohurish. (48) Për më tepër, në vitin 2007, Kahaleh dhe Gaither zbuluan se tek farmacistët që punonin në farmaci të rrjetit të hapur perceptohej një nivel më i lartë i fuqizimit dhe besnikëri më e madhe ndaj pacientëve krahasuar me farmacistët që punojnë në një organizatë të strukturuar. (49) Rezultoi se rritja e aksesit ndaj njohurive, mundësive dhe mbështetjes ndikojnë tek besnikëria dhe përkushtimi i farmacistëve në punë. (49)

Dy studime paraqitën sesi u menaxhuan mungesat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Davis raportoi se në vitin 1993, kishte mungesa të farmacistëve dhe infermierëve në një spital publik në SHBA. (50) Me përdorimin e një sistemi të kompjuterizuar dhe punësimin e teknikëve të farmacisë, farmacistët u ndihmuan në përgatitjen e barnave, kështu që infermierët dhe farmacistët patën mundësi të përqëndrohen më shumë tek kujdesi i drejtpërdrejtë ndaj pacientit (50) Sidoqoftë, teknikët e farmacisë kishin ekspertizë të kufizuar klinike, kështu që spitali punësoi infermierë të licencuar, të cilët mund të ndihmonin si infermierët ashtu edhe shërbimin e farmacisë. (50) Pas zbatimit të këtyre ndryshimeve, koha kushtuar kujdesit ndaj pacientit u rrit, frekuenca e thirrjeve telefonike u ul dhe çështjet e barnave u zgjidhën menjëherë. (50) Për më tepër, në Ugandë, Babigumira et al, realizuan një model të minimizimit të kostos, për të vlerësuar potencialin e zhvendosjes së detyrës së monitorimit të terapisë antiretrovirale nga mjekët tek infermierët dhe farmacistët, për të rritur mundësinë e kujdesit shëndetësor (51) Rezultati tregoi se zhvendosja e monitorimit të terapisë tek infermierët dhe farmacistët spitalorë mund të kursejë 11 milion dollarë / vit në Uganda. (51)

Një sërë sondazhesh kombëtare të kryera në SHBA nga Bond et al, identifikuan marrëdhënien midis personelit të farmacisë spitalore, shërbimeve të farmacisë klinike, kostos së kujdesit dhe nivelet e vdekshmërisë. Në vitin 1999, autorët raportuan se me një rritje të numrit të farmacistëve klinikë, kostot e barnave u ulën për shkak të shërbimeve që lidhen me farmacinë klinike. (52) Në vitin 2002, Bond et al, anketuan farmacistët klinikë dhe faktorët që lidhen me nivelet e personelit, ku drejtuesit e farmacive kishin një rol në alokimin e burimeve. (53) Në vitin 2004, Bond et al, hetuan fizibilitetin dhe faktorët që ndikojnë në implementimin e shërbimeve kryesore të farmacisë klinike. (54) Grupi kryesor përfshinte informacionin mbi barnat, menaxhimin e efekteve të padëshiruara të barnave, menaxhimin e protokollit të barnave, etj. (55) Ishte parashikuar që kompetencat e farmacistëve dhe disponueshmëria do të kënaqte këto kërkesa. Lidërshipi i farmacisë në SHBA mbështet fuqimisht zbatimin e shërbimeve klinike. (54)

Megjithëse kosto dhe cilësia e kujdesit shëndetësor mund të justifikojnë kërkesat dhe shërbimet e personelit, një studim i fundit i kryer nga Krogh et al, prezantoi përdorimin e një indikatori për matjen e produktivitetit për të justifikuar ngarkesën dhe orët e punës. (56) Autorët raportuan se përdorimi i një sistemi elektronik të regjistrimit ka rritur saktësinë e vlerësimit të ngarkesës në punë, duke lehtësuar përmirësimin e modelit sipas nevojave ose sipas kërkesës së personelit dhe duke ulur kostot e punës. (56)

3.2.4.8 Menaxhimi i riskut

Dy artikuj u përqëndruan në sigurinë e barnave si një çështje e menaxhimit të riskut për farmacistët spitalorë. Kishte qasje të ndryshme për të menaxhuar riskun. Pick et al, menaxhuan përdorimin e sigurt të barnave duke zhvilluar mjete për të ekzaminuar nivelin e sigurisë për barnat pjesë e formularëve terapeutikë. Në këtë studim, risqet e mundshme të barnave mund të identifikoheshin gjatë përzgjedhjes së barnave pjesë e formularit terapeutik dhe përpara se të përdoreshin. (57) Studiuesi Shane sugjeroi bashkëpunimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor, përfshirë farmacistët, për të ekuilibruar kërkesat e FDA-së mbi sigurinë e barnave dhe sigurinë e pacientëve. (58)

Nga ana tjetër, Garrett, et al theksuan rëndësinë e një kulture mbi sigurinë, në mënyrë që të menaxhohet siguria e barnave. (59) Autorët raportuan se kultura e sigurisë u ndikua nga shumë faktorë, të tilla si lloji i spitalit, prania e një grupi profesional në farmaci dhe përkatësia e organizatës profesionale. Një sondazh i kryer në spitalet publike tregoi se personeli në spitalet më të vogla paraqiti përgjigje shumë pozitive ndaj punës në ekip dhe menaxhimit të stafit. (59) Farmacistët e lidhur me organizata profesionale treguan qëndrim pozitiv dhe mbështetës ndaj sigurisë së barnave. (59) Megjithatë, teknikët farmacistë treguan nivelin më të ulët të mbështetjes për kulturën e sigurisë, veçanërisht në rolet e reja që u krijuan për të mbështetur aktivitetet e farmacisë klinike. (59)

3.2.4.9 Përfundime

Nga rishikimi i literaturës, është e qartë se menaxhimi i farmacisë spitalore ka qenë një interes global i studimit. Megjithatë, disa aspekte të menaxhimit të farmacisë spitalore, të tilla si menaxhimi strategjik, kultura dhe sjellja organizative dhe menaxhimi i personelit, duket se kanë qënë më të rëndësishme për tu trajtuar krahasuar me aspekte të tjera. Një kufizim i këtij rishikimi është shfrytëzimi vetëm i dy bazave të të dhënave, shumë artikuj ishin literaturë gri, dhe shumë kishin më shumë se pesë vjet që ishin publikuar. Është e qartë se shumica e botimeve janë kryer në kontekstin e vendeve të zhvilluara, dhe pak është raportuar për vendet në zhvillim. Për këtë arsye, ndryshimi i vazhdueshëm i sistemit të kujdesit shëndetësor mund të paraqesë sfida të mundshme, veçanërisht në rastet e vendeve me burime të kufizuara, eksplorimi i menaxhimit të farmacisë spitalore në vendet e zhvilluara dhe në vendet në zhvillim, mund të japë njohuri të dobishme mbi praktikën e farmacisë spitalore aktuale dhe të ardhshme.

Në vijim, përshkruhet menaxhimi i farmacisë spitalore bazuar në perspektivat australiane dhe indoneziane.

3.3. Menaxhimi i Farmacisë Spitalore në Australi

3.3.1 Hyrje

Menaxhimi është një fushë sfiduese, por thelbësore për forcimin e sistemit shëndetësor dhe përmirësimit të shëndetit të popullsisë. (60) Menaxhimi përcaktohet si një proces, i cili bashkon burimet në një mënyrë që së bashku, ata të arrijnë qëllimet ose objektivat në mënyrën më efikase të mundshme. (61) Mund të ketë fusha të ndryshme të përvojës së menaxhimit dhe aftësi që janë të rëndësishme për menaxherët e farmacive spitalore. Menaxhimi financiar është identifikuar si i rëndësishëm për menaxherët e farmacive spitalore, për shkak të përgjegjësi në mbikëqyrjen e barnave spitalore dhe formularit terapeutik të barnave. Formulari zakonisht përfshin procesin e përzgjedhjes së barnave bazuar në kosto-efektivitet dhe në menaxhimin e riskut. (62) Menaxhimi i personelit është gjithashtu një faktor jetik në suksesin e ofrimit të shërbimit të farmacisë spitalore. (63) Sidoqoftë, duket e zakonshme që farmacistët të anashkalojnë praktikën e menaxhimit, sepse për arsye që lidhen me etikën, perceptohet se nuk lidhet me rolet e farmacistëve në shëndetin e komunitetit dhe kujdesin ndaj pacientit. (64)

Mund të ketë perspektiva të ndryshme mbi rolin e menaxhimit për farmacistët spitalorë. Janë miratuar disa mënyra për integrimin e teknikave të menaxhimit të praktikave të farmacisë spitalore. (65, 66, 67, 68, 69) Përdorimi i qasjes së kosto - efektivitetit në shërbimet e kujdesit shëndetësor janë shqyrtuar nga Sloan et al. (67) Duke përdorur këtë qasje, autorët përshkruan përdorimin e analizave të kosto - efektivitetit për hartimin e formularit terapeutik në spital, por mungesa e informacionit mbi pacientët e shtruar në spital dhe kostot e tyre, mungesa e sponsorizimit të pavarur dhe ekspertiza e papërshtatshme u zbulua se pengojnë përdorimin e tij. (67) Wilson propozoi disa tendenca kryesore financiare që formësojnë industrinë e spitalit, të tilla: si kohëzgjatja mesatare e qëndrimit në spital, kompleksiteti i rasteve mikse dhe përdorimi ambulator, për aftësimin e menaxherëve të farmacive spitalore, për zhvillimin e strategjive spitalore, në një ambient ku ndryshimi është i vazhdueshëm. (68) Gjithashtu, struktura e organizatës konsiderohet një aspekt kritik në sigurimin e shërbimeve farmaceutike spitalore. (65, 66) Për më tepër, siguria e barnave është identifikuar si një përparësi e rëndësishme e menaxhimit, veçanërisht në farmacinë spitalore. Për këtë arsye, menaxhimi i riskut është një përbërës kryesor i sigurisë së barnave dhe një rol i rëndësishëm që udhëhiqet nga farmacistët spitalorë. (69)

Fokusi është zhvillimi i farmacisë spitalore, menaxhimi në spitale përmes një perspektive ndërkombëtare. Në këtë pjesë janë përshkruar rolet e perceptuara, sfidat, mundësitë dhe faktorët kryesorë në menaxhimin dhe optimizimin e burimeve në farmacitë spitalore australiane. Janë eksploruar edhe pikëpamjet mbi zhvillimet e mundshme të farmacisë spitalore në të ardhmen. Për këtë qëllim janë kryer kërkime cilësore, që përfshijnë informatorë kryesorë të farmacisë spitalore në Australi.

Tabela 3.3. Temat e përfshira në intervistat me pjesëmarrësit australianë

Intervista me drejtorin e farmacisë:
Detyrat aktuale dhe detyrat funksionale të kryera nga menaxherët e farmacive spitalore

Menaxhimi aktual i burimeve, sigurisë dhe politikave në farmacinë spitalore
Sfidat dhe problemet e perceptuara me të cilat përballlet menaxheri i farmacisë spitalore gjatë kryerjes së detyrave funksionale
Pritshmëria lidhur me të ardhmen e praktikës së farmacisë spitalore
Zgjidhjet e mundshme për sfidat dhe risqet e identifikuar
Intervista me farmacistë të rinj spitalorë dhe me supervizorë:
Detyrat aktuale dhe detyrat funksionale të kryera nga farmacistët e spitalit
Opinione rreth zbatimit të politikave, sigurisë dhe menaxhimit të burimeve në farmacinë spitalore
Burimet njerëzore në farmacinë spitalore
Sfidat dhe risqet e perceptuara me të cilat përballen farmacistët e spitalit
Pritshmëria lidhur me të ardhmen e praktikës së farmacisë spitalore
Zgjidhjet e mundshme për sfidat dhe risqet e identifikuar

U identifikuan katër tema kryesore në lidhje me qëllimet e këtij studimi: perceptimet e roleve aktuale, mendimet në lidhje me menaxhimin aktual të farmacisë spitalore, elemente thelbësore në farmacinë spitalore, dhe dëshira dhe shqetësime për të ardhmen, të cilat përshkruhen më poshtë. Secila prej temave dhe nëntemave detajohet më poshtë, me citatet përkatëse.

3.3.2 Perceptimet e roleve aktuale

Pjesëmarrësit përshkruan rolet dhe presionet e tyre. U raportuan mendime të ndryshme rreth kujdesit farmaceutik dhe qasjeve praktike me në qendër pacientin. Disa pjesëmarrës shprehën pakënaqësi lidhur me pritshmëritë e performancës spitalore. U raportua mosrespektim midis qëllimeve institucionale dhe pikëpamjeve të farmacistëve spitalorë mbi praktikën e farmacisë spitalore, mospërputhje që shërben si një burim tensioni në praktikën aktuale.

Qasje të ndryshme ndaj kujdesit me në qendër pacientin.

Shumë pjesëmarrës përshkruan çfarë do të thotë të jesh i përqëndruar tek pacienti. Aspirata për disa farmacistë spitalore është ndërveprimi i drejtpërdrejtë me pacientët dhe përfshirja në zgjidhjen e problemeve.

3.3.3 Ngarkesa e lartë e punës

Zakonisht nga pjesëmarrësit përshkruhej një ngarkesë e lartë pune për farmacistët spitalorë. Pjesëmarrësit shprehën shqetësim në rastet kur duhej të siguronin shërbim për një numër të madh të pacientëve njëkohësisht, me përgjegjësinë për të siguruar shërbimet e shpërndarjes së barnave dhe materialeve mjekësore.

Tensionet midis pritshmërive të spitalit dhe përgjegjësiive individuale.

Pjesëmarrësit raportuan se kishte disa boshllëqe midis pritshmërive lidhur me vendet e tyre të punës dhe objektivave të tyre. Prioritetet e ndryshme krijuan tensione në ofrimin e shërbimeve: Ata përshkruan një hendek përse i përket përcaktimit të përparësive, që mund të manifestohet në sasinë e burimeve dhe mbështetjen e ofruar nga spitali, e cila çoi në një presion të konsiderueshëm në vendin e punës:

Në të kundërt, marrja në punë e burimeve njerëzore nuk konsiderohet si zgjidhja për ofrimin e një kujdesi ideal farmaceutik, por mund të vërehen përparësi nëse zvogëlohet hendeku mes asaj që kërkojnë spitalet krahasuar me atë çfarë kërkohet nga pjesëmarrësit. Rezultoi se me rritjen e mundësive për funksione drejtuese brenda spitalit, disa pjesëmarrës raportuan se tek një pjesë e punonjësve u rritën pritshmëritë rreth asaj çfarë duhet të bënin.

3.3.4 Opinione rreth menaxhimit aktual të farmacisë spitalore

Nga pjesëmarrësit në studim u ngritën një numër çështjesh me rëndësi. Menaxhimi financiar u konsiderua shumë i rëndësishëm, sepse shpenzimet për barnat duhen menaxhuar me kujdes nga farmacia spitalore. Pjesëmarrësit dhanë përgjigje të ndryshme mbi menaxhimin e të dhënave. Menaxhimi i produkteve farmaceutike ishte gjithashtu sfidues. Menaxhimi i personelit në kushtet e burimeve të kufizuara u përshkrua si një sfidë. Menaxhimi i riskut për barnat, u vlerësua unanimisht si përgjegjësi e farmacistëve spitalorë.

3.3.5 Menaxhimi Financiar

Menaxhimi i kostove u raportua nga pjesëmarrësit si një aspekt jetësor i menaxhimit të farmacisë. Menaxhimi financiar u konsiderua shumë i rëndësishëm pasi farmacia e spitalit menaxhon materiale me vlerë financiare.

Në një kontekst tjetër, një pjesëmarrës vuri në dyshim vlerën e buxhetimit në prokurimin e barnave.

Sidoqoftë, pjesëmarrësit gjithashtu pranuan që kufizimi i kostove është një çështje kyçe që kontribuon në financat spitalore, sepse ndërkohë që kemi shuma të mëdha të parave të përfshira, nuk kemi të ardhura të gjeneruara:

3.3.6 Menaxhimi i informacionit

Diskutimi i temës së menaxhimit të informacionit rezultoi në përgjigje të ndryshme tek pjesëmarrësit. Një pjesëmarrës vlerësoi praktikën e dokumentimit si të mangët, në veçanti atë spitalore, por ishte i shqetësuar se implementimi i përmirësimeve mund të kërkonte shumë dokumentacion dhe ndoshta mund të ndikonte në cilësinë e kujdesit ndaj pacientëve.

“Dokumentacioni është mjaft i mangët, dhe unë besoj se kjo do të përmirësohet në të ardhmen, por nëse ka ndonjë mënyrë të kthehemi dhe të shpenzojmë më shumë kohë për dokumentacionin, kjo do të thotë më pak kohë me pacientët tanë dhe kështu dokumentacioni

ndoshta do të dyfishohet. Vetëm kështu mund të sigurohemi që të gjithë e dinë se çfarë po ndodh dhe çfarë ndodh me iniciativat e sigurisë së barnave, por pasoja e kësaj është që të kemi më pak kujdes ndaj pacientit.” (A03)

Nga disa pjesëmarrës preferohej përdorimi i tabelave prej letre të barnave, krahasuar me sistemin elektronik, ndërsa nga pjesëmarrës të tjerë të dhënat në letër perceptoheshin si jopraktike. Për më tepër, përdorimi i menaxhimit të kompjuterizuar të të dhënave në përgjithësi vlerësohej, por një pjesëmarrës nuk ishte i sigurt mbi përpjekjet e konsiderueshme për të përdorur këtë teknologji:

3.3.7 Menaxhimi i inventarit

Mungesa e papritur e produkteve farmaceutike ishte një shqetësim i shprehur nga pjesëmarrësit. Mungesat e barnave shqetësojnë pjesëmarrësit, sepse kjo mund të kufizojë aksesin në barnat thelbësore dhe mund të dëmtojë pacientët.

Përdorimi i emrave tregtarë dhe marketingut për të ndikuar në përshkrimin e barnave nga mjekët, u raportua si një shqetësim në menaxhimin e barnave dhe të shpenzimeve përkatëse:

3.3.8 Menaxhimi i personelit

Menaxhimi i burimeve njerëzore u raportua si një aspekt kryesor i menaxhimit në farmacinë spitalore. Ju dha përparësi punësimit të stafit të mirë kualifikuar dhe trajnimit të vazhdueshëm.

Pjesëmarrësit shprehën shqetësim për strategjitë e kufizimit të kostove të spitaleve, të cilat mund të vonojnë rekrutimin e stafit. Pjesëmarrësit raportuan shqetësimet e tyre, si menaxherë, mbi balancimin e ndjenjës së përmbushjes për stafin e tyre me nivelet e arritjeve të organizatës.

3.3.9 Menaxhimi i riskut

Pjesëmarrësit shprehën shqetësime në lidhje me risqet e mundshme të lidhura me menaxhimin e barnave. Ata ishin të shqetësuar për mospërputhjen midis kërkesave të pavjoneve dhe asaj që konsiderohet efikase dhe e sigurtë nga farmacistët spitalorë.

Një pjesëmarrës ishte i shqetësuar në lidhje me kufizimin e furnizimit me barna në pavjon, pasi kjo mund të vërë në rrezik pacientët në një situatë emergjente. Mungesa e angazhimit të pacientëve në qasjen ndaj sigurisë së barnave është raportuar si një sfidë e madhe në menaxhimin e sigurisë së barnave në Australi.

“Siguria e barnave është përgjegjësi e të gjithëve, përgjegjësi e infermierëve, përgjegjësi e mjekëve, përgjegjësi e pacientëve dhe objektivi në Australi është ndërgjegjësimi dhe përfshirja e pacientëve në këtë detyrë. Angazhimi i konsumatorit, në këtë rast pacientit, është me të vërtetë i rëndësishëm, por rrallë herë ndodh. ”

3.3.10 Elementet thelbësore në farmacinë spitalore

U raportuan faktorët kryesorë të perceptuar në menaxhimin dhe praktikën e farmacisë spitalore. U theksua nevoja për disa aftësi specifike për farmacistët spitalorë. U theksua rëndësia e

udhëheqjes/lidershipit. Si përfundim priten ndryshime në sistemin aktual për përmirësimin e sigurisë së pacientit, menaxhimin e të dhënave dhe cilësinë e shërbimit.

3.3.10.1. Kompetencat

Pjesëmarrësit përshkruan atë që duhet të dinin, për të qenë në gjendje të punonin si farmacistë spitalorë. Ndërgjegjësimi për rolet u raportua si një element themelor për të përcaktuar se çfarë kërkohej nga farmacistët e spitalit.

Përvoja përkatëse praktike në farmacinë e komunitetit gjithashtu u konsiderua thelbësore nëse farmacistët e rinj vendosnin të punësoheshin në spital:

3.3.10.2. Udhëheqja/Lidershipi

Udhëheqja u identifikua si një çështje e rëndësishme në administrimin e farmacisë spitalore. Pjesëmarrësit identifikuan rëndësinë e besimit midis menaxherëve dhe stafit të farmacisë spitalore. Një udhëheqës gjithashtu pritej të ndikonte tek personeli, veçanërisht në një mjedis që ndryshon në mënyrë të vazhdueshme. Pjesëmarrësit kishin pritshmëri të mëdha për cilësi të lartë, siguri dhe kujdes të përshtatshëm të ofruar nga spitali:

3.3.10.3. Sistem i ngurtë

U përshkrua ambienti spitalor mbështetës për të mbështetur praktikën e farmacisë spitalore. Nga reflektimi mbi përvojat ndërkombëtare në praktikën e farmacisë spitalore u identifikuan disa fusha me interes, si për shembull, përfitimet lidhur me aplikimin e barkodit për skanim.

“Amerika ka kaluar procesin e skanimit të barkodit. Ky proces filloi kur FDA kërkoi që prodhuesit të sigurojnë barkod për barnat, në mënyrë që të fillonte përdorimi i kësaj pajisje për sigurinë e barnave. Pra, kjo është diçka për të cilën duhet ecur përpara, por do të duhet kohë deri në implementim në të gjitha vendet. Është një gjë që duhet bërë në nivel kombëtar.

Një qasje e bazuar në evidencë në implementimin e shërbimeve të reja pritet të shmangë paragjykimet dhe lidhjen emocionale me vendimmarrjen.

3.3.11 Vizioni dhe shqetësimet për të ardhmen

Pjesëmarrësit raportuan vizionin dhe shqetësimet e tyre për të ardhmen e farmacisë spitalore. Ata kishin një pikëpamje mbi nevojën për karrierë profesionale, zhvillimin dhe vlerësimin e ekspertizës së tyre brenda sektorit spitalor. Pjesëmarrësit projektuan sfidat e të ardhmes, të tilla si fondet e pamjaftueshme. Për më tepër, pjesëmarrësit ofruan një sërë këndvështrimesh për të ardhmen, si për shembull interes ndaj teknologjisë në të ardhmen dhe rezistenca e stafit ndaj ndryshimit.

3.3.11.1. Zhvillimi i karrierës

Janë raportuar opinione mbi të ardhmen e praktikës së farmacistë spitalore. Një qëndrim proaktiv u mendua për rritjen e mundësive në karrierë.

Megjithatë, për të patur role më të rëndësishme në të ardhmen, kishte pritshmëri mbi kontributin e farmacistëve në fusha të ndryshme të kujdesit shëndetësor:

3.3.11.2. Vlerësimi profesional

Pjesëmarrësit ishin të shqetësuar për të ardhmen e profesionit të tyre. Një pjesëmarrës shprehu shqetësimin lidhur me identitetin profesional që duhet vendosur nga farmacistët spitalorë në të ardhmen.

Për më tepër, pa mjedise stimuluese dhe pa shpërblime të përshtatshme, pasardhësit e mundshëm mund të lënë rolet e tyre. Për më tepër, pjesëmarrësit shqetësohen edhe për arsye të mungesës së mundësive të progresit në karrierë në pozicione më të larta.

3.3.11.3. Mungesa e fondeve të mjaftueshme

Qasja në fonde në të ardhmen ishte shqetësuese për pjesëmarrësit. Nga pjesëmarrësit ndihet pasiguria dhe variabiliteti financiar në të ardhmen. Fizibiliteti i zgjerimit të shërbimeve u vu në dyshim nga pasiguria financiare në të ardhmen.

3.3.11.4. Qëndrimet ndaj ndryshimeve

Ekziston shumëllojshmëri në qëndrimet ndaj zhvillimit të mundshëm në të ardhmen të farmacistë spitalore. Disa pjesëmarrës ishin entuziastë për të marrë pjesë në ndryshim, veçanërisht në menaxhimin e informacionit. Sidoqoftë, një pjesëmarrëse tjetër raportoi dyshimin e saj mbi rezistencën ndaj ndryshimeve për shkak të përvojave të mëparshme të stafit.

3.3.12 Diskutim

Punimi synonte të eksploroje perceptimet e farmacistëve spitalorë australianë mbi përgjegjësitë e tyre, sfidat dhe faktorët kryesorë në menaxhimin e farmacistë, si dhe për të eksploruar zhvillimin e mundshëm në të ardhmen. Për këtë arsye u hulumtuan përvojat dhe mendimet brenda këtij studimi cilësor. Gjetjet sugjerojnë se ka tensione të vazhdueshme midis asaj që dëshirojnë të arrijnë farmacistët spitalorë dhe asaj që institucionet presin që ata të arrijnë në rolet e tyre si menaxherë të farmacive spitalore. Mund të ketë tensione bazuar në një mospërputhje midis vlerave dhe perceptimeve themelore të farmacistëve spitalorë dhe pritshmërive të spitalit për shërbimin e farmacistë spitalore. Si përfundim, mund të vërehet pakënaqësi dhe zhgënjim në punë, të cilat u përshkruan në këtë studim.

3.3.12.1. Perceptimet e roleve aktuale

Duket se megjithëse pjesëmarrësit përshkruan dëshirën për të qenë të përqëndruar ndaj kujdesit ndaj pacientit në qasjen e tyre, kishte ambivalencë në lidhje me mënyrën e të paturit në qendër pacientin gjatë praktikës së tyre. Disa pjesëmarrës besuan se të paturit në qendër pacientin duhej të kishte lidhje të drejtpërdrejtë në menaxhimin e barnave të pacientëve. Pjesëmarrës të tjerë besuan se kujdesi i përqëndruar ndaj pacienti ishte ofrimi i shërbimeve për pacientë të zgjedhur dhe me përparësi të lartë. Një pjesëmarrës tjetër sugjeroi kujdesin e përqëndruar ndaj pacientit si një kujdes jo-burokratik, i sigurtë dhe i përshtatshëm. Literatura ka treguar se ka perspektiva të ndryshme rreth kësaj. (70, 71) Megjithëse konsiderohet e dobishme për të kërkuar një identitet të mirëpërcaktuar dhe të artikuluar qartë të një profesioni (70), ato ide ende duken relevante dhe sfiduese për të përcaktuar një përkufizim të qartë të përgjegjësive të farmacistëve spitalorë.

Për më tepër, idetë ekuivoqe të roleve ideale të farmacistëve nuk përputhen shpesh me pritshmëritë e spitaleve. Pjesëmarrësit shpesh përshkruan ndjenjën e presionit të lartë në punë, me pak mbështetje nga strukturat drejtuese të spitalit. Pakënaqësia e punës në këtë situatë mund të mos jetë befasuese. (66) Sidoqoftë, edhe mungesa e stafit, pa përcaktime të qarta të roleve dhe synimeve të farmacistëve, mund të çojë në zhgënjim dhe tension në vendin e punës. Për më tepër, ky studim sugjeron që priorizimi mund të jetë thelbësor për optimizimin e burimeve të kufizuara në kushtet e rritjes së kërkesës për kujdes. Kjo sugjeron që menaxhimi është i pandashëm nga praktika e farmacisë spitalore. Sidoqoftë, menaxhimi i farmacisë mund të mos jetë një fokus i qartë për shumë studentë dhe farmacistë sepse ekziston mendimi se farmacisti është vetëm personel klinik. (64) Vendosja e menaxhimit larg praktikës së farmacisë mund të çojë në kufizime në arritjen e kujdesit me në qendër pacientin. Perceptimi nga personeli i spitalit i kujdesit me në qendër pacientin mund të meritojë studime të mëtejshme.

3.3.12.2. Opinione rreth menaxhimit aktual të farmacisë spitalore

Studimi sugjeron që pjesëmarrësit mbështetën përfshirjen e përgjegjësive menaxheriale në rolet e tyre. Fushat e mëposhtme të menaxhimit ishin pranuar nga pjesëmarrësit si përgjegjësi të farmacistëve spitalorë: kontrollin financiar, informacioni, inventari, personeli, dhe menaxhimi i riskut. Përgjegjësitë menaxheriale të farmacistëve janë paraqitur në mënyrë gjithëpërfshirëse në kornizën kombëtare të kompetencave. (72) Kjo kornizë integron akreditimin, trajnimin dhe arsimimin e farmacistëve në Australi.

Megjithatë, ka mendime të kundërta se si duhet të mbështetet teknikisht një farmaci spitalore. Për shembull, disa pjesëmarrës ishin shumë entuziastë me sistemet elektronike, por disa të tjerë preferuan dokumentacionin e bazuar në letër. Mendime të tilla ishin të rrënjësura në përvojat personale të pjesëmarrësve, besimet dhe aktivitetet menaxhuese të vlerësimit, përfitimeve dhe përprjekjeve. Për më tepër, siç raportohet nga Hodnette, besimet themelore rreth diçkaje, mund të luajnë një rol të rëndësishëm në suksesin ose dështimin përfundimtar të vetë sistemit të informacionit dhe strukturës. (73) Gjetjet tona sugjerojnë gjithashtu që farmacistët spitalorë perceptojnë se atyre u mungon ndikimi në menaxhimin e farmacisë. Terma të tillë si fonde të pamjaftueshme, mungesa të barnave, mungesa në personel dhe mungesa e angazhimit të

pacientëve diktojnë disa presione të jashtme, ndoshta të pashmangshme, dhe të pakontrollueshme mbi përgjegjësitë e menaxherëve të farmacistëve spitalorë. Gjetjet sugjerojnë gjithashtu që farmacistët spitalorë mund të jenë të përjashtuar nga disa procese të caktuara të vendimmarrjes.

OBSH rekomandon që spitalet të krijojnë një ekip multidisciplinar - të njohur si Komiteti i Barnave dhe Terapisë (DTC), për të hartuar formularin terapeutik të spitalit, për të rishikuar përdorimin e barnave dhe për të zhvilluar politika në lidhje me përdorimin e barnave në spital. (74) Në spitalet australiane, farmacistët janë pjesë e DTC-së. (75) Mund të jetë e dobishme nëse farmacistët do të kenë një përfshirje më të madhe në DTC, kështu që rolet e DTC-së nuk mund të kufizohen vetëm në përdorimin farmaceutik, por edhe për mënyrën e menaxhimit të farmacisë spitalore. Mund të eksplorohehen më tej, të kuptuarit në lidhje me rolet e mundshme të DTC -së në menaxhimin e farmacisë spitalore. Ndërsa kjo është rutinë në spitalet Australiane, kjo përvojë mund të ndryshojë ndërkombëtarisht.

3.3.13 Elementet thelbësore në farmacinë spitalore

Rezultatet sugjerojnë që pjesëmarrësit ishin të vetëdijshëm se farmacia spitalore është pjesë e një organizate më të madhe - spitali, pra si farmacistët spitalorë ashtu edhe ambienti spitalor duhej të kishin karakteristika të veçanta. Për të dhënë një shërbim optimal farmaceutik, si profesioni ashtu edhe ambienti duhet të jenë të favorshëm Si profesionistë, farmacistët kanë një autonomi të konsiderueshme për ofrimin e kujdesit ndaj pacientëve. (76) Kompetencat dhe udhëheqja e farmacistëve u njohën nga pjesëmarrësit si faktorë thelbësorë në mjedisin spitalor.

Sidoqoftë, kur farmacistët punësohen në spitale, shkalla e autonomisë ndryshon në varësi të kulturës, sjelljes dhe llojit të organizimit. (64) Si pasojë, nuk është për tu habitur që pjesëmarrësit nuk ishin të lumtur me strukturën dhe kulturën të veçanta organizative, të përshkruara si të segmentuara, hierarkike, ose burokratike. Në një kontekst tjetër, pjesëmarrësit vlerësuan përfshirjen e tyre në programet e zhvillimit, specializimin dhe vlerësuan mundësitë e tyre për praktika të përgjegjshme dhe të bazuara në evidencë. Kjo sugjeron që autonomia profesionale mund të rritet në një ekip të vogël dhe të specializuar, ku anëtarët e ekipit ndajnë vlera të ngjashme dhe promovojnë praktika të përgjegjshme. Rezultati gjithashtu mbështet gjetjet e studimeve të mëparshme ku ka rezultuar se edhe pse autonomia profesionale e punës së ekipit multidisciplinar u zvogëlua dhe ishte ndikuar nga qëndrimet e anëtarëve, kjo çoi në një rritje të profesionalizmit dhe llogaridhënies mbi objektivat e ekipit multidisciplinar. (77) Kërkimet e mëtejshme në lidhje me autonominë e farmacisë spitalore dhe cilësinë e punës në ekip mund të kërkojnë kuptim të konsiderueshëm të edukatorëve, studiuesve, praktikuesve, drejtuesve të spitalit dhe politikëbërësve në lidhje me përcaktimin e roleve të farmacistëve në mjedisin spitalor.

3.3.14 Vizione dhe shqetësime për të ardhmen

Shumë pjesëmarrës shprehën dëshirat dhe shqetësimet e tyre për lidhshërinë e farmacisë. Pjesëmarrësit dëshironin që farmacistët të zellshëm të dilnin dhe të krijonin rrugën e tyre drejt lidhshërit në sistemin shëndetësor. Dëshira për një rol dhe kontribut më të madh në sistemin shëndetësor ishte e fortë, megjithë shqetësimet e tyre të shprehura rreth mjediseve jo mbështetëse për udhëheqësit e ardhshëm. Për shembull, të kesh më pak pozicione drejtuese për

farmacistët spitalorë, më pak njohje të profesionit të farmacisë, më pak mbështetje financiare dhe rezistencë ndaj ndryshimit, që u raportuan nga pjesëmarrësit, mund të kufizojë interesin e farmacistëve për të qëndruar në profesion. Për më tepër, mund të pengojë zhvillimin e farmacisë spitalore në të ardhmen.

Planifikimi i mirë gjithashtu u njoh si i rëndësishëm për përgatitjen e udhëheqësve të ardhshëm. Ky rezultat pasuron një studim të kryer nga White në vitin 2005, ku studiuesi hetoi një krizë të mundshme në lidhshimin e farmacisë në SHBA. Autori i këtij raporti rekomandoi disa veprime për përgatitjen e individëve dhe organizatave profesionale, ku u theksua rëndësia e planifikimit. (78) Ky vëzhgim sugjeron një domosdoshmëri që organizatat profesionale të bëhen proaktive në planifikimin dhe zhvillimin e një mjedisi mbështetës për profesionin e farmacistit spitalor.

3.4 Rolet aktuale të farmacistëve spitalorë në Indonezi

3.4.1 Marrëdhëniet midis filozofive, modeleve të praktikave dhe qëndrimeve të farmacistëve

U kërkua një model i marrëdhënieve midis filozofive të kujdesit farmaceutik të pjesëmarrësve, modeleve aktuale të praktikës së farmacisë spitalore dhe qëndrimeve të pjesëmarrësve. Filozofia bazohej në atë që pjesëmarrësi vlerëson në rolet e tij / të saj dhe praktikën. Modelet e praktikës u ndanë në dy kategori, ku pjesëmarrësit ishin specialistë të farmacisë klinike ose farmacistë spitalorë. Qëndrimet shprehen nga pjesëmarrësit kur raportojnë rolet e tyre.

3.4.1.1 Diskutime

Gjetjet e këtij studimi sugjerojnë që të gjithë të anketuarit kanë adoptuar një filozofi lidhur me kujdesin farmaceutik. Filozofia pasqyrohet në Standardin Kombëtar të Praktikës, i cili përcakton që kujdesi farmaceutik është një ofrim i drejtpërdrejtë dhe i përgjegjshëm i produkteve farmaceutike me qëllim arritjen e rezultateve të caktuara dhe përmirësimin e cilësisë së jetës të pacientit. (79) Përkufizimi përputhet me përkufizimin e Hepler dhe Strand të kujdesit farmaceutik. (80) Megjithatë nga pjesëmarrësit u përshkruan interpretime të ndryshme të kujdesit të orientuar ndaj pacientit. Pjesëmarrësit raportuan filozofitë dhe perceptimet e kujdesit farmaceutik që dukej se përcaktonin qëndrimet e tyre drejt roleve në farmacinë spitalore.

Perceptimet e ndryshme të kujdesit të orientuar drejt pacientit gjithashtu duket se ndryshojnë midis pjesëmarrësve. Në një model të praktikës me në qendër specialistin, funksioni klinik është ndarë nga funksioni menaxherial dhe kjo duket se ka krijuar një kulturë të fragmentuar. Pak pjesëmarrës besuan se menaxhimi ishte një rol thelbësor për kujdesin e orientuar drejt pacientit. Disa pjesëmarrës vlerësojnë ofrimin e drejtpërdrejtë të shërbimit klinik për pacientët si kujdes i vlefshëm i orientuar drejt pacientit, ndërsa funksionet jo-klinike, menaxheriale u panë si detyra të lidhura me inventarin. Për këtë arsye, ata do të jepnin përparësi shërbimeve klinike, por nuk pranuan të merrnin përgjegjësi kur u shfaqën mungesat e barnave. Kjo është në përputhje me standardet e praktikës, ku përcaktohen shërbimet e farmacisë klinike si masa të drejtpërdrejta të farmacistëve për të përmirësuar rezultatin e terapisë dhe më vete përcaktohet menaxhimi si menaxhim i inventarit dhe i riskut, me kufizime drejt personelit dhe menaxhimit

të kapitalit. (79) Duket një mungesë lidhjeje ndërmjet shërbimit të farmacistë klinike dhe menaxhimit.

Ndërkohë që filozofia aktuale e miratuar nga farmacistët spitalorë indonezianë duhet të arrijë rezultate të caktuara dhe të përmirësojë cilësinë e jetës së një pacienti, modeli i përqëndruar klinik dukej premtues për të aktualizuar objektivat e deklaruara të farmacistëve spitalorë. Për më tepër, duke pasur parasysh shmangien dhe zhgënjimin e përshkruar ndaj përgjegjësiwe menaxheriale, të përkeqësuar nga shpërblimi i ulët financiar, mund të vërehen mungesa të farmacistëve spitalorë në të ardhmen.

Studimi tregoi se rolet e farmacistëve të kujdesit të orientuar drejt pacientit ishin përqëndruar në perspektivat e farmacistëve (krahasuar me pacientët). Janë raportuar më parë interpretime të ndryshme mbi atë që do të thotë kujdes i orientuar drejt pacientit. Mil et al, krahasuan përkufizime të ndryshme të kujdesit farmaceutik në literaturë dhe përshkruan kufizimet e rolit të pacientit në përkufizimin e kujdesit të orientuar drejt pacientit. (81) Për më tepër, përkufizimi i rezultatit ka shkaktuar konfuzion. (81) Këta autorë rekomandojnë për secilin shtet se duhej të përfshihej kultura, gjuha dhe praktika e kujdesit shëndetësor gjatë përcaktimit të termit. (81) Kjo është një sfidë e madhe kur një shtet adopton një përkufizim filozofik nga një kontekst tjetër, i cili pasqyrohet në standardin kombëtar për kujdesin shëndetësor. Në kontekstin indonezian, kujdesi farmaceutik është një pjesë integrale e kujdesit spitalor për të siguruar shërbime klinike dhe produkte farmaceutike efikase dhe të përballueshme. (79) Sidoqoftë, përkufizimi thekson proceset në shërbimet farmaceutike, por pa përkufizuar qartë definicionet “rezultate të caktuara shëndetësore” dhe “cilësia e jetës së një pacienti”. Si rezultat, modelet e praktikës mund të ndryshojnë ndjeshëm ndërmjet spitaleve në Indonezi.

Megjithëse duket se përkufizimi aktual i kujdesit farmaceutik është i përshtatshëm për të përshkruar praktikën aktuale, pjesëmarrësit e studimit raportuan ndikimin e forcave të jashtme dhe të brendshme mbi rolet e tyre në farmacinë spitalore. Disa faktorë të jashtëm, siç janë ndryshimet në sistemin e sigurimeve shëndetësore dhe ndryshimet në rregullore, kërcënuan aftësinë e farmacistëve spitalorë për të siguruar barna kosto-efektive dhe të aksesueshme nga pacientët. Për shembull, sistemi aktual i sigurimeve përdori qasjen e rasteve mikse, që do të thotë se një spital financohet sipas kategorive të përcaktuara të sëmundjeve dhe spitali pritët të menaxhojë barnat sipas fondeve të përcaktuara. Një shembull tjetër, i shkruar në standardet e akreditimit spitalor, është që farmacistët pritët të menaxhojnë terapitë me barna në përputhje me ligjet dhe rregulloret përkatëse (82), edhe nëse burimet janë të kufizuara.

Burimet e brendshme gjithashtu ndikuan në aftësinë e farmacistëve spitalorë për të garantuar shërbimet. Shumë mjete ndihmëse të menaxhimit mbështetën farmacistët në rolet e tyre menaxheriale. Për shembull, përdorimi i një sistemi të kompjuterizuar reduktoi gabimet (83, 84), dhe u përmirësua shpejtësia e shërbimit. (83) Megjithatë, zbatimi i teknologjisë së përparuar mendohej se rrit kostot. (85) Zbatimi i teknologjive të reja në shtete me të ardhura të mesme ose të ulëta, të tilla si Indonezia, veçanërisht në zonat rurale mund të jetë shumë i vështirë. Prandaj, një ripërkufizim i kujdesit farmaceutik që përputhet më shumë me kontekstin indonezian mund të jetë i vlefshëm për profesionistët dhe pacientët.

3.5 Shqetësimet në Menaxhimin e Farmacistë Spitalore në Indonezi

3.5.1 Hyrja

Indonezia konsiderohet nga Banka Botërore të jetë vend me të ardhura të ulëta deri të mesme. (86) OBSH shprehet se menaxhimi është një faktor thelbësor për përmirësimin e shërbimit të shpërndarjes, forcimin e sistemeve shëndetësore dhe përmirësimin e shëndetit të popullsisë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. (87) Në këtë kontekst, menaxhimi përcaktohet si një proces, i cili bashkon burimet në një mënyrë të tillë që, kolektivisht, ata arrijnë qëllimet ose objektivat në mënyrën më efikase të mundur. (88) Në teorinë klasike të menaxhimit të propozuar nga Fayol, ekzistojnë pesë funksione menaxheriale që kryejnë të gjithë menaxherët: planifikojnë, organizojnë, komandojnë/udhëheqin, koordinojnë dhe kontrollojnë. (89) Menaxherët në sektorin spitalor janë menaxherët kryesorë të shërbimeve shëndetësore sidomos në vendet me të ardhura të ulëta. (90) Në Indonezi, farmacia është një pjesë integrale e kujdesit spitalor dhe të gjithë produktet dhe shërbimet farmaceutike zakonisht menaxhohen nga shërbimi i farmacisë brenda spitalit. (91) Sidoqoftë, është e zakonshme për shumë farmacistë spitalorë të anashkalojnë, më shumë sesa të vlerësojnë praktikën e menaxhimit, sepse perceptohen si të jenë në kundërshtim me rolet klinike të farmacistëve në shëndetin e komunitetit. (92) Për më tepër, me ndryshime të vazhdueshme në industrinë e shëndetit dhe burimet relativisht të kufizuara për kujdesin shëndetësor në vendet me të ardhura të ulëta, menaxherët e farmacive kanë sfida të vazhdueshme për të siguruar një praktikë të mirë të menaxhimit.

Një numër studimesh kanë hetuar perspektivat e menaxhimit në praktikën e farmacisë spitalore. Bond et al, shqyrtuan karakteristikat e spitalit, nivelet e stafit dhe treguesin e vdekshmërisë në SHBA. (93) Harrison eksploroj shkallën dhe cilësinë e planifikimit strategjik në farmacitë e institucioneve të kujdesit shëndetësor dhe ndikimet e mundshme të drejtorëve të farmacive. (94) Sloan et al, shqyrtuan përdorimin e analizave të kosto - efektivitetit në proceset e vendimmarrjes së formularit terapeutik në spital. (95) Megjithatë shumë studime kanë eksploruar dhe propozuar përfitimet e burimeve njerëzore, planifikimit dhe menaxhimit financiar dhe strategjik, dihet shumë pak për çështjet e menaxhimit të farmacisë spitalore në vendet në zhvillim. Më sipër janë eksploruar perceptimet e farmacistëve spitalorë indonezianë për rolet dhe u zbulua se rolet menaxheriale shpesh ishin injoruar. Prandaj, kjo pjesë përqëndrohet në përvojat e pjesëmarrësve në menaxhimin e farmacisë spitalore.

3.5.2 Çështjet që lidhen me planifikimin

Pjesëmarrësit raportuan mendimet e tyre në lidhje me problemet në lidhje me planifikimin e aktiviteteve në sektorin e farmacisë spitalore. U raportua natyra dhe efekti i mjedisit të jashtëm. U raportua shkalla e mungesës së planifikimit dhe ndikimi i mungesës së planifikimit.

3.5.2.1 Kërcënimet dhe mundësitë për farmacinë spitalore

Pjesëmarrësit pranuan ndikimin e rëndësishëm të mjedisit të jashtëm mbi planifikimin dhe aktivitetet e farmacisë spitalore. Trendet e luhatshme të sëmundshmërisë dhe trajtimit ishin të zakonshme. U raportuan kërkesat në rritje për ofrimin e kujdesit cilësor për pacientët. Shumica e pjesëmarrësve jashtë rajonit të Java-s raportuan kufizime gjeografike në menaxhimin e aksesit për barna.

Njëri nga pjesëmarrësit sqaroi: “Lidhur me logjistikën, duke qënë se jemi në një zonë të vështirë, është i zakonshëm problemi i mungesës së barnave të caktuara. Kohët e fundit mbaroi epinefrina, çka është një problem i madh pasi është një bar jetëshpëtues.” (P14)

3.5.2.2 Rëndësia e çështjeve të planifikimit

Planifikimi joefektiv në nivel të shërbimeve / departamenteve u raportua të ketë ndikim në praktikën e farmacisë spitalore. Sjellja e paqëndrueshme e planifikimit në spital ndikon veçanërisht në menaxhimin e inventarit në farmacinë spitalore dhe ka një ndikim në aksesin e barnave të nevojshme në kohën e duhur. Rezulton se mungesa e planifikimit të menduar në nivel kombëtar, e raportuar gjithashtu nga shumë pjesëmarrës, pasqyrohet në pamjaftueshmërinë e një formulari terapeutik kombëtar, në një sistem të varfër monitorimi dhe arsimim të pamjaftueshëm të farmacistëve.

3.5.2.3 Mungesa e planifikimit strategjik

Farmacistët gjithashtu raportuan shqetësimet e tyre mbi mungesën e planifikimit strategjik në këtë sektor. Mungesa e një qasje strategjike e megjulloi vizionin e shërbimit të farmacisë dhe nganjëherë shtrembëroi fokusin e tij. Pa një planifikim efektiv të burimeve, shërbimet themelore në farmacinë spitalore u penguan.

3.5.3 Çështjet në menaxhimin e aktiviteteve operacionale

Menaxhimi i aktiviteteve operacionale në farmaci u perceptua si problematikë nga të gjithë pjesëmarrësit. Sfidat në menaxhimin e personelit u theksuan nga shumë pjesëmarrës. U përshkruan edhe problemet në lidhje me menaxhimin e shërbimeve.

3.5.4 Çështjet e menaxhimit të burimeve njerëzore

Menaxhimi i burimeve njerëzore ishte një sfidë e spikatur, e raportuar nga pjesëmarrësit në menaxhimin e farmacisë spitalore. Një strukturë e dobët shpërblimi financiar nuk mund të stimulonte pronësinë dhe pjesëmarrjen e stafit të farmacisë spitalore. Në një aprovim shqetësues, pjesëmarrësit gjithashtu raportuan mbrojtje të ulët përsa i përket sigurisë në punë: Një shqetësim tjetër interesant i raportuar nga një pjesëmarrës ishte numri shumë i madh i farmacistëve në shërbimin e farmacisë, i cili ndonjëherë çonte në mungesa të papritura në punë për shkak të çështjeve familjare ose statusit shëndetësor.

3.5.5 Çështjet e menaxhimit të shërbimeve

Një sfidë tjetër e konsiderueshme raportuar nga pjesëmarrësit është menaxhimi i shërbimeve. Pjesëmarrësit përshkruan se ishin të irrituar në përpjekjen për të dhënë në kohë shërbimet e farmacisë sepse pjesëmarrësit raportuan se industria shëndetësore është shumë dinamike dhe ka burime të kufizuara në dispozicion: Zakonisht raportohej për aplikimin e sistemeve të

informatizuara, të kompjuterizuara nga pjesëmarrësit që shpresojnë të ndihmojnë në ofrimin e shërbimeve në kohë, por këto sisteme u raportuan gjithashtu si burim i problemeve të tjera.

3.5.6 Kultura organizative

Të anketuarit e studimit shprehën përgjigje emocionale kur u pyetën lidhur me sfidat e punës në spital. U theksuan vështirësitë në punë në lidhje me profesionistët e tjerë të shëndetit. Pjesëmarrësit gjithashtu përshkruan qëndrimet e tyre ndaj kulturës së punës.

3.5.6.1 Duke punuar në fusha multidisiplinare të kujdesit shëndetësor

Shumica e pjesëmarrësve raportuan frustrime kur punonin në mjedisin spitalor. Ishte e zakonshme ndarja e funksioneve midis shërbimeve klinike dhe praktikës së inventarit, e cila nga ana tjetër krijoi një kulturë të segmentuar dhe fajësuese. Puna me kolegët e personelit mjekësor gjithashtu u raportua të jetë shumë sfiduese sepse pjesëmarrësit e kuptuan që mjekët nuk ishin të gatshëm të punonin si ekip me farmacistët. Megjithatë u krijua në spital, një Komitet i Barnave dhe Terapisë, pjesëmarrësit shprehën zhgënjimin e tyre sepse mjekët hezitojnë të përfshihen në këtë rol.

3.5.6.2 Mbështetje e pamjaftueshme

Në përgjithësi, pjesëmarrësit perceptuan që vlerësimi i farmacistëve në ambientet spitalore ishte i pamjaftueshëm. Një pjesëmarrës shprehu keqardhjen kur bisedoi me një pronar farmacie që preferonte rekrutimin e një asistent farmacisti në vend të një farmacisti. Ishte gjithashtu sfiduese të motivohej stafi i farmacisë për të punuar më së miri sepse nuk kishte vlerësim të mjaftueshëm për punën e tyre. Përkrahja e vazhdueshme e të mësuarit, u pranua gjithashtu nga pjesëmarrësit si një aspekt i rëndësishëm i zhvillimit profesional. Në një kontekst të spitalit publik, të anketuarit nëpunës jo-civilë raportuan diskriminim të punësimit në kuptim të vlerësimit, krahasuar me ata që ishin nëpunës civilë.

3.5.6.3 Përgjigjet e farmacistëve

Si rezultat i këtij niveli të zhgënjimit në farmacinë e spitalit, të anketuarit kishin përgjigje të ndryshme, shumica e tyre u bënë pesimistë. Disa pjesëmarrës besojnë se kishte një mungesë të rëndësishme të rregullores së shkruar për praktikën. Disa pjesëmarrës gjithashtu besuan se sistemi ekzistues ishte i dobët në monitorim, gjë që çoi në shtimin e dokumentacionit, në vend të zbatimit të drejtpërdrejtë. Për më tepër, disa pjesëmarrës duket sikur humbën shpresën për identitetin profesional si farmacist.

3.5.7 Zgjidhjet e propozuara

Megjithatë administrimi i farmacisë spitalore u konsiderua si problematik, shumë pjesëmarrës propozuan zgjidhje të mundshme për problemet e tyre. Promovimi i lidershit ishte një sugjerim kryesor dhe gjithashtu pritej mbështetje qeveritare përmes rregulloreve të ndryshme.

3.5.7.1 Udhëheqja/Lidershipi në farmacinë spitalore

Drejtuesit e mirë të spitaleve u identifikuan nga pjesëmarrësit si zgjidhja kryesore. Ata besonin se një udhëheqës i mirë duhet të vendosë dhe të ruajë qëndrueshmërinë në veprime: Pjesëmarrësit gjithashtu prisnin shumë mbështetje nga drejtuesit e spitalit për tii ndihmuar ata të punonin në mënyrë optimale.

3.5.7.2 Rregulloret për të mbështetur praktikën

Kishte shumë pakënaqësi lidhur me politikat aktuale farmaceutike dhe pjesëmarrësit rekomanduan nevojën për përmirësim të rregulloreve përkatëse që preknin këto çështje. Një aspekt i rëndësishëm në kornizën aktuale rregullatore ishte pritshmëria e pjesëmarrësve që qeveria të rregullonte çmimet e barnave dhe shpërndarjen e tyre në treg.

3.5.8 Diskutime

Gjetjet e këtij studimi nxjerrin në pah çështjet aktuale në menaxhimin e farmacisë spitalore në Indonezi. Paraqitet menaxhimi aktual, funksionet dhe faktorët ndikues në farmacinë spitalore indoneziane që rrjedhin nga pjesëmarrësit në këtë studim. Edhe pse rezultatet sugjerojnë që farmacistët spitalorë shprehën shqetësimet e tyre lidhur me çështjet e planifikimit dhe menaxhimit operacional, ata identifikuan se menaxhimi i tyre aktual dhe funksionet u përqëndruan shumë tek çështjet operationale. Rezultatet gjithashtu tregojnë një hendek midis planifikimit dhe roleve të menaxhimit operativ, sepse monitorimi dhe reagimet u raportuan të jenë minimale ose mungojnë. Këto shqetësime ishin një burim zhgënjimi për pjesëmarrësit në studim dhe mendohet se mund të kufizojnë përmirësimet në sistemin shëndetësor.

3.5.8.1 Çështjet në planifikim

Rezultatet e këtij studimi sugjerojnë se faktorët e jashtëm, siç janë ndryshimet në sistemin kombëtar shëndetësor, sëmundshmëria, karakteristikat demografike të pacientëve ose faktorët gjeografikë rrethues, ishin të pashmangshëm dhe ndikuan në institucionet e tyre. Këta faktorë mund të kërcënojnë shërbimet spitalore, por gjithashtu mund të sigurojnë më shumë mundësi për zhvillim. Megjithatë, shumë pjesëmarrës shprehën shqetësimin se organizatat nuk arritën të adaptohen me ndryshimin e mjedisit. Në rast dështimi të planifikimit strategjik, mund të kemi mundësi të humbura. Literatura sugjeron që planifikimi strategjik është funksioni më i rëndësishëm në menaxhim sepse maksimalizon suksesin e një organizate në të ardhmen (91). Planifikimi është i dobishëm në procesin e zhvillimit dhe implementimit të strategjisë (92). Prandaj, dështimi për planifikim strategjik mund të nënkuptojë që farmacia spitalore do të ishte e kufizuar të merrej çdo ditë vetëm me probleme operationale, pa patur mundësi për të zgjidhur problemet themelore. Pak të anketuar raportuan shqetësimet e tyre lidhur me mungesën e menaxhimit dhe aftësitë e planifikimit dhe implikimet e saj në ofrimin e shërbimeve. Kjo mund të tregojë se farmacistët nuk ishin të përfshirë zakonisht në aktivitetet e planifikimit dhe as në përgjegjësinë e planifikimit të inventarit. Edhe ky rezultat pasqyron mungesën e njohurive dhe trajnimit në menaxhimin e farmacisë midis farmacistëve spitalorë. Harrison sugjeroi që për arsye të njohurive të pakta mbi planifikimin strategjik, drejtorët e farmacive nuk zbatuan, ose zbatuan pjesërisht planifikimin strategjik në spitale (89). Megjithatë, në këtë studim, mungesa

e vetëdijes për rëndësinë e aftësive menaxheriale u tregua jo vetëm nga drejtorët e farmacive spitalore, por edhe nga shumica e pjesëmarrësve. Kjo nuk është befasuese, duke pasur parasysh që kurrikula e farmacisë indoneziane është shumë e fokusuar drejt farmakologjisë, farmakognozisë dhe punëve laboratorike. (98) Megjithëse shumica e universiteteve kanë ofruar një kurrikulë të përqëndruar në aspektet praktike dhe shkencore të farmacisë, menaxhimi i farmacisë është një pjesë shumë e vogël (në rastet kur përfshihet) në programin universitar të farmacisë. (99) Kjo është në përputhje me rezultatet e këtij studimi dhe pasqyron jo vetëm në nivel lokal, por edhe në nivel kombëtar një çështje për tu diskutuar. Mungesa e vetëdijes në nivel kombëtar mund të shpjegohet përmes perceptimit se mungesa e planifikimit strategjik nuk ndikon në ofrimin e shërbimit. (94) Pak është raportuar në lidhje me shfrytëzimin e planifikimit strategjik në tipe të ndryshme të spitaleve brenda Indonezisë. Prandaj, eksplorimi i temës mund të meritojë studim të mëtejshëm.

3.5.8.2 Çështjet e menaxhimit operacional

Rezultatet e tanishme zbulojnë se kishte tensione midis burimeve të kufizuara shëndetësore dhe kërkesave të shtuara për shërbimet e farmacisë. Më së shumti aspekt sfidues në menaxhimin operacional ishte menaxhimi i burimeve njerëzore. Rezultatet sugjerojnë që stafi i farmacisë nuk ishte i kënaqur me vlerësimin e ulët të rolit dhe kontributit të tyre në spitale dhe ata ishin demotivuar dhe kishin lënë pas dore punën. Si pasojë, menaxherët u përballën me shumë vështirësi në menaxhimin operacional. Ky rezultat nuk ishte i papritur sepse vlerësimi ose mbështetja njihen si përcaktues të rëndësishëm të kënaqësisë në punë. (100, 101) Për më tepër, kënaqësia në punë ka një ndikim të madh në performancën në vendin e punës. Prandaj, faktorët që kontribuojnë në kënaqësinë në vendin e punës duhet të nxiten për të maksimalizuar performancën në punë. Sidoqoftë, pak dihet në lidhje me kënaqësinë në punë në farmacinë spitalore indoneziane dhe faktorët që lidhen me të. Hulumtimi mbi një temë të tillë mund të ofrojë përfitime për përmirësime në shërbimin e farmacisë spitalore.

Një tjetër zbulim interesant nga ky studim është se një pjesëmarrës mendonte se numri i madh i femrave që punonin si farmacistë në farmacinë spitalore u shoqërua me mungesa në vendin e punës. Është një gjetje e njohur në farmaci, si për disa profesione të tjera shëndetësore, ku gratë janë shumë të përfaqësuara në fuqinë punëtore. (102) Numri i madh i femrave të punësuar në farmacinë spitalore, sfidon menaxherët e farmacive spitalore për menaxhimin e shërbimit farmaceutik dhe garantimin e këtij të fundit, veçanërisht gjatë shtatzanive dhe lindjes së fëmijëve nga farmacistet spitalore. Një i anketuar madje theksoi se numri i madh i femrave të punësuar në farmacinë spitalore është një gjendje e vazhdueshme dhe konstante në farmaci, e cila do të vazhdojë të sfidojë farmacinë spitalore dhe duhet menaxhuar më mirë përmes praktikave të planifikimit të stafit në farmacinë spitalore.

Përmes përdorimit të sistemeve të kompjuterizuara raportohet se zakonisht pritet thjeshtimi dhe mbështetja e ofrimit në kohë të shërbimeve. Ky rezultat nuk është i papritur pasi shumë studime janë përqëndruar në përfitimet e sistemeve elektronike të kompjuterizuara, duke filluar nga receta elektronike (103, 104) për përdorimin e sistemeve të barkodeve për kontrollin e inventarit. (105) Shkurtimisht, sistemet e informacionit spitalor mund të kontribuojnë në një kujdes cilësor dhe efikas, të përqëndruar tek pacienti. (106) Megjithatë, disa spitale raportuan se sistemet e informacionit paraqesin probleme të padëshiruara dhe kohëzgjatje të shërbimit. Kjo mund të shpjegohet për shkak të një mospërputhje midis dizajnit ideal dhe praktikës. Heeks nënvizoi subjektivitetin e një sistemi informacioni, lidhur me shqyrtimin e objektivave dhe vlerave institucionale, aktiviteteve, aftësive njerëzore, strukturës organizative dhe

infrastrukturës teknike. (107) Kërkime të mëtejshme në këtë fushë mund të çojnë drejt njohjes më të mirë dhe mund të lehtësojë zbatimin e sistemeve të ardhshme elektronike.

3.5.9 Kultura organizative

Gjetjet e këtij studimi tregojnë se spitalet indoneziane ishin të dominuara nga personeli mjekësor. Mjekët u raportuan nga pjesëmarrësit e studimit (farmacistët spitalorë) si profesionistët me të cilët është më e vështirë të punosh në ekip. Chang et al, gjithashtu gjetën rezultate të ngjashme në një spital në Tajvan. (108) Mjekët përgjithësisht ishin vendimmarrësit dhe kishin të ardhura më të larta se profesionistët e tjerë në spital, të cilat krijuan një ndjesi ndryshimi midis mjekëve dhe infermierëve. (108) Edhe pse pabarazitë në paga midis mjekëve indonezianë dhe farmacistëve spitalorë nuk ishin një fokus për këtë studim, arsye të ngjashme mund të ndikojnë. (109)

Pavarësisht nga zgjerimi i rolit të farmacistëve në shumë vende, profesioni i farmacistit ende nuk është i njohur mirë në Indonezi. Të anketuarit në këtë studim shpjeguan se një drejtues / pronar i një farmacie preferonte të punësonte personel mbështetës kundrejt farmacistit, ose të angazhonte infermierë në menaxhimin e stokut të barnave sesa të vendoste farmacistë në pavjone. Kjo sugjeroi që roli specifik i farmacistëve spitalorë nuk njihet mirë dhe në këtë mënyrë ata mund të zëvendësoheshin nga profesionistët e tjerë shëndetësorë.

Farmacistët indonezianë punojnë jo vetëm në mjediset e kujdesit shëndetësor, por edhe në industritë farmaceutike dhe në rrjetin e shpërndarjes së barnave dhe materialeve mjekësore (105). Për të përgatitur studentë të farmacisë për vende të ndryshme të punës, kurrikulat universitare indoneziane të farmacisë ofrojnë një gamë të larmishme të kurseve. (99) Është thelbësor edukimi dhe trajnimi i farmacistëve për rolet e ardhshme, përfshirë ato që lidhen me menaxhimin spitalor dhe me zhvillimin e profesionit në këtë drejtim. (111)

3.5.9.1 Zgjidhjet e propozuara

Ky studim zbuloi se të anketuarit kishin pritshmëri të mëdha për udhëheqje/lidership dhe rregullim të profesionit përmes rregulloreve dhe standarteve. Kjo gjetje sugjeroi që aktualisht spitalet në Indonezi praktikojnë gjerësisht udhëheqjen/lidershipin transaksional. Lidershipi transaksional ndodh kur udhëheqësi, duke pasur autoritet të qartë, motivon duke shpërblyer ose dënua punonjësin. (112) Kjo nuk është për tu habitur për shkak të natyrës hierarkike të marrëdhënieve profesionale në mjediset e kujdesit shëndetësor. (112)

Megjithatë, efektiviteti i udhëheqjes transaksionale në një mjedis të ndryshueshëm, siç është sektori i kujdesit shëndetësor është i diskutueshëm. Së pari, lidershipi transaksional mund të frenojë potencialin e lidershipit të secilit farmacist sepse ndryshimet duhet të fillojnë nga pozicionet më të larta. Në industrinë e kujdesit shëndetësor, ku njerëzit janë shumë të aftë dhe janë mësuar të punojnë në një mënyrë të veçantë, personeli mund të ketë tendencë të shfaqë më shumë rezistencë ndaj ndryshimeve. (112) Së dyti, një fokus i theksuar mbi rregulloret, mund të frenojë përkushtimin e stafit ndaj punës së tyre. Një studim i kryer në Tajvan gjithashtu sugjeroi që fokusi i theksuar mbi rregullat për të ndjekur, mund të shkaktojë ulje të identifikimit të vartësve brenda organizatës. (113) Disa literatura sugjeron një lidership transformues, i cili ndodh kur një udhëheqës i frymëzon njerëzit ta ndjekin atë përmes vizionit, pasionit dhe entuziazmit. (112) Një studim tjetër sugjeroi se një kombinim midis udhëheqjes transaksionale dhe transformuese mund të zbatohet në kontekste të ndryshme. (113) Studime të cilat

hulumtojnë llojet efektive të udhëheqjes në kontekstin e spitalit mund të ofrojnë më shumë mirëkuptim.

3.6 E ardhmja e farmacisë spitalore në Indonezi

Në Indonezi, barnat përbëjnë 15-33% të shpenzimeve të spitaleve dhe sistemi shëndetësor ka qenë në ndryshim të vazhdueshëm. Në nivel global, është botuar një konsensus për të ardhmen e farmacisë spitalore. Sidoqoftë, pak dihet për zhvillimet e mundshme në të ardhmen dhe sfidat për vendet në zhvillim.

Farmacistët spitalorë indonezianë dëshirojnë një vlerësim më të madh dhe kontribut në profesion. Pritshmëritë janë të larta në lidhje me ndryshimet në sistemin shëndetësor dhe udhëheqjen/lidershipin. Sidoqoftë, me mendime të ndryshme rreth identitetit profesional të farmacistëve spitalorë, e ardhmja e farmacisë spitalore në Indonezi ende përballet me sfida të mundshme.

3.6.1 Hyrje

Farmacia ka një pozicion unik në sektorin spitalor. Farmacistët spitalorë menaxhojnë sistemet e shpërndarjes së barnave dhe kryejnë një gamë të gjerë aktivitetesh klinike. (114) Përveç menaxhimit të sistemeve, farmacistët spitalorë janë përgjegjës për menaxhimin e burimeve, kontrollin financiar dhe përdorimin e sigurtë dhe të duhur të barnave në spital. (115) Në Indonezi, barnat përbëjnë midis 15 - 33% të shpenzimeve spitalore për vitin 2012 (116) dhe farmacia spitalore pritej të përfshihej aktivisht në menaxhimin e inventarit dhe përdorimin e barnave. (117) Shkurtimisht, farmacia spitalore është një kombinim kompleks ndërmjet cilësisë dhe kostos të kujdesit. Ka ndërveprim ndërmjet menaxhimit dhe ofrimit të shërbimeve, balancimit të pritshmërive të menaxherëve të spitalit dhe pacientëve dhe të gjithë këta faktorë mbështesin disa pritshmëri të ndryshme të farmacistëve spitalorë.

Ndryshimet në mjediset e kujdesit shëndetësor kanë çuar në përshtatjen e shpejtë të farmacive spitalore me nevojat e sistemit shëndetësor dhe të drejtuesve të tyre. Farmacia spitalore duhet të garantojë aksesin dhe sigurinë e përdorimit të barnave. (118) Megjithatë, zhvillimi i farmacisë spitalore mund të kufizohet nga një numër faktorësh. Matsoso përshkruan sfidat e mundshme të ardhshme për farmacinë spitalore (Tabela 3.4). (119) Edhe pse janë raportuar shumë dëshmi në lidhje me përfitimet nga disa role të zgjeruara të farmacistëve në nivelin ndërkombëtar, ndikimet e këtyre të dhënave për vendimmarrësit janë të paqarta. (119) Janë raportuar pabarazi në qasjen e mbështetjes për shërbimet e farmacisë spitalore si informacioni dhe teknologjia, burimet njerëzore dhe aktivitetet e financës, edukimit dhe farmacisë klinike të cilat pengojnë zhvillimin e farmacisë spitalore. (120)

Tabela 3.4. Sfidat e së ardhmes për farmacinë spitalore

Sfidat demografike
Shpërndarja e pabarabartë e farmacistëve (zona gjeografike, seksi)
Ndryshimi i detyrave në profesionin e farmacistit

Burime njerëzore të kufizuara në farmacinë e spitalit
Menaxhimi i informacionit
Nismat për zhvillim drejtohen nga pak njerëz
Komunikim i dobët midis profesionistëve të ndryshëm për të arritur rezultate të kënaqshme tek pacienti
Mungesa e koherencës së qasjeve, veçanërisht në nivel kombëtar

Është arritur një konsensus ndërkombëtar mbi vizionin e ardhshëm të praktikave të farmacistë spitalore midis drejtuesve të farmacieve spitalore. Konsensusi njihet si "Deklaratat e Bazelit". (121) Këto bazohen në deklaratat në lidhje me ciklin e menaxhimit të barnave, përdorimin dhe monitorimin e barnave, organizimin e farmacistë spitalore dhe menaxhimit të personelit. (121) Janë botuar udhëzime ndërkombëtare dhe kombëtare për të siguruar një bazë për vlerësimin dhe përcaktimin e qëllimeve në farmacinë spitalore. (115) Megjithatë, pak dihet për vizionin aktual dhe të ardhmen ideale të farmacistë spitalore në kontekstin e sistemit të kujdesit shëndetësor indonezian ose në vendet e tjera në zhvillim.

3.6.2 Drejtimet e së ardhmes

Farmacistët spitalorë raportuan pritshmëritë për të ardhmen e profesionit të tyre. Ata përshkruan disa pika të forta që duhet të ketë një farmacist spitalor. Të gjithë pjesëmarrësit shprehën dëshirën e tyre për një përfshirje më aktive në përdorimin dhe menaxhimin e barnave, pavarësisht nga karakteristikat e praktikës së tyre spitalore. Për më tepër, u përshkruan ide rreth roleve të mundshme të farmacistëve spitalorë në të ardhmen. Përkundër sfidave ekzistuese profesionale, farmacistët spitalorë treguan dëshirën e tyre për të dhënë një kontribut domethënës në shërbimet e kujdesit shëndetësor.

3.6.3 Drejtimet e së ardhmes

Pavarësisht nga zgjerimi i roleve të farmacistëve me fokus për të qenë kryesisht klinik, farmacistët spitalorë mendohej se kishin nevojë edhe për përkushtim, dhembshuri dhe aftësi të veçantë pune në grup. Përkushtimi u tregua nga farmacistët pionierë që bënë ndryshime të rëndësishme në praktikën e farmacistë spitalore në SHBA. (122) I njëjti përkushtim u vu re në këto diskutime, kështu që mund të ketë përmirësime në të ardhmen e praktikës së farmacistë spitalore indoneziane. Farmacistët spitalorë kanë punuar gjithmonë ngushtë me mjekët, infermierët, menaxherët, personelin tjetër spitalor dhe pacientët. (123) Kolegjialiteti kërkohet që farmacistët të mund të punojnë me kolegët dhe me shërbimet dhe disiplinat e ndryshme mjekësore. Për më tepër perceptohen si thelbësore, aftësitë specifike spitalore dhe njohuritë e thella.

Standardet dhe kompetencat e praktikës për farmacistët indonezianë janë ratifikuar nga shoqata profesionale. (124) Megjithatë, disa mendojnë se standardi është i pamjaftueshëm dhe shumë i

përgjithshëm, sepse u drejtohet të gjithë farmacistëve që punojnë në të gjitha fushat e farmaceutikës dhe nuk është i ndarë sipas specializimeve apo profileve të ndryshme të punës.

Ishte e qartë se farmacistët spitalorë dëshironin të përfshiheshin në çdo hap të menaxhimit dhe përdorimit të barnave. Në shumë botime, u theksuan rolet klinike të farmacistëve (125, 126, 127, 128) dhe u ndikuan nga botëkuptimi i farmacistëve spitalorë. (129, 130) Farmacistët spitalorë e perceptuan veten si ekspertë të barnave, të cilët mund të marrin përgjegjësitë për mjekimin e pacientëve. Duke pasur parasysh shumë kërkime dhe studime, përfshirja e farmacistëve në përdorimin e barnave, ka treguar rezultate pozitive duke përfshirë nivelet e ulura të vdekshmërisë (131) dhe kufizimin e kostos. (132) Nuk është për tu habitur që shumë të anketuar dëshironin të ishin të pranishëm fizikisht në të gjithë ciklin e përdorimit të barnave.

Termi i menaxhimit është perceptuar negativisht nga shumë njerëz në këtë studim. (133, 134) Nga shumica e të anketuarve rolet e menaxhimit në farmacinë spitalore u perceptuan të kufizuara vetëm në menaxhimin e inventarit. Ishte një perceptim i zakonshëm që praktika dhe menaxhimi i farmacisë nuk ishin në përputhje me njëra-tjetrën. (133)

Në kontrast, pak farmacistë theksuan rëndësinë e praktikës së mirë të menaxhimit për të mbështetur farmacinë klinike. Këto ide paradoksale të roleve ideale të farmacistëve spitalorë treguan në të ardhmen sfida të brendshme lidhur me të ardhmen e praktikës së farmacisë spitalore në Indonezi.

Ishte e qartë se farmacistët prisnin njohje dhe vlerësim nga kolegët. (135, 136) Të anketuarit në këtë studim gjithashtu shprehën dëshirën për të pasur partneritet me mjekët në menaxhimin dhe përdorimin e barnave. Dëshirohej fuqizimi i rolit të tyre nga drejtuesit e spitalit dhe mundësitë për të arritur pozicione më të larta.

Në një strategji për zbatimin e ndryshimeve në menaxhimin e një spitali të nivelit terciar, u sigurua edukim mbi administrimin spitalor për të mbështetur implementimin e kujdesit farmaceutik. (137) Farmacistët kërkojnë përmirësim në punë, vlerësim ose shpërblim të performances së tyre profesionale. (138)

3.6.4 Mjedisi i jashtëm

Farmacistët spitalorë prisnin pajtueshmëri me standardet profesionale. Shumica e pjesëmarrësve shprehën dëshirën e tyre për të patur një monitorim të rregullt të zbatimit të rregulloreve. Ky rezultat konfirmon studimet e mëparshme në lidhje me vlerat e kërimit dhe mekanizmit të auditimit në identifikimin e boshllëqeve midis standardeve dhe implementimit dhe në strategjinë e zhvillimit të farmacisë spitalore. (130, 139)

Nga pjesëmarrësit u konsiderua thelbësor një formular i mirë terapeutik, sepse kur një spital ka një sistem të fortë formulari terapeutik, mund të mbështeten shërbimet klinike. Shumë udhëzime dhe standarde theksuan rëndësinë e formulës dhe praktikave të mira për të udhëhequr prokurimet e barnave dhe procesin e përzgjedhjes (121), për të siguruar disponueshmërinë e barnave (117, 140, 141), për të optimizuar burimet e kufizuara në përdorimin e barnave (142), për të promovuar përdorimin e sigurtë, racional dhe me kosto - efektivitet të barnave (141) dhe për të mbështetur barnat dhe trajtimet e reja dhe inovative. (117)

Shumë të anketuar ishin gjithashtu të vetëdijshëm për rëndësinë e transparencës në prokurimin farmaceutik. OBSH gjithashtu publikoi parimet operationale për një prokurim të mirë farmaceutik, të cilat përshkruanin ndarjen e përgjegjësitë midis departamenteve / drejtorive / njësive, komiteteve ose individëve; dhe monitorimit të rregullt për arritjen e një menaxhimi sa më efikas dhe transparent. (142) Megjithatë, praktikat jo të mira të prokurimit u raportuan ende si të zakonshme. (143)

Disa pjesëmarrës ishin të vetëdijshëm për kapacitetin e ndryshëm të secilit objekt / infrastrukturë për të kryer shërbime farmaceutike. Megjithëse standardet kombëtare ofrojnë udhëzime për menaxherët e farmacieve spitalore për punën në shërbimin e tyre, ende kërkohet menaxhimi i fluksit të punës dhe garatimi i shërbimit farmaceutik. (143) Nga pjesëmarrësit u shprehën edhe pritshmëritë lidhur me thjeshtimin e dokumentacionit dhe aksesin në barna dhe në informacionin terapeutik përmes sistemeve të informatizimit. Kjo dëshirë nuk është për tu habitur për shkak të përfitimeve të shumta të teknologjisë së informacionit në shumë aspekte të shërbimeve farmaceutike, të tilla si ulja e gabimeve mjekësore dhe veçanërisht gabimeve në lidhje me përshkrimin e barnave (144), thjeshtimin e detyrave dhe proceseve (145), monitorimin e përhershëm (146) dhe një rritje në saktësinë e të dhënave. (145) Disa farmacistë spitalorë gjithashtu raportuan strategjinë e tyre ideale të shpërndarjes farmaceutike duke ju referuar shpesh modeleve të vendeve të tjera.

Të gjithë pjesëmarrësit shprehën dëshirat e tyre për një udhëheqje/lidership të fortë në spital. Lidershipi përcaktohet si procesi i ndikimit, në të cilin një person është i aftë të kërkojë ndihmën dhe mbështetjen e të tjerëve në përbushjen e një detyre të përbashkët. (147) Në spital, shërbimet janë gjithmonë komplekse, sepse ato ofrohen nga bashkëpunimi që përfshin shumë profesionistë teknikë dhe shëndetësorë. (148) Udhëheqësit gjithashtu pritej të kishin kompetenca të veçanta, të tilla si të menduarit strategjik afatgjatë, zhvillimi i personelit, fleksibiliteti dhe aftësia për të ndryshuar. (149) Pjesëmarrësit gjithashtu përshkruan pritshmëritë e tyre për tu angazhuar në sigurimin e shërbimit dhe menaxhimin e targetuar. Ata dëshironin të kishin një udhëheqës transformacional dhe demokratik krahasuar me një udhëheqës autokratik. (147)

3.7 Përmbledhje e gjetjeve kryesore

3.7.1 Përfundime

Kërkimet e mëparshme kanë nxjerrë në pah marrëdhëniet e dobishme midis menaxhimit të farmacisë dhe strukturës organizative duke çuar në përmirësimin e sigurimit të shërbimit, menaxhimin e kostove totale të kujdesit shëndetësor dhe uljen e shkallës së vdekshmërisë. Sidoqoftë, tendencat aktuale në rolet e farmacistëve spitalorë janë zhvendosur drejt praktikës klinike të farmacisë dhe shumë farmacistë prirën të anashkalojnë dhe nënvlerësojnë rëndësinë e praktikës së menaxhimit të farmacisë spitalore.

Një rishikim sistematik i menaxhimit të farmacisë spitalore në nivel ndërkombëtar është paraqitur dhe gjetjet tregojnë evidenca të mira të përfitimit si rrjedhojë e menaxhimit efektiv të farmacisë spitalore. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në një mjedis dinamik të kujdesit shëndetësor, ku mund të shoqërohet me kosto - efektivitet dhe përmirësim të sigurisë së barnave. Sidoqoftë, disa aspekte të menaxhimit të farmacisë, të tilla si menaxhimi i burimeve njerëzore, kanë marrë më shumë vëmendje se aspekte të tjera të menaxhimit. Për më tepër,

shumica e studimeve janë kryer në vendet e zhvilluara, dhe relativisht pak dihet për menaxhimin e farmacive dhe ndikimin e tij në vendet në zhvillim.

Për të mësuar më shumë në lidhje me çështjet aktuale dhe të ardhshme në lidhje me menaxhimin e farmacisë spitalore në vendet në zhvillim, u krye një studim induktiv, cilësor me intervista gjysmë të strukturuar, të raportuara në vijim. Një studim paraprak i kryer në një vend të zhvilluar si Australia, u konsiderua i dobishëm.

Faza e parë e këtij studimi eksploroj perceptimet e farmacistëve spitalorë australianë në menaxhimin e farmacisë spitalore. Australia u zgjodh si një vend i zhvilluar me një model të mirë të farmacisë spitalore. Gjetjet theksuan rëndësinë e aftësive të menaxhimit të farmacisë në këtë mjedis. Sidoqoftë, debatohet ende mbi mënyrën se si duhet të menaxhohet farmacia spitalore. Ka një tension midis autonomisë profesionale dhe mjediseve multidisciplinare. Farmacistët mund të kenë mungesë motivimi për të ndjekur dhe zhvilluar me përsosmëri menaxhimin e farmacisë, si një rol profesional me përparësi. Për të nxitur praktikën e përgjegjshme në menaxhim, duhet të kemi udhëheqje/lidership në farmaci. Duhet të kërkohet mbështetje nga drejtuesit e spitalit, rregullatorët, shoqatat e profesionistëve dhe profesorëve të farmacisë.

Faza e dytë e kërkimit hulumtoi perceptimet e farmacistëve spitalorë indonezianë për rolet, përvojat e tyre aktuale, shqetësimet në menaxhimin e farmacisë spitalore, drejtimin e ardhshëm dhe vizionin për praktikën e farmacisë spitalore. Së pari, farmacistët spitalorë indonezianë raportuan se kujdesi farmaceutik i orientuar ndaj pacientëve ishte thelbësor. Sidoqoftë, interpretime të shumëfishta të kujdesit të orientuar ndaj pacientit dhe kujdesit farmaceutik u raportuan nga pjesëmarrësit farmacistë. Kjo refleктоhej në një masë të ndryshme, në të cilën farmacistët pranuan ose refuzuan rolet dhe përgjegjësitë në shërbimet klinike, menaxhimin dhe udhëheqjen. Së dyti, farmacistët spitalorë indonezianë raportuan se kanë punuar në tensione të vazhdueshme midis burimeve të kufizuara dhe kërkesave në rritje. Sidoqoftë, aktivitetet aktuale të menaxhimit të farmacisë u përqëndruan në çështjet operationale, me mungesë të planifikimit strategjik. Është e qartë që nevojitet më shumë hapësirë për përmirësim në sistemin shëndetësor dhe në lidërsnip.

Së fundmi, farmacistët spitalorë indonezianë raportuan dëshirën e tyre për një njohje më të madhe profesionale për kontributin e tyre në kujdesin ndaj pacientit dhe sektorin e kujdesit shëndetësor në përgjithësi. Ndryshimet në sistemin shëndetësor dhe udhëheqja e fortë ishin tipare shumë të dëshirueshme të raportuara nga pjesëmarrësit në studim.

Si përmbledhje, farmacistët spitalorë indonezianë dhe australianë shfaqën ide të ndryshme të kujdesit me në qendër pacientin, me qasje të ndryshme ndaj aplikimit të tij. Farmacistët spitalorë australianë pranojnë më mirë përgjegjësitë menaxheriale. Kjo mund të jetë sepse në sistemin shëndetësor australian, farmacia e spitalit publik nuk është një njësi gjeneruese e të ardhurave (në kundërshtim me sistemin aktual shëndetësor indonezian). Për të përmirësuar shërbimet e kujdesit shëndetësor, alokimi strategjik i burimeve është thelbësor. Në të kundërt, shumica e farmacistëve spitalorë indonezianë refuzojnë rolet menaxheriale (shoqëruar me detyrat e menaxhimit të inventarit). Këto detyra konsiderohen burokratike, zhgënjyese, me mungesë të autonomisë profesionale, dhe si të mos kesh asnjë kontribut në përmirësimin e kujdesit shëndetësor. Prandaj, ata presin që rolet menaxheriale të menaxhohen nga sistemet (të tilla si rregulloret ose sisteme të kompjuterizuara). Shumë vëmendje i është dhënë menaxhimit të veprimtarisë operationale të përditshme, dhe pak planifikimit strategjik. Farmacistët

spitalorë indonezianë mund të përfitojnë nga mundësitë e tyre menaxheriale në sistemin aktual shëndetësor kombëtar, të cilat u përqëndruan shumë në efikasitetin e burimeve. Për më tepër, farmacistët spitalorë australianë prirën të iniciojnë ndryshimet. Nga ana tjetër, farmacistët spitalorë indonezianë dëshirojnë një qasje nga niveli drejtues drejt farmacistëve për iniciimin e ndryshimeve. Kultura organizative mund të jetë faktori kryesor që ndikon këto qëndrime. Prandaj, farmacistët spitalorë indonezianë mund të përfitojnë nga marrja e pozicioneve drejtuese në institucionet e kujdesit shëndetësor.

3.7.2 Implikimet në praktikë

Studimi tregon se ka përfitime të mundshme në spital në përmirësimin e kujdesit shëndetësor si rezultat i menaxhimit me cilësi të lartë të farmacisë. Gjetjet e këtij studimi nxorën në pah boshllëqet e mundshme në idetë mbi kujdesin me në qendër pacientin dhe menaxhimin ndërmjet profesionistëve të ndryshëm shëndetësorë. Boshllëqet ka të ngjarë të pengojnë kontributin e farmacistëve spitalorë në mirëqenien e komunitetit të tyre. Perceptimet e ndryshme të praktikave ideale dhe sigurimit të shërbimit të farmacisë spitalore sugjeruan sfida të mundshme për zhvillim.

Në Indonezi, dukej se kishte hapësirë për përmirësim, veçanërisht në aktivitetet e planifikimit dhe udhëheqjes/lidershipit. Mjediset spitalore që nuk ofrojnë mbështetje dhe mungesa e vlerësimit sugjerojnë kërcënime të mundshme të së ardhmes. Duke pasur parasysh ndryshimet e vazhdueshme në sistemin shëndetësor dhe rregulloret kombëtare, me kapacitete të ndryshme për sigurimin e burimeve në të gjithë vendin, farmacia spitalore mund të përballet me sfida të rëndësishme dhe / ose të zhvillojë shërbime të ndryshme farmacie. Në mjediset me burime të kufizuara, të tilla si disa spitale në Indonezi, planifikimi strategjik mund të ndihmojë menaxherët e farmacive spitalore për përmirësimin e sigurimit të shërbimit, alokimin e burimeve dhe mjedisin e punës. Zbatimi i lidershipit transformues mund të nxisë një mjedis mbështetës të punës dhe bashkëpunimin midis profesionistëve të shëndetit.

3.7.3 Kufizimet e studimit

Si një studim cilësor, gjetjet e këtij studimi mund të mos përfaqësojnë perceptimet e të gjithë farmacistëve spitalorë në Australi ose Indonezi. Një kufizim i rëndësishëm i këtij studimi është numri relativisht i vogël i pjesëmarrësve në raport me të gjithë popullatën e farmacistëve në praktikën spitalore.

Në fazën e parë, pjesëmarrësit u rekrutuan nga një qytet metropolitan në Australi. Sidoqoftë, qëllimi i kësaj faze ishte të siguronte një perspektivë ndërkombëtare për fazën e dytë. Ne jemi konsultuar me ekspertë të fushës, duke filluar nga farmacistët e rinj deri tek drejtorët e farmacive. Puna e mëtejshme mund të përfshijë fusha të tjera të praktikës dhe rajone gjeografike për të kuptuar më thellë në lidhje me këtë temë.

Në fazën e dytë, pjesëmarrësit u rekrutuan vetëm nga rajonet perëndimore në Indonezi. Megjithatë, nevoja për të mbledhur karakteristika të ndryshme të pjesëmarrësve njihet, kështu që të dhënat u kërkuar nga lloje të ndryshme të farmacistëve në mjedise të shumta dhe provinca në Indonezi. Prandaj, ky studim ishte në gjendje të kapte perceptimet dhe qëndrimet e mbajtura gjërësisht nga farmacistët spitalorë që ka të ngjarë të pasqyrojnë profesionin në një

këndvështrim më të gjerë. Pjesëmarrësit kanë kontribuar me informacione të vlefshme dhe gjatë procesit të analizës së të dhënave, temat që dalin u diskutuan edhe me studiues të tjerë.

3.7.4 Rekomandime për punën në të ardhmen

Studimi i përshkruar thekson filozofitë themelore të kujdesit në farmacinë spitalore dhe implikimet e tij në praktikë. Duket të ketë hapësirë për angazhimin e pacientëve në këtë model praktike. Janë treguar aplikimet potenciale të udhëheqjes/lidershipit dhe menaxhimit të farmacisë për të përmirësuar sigurinë e barnave, bashkëpunimin në praktikë dhe zhvillimin e praktikave së farmacisë. Për tu përgatitur për këtë të ardhme, aktiviteti i mëtejshëm kërkimor mund të përqëndrohet në pikat si vijon:

1. Kujdesi me në qendër pacientin nga perspektivat e pacientëve dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë. Do të jetë e vlefshme të krijoni një bazë të fortë për filozofinë e kujdesit farmaceutik.
2. Autonomia e farmacisë spitalore dhe cilësia e punës në grup. Nga të kuptuarit mund të përfitojnë edukatorë, studiues, farmacistët spitalorë, drejtuesit e spitalit dhe politikëbërësit në lidhje me përcaktimin e roleve të farmacistëve në mjedisin spitalor.
3. Shfrytëzimi i planifikimit strategjik nga menaxherët e farmacive spitalore, dhe faktorë specifikë për tipe të ndryshme të spitaleve, që ofrojnë mundësi dhe sfidojnë praktikën e farmacisë spitalore. Kjo do të lehtësojë formulimin e strategjisë për optimizimin e kontributit të farmacisë spitalore drejt përdorimit të përgjegjshëm të barnave dhe materialeve mjekësore.
4. Kënaqësia e punës në farmacinë spitalore dhe faktorët e lidhur me të. Kërkime në tema të tilla mund të ofrojnë përfitime për përmirësimin e shërbimit në farmacinë spitalore.
5. Kontributi i Komiteti të Barnave dhe Terapisë dhe grupeve të tjera bashkëpunuese në menaxhimin e farmacisë spitalore dhe përfshirja e mundshme e farmacistëve spitalorë në to. Mund të jetë e vlefshme të eksploronin qasje të ndryshme për përmirësimin e menaxhimit të përdorimit të barnave spitalore përmes proceseve ndërprofesionale dhe bashkëpunuese.
6. Sisteme informacioni të lokalizuara, duke marrë parasysh karakteristikat e institucioneve. Kërkime të mëtejshme në këtë fushë mund të japin më shumë mirekuptim dhe lehtësim të zbatimit të sistemeve elektronike të ardhshme në spitale.
7. Stilet efektive të udhëheqjes në kontekstin e spitaleve ose organizatave të ndryshme. Kjo mund të ndihmojë në zhvillimin e një baze të fortë në ndërtimin e kompetencave dhe udhëheqjes profesionale në farmacinë spitalore.

3.8 Vështrim mbi farmacinë spitalore në Tajlandë

Të dhënat u përfatuan nga një studim i kryer në Spitalin Ndërkombëtar Thai Maharakham, një spital privat me madhësi mesatare, i vendosur në rajonin verilindor të Tajlandës. Raporti i kontabilitetit të spitalit tregon se shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore janë përbërësi kryesor i shpenzimeve të spitalit për furnizimet farmaceutike. Prandaj, studimi drejtohet në identifikimin e mundësive për përmirësimin e kontrollit të inventarit në farmacinë spitalore.

Qëllimi i parë i studimit ishte të analizonte procesin aktual të kontrollit të inventarit të barnave, në mënyrë që të gjendeshin mundësi për përmirësim. Pas studimit dhe analizimit të procesit aktual në departamentin/shërbimin e farmacisë, kishte dy çështje kryesore në lidhje me kontrollin e inventarit, përkatësisht porosia dhe sasia e porosisë, të përcaktuara bazuar në politika dhe vendime arbitrare. Gjithashtu, u zbulua se barnat nuk janë të klasifikuara, gjë që e

bën kontrollin e inventarit më të vështirë. Ky fakt çoi në identifikimin e objektivave më specifike dhe gjetjen e zgjidhjeve të mundshme për këto çështje.

Objektivi kryesor u identifikua bazuar në gjetjet kryesore të problemeve që lidhen me inventarin. Qëllimi i studimit është gjetja e metodave të përshtatshme për klasifikimin e barnave të inventarit dhe sugjerimin e përdorimit të metodave të ndryshme të kontrollit të inventarit për çdo kategori barnash. Përdorimi i këtyre metodave do të çojë në zgjidhje praktike për një performancë më të mirë të farmacisë spitalore në lidhje me kontrollin e inventarit të barnave.

Në mënyrë që të arrihet qëllimi i studimit, puna filloi me vëzhgimin dhe analizimin e proceseve dhe aktiviteteve aktuale të menaxhimit të inventarit të barnave dhe vendimmarrjes në kontrollin e inventarit. Literatura me tema përkatëse u rishikua dhe u studiua në mënyrë që të zbatohen teoritë e përshtatshme për punën e përditshme spitalore. Gjatë studimit u kryen diskutime dhe konsultime me personat përgjegjës nga palët e përfshira.

U përdor metoda cilësore, duke mbledhur informacionin përmes vëzhgimeve ambientale dhe intervistave dhe informacionit dytësor nga baza e të dhënave organizative dhe rishikimet e literaturës. Të dhënat janë strukturuar si më poshtë: Fillimisht rishikohen teoritë dhe studimet përkatëse. Paraqitet informacioni i përgjithshëm i spitaleve private në Tajlandë. Më pas paraqitet menaxhimi i zinxhirit të furnizimit dhe informacioni rreth klasifikimit të inventarit të barnave. Diskutohen edhe sisteme të ndryshme të kontrollit të inventarit të përdorura për produktet mjekësore (barna dhe materiale mjekësore).

Në vijim paraqiten vëzhgime dhe analiza të procesit aktual të kontrollit të inventarit në farmacinë spitalore. Problemet që ka hasur stafi i farmacisë, janë deklaruar edhe në këtë pjesë. Analizohen dhe diskutohen rezultatet dhe zgjidhjet praktike. Në fund propozohen konkluzione dhe rekomandime për përmirësimin e kontrollit të inventarit të barnave.

3.9 Rishikim i literaturës

3.9.1 Spitale publike në Tajlandë

Tajlanda është e njohur mirë si një nga destinacionet më të njohura turistike. Kohët e fundit, ajo është etiketuar gjithashtu si një destinacion për turizmin mjekësor. Me trajtime dhe shërbime standarde mjekësore të përbalueshme, Tajlanda ka udhëhequr turizmin mjekësor në rritje në Azi. Si përgjigje, kujdesi shëndetësor në Tajlandë ka qenë në rritje me të shpejtë përsa i përket personelit, teknologjisë dhe shpenzimeve.

Objektet e kujdesit shëndetësor në Tajlandë (150) përgjithësisht ndahen në sektorin publik dhe privat.

Funksionimi i të dy sektorëve, publik dhe privat drejtohet nën mbështetjen dhe kontrollin e Ministrisë së Shëndetit Publik, i cili është institucioni zyrtar kryesor i sistemit shëndetësor publik në Tajlandë. Meqenëse të dhënat janë marrë në një spital privat, informacioni i mbledhur përqëndrohet më tepër në sektorin privat.

Sipas raportit të fundit të siguruar nga Ministria e Shëndetit Publik, spitalet private përbëjnë 24,4% në vitin 2005, me një rënie nga 27,9% që kanë qenë në vitin 1998.

Në lidhje me proporcionet e shtretërve spitalorë, spitalet private mbajnë 20,2% të numrit total të shtretërve në vitin 2005, krahasuar me një numër pak më të madh prej 23,2% në vitin 1998.

Sidoqoftë, kur u përqëndrua në një krahasim rajonal, raporti zbuloi se shumica e spitaleve në Bangkok janë spitale private, përqindja e të cilëve përbënte 66,9%.

Duke marrë parasysh një rënie të numrit të spitaleve private dhe të përqindjes së shtretërve, kjo çoi në një pyetje tjetër nëse kërkesa për spitalet private ka rënë. Shifrat nga Ministria e Shëndetit Publik treguan se shpenzimet e familjeve në institucionet shëndetësore private (klinikat dhe spitalet) kishin një trend në rritje nga 48,1% në vitin 1998 në 57,7% në vitin 2004. Shifrat nënkuptojnë që spitalet private luajnë një rol të rëndësishëm në industrinë e kujdesit shëndetësor në Tajlandë. Kërkesa për spitalet private ka qenë në rritje të vazhdueshme edhe pse ka pasur një rënie të lehtë të numrit të spitaleve dhe shtretërve.

Kur shikoni trendet në shpenzimet e përgjithshme shëndetësore të institucioneve të kujdesit shëndetësor, shpenzimet shëndetësore në Tajlandë ishin në një trend të shpejtë rritës gjatë viteve 1995 - 2005.

Shpenzimet e Tajlandës për barna konsiderohen si përbërësi kryesor i shpenzimeve kombëtare për shëndetin. Në vitin 2000, Tajlanda ka shpenzuar 34,16% të shpenzimeve të saj totale shëndetësore për produkte mjekësore dhe shpenzimet janë rritur në 42,84% në vitin 2005. Pothuajse 50% e buxhetit të alokuar për furnizimet shëndetësore ishte shpenzuar për kujdesin spitalor. Trendi i buxhetit të kujdesit shëndetësor të shpenzuar nga spitalet ka qenë në rritje.

Vlera e madhe e shpenzimeve kombëtare për barna ka çuar në një interes në rritje për menaxhimin farmaceutik. Sidoqoftë, kur kërkoni informacione përkatëse në lidhje me kontrollin e inventarit të barnave në Tajlandë, informacioni ekzistues dhe studimet janë mjaft të kufizuara. Me informacionin përkatës të mbledhur, është e qartë që menaxhimi i zinxhirit të furnizimit dhe kontrolli i inventarit luajnë një rol të rëndësishëm në industrinë e kujdesit shëndetësor.

Menaxhimi i dobët në çdo nivel të institucioneve të kujdesit shëndetësor mund të ketë një ndikim negativ në sistemin e furnizimit në tërësi.

3.10 Menaxhimi i zinxhirit të furnizimit

Shumë teoricienë kanë dhënë përkufizimet për termin menaxhim i zinxhirit të furnizimit. Një prej tyre që mund të përshkruajë termin menaxhim i zinxhirit të furnizimit me të vërtetë mirë dhe duket të mbulojë të gjitha aktivitetet e ndërlidhura është (150, 151): *“Menaxhimi i zinxhirit të furnizimit është një grup i qasjeve të përdorura për të integruar në mënyrë efikase furnizuesit, prodhuesit, depot dhe dyqanet, në mënyrë që mallrat të prodhohen dhe të shpërndahen në sasi të duhura, në vendet e duhura dhe në kohën e duhur, në mënyrë që të minimizohen kostot në të gjithë sistemin duke përmblusur kërkesat e nivelit të shërbimit.”*

Siç nënkupton përkufizimi, menaxhimi i zinxhirit të furnizimit është zhvilluar për klientët, të cilët luajnë rolin më të rëndësishëm në biznes. Sidomos në këtë epokë të globalizimit, klientët gjithnjë e më kërkues dhe më të fuqishëm se më parë, po kërkojnë produkte dhe shërbime me kritere më të mira. Në mënyrë që të përmblusin kërkesat e klientëve dhe kënaqësitë e tyre, kompanitë duhet të jenë proaktive ndaj tregjeve të globalizuara, të cilat mund të kenë ndryshuar dhe mund të jenë ndikuar nga disa faktorë. Me një rritje të përdorimit të teknologjisë si interneti, disa pretendojnë se nuk ka më gjeografi në biznes në ditët e sotme. Në një det të hapur prodhimi, bashkëpunimi midis kompanive ndërkombëtare dhe hapja e tregjeve globale janë domethënia e mjedisit global. Menaxhimi i zinxhirit të furnizimit mund të etiketohet si menaxhim global i zinxhirit të furnizimit në mjedisin e sotëm. (153, 158)

Bazuar në konceptin e menaxhimit të zinxhirit të furnizimit, ai kërkon integrimin e shumë komponentëve të biznesit. Në vitin 1985, Michael Porter prezantoi dhe përshkroi konceptin e

tij të ri për menaxhimin e biznesit, zinxhirin e vlerës. Koncepti i zinxhirit të vlerës është zhvilluar si një mjet për analizën dhe strategjinë konkurruese. Përbëhet nga logjistika brenda dhe jashtë kompanisë, të cilët janë përbërësit kryesorë të këtij modeli biznesi. Marketingu i integruar, shitjet dhe prodhimi janë gjithashtu bashkimi i komponentëve të rëndësishëm që kontribuojnë në vlerën e kompanisë dhe për klientët e kompanisë. (184)

Në lidhje me lëvizjen e produktit dhe informacionit, ekzistojnë dy qasje të menaxhimit të zinxhirit të furnizimit që janë përdorur gjerësisht, domethënë modelet e biznesit shtytës dhe tërheqës.

3.10.1 Sistemi i shtytjes

Sistemi i shtytjes i referohet rastit kur lëndët e para ruhen para prodhimit dhe produktet prodhohen në stok para se të bëhen porositë. Veprimi stimulohet nga vlerësimi i kërkesës ose parashikimi i kërkesës. Produktet dhe informacioni rrjedhin në të njëjtën mënyrë, nga shitësi tek blerësi. Komunikimi i kryer në zinxhirin e furnizimit të kësaj qasjeje mund të jetë interaktiv ose jo-interaktiv pasi klientët ose blerësit nuk i përgjigjen gjithmonë mesazheve të dërguara nga prodhuesi ose shitësit. Për shembull, nuk ka asnjë reagim të drejtpërdrejtë nga klientët pas reklamës së dërguar nga shitësit në formën e mesazheve përmes kanaleve mediatike.

Sistemi i shtytjes, tipik dhe tradicional, ende përdoret gjerësisht nga shumë firma në industri të ndryshme.

3.10.2 Sistemi i tërheqjes

Nga ana tjetër, sistemi i tërheqjes përdoret në përgjigje të porosive të konfirmuara. Produktet janë prodhuar gjatë ose pas fazës së planifikimit të prodhimit. Prandaj, aksionet nuk përmbajnë mallra të gatshëm, por materiale gjysmë të gatshme. Klientët dërgojnë kërkesat e tyre dhe bëjnë porosi tek prodhuesit ose shitësit. Produkti i kërkuar tërhiqet përmes kanaleve të dorëzimit. Komunikimi i kryer në sistemin tërheqës është zakonisht ndërveprues. Modeli i tërheqjes përdoret gjerësisht brenda të njëjtës firmë, për shembull, një departament i dërgon një urdhër të brendshëm departamentit tjetër për të prodhuar një artikull që është i nevojshëm në procesin e tyre të punës.

3.10.3 Kontrolli i inventarit

Kontrolli i inventarit është sfidues në biznes. Menaxhimi i kontrollit të inventarit mund të ndikojë drejtpërdrejt në performancën e biznesit. Arsyeja për të pasur inventar ose stok është të vendosni një ekuilibër ndërmjet kërkesës dhe ofertës. Të kesh shumë inventar në dorë do të thotë mbajtje e lartë kostoje, dhe të kesh shumë pak çon në një rritje të kostos së porositjes. Prandaj, menaxhimi i inventarit duhet të jetë i planifikuar mirë në mënyrë që të arrihet kosto totale më e ulët e mundshme.

Edhe pse inventari konsiderohet si impakt negativ në biznes pasi përqindja më e madhe e shpenzimeve totale vjen nga inventari, të kesh inventar është ende e domosdoshme në shumë lloje biznesi. Menaxhimi dhe kontrolli i inventarit janë praktika të detyrueshme për firmat që kërkojnë përfitim. Qëllimet e kontrollit të inventarit është minimizimi i kostove totale dhe maksimalizimi i shërbimeve duke balancuar kërkesën dhe ofertën. Ka disa qasje për menaxhimin e inventarit. Bizneset karakterizohen nga dy sisteme të dalluara, shtytja dhe

tërheqja. Kur bëhet fjalë për farmacinë spitalore, të qëniti proaktiv është kualifikimi më i rëndësishëm. Në përgjithësi, porositja ose kërkesa nuk konfirmohet paraprakisht pasi numri i pacientëve është vërtet shumë i vështirë për tu parashikuar. Sidoqoftë, është e parashikueshme në disa raste, për shembull, pacientët diabetikë dhe pacientët me HIV/AIDS, të cilët duhet të marrin rregullisht trajtim dhe vazhdimisht kërkojnë barna specifike. Prandaj, sistemi i shtytjes përdoret më së shumti në farmacinë spitalore dhe në ndonjë objekt tjetër të kujdesit shëndetësor pasi barnat duhet të jenë në dispozicion kur ato janë të nevojshme.

Produktet mjekësore janë unike krahasuar me mallrat e tjerë pasi ato merren në rastet e sëmundjes dhe janë jetëshpëtuese. Zakonisht menaxherët e magazinës përpiqen të zvogëlojnë gjendjen e inventarit dhe të minimizojnë koston totale. Ndonjëherë, kjo çon në rënie të nivelit të shërbimit. Menaxhimi i inventarit në spital trajtohet ndryshe në krahasim me disa institucione të tjera në industrinë e kujdesit shëndetësor, pasi spitalet nuk përfitojnë marzhe nga shitjet e barnave. Inventari në spitale duhet të menaxhohet pak më ndryshe. Niveli dhe garantimi i shërbimit duhet të jetë përparësia kryesore, më pas duhet të llogaritet minimizimi i kostove dhe humbjeve.

3.10.3.1 Arsyetimi për pasjen e një inventari

□ Mund të kemi përfitime ekonomike nga blerja e vëllimeve të mëdha, që lejon uljen e kostos fikse për njësi. Gjithashtu, në transport mund të kemi përfitim ekonomik përmes lëvizjes njëkohësisht të vëllimeve të mëdha të produkteve.

□ Balancimi i kërkesës dhe furnizimit është një tjetër arsye e rëndësishme për të pasur inventar. Nëse furnizimi është sezonal, inventari mund të ndihmojë në plotësimin e kërkesës, kur materialet ose produktet janë të padisponueshëm. Anasjelltas, nëse ekziston një kërkesë sezonale, firmat duhet të grumbullojnë paraprakisht inventar për të përmbushur kërkesat në të ardhmen.

□ Specializimi mund të sjellë përfitim ekonomik tek prodhuesit nga prodhimi për një kohë të gjatë e një produkti ose një grup të vogël produktesh. Në vend që të prodhojë një larmi produktesh, secila fabrikë/kompani prodhuese, mund të prodhojë një produkt të caktuar dhe ta shpërndajë tek klientët ose depot e tjera.

□ Mbrojtja nga pasiguritë është një arsye kryesore për mbajtjen e inventarit. Duke pasur stok në gjendje mund të zvogëlohet rreziku i mungesave, të cilat mund të çojnë në pakësim të shitjeve për arsye të mungesës së besueshmërisë. Konsumatori mund të blejë produkte nga konkurrentët e tjerë në treg.

3.10.4 Kostot e inventarit

Inventari shoqërohet me tre kosto kryesore si më poshtë.

□ Kosto e porosisë mbulon të gjitha kostot që ndodhin gjatë proceseve së një porosie pavarësisht nga vëllimi ose sasia e porositur. Ajo përfshin kostot dhe kohën e kaluar duke kërkuar për kuotime, duke vlerësuar urdhër blerjen, duke miratuar urdhrin, duke kontrolluar porosinë e marrë, faturimin, kryerjen e pagesës dhe raportin e rishikimit të urdhrin. Kosto e porosisë mund të mos jetë një komponent i madh i kostos totale për kompaninë, por duke marrë parasysh kohën e kaluar për porosinë dhe përpjekjeve të menaxhimit, kosto e porosisë duhet të reduktohet. Jo vetëm që kursimi i kostos së porosisë mund të ulë koston totale, por shkurtohen edhe disa kosto të tjera si pagat (më pak personel i nevojshëm).

□ Kosto e zotërimit ndahet në tre kategori përkatësisht kostot e riskut, kostot e magazinimit dhe kostot financiare. Kostot e riskut përfshijnë përkeqësimin, vjetërimin, dëmtimin dhe vjedhjen. Kostot e magazinimit shoqërohen me qira, ndërtesë, depo të veçanta të tilla si frigoriferë dhe shpenzimet e trajtimit. Më në fund, kostot financiare përfshijnë interesin për paratë e investuara në inventare dhe sigurime.

□ Kosto e mungesave është kosto e mungesës së produkteve në dispozicion ose të mjaftueshme kur ato janë të kërkuara nga klientët. Llogaritja e kësaj kosto mund të jetë e vështirë. Për shembull, kosto e mungesave shkakton humbje si në shitjet aktuale ashtu edhe në shitjet e ardhshme pasi klientët mund të furnizohen tek konkurrentët. Kosto e mungesave në disa institucione siç është spitali mund të jetë më e madhe se tipet e tjera të institucioneve.

3.11 Klasifikimi i inventarit

Procedura të ndryshme të inventarit janë zhvilluar për përmirësimin e menaxhimit të inventarit për qëllime të ndryshme. Me linjat e shumta të produkteve që ka një firmë, duhet të klasifikohet inventari përpara se të merren vendime për metodat e inventarit. Kur është fjala për produktet farmaceutike, ka disa procedura për klasifikimin e inventarit bazuar në, për shembull, vlerën e konsumit, kritikitetin e produktit, modelin e konsumit dhe burimin ose furnizimin. Dy lloje të klasifikimit që mund të përdoren për inventarin e barnave përshkruhen më poshtë.

3.11.1 Klasifikimi ABC

Analiza ABC është një nga mjetet më të përdorura për menaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore. Është gjithashtu i njohur si Ligji i Pareto-s ose "Rregulli 80 - 20". (153) Ky klasifikim është kryer dhe zhvilluar nga Vilfredo Pareto, një filozof dhe ekonomist italian. Ai vuri re se një përqindje shumë e madhe e të ardhurave dhe pasurisë totale kombëtare ishte përqëndruar në një përqindje të vogël të popullsisë. Ky rregull shpreh se 80% e vlerës totale llogaritet në 20% të artikujve. Kjo analizë konsiderohet një parim universal, për këtë arsye përdoret gjerësisht në shumë situata biznesi.

□ Klasa A përfaqëson 20% të barnave dhe materialeve mjekësore në inventar dhe 75% të vlerës së inventarit.

□ Klasa B përfaqëson 30% të barnave dhe materialeve mjekësore në inventar dhe 15% të vlerës së inventarit.

□ Klasa C përfaqëson 50% të barnave dhe materialeve mjekësore në inventar dhe vetëm 10% të vlerës së inventarit.

Sipas klasifikimit ABC, sugjerohet që duhet të analizohen më shumë barnat dhe materialet mjekësore me vlerën më të lartë në inventar. Klasa A duhet të trajtohet më gjerësisht dhe Klasa C analizohet pak. (154) Avantazhi i klasifikimit ABC është se kontrolli i sasisë së vogël të barnave dhe materialeve mjekësore që arrijnë në 10-20% do të rezultojë në kontrollin e 75-80% të vlerës monetare të inventarit gjendje.

Nëse nuk klasifikohen barnat dhe materialet mjekësore gjendje në inventar, vlera e menaxhimit dhe trajtimit do të ishte e lartë, pasi do ti kushtohej vëmendje e njëjtë të gjitha barnave dhe materialeve mjekësore. Duke klasifikuar inventarin, nivele të ndryshme të kontrollit mund të caktohen barnave dhe materialeve mjekësore të klasave të ndryshme.

Venkat Reddy (163, 150) ka shpjeguar procedurat selektive të kontrollit për klasifikimin ABC të përdorura në farmacinë spitalore si më poshtë.

Procedura të kontrollit shumë të rreptë duhet të përdoren me artikujt e Klasës A dhe kontrollori duhet të ketë pozicion menaxhues ose drejtues. Duhet të mbahet pak ose aspak gjendje si “stok sigurie” dhe për të kompensuar sa më sipër duhet të bëhen porosi më të shpeshta. Kontrolli i konsumit dhe lëvizja e produktit duhet të rishikohet rregullisht – në bazë javore ose ditore. Duhet të rritet numri i furnizuesve për barnat dhe materialet mjekësore me vlerë të lartë, në mënyrë që të sigurohet performancë e mirë e furnitorit dhe zvogëlim i kohës së pritjes. Blerjet e artikujve duhet të jenë të centralizuara.

Klasa B mund të kontrollohet nga ndihmës menaxherë ose personat e tjerë përgjegjës. Zbatohet politika e stokut të sigurisë në nivel të ulët. Kjo klasë barnash dhe materialeve mjekësore mund të ndiqet me porosi mujore ose tremujore. Konsumi i kaluar mund të përdoret si bazë për llogaritjen e sasisë së porosisë. Duhet të ketë dy ose katër furnizues të besueshëm për të siguruar që koha e pritjes të zvogëlohet.

Barnat dhe materialet mjekësore të klasës C bëjnë nuk kanë nevojë të kontrollohen shumë. Meqenëse barnat dhe materialet mjekësore kanë vlerë më të ulët krahasuar me klasa A dhe B, porositë mund të vendosen në një vëllim më të madh për të përfituar nga zbritjes për sasi të mëdha. Vlerësimet e përafërta janë të mjaftueshme për të menaxhuar barnat dhe materialet mjekësore e klasës C.

Megjithëse analiza ABC sugjeron fokus të veçantë tek barnat dhe materialet mjekësore të klasës A, gjithsesi nuk duhet të neglizhohet rëndësia e klasës B dhe C. Sidomos në farmacinë spitalore, në të njëjtën recetë mund të ketë barna dhe materiale mjekësore nga të tria klasat A, B dhe C. Mungesa e barnave dhe materialeve mjekësore të klasës C mund të çojnë në dështimin e trajtimit mjekësor nëse janë jetike ose jetëshpëtuese.

3.11.2 Klasifikimi VEN

Klasifikimi VEN është një metodë që i kushton vëmendje kriticitetit të barnave. Barnat kategorizohen në tre grupe bazuar në përparësinë dhe rëndësinë që kanë në shëndetin e pacientëve.

□ V - Barna jetike, potencialisht jetëshpëtuese. Ato shfaqin efekte anësore të konsiderueshme nëse ndërpriten në mënyrë të menjëhershme. Në këtë grup përfshihen barnat që janë thelbësore për ofrimin e shërbimeve themelore shëndetësore.

□ E - Barna thelbësore/të nevojshme: Efektiviteti i këtij grupi është më i ulët krahasuar me barnat jetike, por ato janë të rëndësishme për sëmundjen.

□ N - Barna jo-thelbësore: Ato përdoren për sëmundje të lehta. Kësaj klase i përketin edhe barnat që janë ende të diskutueshme për efikasitetin e tyre dhe barnat me kosto të lartë për përfitim të pjesshëm terapeutik.

Për identifikimin e barnave duke përdorur këtë qasje, duhet të caktohet një grup i përbërë nga farmacistë dhe mjekë me specializime të ndryshme, pasi mendimet e tyre mund të ndryshojnë. Barnat të cilat shfaqen në të gjitha kategoritë identifikohen si jetike. Barnat që klasifikohen si jetike dhe thelbësore shënohen si jetike dhe ato të cilat klasifikohen si thelbësore dhe jo-thelbësore shënohen si thelbësore. Kjo teknikë lejon stafin të jetë në gjendje të menaxhojë shkallë të ndryshme të menaxhimit për kontrollin e inventarit. Shkalla e rëndësisë së procedurave të prokurimit dhe kontrollit zvogëlohet nga barnat jetike drejt barnave dhe jo-thelbësore.

3.12 Metodat e kontrollit të inventarit

Shumë mënyra përdoren për kontrollin e inventarit. Zgjedhja e një metode për t'u përdorur në biznes duhet të vlerësohet dhe analizohet me kujdes bazuar në gjithëpërfshirjen e tij. Në institucionet e kujdesit shëndetësor, ekzistojnë disa metoda të përdorura për kontrollin e inventarit dhe lehtësojnë politikën e prokurimit. Secila metodë ka objektiva dhe procedura të ndryshme. Përzgjedhja dhe shfrytëzimi i metodave të kontrollit të inventarit varet nga realizueshmëria dhe përshtatshmëria. Disa faktorë janë të përfshirë në marrjen e vendimeve në lidhje me përdorimin e metodave të caktuara të inventarit të tilla si: buxheti, teknologjia dhe personeli. Në një farmaci spitalore, rekomandohet kombinimi i metodave të ndryshme për shkak të barnave dhe materialeve mjekësore të shumta në inventar. Metodat e kontrollit të inventarit përmbledhen si më poshtë:

3.12.1 Buxheti i hapur për blerje (OTB)

Metoda e buxhetit të hapur për blerje (OTB) është një metodë e kontrollit të inventarit në lidhje me politikat e blerjes. Ajo kufizon blerjet në një shumë specifike të fondit në dispozicion për një periudhë specifike. Theksi i metodës OTB është kontrolli financiar i inventarit të farmacisë. Shuma mujore e fondit të parashikuar për shpenzime është përafërsisht e barabartë me vlerën e përdorur në muajin paraardhës. Megjithatë, kjo metodë është e dobishme për monitorimin dhe rregullimin e vlerave financiare të inventarit, rekomandohet të kombinohen metoda të tjera për një sistem total të menaxhimit të inventarit.

3.12.2 Metoda e listës së shkurtër

Theksi i metodës së listës së shkurtër është të sigurojë informacion të saktë dhe në kohë të inventarit për personin, i cili është përgjegjës për kryerjen e porosisë. Kjo metodë funksionon

mirë kur ekziston një sasi stoku që mirëmbahet dhe monitorohet përmes metodave të tjera të kontrollit të inventarit.

3.12.3 Karta e regjistrimit të stokut

Metoda e kartës së regjistrimit të stokut përdoret për të regjistruar informacione në lidhje me lëvizjen e produkteve në zonën e magazinimit. Përdoret gjithashtu për të monitoruar nivelin e inventarit dhe për të lehtësuar kryerjen e porosisë. Karta e regjistrimit të stokut zakonisht përmban informacione thelbësore në lidhje me hyrjet dhe daljet e barnave.

3.12.4 Qasja e sasisë fikse të porosisë

Nën kushtin e sigurisë kur koha e pritjes nga kryerja e porosisë tek dorëzimi i produkteve dhe kërkesa janë të caktuara, mund të zbatohet qasja e sasisë fikse të porosisë për përcaktimin e sasisë që do të porositet. Siç nënkupton vetë emri, porosia kryhet në një sasi fikse, e cila llogaritet bazuar në koston e produktit dhe karakteristikat e kërkesës.

Cikli i stokut

Cikli i stokut është sasia e vlerësuar e një produkti që do të shitet ose përdoret gjatë kohës që zgjat nga momenti i kryerjes së porosisë deri tek dorëzimi i saj nga furnizuesi (koha e pritjes).

Stoku i sigurisë

Stoku i sigurisë shërben për të zvogëluar rrezikun kur ka vonesa në furnizim dhe dërgesa. Kjo metodë është e përshtatshme në situatën kur kërkesa dhe koha e porosisë janë konstante. Në shumicën e rasteve, situata mund të mos jetë premtuese, prandaj stoku i sigurisë shërben për të mbrojtur biznesin nga pasiguria. Kur krahasohet me ciklin e stokut, stoku i sigurisë është pak më i ndërlikuar për t'u llogaritur pasi ka disa metoda për përcaktimin e tij. Rezultatet mund të ndryshojnë në varësi të metodës.

Sipas Manualit të Menaxhimit të Furnizimit në Kujdesin Shëndetësor Parësor (OBSh 2006, 165, 166), metoda e sugjeruar për tu përdorur në institucionet e kujdesit shëndetësor është shumë e ngjashme me intervalin fikse të porosisë.

Niveli i inventarit përcaktohet duke llogaritur një mesatare të kërkesave/nevojave mujore duke përdorur të dhëna të konsumit të kaluar. Duhet të përcaktohet frekuenca e dorëzimit të produkteve si për shembull, një herë në muaj, çdo tre muaj ose çdo gjashtë muaj. Porosia kryhet kur kemi gjendje një sasi të caktuar produkti dhe pas porosisë gjendja e produktit do të shkojë në nivelin e dëshiruar. Prandaj, vëllimi i porosisë ndryshon herë pas here në varësi të inventarit aktual në dispozicion.

3.13 Studimet e rëndësishme

V. R. Thawani et al. (164) kanë studiuar në lidhje me analizën ekonomike të shpenzimeve për barna në Spitalin Qeveritar të Kolegjit Mjekësor, Nagpur, Indi. Studimi u krye për një spital publik, buxheti i alokuar i të cilit është mjaft i kufizuar. Klasifikimet ABC dhe VEN janë

zbatuar me sukses në spitalin e studiuar. Ata përgatitën matricën e prioritizimit të barnave duke kombinuar klasifikimet ABC dhe VEN. Për kategori të ndryshme u përdorën procedura të ndryshme menaxhimi. Për shembull, është sugjeruar që grupi CV mund të prokurohet një herë në vit dhe të ruhet për të kursyer përpjekjet e menaxhimit. Barnat e grupit AD, të cilat harxhojnë buxhet të konsiderueshëm duhet të kontrollohen me kujdes për të përcaktuar sasinë e porosisë. Pas përdorimit të këtyre metodave në spital, janë vënë re përmirësime të dukshme në menaxhimin financiar, disponueshmërinë e barnave dhe zvogëlimin e shpenzimeve dhe blerjeve emergjente. Chungsiwapornpong (152) ka kryer tezën e saj master në lidhje me procesin e kontrollit të inventarit të barnave dhe performancën ndërmjet farmacive spitalore në Tajlandë.

Anketës i janë përgjigjur nga 309 të anketuar, që përbëjnë 42.92% të vlerësimit të 720 spitaleve gjithsej. Rezultatet e sondazhit u prezantuan bazuar në 9 tregues të rëndësishëm në lidhje me procesin e inventarit të barnave dhe performancën e inventarit të barnave. Bazuar në gjetjet e studimit, rezultoi se sistemet ABC dhe VEN ishin mjete të fuqishme dhe efektive për farmacitë spitalore. Rezultatet e sondazhit treguan se spitalet që kanë miratuar metodat ABC dhe VEN kanë performancë më të lartë se spitalet e tjera. Përqindja e mungesave të stokut në spitalet private të cilat përdorin analizën VEN (0,99%) ishte më e ulët se spitalet private të cilat nuk përdorin këtë klasifikim të inventarit (3,94%). Gjithashtu sasia mesatare e barnave në spitalet që përdorin metodat ABC dhe VEN ishte më e ulët se spitalet që nuk përdorin këto metoda. Në përfundim, rekomandohet që spitalet të përcaktojnë formatin e raporteve të menaxhimit të inventarit dhe zhvillimin e metodave të dobishme të kontrollit të inventarit siç janë: ABC, VEN dhe metoda të tjera të përshtatshme nisur nga karakteristikat e spitalit.

3.14 Studim Rasti

3.14.1 Profili i organizatës

Spitali Ndërkombëtar Thai Mahasarakham është një spital privat me madhësi mesatare, gjendet në Mahasarakham, një provincë e vogël në veri-lindje të Tajlandës. Që nga Dhjetori 2009, spitali ka 50 shtretër me 3 mjekë me kohë të plotë, 20 mjekë me kohë të pjesshme dhe 104 punonjës.

Me 936854 banorë, Mahasarakhami është relativisht i vogël krahasuar me provincat e tjera në Tajlandë. Ka dy spitale në provincë, Spitali Ndërkombëtar Thai Mahasarakham dhe spitali Mahasarakham, i cili është spitali kryesor publik. Meqenëse spitalet publike të vetme nuk mund të përballojnë të gjithë pacientët dhe nevojat e tyre, sektori privat luan një rol të rëndësishëm në shërbimet mjekësore në Tajlandë. Për arsye të përparësisë së shërbimit të shpejtë dhe miqësor, si dhe të trajtimeve mjekësore me standarde të larta, një numër në rritje i pacientëve tajlandezë dhe të huaj kërkojnë kujdes shëndetësor në sektorin privat.

Spitali është themeluar në vitin 1995 me emrin e tij të vjetër, Qendra Spitalore Mjekësore Mahasarakham. Në Mars 2009, u ble dhe ndryshoi emrin zyrtarisht në Spitali Ndërkombëtar Thai Mahasarakham. Ekipi i ri i menaxhimit ka funksionuar që atëherë, me qëllim përmirësimin e shërbimeve themelore dhe mbështetëse të spitalit. Gjatë vitit 2008, ka patur 28823 pacientë për vizita ambulatorie dhe 1688 pacientë të shtruar. Ekzistojnë tetë shërbime mjekësore:

□ Kirurgji

- ☐ Mjekësi interne
- ☐ Obstetrikë dhe gjinekologji (OB / GYN)
- ☐ Pediatri
- ☐ Stomatologji
- ☐ Anestezi
- ☐ Okulistikë
- ☐ Otorinolaringologji

3.14.1.1 Departamenti i Farmacisë

Departamenti i farmacisë i Spitalit Ndërkombëtar Thai Mahasarakham është një element thelbësor ndihmës i shërbimeve mjekësore. Përgjegjësitë kryesore janë garantimi dhe shpërndarja e barnave të sigurta, me cilësi të lartë dhe kosto - efektive për pacientët. Rolet kryesore të departamentit të farmacisë përfshijnë prokurimin, ruajtjen, shpërndarjen e barnave dhe materialeve mjekësore dhe kontrollin e inventarit.

3.14.2 Farmacia spitalore

Farmacia spitalore shërben si një depo kryesore për barnat dhe materialet mjekësore. Ajo është ngritur për të lehtësuar kryerjen e porosive duke shpërndarjen e barnave dhe materialeve mjekësore në shërbimet mjekësore, pavionet e ndryshme si për pacientët e hospitalizuar ashtu edhe për pacientët ambulatorë. Njësia e shpërndarjes ambulatorë është e hapur 24 orë për të mbështetur shërbimet mjekësore për pacientët ambulatorë. Njësitë e tjera të farmacisë së spitalit shërbejnë për menaxhimin dhe plotësimin e kërkesave për barna dhe materiale mjekësore të kërkuara nga shërbimet e ndryshme mjekësore në spital.

3.14.3 Kategorizimi i barnave

Ka afërsisht 730 produkte në farmacinë spitalore. Të gjitha produktet janë kategorizuar bazuar në format e tyre farmaceutike si më poshtë.

- ☐ Tableta
- ☐ Kapsula
- ☐ Injeksione
- ☐ Lëngje
- ☐ Pomada
- ☐ Pika
- ☐ Pluhura
- ☐ Të ndryshme

Për identifikimin e vështirësive dhe për gjetjen e një mënyre për përmirësim, duhet të vëzhgohet dhe të analizohet procesi aktual i menaxhimit të inventarit të barnave.

Departamenti i farmacisë vepron si një palë e ndërmjetme midis furnizuesve dhe shërbimeve mjekësore, pavjoneve. Përgjegjësitë kryesore që duhet të ketë farmacia përfshijnë procesin e prokurimit dhe menaxhimin e inventarit, në të cilin përfshihen disa aktivitete. Aktivitetet

kryesore në lidhje me procesin e rregullt të inventarit janë blerja, marrja në dorëzim, ruajtja, shpërndarja, monitorimi, raportimi dhe menaxhimi i mbetjeve.

3.14.4 Blerja

Në departamentin e farmacisë së Spitalit Ndërkombëtar Thai Mahasarakham, farmacistët gjithashtu veprojnë si blerës dhe magazinierë. Kur niveli i stokut nuk mund të përmbushë sasinë e kërkuar nga shërbimet mjekësore, duhet të kryhet procesi i blerjes. Personat përgjegjës vendosin se kur do të porositet një produkt i caktuar duke vlerësuar përafërsisht lëvizjen e produktit si rezultat i kërkesave dhe konsumit mesatar mujor. Nuk ka ndonjë politikë standarde për të përcaktuar momentin e kryerjes së porosisë. Aktiviteti i blerjes mund të bëhet pasi personeli i farmacisë është mësuar me procesin dhe kërkesat aktuale. Procesi i blerjes përbëhet nga konfirmimi i sasisë, përgatitja e dokumentacionit të porosisë dhe kryerja e porosisë.

Përveç bazës së të dhënave të sistemit të informacionit spitalor, ekziston edhe një format excel i listës së plotë të barnave që përfshin të gjitha çmimet e azhornuara. Megjithatë, çmimet ndonjëherë konfirmohen me telefon përpara përgatitjes së dokumentacionit të porosisë për të siguruar që çmimi është akoma i vlefshëm. Lidhur me ofertat, shumica e barnave ofrohen me çmim fiks pavarësisht nga sasia që porositet. Ka vetëm një numër të vogël produktesh ku ofrohet zbritje për sasi të mëdha, si për shembull, për çdo blerje të 10 kutive merr 1 kuti shtesë falas. Për më tepër, pothuajse çdo shitës ka një vlerë minimale për një porosi. Një porosi mund të përmbajë disa produkte, mjafton që vlera e tyre të jetë sa vlera minimale për porosi.

Pas vlerësimit ose konfirmimit të vlerësimit, dokumentacioni i porosisë duhet të përgatitet për aprovim. Përcaktimi i sasisë së porosisë, i cili është një nga vendimet më thelbësore në menaxhimin e inventarit, ndodh në këtë fazë. Siç është përshkruar më sipër, ka disa metoda për të përcaktuar sasinë e porosisë me qëllime të ndryshme. Sidoqoftë, është zbuluar se sasia e porosisë bazohet relativisht në një politikë arbitrare, por mbështetet disi në konsumin e muajit/muajve të kaluar.

Pas përgatitjes së dokumenteve të porosisë, porosia propozohet për aprovim. Nëse është rënë dakord për sasinë dhe cilësinë e produktit, urdhri miratohet nga drejtori mjekësor dhe zbatohet nga farmacisti përgjegjës. Në rast të mosmarrëveshjes për ndonjë arsye, urdhri i propozuar do të dërgohet përsëri në departamentin e farmacisë për rishqyrtim dhe modifikim.

Të dhënat e porosive printohen në format në letër dhe përmbajnë informacion mbi datën e kryerjes së porosisë, datën e marrjes së porosisë, listën e produkteve, çmimin, vlerën, informacionin e kontaktit të furnizuesit.

3.14.5 Marrja në dorëzim

Pas mbledhjes së informacionit mbi porositë e kryera të 4-5 muajve të fundit (17 korrik - 1 Dhjetor 2009), u zbulua se koha ndërmjet kryerjes së porosisë deri në marrjen në dorëzim varioi nga 1 deri në 30 ditë, në varësi të produkteve dhe furnitorëve. Është e dukshme që koha ndërmjet kryerjes së porosisë deri në marrjen në dorëzim për furnizuesit më të vegjël është më e madhe krahasuar me furnizuesit më të mëdhenj. Sidoqoftë, furnizuesit të cilët kanë kohë më të gjatë ndërmjet kryerjes së porosisë deri në marrjen në dorëzim, ofrojnë çmim më konkurrues.

Dorëzimi dhe transporti kryhen nga furnitorët. Kur një porosi arrin në magazinë nga furnizuesi, zakonisht shoqërohet me faturën tatimore dhe listën shoqëruese. Personeli përgjegjës do të kontrollojë porosinë për të siguruar që sasinë, çmimet dhe kushtet e produkteve plotësojnë kërkesat. Më pas barnat do të vendosen në raft. Në këtë fazë, përgatitet raporti i marrjes në dorëzim dhe informacioni i porosisë së pranuar futet në bazën e të dhënave dhe kartelën e regjistrimit të stokut.

Nëse ka ndonjë produkt që është dëmtuar ose ndonjë produkt të skaduar, stafi i farmacistë do të kontaktojë përfaqësuesin e shitjeve të furnizuesit për marrjen mbarsht të stokut të skaduar. Procesi i zëvendësimit do të organizohet nga furnitori duke dërguar produkte të reja dhe duke marrë mbarsht produktet e evidentuara nga stafi i farmacistë.

3.14.6 Ruajtja

Procesi i ruajtjes në farmacinë spitalore ndjek politikat e rekomanduara nga OBSH.

Produktet rregullohen në zonën e magazinimit për të lehtësuar procedurën: produkti që skadon i pari duhet të dalë i pari (FEFO). Bari me datë skadence më të afërt do të vendoset përpara barnave me datë skadence më të largët, në mënyrë që të merret lehtësisht.

Ka afërsisht 730 barna (deri në Dhjetor 2009) përfshirë vaksinat. Të gjithë produktet mjekësore ruhen në rafte sipas rendit alfabetik me emrat e tyre xhenerikë. Produktet që kërkojnë temperaturë frigoriferike, ruhen në frigoriferë. Çdo produkt në njësinë më të vogël, shoqërohet me fletë hyrjen e tij, që shërben si një mjet për të kontrolluar lëvizjen e produktit. Raporti mbi hyrje - daljet e produktit, përmban informacionin e sasisë së marrë në dorëzim, sasisë së shpërndarë, gjendjes aktuale dhe nënshkrimin e personit përgjegjës. Përveç gjendjes, të bashkangjitur në raportin e të dhënave të produktit, inventari klasifikohet gjithashtu sipas afatit vjetor të përdorimit, duke përdorur kodifikimin sipas ngjyrave. Datat e skadencës simbolizohen duke përdorur letra ngjyëse me ngjyra të ndryshme në vendndodhjen e secilit produkt.

3.14.7 Shpërndarja

Përshkrimi dhe shpërndarja e barnave janë veprimtari të ndara. Barnat përshkruhen nga shërbimet mjekësore, në zonën klinike dhe receta sillen në zonën e shpërndarjes së barnave në mënyrë që të tërhiqen barnat. Veprimtaria e spitalit është e ndarë në dy divizione, spitalor dhe ambulator. Në mënyrë që të lehtësohet veprimtaria, secili departament ka depot e veta të barnave. Kur bëhet një kërkesë për një bar, personeli infermieror do të kontrollojë nëse ekziston disponueshmëria në farmacinë e pavjonit. Nëse nuk ka disponibilitet të barit, do të bëhet një porosi e brendshme në depon kryesore të farmacistë. Bari i kërkuar transferohet nga depo kryesore në depot e pavjoneve për të filluar trajtimin mjekësor. Të gjitha barnat shpërndahen bazuar në politikën e FEFO-s. Kur tërhiqet një bar nga depo kryesore, duhet të azhurnohet gjendja e këtij bari duke plotësuar informacionin në lidhje me datën e ekzekutimit të kërkesës, sasinë e dhënë dhe nënshkrimin e personit përgjegjës. Zakonisht, barnat dorëzohen në depot e pavjoneve në njësi më të mëdha se njësi bazë, të tilla si kuti, ku për shembull ka 200 tableta në një kuti. Depo kryesore dhe depot e pavjoneve janë të ndara dhe depo kryesore e farmacistë

nuk e njih inventarin aktual të depove të pavjoneve. Kjo ndonjëherë sjell një vështirësi për farmacistin për përcaktimin e sasisë së porosisë.

3.14.8 Monitorimi

Kontrolli dhe menaxhimi i inventarit kryhet nga farmacistët dhe personeli infermieror. Bëhet një kombinim i metodave të përdorura për kontrollin e inventarit, për monitorimin e tij. Përveç metodës së raportit të hyrje - daljeve të secilit produkt, sistemi i informatizuar i informacionit përdoret gjithashtu në mënyrë që informacioni të mund të ruhet dhe të mund të gjenerohen raporte më të sakta. Një tjetër aktivitet i rëndësishëm që duhet të kryhet rregullisht është inventari fizik.

Raporti i hyrje - daljeve përdoret për kontrollin e inventarit kur barnat merren në dorëzim dhe shpërndahen. Përditësimi i hyrjeve bëhet manualisht, kështu që është e mundur që ndonjëherë të mund të ndodhë ndonjë gabim. Prandaj, procesi i inventarit fizik është planifikuar për kontrollin e dyfishtë të gjendjes së barnave dhe inventarit dhe gjithashtu për ndarjen e barnave të skaduar nga pjesa e magazinimit të produkteve të gatshme për tu shpërndarë.

Inventari fizik është procesi i numërimit manual në mënyrë që të sigurohemi që gjendja e inventarit është reale dhe në përputhje me sasinë në raportin e hyrje - daljeve dhe gjendjes. Kemi dy lloje të inventarit fizik që mund të kryehen në magazinën e farmacisë si më poshtë:

- Inventari i plotë fizik: personat përgjegjës do të numërojnë të gjitha produktet gjendje një herë në vit.
- Inventari fizik i rastësishëm, i cili mund të jetë një aktivitet ditor. Gjatë këtij inventari do të numërohen dhe kontrollohen produkte të zgjedhura nga informacioni në raportin e hyrje - daljeve dhe gjendjes. Aktiviteti ndihmon në sigurimin që të mos kemi mungesa dhe që produktet e skaduar ose të dëmtuara të jenë të vendosura në një zonë të veçantë.

Përveç metodave të inventarit të bazuara në letër, të kryera manualisht, teknologjia është jashtëzakonisht e rëndësishme në menaxhimin e inventarit. Ekipi i menaxhimit e kupton rëndësinë e menaxhimit farmaceutik dhe kontrollit të inventarit, përmes sistemit të informacionit të farmacisë. Teknologjia aktuale e përdorur në spital është sistemi i informacionit spitalor, i cili mbledh, ruan dhe komunikon kujdesin ndaj pacientit dhe informacionin administrativ për të gjitha aktivitetet spitalore. Teknologjia ekzistuese ka lehtësuar departamentin e farmacisë duke ruajtur informacionin dhe duke siguruar raporte. Megjithatë, shumica e aktiviteteve në lidhje me prokurimin dhe kontrollin e inventarit ende kryhen manualisht, pasi programi ekzistues nuk është krijuar për të lehtësuar plotësisht kontrollin e inventarit, por ka karakter të përgjithshëm për veprimtaritë administrative.

3.14.9 Raportimi

Raportimi është një proces tjetër i rëndësishëm për menaxhimin e inventarit. Raportet që gjenerohen rregullisht përqëndrohen në nivelin e konsumit dhe gjendjen e inventarit. 50 barnat që kanë konsum më të lartë për pacientët e hospitalizuar dhe për pacientët ambulatorë raportohen çdo muaj. Lidhur me sasinë e kërkesës së një bari, kërkesa për të njëjtin bar nga

pacientët ambulatorë duket se është shumë më e madhe sesa kërkesa nga pacientët e hospitalizuar.

Përveç raportit të rregullt mujor, raportet e shpërndarjes së barnave dhe gjendjes së inventarit mund të gjenerohen nga baza e të dhënave. Gjendja e inventarit dhe kryerja kryhen manualisht dhe mund të azhurnohen. Sidoqoftë, ende nuk janë të disponueshme disa lloje të tjera raportesh që mund të jenë thelbësore për kontrollin e inventarit.

3.14.10 Menaxhimi i mbetjeve

Për departamentin e farmacisë, mbetje do të thotë kosto. Shkalla e barnave të skaduara dhe e barnave me qarkullim të ngadaltë janë tregues për matjen e performancës së menaxhimit të inventarit farmaceutik. Minimizimi i mbetjeve është një nga qëllimet kryesore që lejon departamentin të arrijë objektivin e shfrytëzimit të produktit me kosto - efektivitet. Falë rregulloreve shtetërore që janë adresuar për të mbrojtur konsumatorët, barnat me qarkullim të ngadaltë mund të kthehen furnitorëve dhe të zëvendësohen. Vlera e produkteve të përcaktohen në bazë të marrëveshjeve. Për shembull, nëse kthehen barna 6 muaj përpara skadencës do të merret mbrapsht 100% e vlerës së kthyer. Përmes kësaj politikë spitali përfiton në mënyrë të tillë që të mund të zvogëlojë humbjet dhe mbetjet. Barnat me qarkullim të ngadaltë mund të kthehen, duke u zëvendësuar me barna të tjerë që mund të kenë më shumë përdorim për spitalin. Barnat me qarkullim të ngadaltë ose të skaduara që nuk mund të kthehen, asgjësohen në përputhje me standardet e menaxhimit të mbetjeve të furnizimeve mjekësore dhe farmaceutike.

3.15 Problematika

Blerja dhe kontrolli i inventarit janë aktivitetet kryesore në procesin e prokurimit. Njëri nga këto procese nuk mund të jetë efektiv pa tjetrin. Blerja përfshin zgjedhjen e produkteve me cilësinë e duhur, njohjen e sasisë së duhur, kohës së duhur të prokurimit, çmimit të duhur për secilin produkt dhe burimit ose furnizuesit për secilin produkt. Duhet të kontrollohet mirë inventari, i cili është rezultat i procesit të blerjes. Megjithatë, bazuar në aktivitetet e përditshme të kryera në farmacinë spitalore, shqetësimet kryesore në lidhje me menaxhimin e inventarit ndodhin gjatë procesit të blerjes. Ky i fundit krijon problematika dhe kërkon kohë për të përcaktuar kohën dhe sasinë që duhet të porositen.

Përcaktimi i kohës për kryerjen e porosisë, tani e tutje do të referohemi si pika e rikërkesës (ROP), merr në konsideratë dy faktorë kryesorë: kohëzgjatjen ndërmjet porosisë dhe marrjes në dorëzim dhe nevojat gjatë kësaj kohe. Përcaktimi i ROP për farmacinë spitalore nuk është i thjeshtë, pasi është e vështirë të parashikohet me saktësi kërkesa dhe planifikimi pasi koha ndërmjet porosisë dhe marrjes në dorëzim luhetet, në varësi të furnitorëve. Për shkak të luhatjes së kërkesës dhe kohës ndërmjet porosisë dhe marrjes në dorëzim, ROP është me të vërtetë thelbësore.

Rutina e rregullt e porositjes zbulon se ROP përcaktohet disi bazuar në konsumin e muajve të mëparshëm. Megjithatë, nuk ka ndonjë politikë specifike për të lehtësuar përcaktimin, por bëhet bazuar mbi familjaritetin e stafit lidhur me procesin. Nëse ROP nuk trajtohet me kujdes, situata të papritura të mungesave dhe sasive të mëdha gjendje mund të ndodhin. Mungesa e barnave jetëshpëtuese të përdorura për sëmundjet e rënda janë një kosto e madhe për spitalin,

pasi disa barna janë në sasi të vogël dhe ato nuk janë gjithmonë të disponueshme në tregje. Në përgjigje të situatës së stokut, duhet të bëhen blerje të urgjencës, të cilat janë të kushtueshme për departamentin e farmacisë.

Një vështirësi tjetër që personeli duhet të hasë gjatë kryerjes së procesit të blerjes është sasia e porositur. Bazuar në njohuritë themelore të menaxhimit të inventarit, porositë e mëdha do të sillnin koston të lartë mirëmbajtje dhe sasi të shumë të vogla do të çonin në një porosi me kosto më të lartë. Por procesi aktual i blerjes nuk i ka marrë parasysh këto çështje dhe është përdorur politika arbitrare gjatë përcaktimit të sasisë së porosisë.

Një mësim është nxjerrë nga porositë shumë të mëdha të së kaluarës, disa produkte me sasi të mëdha, janë gjetur pas blerjes së tyre nga spitali. Prandaj është rënë dakord që farmacia ka për qëllim kryerjen e inventarit një herë në muaj. Stafi i farmacisë dëshiron të zbatojë një politikë efektive që ndihmon në balancimin e kërkesës dhe ofertës për të parandaluar situatat e mungesave dhe tepricave/sasive të mëdha në gjendje, për të përmirësuar qarkullimin e inventarit.

Për të përfunduar, aktualisht ka dy shqetësime të mëdha në lidhje me kontrollin e inventarit të barnave në departamentin e farmacisë - kur duhet të bëhet porosia dhe me çfarë sasive. Ky studim përqëndrohet në analizimin e problemeve kryesore dhe sugjerimin e zgjidhjeve të mundshme, të cilat diskutohen në vijim.

Arritja e objektivave të prokurimit të barnave në lidhje me kostot, sasinë, cilësinë, dhe dorëzimin në kohë është sfiduese. Sidoqoftë, duke marrë parasysh potencialin e personelit të spitalit dhe teknologjinë, zbatimi i politikave racionale për kontrollin e inventarit të barnave mund të jetë i suksesshëm. Për më tepër, biznesi i spitalit privat është ende në fillim të periudhës së rritjes, zbatimi i menaxhimit efikas dhe efektiv të inventarit mund të jetë një gjë e mirë për zgjerimin e biznesit në të ardhmen.

3.16 Analiza

Siç është shpjeguar më parë në lidhje me problemet e hasura të kontrollit të inventarit në departamentin e farmacisë, koha dhe sasia e porosisë janë çështjet më të zakonshme të menaxhimit të inventarit. Identifikimi dhe analizimi i këtyre problemeve çon në zgjidhje praktike. Disa metoda të kontrollit të inventarit mund të përdoren për të përcaktuar kohën dhe sasinë e porosisë. Sidoqoftë, përpara përzgjedhjes së mënyrës që do të përdoret, fillimisht duhet të klasifikohet inventari i barnave. Për të përmirësuar performancën e inventarit të farmacisë spitalore, plani i veprimit mund të ndahet në dy faza: klasifikimi i inventarit të barnave dhe zgjedhja e metodës së kontrollit të inventarit.

Klasifikimi i inventarit duhet të kryhet kur kemi një numër të madh produktesh. Mund të përdoren disa modele klasifikimi për të grupuar inventarin. Një nga qasjet më të zakonshme dhe efektive është modeli ABC që kategorizon produktin bazuar në vlerën ekonomike të tij. Kur bëhet fjalë për produkte farmaceutike, nuk ka rëndësi vetëm vlera, por edhe kriticiteti i barit. Kështu, metodat ABC dhe VEN zgjidhen për klasifikimin e barnave. Kombinimi i këtyre dy modeleve lejon shfaqjen e rëndësisë dhe përparësisë së secilit grup të produkteve.

Pas klasifikimit të inventarit, hapi tjetër është zgjedhja e metodave të kontrollit të inventarit. Për përcaktimin e metodës së duhur në vendin e duhur, duhet të mbahet mend që metoda të ndryshme shërbejnë për qëllime të ndryshme dhe ato kërkojnë nivele të ndryshme menaxhimi. Përzgjedhja e metodave të kontrollit të inventarit shpjegohet në seksionin tjetër.

Si përfundim, aktivitetet që duhet të kryhen për të zgjidhur problemet në lidhje me ROP dhe sasinë e porosisë janë klasifikimi i inventarit dhe zgjedhja e metodave të kontrollit të inventarit. Sidoqoftë, është e rëndësishme të theksohet se rezultati i kësaj teze jo domosdoshmërisht ofron zgjidhjen përfundimtare për kontrollin e inventarit të barnave, por ofron disa mundësi për të përmirësuar kontrollin e inventarit të barnave në një farmaci spitalore.

3.16.1 Klasifikimi i inventarit

3.16.1.1 Klasifikimi ABC

Meqenëse ka rreth 730 artikuj për tu menaxhuar në inventar, duhet të ketë disa metoda për kategorizimin dhe organizimin, në mënyrë që menaxhimi dhe trajtimi të jetë më i lehtë.

Në këtë rast, mund të konsiderohet klasifikimi ABC, i cili është një mjet i fuqishëm për ti dhënë përparësi dhe klasifikuar produktet sipas vlerës së tyre në inventar. Përqindja e vlerës së inventarit të secilës klasë, për klasat A, B dhe C është përkatësisht 75-80%, 15% dhe 5-10%.

Kryerja e një analize ABC:

- ☐ Listimi i të gjithë produkteve në inventar;
- ☐ Llogaritja e konsumit vjetor të çdo bari;
- ☐ Llogaritja e përqindjes së vlerës totale vjetore për secilin bar;
- ☐ Renditja e listës sipas vlerës së secilit bar;
- ☐ Vendosja e vlerave për grupimin e inventarëve në klasat A, B dhe C.

Përmes metodës ABC klasifikohen të gjithë produktet. Kjo sjell përparësi si në aspektet e menaxhimit të inventarit ashtu edhe në aspektet financiare. Përdorimi i analizës ABC lehtëson monitorimin dhe menaxhimin e inventarit. Barnat me vlerë të lartë të inventarit që shfaqen në krye të listës kërkojnë vëmendje të veçantë. Ulja e kostos vjen si rrjedhojë e përqëndrimit në një numër të vogël barnash që kanë vlerën më të lartë financiare.

Në parim, barnat e klasës A mund të blihen më shpesh në mënyrë, që të zvogëlohet gjendja e tyre në inventar dhe të rritet qarkullimi i inventarit duke patur më pak sasi në gjendje, por duke blerë më shpesh. Klasa B kërkon vëmendje dhe analizë të moderuar dhe klasa C mund të porositet në sasi të madhe, në mënyrë që të përfitohet nga zbritja e çmimit si rezultat i sasisë së madhe.

Analiza ABC funksionon mirë në disa industri. Sidoqoftë, kjo qasje ka disa kufizime, veçanërisht në farmacinë spitalore. Klasifikimi ABC nuk tregon asnjë lidhje me rëndësinë dhe kritikitetin e barnave. Disa barna me konsum të lartë që kontribuojnë me vlerë të lartë në

inventar, mund të mos jenë aq jetike sa disa të tjerë në klasën B dhe C. Për shkak të këtij fakti, përdorimi vetëm i analizës ABC në farmacinë spitalore mund të çojë në mbikëqyrjen e disa produkteve, me rëndësi dhe kriticitet të lartë, por me konsum të ulët. Prandaj, analiza ABC duhet të shoqërohet me klasifikimin VEN, i cili përqëndrohet në kriticitetin e barnave.

3.16.1.2 Klasifikimi VEN

Vetëm analiza ABC nuk është aq efektive sa të zbatohet në farmacinë spitalore, meqënëse në funksionimin e spitalit nuk ka rëndësi vetëm vlera e barnave. Barnat duhet të klasifikohen në jetikë, thelbësor dhe jo-thelbësor. Për të kryer analizën VEN nevojitet bashkëpunim i farmacistëve me mjekë të specialiteteve të ndryshme. Analiza VEN duhet të bëhet bazuar në angazhimin e një paneli mjekësh dhe farmacistësh, pasi është një themel i modeleve të menaxhimit të inventarit që duhet të implementohet. Më poshtë është një shembull i kryerjes së klasifikimeve VEN dhe ABC.

Tabela 3.5. Shembull për kryerjen e analizave ABC / VEN

VEN Category (VEN)	Drug Name Strength Package Size	Dosage Form	Price Per Package US\$	Quantity Dispensed in 1995	Total Cost US\$	Total Cost %	Cumulative %
N	Inosine 200 mg N100	tab	\$20.00	800	\$16,000.00	16.5%	16.5%
N	Solcoseryl 2 ml N25	inj	\$20.12	700	\$14,084.00	14.5%	31.0%
V	Insulin HM 10 ml 40 IU/ml	inj	\$5.50	2000	\$11,000.00	11.3%	42.3%
N	Drotaverine Hydrochloride 0.04 N100	tab	\$2.15	5000	\$10,750.00	11.1%	53.4%
E	Isradipine 5 mg N30	caps	\$16.21	600	\$9,726.00	10.0%	63.4%
V	Verapamil Hydrochloride 80 mg N100	tab	\$5.00	1200	\$6,000.00	6.2%	69.6%
V	Cefotaxime Sodium 1 g	inj	\$2.40	2000	\$4,800.00	4.9%	74.5%
N	Inosine 2% 5 ml N10	inj	\$1.57	3000	\$4,710.00	4.8%	79.4%
E	Ranitidine Hydrochloride 150 mg N100	tab	\$8.00	500	\$4,000.00	4.1%	83.5%
N	Bendazol 0.5% 2 ml N10	inj	\$0.50	5000	\$2,500.00	2.6%	86.0%
V	Prednisolone 30 mg N3	inj	\$1.21	1900	\$2,299.00	2.4%	88.4%
E	Nystatin 500,000 U N25	tab	\$0.73	3000	\$2,190.00	2.3%	90.7%
E	Metoclopramide Hydrochloride 10 mg N40	tab	\$1.67	1200	\$2,004.00	2.1%	92.7%
V	Ampicillin 250 mg N24	tab	\$1.25	1500	\$1,875.00	1.9%	94.7%
E	Nandrolone Decanoate 50 mg 1 ml	inj	\$1.74	800	\$1,392.00	1.4%	96.1%
N	Coccarboxylase 50 mg 3 ml N3	inj	\$1.25	1000	\$1,250.00	1.3%	97.4%
E	Metamizole 50% 1 ml N10	inj	\$0.30	2000	\$600.00	0.6%	98.0%
V	Digoxin 0.25 mg N50	tab	\$1.00	600	\$600.00	0.6%	98.6%
E	Allylestrenol 5 mg N20	tab	\$1.63	300	\$489.00	0.5%	99.1%
E	Nitrofurantoin 100 mg N10	tab	\$0.15	3000	\$450.00	0.5%	99.6%
E	Chlordiazepoxide 10 mg N50	tab	\$0.56	800	\$448.00	0.5%	100.0%
TOTAL					\$97,167.00	100.0%	

Deri tek inosine 2% - 5 ml është klasa A (përfshirë inosine), deri tek Ampicillin është klasa B dhe më pas është klasa C.

Sipas një shembulli të kryerjes së analizave ABC / VEN në tabelën 3, vlera totale e shpenzuar në klasën A është 79,4%. Pjesa tjetër prej 20,6% është shpenzuar për klasën B dhe C.

Në klasën A rezultojnë katër nga tetë barna në kategorinë e barnave jo thelbësore, të cilat përbëjnë 46,9% të buxhetit total. Kufizimi i përdorimit të barnave jo thelbësore të klasës A, të cilat nuk kanë përparësi terapeutike, mund të zvogëlojnë ndjeshëm shpenzimet e spitalit. (162)

Tabela 3.6. Matrica e bashkimit të modeleve ABC / VEN

	V	E	N
A	<u>AV</u>	CA	<u>AN</u>
B	BV	CB	BN
C	<u>CV</u>	CE	<u>VN</u>

□ Grupi AV përfaqëson barna të cilat kanë kriticitet jetik dhe shkallë të lartë konsumi. Barnat në këtë grup kërkojnë vëmendje të veçantë dhe analizë gjithëpërfshirëse. Rekomandohet gjendje e vogël dhe blerje e shpeshtë për klasën A, nga ana tjetër, një politikë kontradiktore për barnat jetike është që duhet të ketë gjithmonë gjendje në dispozicion për të plotësuar emergjencat. Mungesa e barnave jetike ka një ndikim të madh negativ në shërbimin mjekësor. Prandaj, kjo klasë duhet të analizohet me kujdes përmes kontrollit të vazhdueshëm dhe ndjekjes rregullisht të inventarit. EOQ ose metoda më komplekse mund të shfrytëzohen për të kontrolluar grupin AV të barnave. Stoku i sigurisë duhet të jetë i mjaftueshëm për të plotësuar luhatjet e kërkesave dhe rastet e urgjencës. Duhet të ketë më shumë se disa furnitorë për çdo bar, në mënyrë që të kemi cilësi dhe çmim më të mirë dhe kohë pritje më të shkurtër. Personeli i farmacisë duhet të përpiqet të shkurtojë kohën ndërmjet kryerjes së porosisë dhe marrjes në dorëzim të barnave.

□ Grupi AN përfshin barna me vlerë relativisht të lartë në inventarin total, por konsiderohen si barna jo thelbësore. Efikasiteti i disa barnave jo thelbësore është ende i diskutueshëm dhe disa prej tyre mund të zëvendësohen nga disa barna të tjera. Mbikëqyrja e afërt lidhur me një domosdoshmëri të mbajtjes së këtyre barnave në inventar, lehtëson të gjithë procesin e trajtimit të stoqeve. Kufizimi i përdorimit të një grupi mund të zvogëlojë ndjeshëm nivelin e inventarit dhe rritjen e performancës financiare. Stoku duhet të vendoset në raftet e ulëta. Për disa barna, përparësitë terapeutike të të cilave ende kërkohen, duhet të zbatohet kontrolli i moderuar i inventarit për ato barna.

□ Grupi CV përfshin barna jetike që duhet të jenë gjithnjë të disponueshme, por nuk kanë një ndikim të madh në aspektin financiar. Kryerja e porosive të këtij grupi mund të bëhet në sasi të mëdha për përfitim të zbritjes së çmimit dhe për lehtësimin e menaxhimit. Për përcaktimin e sasisë së porosisë, duhet të merret në konsideratë afati i ruajtjes së barnave. Inventari i monitorimit mund të kryhet një ose dy herë në vit. Duke konsideruar numrin e madh të produkteve mjekësore gjendje në farmaci, vlen të bëhet porosi në sasi të madhe për grupin CV.

Në këtë mënyrë, personeli i farmacisë mund të zvogëlojë numrin e barnave që duhet të kontrollojë.

□ Grupi CN është grupi më pak thelbësor bazuar në metodat ABC dhe VEN. Stafi i farmacisë mund të kontrollojë të gjithë produktet e këtij grupi dhe të analizojë kërkesat për ato barna. Disa barna mund të mos kenë më përdorim për trajtime mjekësore. Stafi mund të mos kontrollojë disa produkte që i përkasin këtij grupi nga lista e barnave spitalore për të zvogëluar numrin e produkteve për inventar.

Stoku i sigurisë duhet të përcaktohet në sasi të ulët. Disa produkte nga kjo kategori, për të cilat ka nevojë, duhet të kontrollohen duke përdorur një metodë dhe një nivel i ulët menaxhimi. Autoriteti për kontrollin e këtij grupi mund ti delegohet një farmacisti.

□ Grupet AE dhe BV nuk mund të anashkalohen pasi grupi AE është i rëndësishëm në lidhje me vlerën e tij financiare dhe grupi BV është i rëndësishëm për trajtimin mjekësor. Metoda EOQ mund të përdoret për të përcaktuar sasinë që duhet porositur për këto grupe. Sa i përket trajtimit të stokut të sigurisë, zbatohen politika të ndryshme. Grupi AE, barna thelbësore me vlerë të lartë, mund të ruhen në një gjendje të ulët, por duhet të blihen më shpesh. Grupi BV, i cili përfshin barna jetike me vlerë të ulët inventari mund të ruhen më shumë se barnat pjesë e grupit AE.

□ Grupet BE, BN dhe CE mund të kontrollohen duke përdorur nivelin e mesëm të menaxhimit të inventarit. Analiza e bazuar në konsumin e mëparshëm është e mjaftueshme për të kontrolluar këto klasa. Për këto kategori zbatohet stoku i moderuar i sigurisë. Matrica e bashkimit të modeleve ABC dhe VEN ka provuar të jetë një mjet i dobishëm për prioritizimin e barnave në farmacinë spitalore gjatë prokurimit, veçanërisht kur buxheti për shpenzimet është i kufizuar për mbulimin e të gjithë kërkesave mjekësore. Modelet ABC / VEN mund të kategorizohen dhe renditen në spreadsheet normale. Software ABC / VEN, i cili është zhvilluar nga Ministria e Shëndetit Publik mund të shkarkohet falas. Përdoruesit mund të hedhin të dhëna për secilin bar të përdorur në spital dhe programi mund të gjenerojë, për shembull, analizën ABC / VEN, grafikun e krahasimit VEN, përmbledhjen terapeutike dhe listën e barnave.

Duke kuptuar rëndësinë dhe funksionet e farmacisë, buxheti për zbatimin e sistemit të kompjuterizuar të kontrollit të inventarit të barnave ka qenë i aprovuar. Një nga tiparet kryesore të sistemit, është që duhet të jetë në gjendje të prioritizojë barnat, pasi klasifikimi i inventarit është jashtëzakonisht i rëndësishëm për kontrollin e inventarit.

Dy faza të rëndësishme: në fazën e parë të përmirësimit të inventarit janë klasifikimi i inventarit dhe përcaktimi i politikës së inventarit. Ekziston edhe një pikë tjetër e rëndësishme për tu theksuar, kryerja e këtyre aktiviteteve kërkon nivel të lartë angazhimi nga palët e përfshira siç janë farmacistët dhe mjekët me specialitete të ndryshme. Për të qenë në anën e sigurt, nëse barnat shfaqen në më shumë se një kategori në lidhje me metodën VEN, barnat identifikohen gjithmonë sipas kriticitetit më të lartë.

3.16.2 Përcaktimi i Sasisë së Porosisë

Duke klasifikuar të gjithë barnat në inventar, është më e qartë se cilat kategori të barnave kërkojnë më shumë vëmendje dhe analiza më komplekse. Kemi disa metoda për kontrollin e inventarit. Dy mënyra mund të përdoren për të përcaktuar sasinë e porosisë: qasja e sasisë fikse së porosisë dhe qasja e intervalit të porosisë fikse.

3.16.2.1 Modeli i thjeshtë EOQ

Modeli EOQ përdoret në metodën e sasisë fikse të porosisë. Dobia e përdorimit të modelit të thjeshtë EOQ, është mjaft e kufizuar. Duke marrë parasysh disa situata, për shembull, barna të reja ose kërkesa ad-hoc për barna të veçantë, që nuk janë në dispozicion në listën e barnave spitalore, kjo metodë e thjeshtë por efektive sugjerohet të përdoret në farmacinë spitalore. Nuk ka asnjë kundërshtim për të mos përdorur këtë metodë sepse kërkesa duhet të dihet para kryerjes së porosisë, si dhe çmimi i blerjes dhe kostot e transportit janë të njohura.

Formula e thjeshtë EOQ është e armatosur me dy vlera të rëndësishme, kosto e porosisë dhe kosto e mbajtjes. Kosto e porosisë, e cila është kosto e një porosie pavarësisht sasisë së porosisë, nuk është e komplikuar për tu vlerësuar. Përkundrazi, kosto e mbajtjes është vërtet e vështirë të përcaktohet dhe kërkohet llogaritja e kësaj kosto nga stafi me përvojë. Megjithatë kosto e mbajtjes nuk është përcaktuar qartë si disa kosto të tjera të tilla si kosto e produktit, duhet të kihet në konsideratë pasi ekziston.

Personi përgjegjës duhet të jetë në gjendje të përgjigjet lidhur me pyetjet mbi pagesat, qeranë e hapësirës, taksat, sigurimet dhe kostot oportune. Meqenëse inputet e pasakta të shtuara në formulë mund të shtrembërojnë/përndryshojnë përgjigjen, personi i ngarkuar duhet të jetë me përvojë dhe i mësuar me aktivitetet financiare të organizatës, si dhe me proceset e prokurimit në farmacinë spitalore. Kështu, bashkëpunimi midis farmacistit dhe ekonomistit është i nevojshëm për të vlerësuar koston e mbajtjes së metodës së thjeshtë EOQ.

Si përfundim, kjo metodë jo vetëm që mund të përdoret për barnat e reja ose të kërkuara ad-hoc, por edhe për disa barna të tjera, specifikimet e të cilave përputhen me kriteret e formulës EOQ. Sidoqoftë, implementimi i metodës EOQ mund të jetë kompleks dhe kërkon shumë kohë, prandaj rekomandohet të përdoret për barnat e shtrenjta.

3.16.2.2 Modeli EOQ i rregulluar

Meqenëse numri i pacientëve dhe kërkesa e tyre nuk mund të parashikohen me saktësi, përdorimi vetëm i modelit EOQ nuk është përgjigjja për kontrollin e inventarit kur kemi luhatje të kërkesës. Më e rëndësishmja, departamenti i farmacisë në të shumtën e rasteve has këto lloj situatash. Prandaj, formula e thjeshtë EOQ është rregulluar për të përballuar situatat e pasigurisë në kërkesë. Ky model i modifikuar konsiderohet më së shumti një metodë komplekse dhe e kushtueshme, kur krahasohet me metodat e tjera të diskutuara në këtë studim. Analizimi i secilit bar duke përdorur modelin e rregulluar EOQ mund të jetë vërtet i kushtueshëm.

Përsëri, kjo formulë e rregulluar shoqërohet me kostot e porosisë dhe të mbajtjes. Përveç kësaj, kosto e mungesave merret parasysh gjatë rregullimit të modelit të thjeshtë EOQ në situatën e kërkesës së pasigurt. Ekzistojnë disa qasje për të vlerësuar koston e mungesave, për shembull, shumëzimi i mungesave të pritshme me çmimin për njësi.

Meqenëse nuk është e nevojshme të përdoret kjo metodë për secilin bar, ky model është më i përshtatshëm për barnat e shtrenjta që kanë nevojë për vëmendje të veçantë, për shembull

barnat e klasës AV. Barnat që kontribuojnë me vlerë të konsiderueshme në inventar dhe janë jetike, kritike për trajtimin mjekësor meritojnë të analizohen me kujdes.

3.16.2.3 Qasja në intervalin e porosisë fikse

Qasja në intervalin e porosisë fikse kryhet duke paracaktuar gjendjen e kërkuar në inventar të një bari dhe kryerjen e porosisë së re duke përcaktuar atë sasi që do të sjellë përsëri gjendjen e këtij bari në nivelin e dëshiruar. Kjo metodë nuk është e kushtueshme pasi nuk kërkon procedura komplekse.

Përcaktimi i nivelit të inventarit mund të përcaktohet duke shumëzuar konsumin mesatar mujor me faktorin e riporosisë. Kjo metodë nuk përdoret gjerësisht në institucionet e mëdha që kanë më shumë fonde në dispozicion të investuar në sistemin e kontrollit të inventarit. Duke marrë parasysh disa aspekte të farmacisë spitalore dhe funksionimin e saj, koncepti i kësaj qasje mund të përshtatet me kërkesat dhe buxhetin në dispozicion. Ky sistem i kontrollit të inventarit funksionon më mirë në veprimtari të vogla dhe të mesme. Koncepti i tij lejon sistemin të punojë më mirë për produktet me kërkesë të pavarur krahasuar me ato me kërkesë të varur.

Siç dihet barnat nuk janë asetet kryesore të spitalit, investimi në zbatimin e metodave komplekse për të kursyer gjysmë euro mund të mos ketë shumë kuptim në këto institucione. Kjo metodë është e lirë, megjithatë nuk rekomandohet të përdoret ky model për çdo bar në inventar pasi mund të çojë në situata të mungesave ose tepërsive në gjendje. Prandaj, kjo qasje është e përshtatshme për barnat me vlerë më të ulët, siç janë barnat në klasën B dhe C, pasi ato nuk kërkojnë nivel të lartë mbikëqyrjeje.

3.16.2.4 Sistemi me dy kosha

Sistemi me dy kosha është metoda më e thjeshtë dhe më e lirë e diskutuar në këtë studim. Nuk kërkon menaxhim të nivelit të lartë dhe monitorim nga afër. Kjo metodë mund të përdoret për barnat e klasës C, me vlerë të ulët, të cilat nuk përbëjnë prioritet trajtimi mjekësor.

Gjithashtu kjo metodë mund të përdoret nga depot e pavjoneve, ku sasi të kërkuara të barnave nuk janë të mëdha. Stafi përgjegjës për aktivitetet në këto departamente mund të mos ketë kohë të mjaftueshme për të rishikuar dhe monitoruar inventarin pasi ata zakonisht janë të angazhuar me përgjegjësitë e tyre kryesore që lidhen me ndjekjen klinike të pacientit. Duke përdorur metodën me dy shporta, personeli infermior mund të kursejë përpjekjet e tyre të menaxhimit në kontrollin e inventarit dhe stafi i farmacisë mund të vlerësojë lehtësisht nivelin aktual të inventarit të pavjonit.

3.16.3 Shënim i rëndësishëm

Ekziston një çështje tjetër e rëndësishme kur përcaktohet ROP dhe sasia e porosisë. Në të gjitha rastet kur kryhet një porosi barnash për përdorim sezonal, si p.sh.: për trajtimin e gripit sezonal, informacioni i konsumit të mëparshëm duhet të jetë rishikuar dhe mbledhur të paktën për 2 vitet e fundit, në mënyrë që të sigurohet vlerësimi më i mirë i sasisë së ardhshme që do të porositet.

Kur përcaktohen metodat e inventarit, ROP dhe sasia e porosisë, është e rëndësishme të mbahet mend se rezultatet janë udhëzime të drejta racionale për marrjen e vendimit përfundimtar. Praktikisht, nuk është e detyrueshme të ndiqni saktësisht rezultatet e marra nga metodat e llogaritjes. Për sqarim, duke supozuar se rezultati i marrë nga metoda EOQ sugjeron që një porosi duhet të bëhet për 9 kuti, porosia në të vërtetë mund të bëhet për 10 kuti për të përfituar zbritje çmimi nëse është e disponueshme. Një shembull tjetër në lidhje me nivelin e ROP, barnat, nivelet e inventarit të të cilave janë mjaft afër kryerjes së porosisë mund të blihen menjëherë në mënyrë që të zvogëlohen përpjekjet e menaxhimit.

3.16.4 Përfundime dhe rekomandime

Shpenzimet e barnave konsiderohen si përbërësi kryesor i shpenzimeve të spitalit. Duke u fokusuar në ambientet e kujdesit shëndetësor në nivelin e komunitetit, studimet dhe informacionet përkatëse kanë zbuluar se menaxhimi i inventarit të barnave nuk ka marrë vëmendje të mjaftueshme dhe të merituar. Të dhënat janë përftuar në Spitalin Ndërkombëtar Thai Mahasarakham, i cili është një spital privat me madhësi të mesme në Tajlandë. Qëllimi është të shërbejë si një propozim që sugjeron mundësitë e përmirësimeve të kontrollit të inventarit të barnave spitalore. Studimi është kryer nga vëzhgimi i ambienteve, intervistimi i palëve të përfshira dhe mbledhja e informacionit primar dhe sekondar. Është përdorur metoda e studimit cilësor.

Proçesi aktual i kontrollit të inventarit në farmacinë e spitalit tregon se ka mundësi për përmirësim. Rutina e rregullt e porositjes është vërejtur dhe analizuar. Është zbuluar se ekzistojnë dy shqetësime kryesore në lidhje me proçesin e blerjes. Sasia e porosisë dhe koha e kryerjes së porosisë përcaktohen bazuar në politika arbitrare. Në mënyrë që të propozohen zgjidhje të përshtatshme për vështirësitë me të cilat hasen farmacistët, janë studiuar dhe analizuar disa qasje të menaxhimit dhe kontrollit të inventarit. Dy hapa të përfshirë në përmirësimin e kontrollit të inventarit janë: klasifikimi i inventarit dhe zgjedhja e metodave efektive dhe efikase të kontrollit të inventarit.

Ka afërsisht 730 produkte në farmacinë e spitalit. Është e pamundur dhe është e panevojshme ti kushtohet secilit bar vëmendje e njëjtë. Prandaj, inventari duhet të klasifikohet dhe të prioritetizohet. Analizat ABC dhe VEN janë zbatuar me sukses në shumë farmaci spitalore. Matrica e nxjerrë nga kombinimi i metodave ABC dhe VEN mund ngushtojë numrin e barnave që duhet të kontrollohen në mënyrë rigoroze.

Grupi AV konsiderohet si grupi më i rëndësishëm ndër të tjerët për nga vlera dhe kriticiteti. Duhet të zbatohet një analizë gjithëpërfshirëse dhe kontrolli duhet të kryhet nga niveli i lartë menaxherial. Reduktimi ose kufizimi i përdorimit të barnave të grupit N (AN, BN dhe CN), përparësitë terapeutike të të cilëve janë ende të diskutueshme, mund të zvogëlojë nivelin e inventarit dhe të rrisë performancën financiare. Në mënyrë që të kursehen përpjekjet e menaxhimit, barnat e grupit CV mund të blihen në sasi të madhe me të njëjtën porosi. Grupet AE dhe BV janë të rëndësishme për inventarin në lidhje me vlerën dhe kriticitetin dhe për to mund të shfrytëzohet një analizë komplekse siç është metoda EOQ. Grupet BE dhe CE mund të trajtohen duke përdorur një nivel të moderuar të menaxhimit të inventarit.

Lidhur me nivelin e stokut të sigurisë dhe përcaktimin e ROP, rekomandohet që gjendja në inventar e barnave të shtrenjta, të jetë më e vogël se gjendja e barnave të lira, me çmim të ulët.

Nga ana tjetër, barnat jetike duhet të jenë në dispozicion në çdo kohë. Prandaj, vendimmarrja në lidhje me nivelin e inventarit duhet të bëhet duke ekuilibruar këto dy politika. Ka dy metoda që synojnë të përcaktojnë ROP. Është e vështirë të përcaktohet se cila metodë është më e mirë se tjetra pasi implementohen për të shërbyer për qëllime të ndryshme. Për barnat më të shtrenjta, kërkesa e të cilave është më konstante, marrja e metodës së devijacionit standart mund të jetë më efikase. Është gjithashtu e dobishme renditja e produkteve sipas furnitorëve në mënyrë që barnat, nivelet e inventarit, të të cilave janë mjaft afër ROP, të mund të blihen menjëherë.

Metoda EOQ mund të përdoret për të përcaktuar sasinë e porosisë së barnave me vlerë të lartë dhe metoda më pak e shtrenjtë, siç është intervali i porosisë fikse, mund të përdoret për barnat me vlerë më të ulët.

Depot e pavjoneve mund të miratojnë sistemin me dy kosha për të kontrolluar inventarin, meqënëse sasia e barnave gjendje në inventar në këto depo është e vogël. Lidhur me barnat, kërkesa e të cilëve është sezonale, konsumi i mëparshëm duhet të mblidhet për të paktën 2 vitet e fundit për të siguruar vlerësimin më të mirë të sasisë që do të porositet.

Është e rëndësishme të mbani mend se metodat e përdorura vetëm për përcaktimin e sasisë së porosisë sugjerojnë një udhëzues racional për vendimmarrjen lidhur me inventarin. Vendimi përfundimtar duhet të merret bazuar në qëllimin praktik. Duke marrë parasysh aftësinë e personelit, buxhetin dhe teknologjinë e Spitalit Ndërkombëtar Thai Mahasarakham, projekti i menaxhimit të inventarit të barnave mund të implementohet me sukses.

KAPITULLI IV

4.1 Metodologjia

4.1.1 Vështrim i përgjithshëm

Shpenzimet për barna llogariten rreth 12-38% të shpenzimeve spitalore dhe farmacia spitalore është shërbimi kryesor përgjegjës për menaxhimin e barnave duke garantuar përdorimin e sigurtë, të përshtatshëm dhe të arsyeshëm të tyre. Shumë studime ndërkombëtare kanë vlerësuar përfitimet klinike dhe ekonomike si rezultat i punës administrative dhe menaxheriale të farmacistëve në spitale.

Gjatë dekadave të fundit roli i farmacistëve spitalorë ka ndryshuar shumë, nga të qenët vetëm “shpërndarës” në “menaxherë”, të cilët janë përgjegjës dhe administrojnë në nivel ekonomiko-financiar inventarin, janë të përfshirë në të gjithë aktivitetet që lidhen me barnat dhe materialet mjekësore spitalore, duke filluar që nga planifikimi, prokurimi, ruajtja, monitorimi, kontrolli i inventarit, shpërndarja dhe së fundmi po fuqizohet roli i farmacistëve si “menaxherë të terapisë farmakologjike”, të cilët ofrojnë shërbim farmaceutik. Transformimi i praktikave të farmacistit për fat të keq duket se kuptohet pak, si në vendet e zhvilluara dhe akoma më pak në vendet në zhvillim, si Shqipëria. Në vendin tonë, pavarësisht punës dhe përpjekjeve të kryera nga ana e Departamentit të Farmacisë pranë Universitetit të Mjekësisë, Tiranë, i cili ka formuar 3 breza të farmacistëve spitalorë dhe të rrjetit të hapur përmes ciklit Master të Nivelit të Dytë (Master of Arts) në bashkëpunim me Universitetin e Camerinos në Itali, ende nuk është krijuar profili i farmacistit klinik. Tendencat aktuale në rolet e farmacistëve spitalorë janë zhvendosur drejt praktikës klinike të farmacisë dhe për këtë arsye formimi i farmacistit klinik, në linjë me profilizimin në shtete të tjera të zhvilluara, mbetet një detyrë për tu arritur sa më shpejt në funksion të rritjes së cilësisë së shërbimit, me fokus përmirësimin e terapisë farmakologjike ndaj pacientëve të hospitalizuar dhe fuqizimit të rolit të farmacistit në ambientin spitalor.

Për arsye të burimeve dhe mundësive të kufizuara të financimit, skadenca e barnave dhe materialeve mjekësore në farmacitë e spitaleve publike është një shqetësim i madh, veçanërisht për vendet në zhvillim si Shqipëria.

Në farmacitë e spitaleve publike, skadenca e barnave dhe materialeve mjekësore përpara shpërndarjes tek pacientët duket të jetë një problem që mund të rezultojë nga faktorë të ndryshëm si mungesa e përdorimit të analizave ABC dhe VEN, metodat FEFO dhe FIFO për kontrollin dhe menaxhimin e inventarit, informacioni joefektiv dhe mungesa e bashkëpunimit midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor duke përfshirë mjekët, infermierët, farmacistët, mungesa e rotacionit të stokut në farmacitë e spitaleve, mungesa e përdorimit të sistemeve kompjuterike efikase në kontrollin e stokut dhe menaxhimin e inventarit, tendenca për të përshkruar barna të caktuara nga përshkruesit e recetave, përcaktimet, kriteret e përgjithshme dhe kriteret teknike, specifikimet teknike në dokumentet e prokurimeve, kushtet e përcaktuara në kontratat me operatorët ekonomikë dhe faktorë të tjerë që ndikojnë praktikat dhe proceset që kryhen në farmacitë spitalore.

4.2 Qëllimi dhe objektivat e studimit

OBSH shprehet se menaxhimi është një faktor thelbësor për përmirësimin e shërbimit të shpërndarjes, forcimin e sistemeve shëndetësore dhe përmirësimin e shëndetit të popullsisë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme.

4.2.1 Qëllimi i studimit

1. Gjetja dhe përdorimi i metodave të përshtatshme për klasifikimin e barnave spitalore pjesë e inventarit të farmacisë dhe përdorimi i metodave të ndryshme të kontrollit dhe menaxhimit të inventarit për çdo kategori barnash. Përdorimi i këtyre metodave synon të çojë në zgjidhje praktike për një performancë më të mirë të farmacisë spitalore në lidhje me kontrollin dhe menaxhimin e inventarit të barnave dhe materialeve mjekësore, përmirësimin e menaxhimit të inventarit dhe kontrollit të stokut në farmacitë spitalore me fokus rotacionin adekuat të stokut të barnave dhe pajisjeve mjekësore të prokuruarra dhe të kontraktuarra.
2. Llogaritja e përfitimit ekonomik dhe terapeutik si rrjedhojë e trajtimit të pacientëve onkologjikë përmes terapisë së individualizuar në Shërbimin e Onkologjisë dhe në Shërbimin e Hematologjisë në QSUT pas vendosjes në funksion të kapave për përgatitjen e barnave antineoplastike dhe imunomodulatore krahasuar me periudhën përpara përdorimit të kapave për përgatitjen e barnave.

4.2.2 Objektivat e studimit

1. Analiza e faktorëve përgjegjës për skadencën e barnave dhe pajisjeve mjekësore dhe identifikimi i metodave për minimizimin e tyre.
3. Minimizimi i përqindjes së skadencave të barnave dhe pajisjeve mjekësore, për arsye se përqindja e barnave dhe materialeve mjekësore të skaduara në farmacitë e spitaleve publike shërben si tregues se si barnat dhe materialet mjekësore prokurohen, menaxhohen, monitorohen, ruhen, shpërndahen dhe përdoren.
4. Forcimi i rolit të farmacistit spitalor në Shqipëri nëpërmjet rishikimit dhe zgjerimit të kurrikulave të arsimit universitar, pasuniversitar dhe në vazhdim dhe shtimit të burimeve të kualifikimit të vazhdueshëm të farmacistëve, pasi zhvillimi i shpejtë dhe përfshirja e praktikave më të mira dhe moderne në Shqipëri, veçanërisht në sektorin privat, e bëjnë të ngutshëm zhvillimin dhe rregullimin e aspektit akademik. (187)

4.3 Metodika e studimit

Ky studim është kryer në QSU "Nënë Tereza" Tiranë duke u bazuar në stokun e magazinave për periudhën 2010-2016 dhe të dhënat e gjeneruara nga sistemi i informatizimit të shërbimit farmaceutik për periudhën 2013-2015.

Të dhënat e mbledhura dhe të paraqitura në këtë studim i përkasin barnave dhe materialeve mjekësore të përshkruara në QSUT për pacientët e shtruar dhe nuk përfshijnë barnat e përshkruara për pacientët ambulatorë që jepen nga farmacia e rimbursimit në QSUT, pjesë e Farmacisë Qëndrore dhe e Shërbimit Farmaceutik në QSUT.

Studimi është i karakterit përshkruar bazuar mbi të dhëna të karakterit sasior.

Pjesëmarrës në këtë studim janë kryesisht farmacistët spitalorë, të cilët janë të përfshirë në menaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore spitalore.

Të dhënat për studimin janë marrë edhe nga burime të tjera të QSUT, nga FSDKSH, MSHMS, etj.

Të gjithë të dhënat janë hedhur në excel dhe janë përpunuar nga ana statistikore për nxjerrjen e rezultateve.

Kufizim i këtij studimi është mungesa e një pjese të të dhënave elektronike të ruajtura për periudhën 2010-2012, periudhë për të cilën ka pak të dhëna të ruajtura përmes disa raporteve të përgatitura për drejtorinë e përgjithshme të QSUT ose për institucione të tjera si MSHMS, etj, por nuk ka informacione të plota për secilin bar dhe material mjekësor të përdorur në QSUT, pasi gjatë periudhës 2010-2012 nuk ka qënë në përdorim sistemi aktual i informatizimit, Sistemi i Informatizimit për Shëndetin Publik (SISP) dhe nga sistemi i informatizimit i përdorur në periudhën 2010-2012 nuk mund të gjenerohen raporte për arsye të përfundimit të afatit të kontratës dhe mirëmbajtjes së tij.

4.4 Buxheti për shërbimin spitalor për periudhën 2010-2015

- Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2010 ka qënë 12,400 milionë lekë, bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 140, datë 17.02.2010 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”. (Burimi FSDKSH, 185)

- Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2011 ka qënë 13,045 milionë lekë, bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 24, datë 19.01.2011, “Për disa ndryshime në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 140, datë 17.02.2010 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”. (Burimi FSDKSH, 185)

- Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2012 ka qënë 13,441 milionë lekë, bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 15, datë 11.01.2012 “Për disa ndryshime në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 140, datë 17.02.2010 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”. (Burimi FSDKSH, 185)

- Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2013 ka qënë 14,059 milionë lekë bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 11, datë 14.01.2013 “Për disa ndryshime në VKM Nr. 140, datë 17.02.2010 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”. (Burimi FSDKSH, 185)

- Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2014 ka qënë 16,016 milionë lekë bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 1, datë 08.01.2014 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”. (Burimi FSDKSH, 185)

Buxheti i QSUT për vitin 2014 ka qënë 6.273.571.463 lekë. (Burimi QSUT, 186)

- Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2015 ka qënë 16,354 milionë lekë bazuar në Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr. 932, datë 29.12.2014 “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2015”. Ku QSUT për zërin 602 (Mallra e Shërbime) është financuar me 2,659,400 lekë. (Burimi FSDKSH, 185)

Buxheti vjetor i institucionit (QSUT) për vitin 2015 ka qënë 5,496,435,998 lekë. (Burimi QSUT, 186)

Tabela 4.1. Indikatorë shëndetësorë për vitet 2013-2015

	2013	2014	2015
Buxheti operativ i spitaleve	14,548,599,405	16,474,260,116	17,156,386,000
Buxheti i Shëndetësisë (në mijë lekë)	35,688,000	38,502,000	40,719,000
Shpenzimet e shëndetësisë si % e buxhetit të shtetit	9.03	8.77	9.31
Shpenzimet e shëndetësisë si % e PBB	2,64	2,76	2.85
Financimi i kujdesit parësor	9,639,975	8,740,786	9,301,684
Financimi i kujdesit spitalor	16,074,973	22,490,945	19,578,166
Investimet në shëndetësi	743,833	2,171,595	2,415,619

Burimi i informacionit MSHMS

4.5 Organizimi i Shërbimit Farmaceutik në QSUT

4.5.1 Vështrim i Përgjithshëm

Shërbimi i Farmacisë është strukturë në varësi të Drejtorit të Përgjithshëm dhe ky shërbim është i përbërë nga 11 Farmaci, (ku 1 është Qëndrore dhe 10 janë Farmaci të Shërbimeve), ku farmacisti duhet të ofrojë shërbim të njëjtë për të gjithë, pa dallim moshe, seksi, race, kombësie, feje, pikëpamjeje politike, gjendjeje ekonomike, pozite shoqërore, etj, duke respektuar në të njëjtën kohë të drejtat e njeriut dhe dinjitetin e çdo individi. Në rast lufte apo katastrofash ai duhet të angazhohet menjëherë për të ofruar ndihmën e tij, duke u vënë në dispozicion të autoriteteve kompetente. (11)

4.5.2 Misioni

Shërbimi Farmaceutik i QSUT-së është një shërbim Shëndetësor Publik në shërbim të shëndetit të popullatës, duke siguruar një shërbim profesional, duke respektuar rregullat e deontologjisë dhe të etikës mjekësore si dhe duke ruajtur sekretin profesional dhe informacionin e pacientëve, për të parandaluar, diagnostikuar dhe kuruar sipas Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë dhe ligjeve në fuqi, gjithashtu një shërbim bashkëkohor, në vazhdimësi të përmirësimit të cilësisë dhe respektimit të standarteve.

Të shërbejë si bazë kërkimore-shkencore në fushën e shëndetësisë, në bashkëpunim me Departamentin e Farmacisë dhe Universitetin e Mjekësisë Tiranë. (11)

4.5.3 Qëllimi dhe objektivat

Shërbimi Farmaceutik ka për qëllim dhe objektiv të punës mirë-planifikimin vjetor bazuar mbi kërkesat e ardhura nga Shërbimet e QSUT-së, historikut të konsumit, dhe në bazë të buxhetit të miratuar nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dhe Drejtoria e QSUT-së, mirë-administrimin e barnave dhe materialeve mjekësore në përmbushje të nevojave të të gjithë shërbimeve të QSUT. (11)

4.5.4 Vizioni

- Të jetë një shërbim model e cilësor për pacientët, mjekët, kolegët, dhe të gjithë pjesën tjetër të personelit mjekësor.
- Të jetë qendër akademike si zgjedhje / mundësi për praktikantët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor.
- Të jetë një anëtar shumë i mirë i komunitetit i njohur për plotësimin e nevojave të kujdesit shëndetësor të të gjithë komunitetit nëpërmjet një kujdesi të pakrahasueshëm ndaj pacientit dhe programe mirëqënie. (11)

4.5.5 Organigrama

Shërbimi i Farmacisë mbulon Farmacinë Qëndrore, si dhe Farmacitë periferike të Shërbimeve: Organigrama, prezantohet në figurën më poshtë: (11)

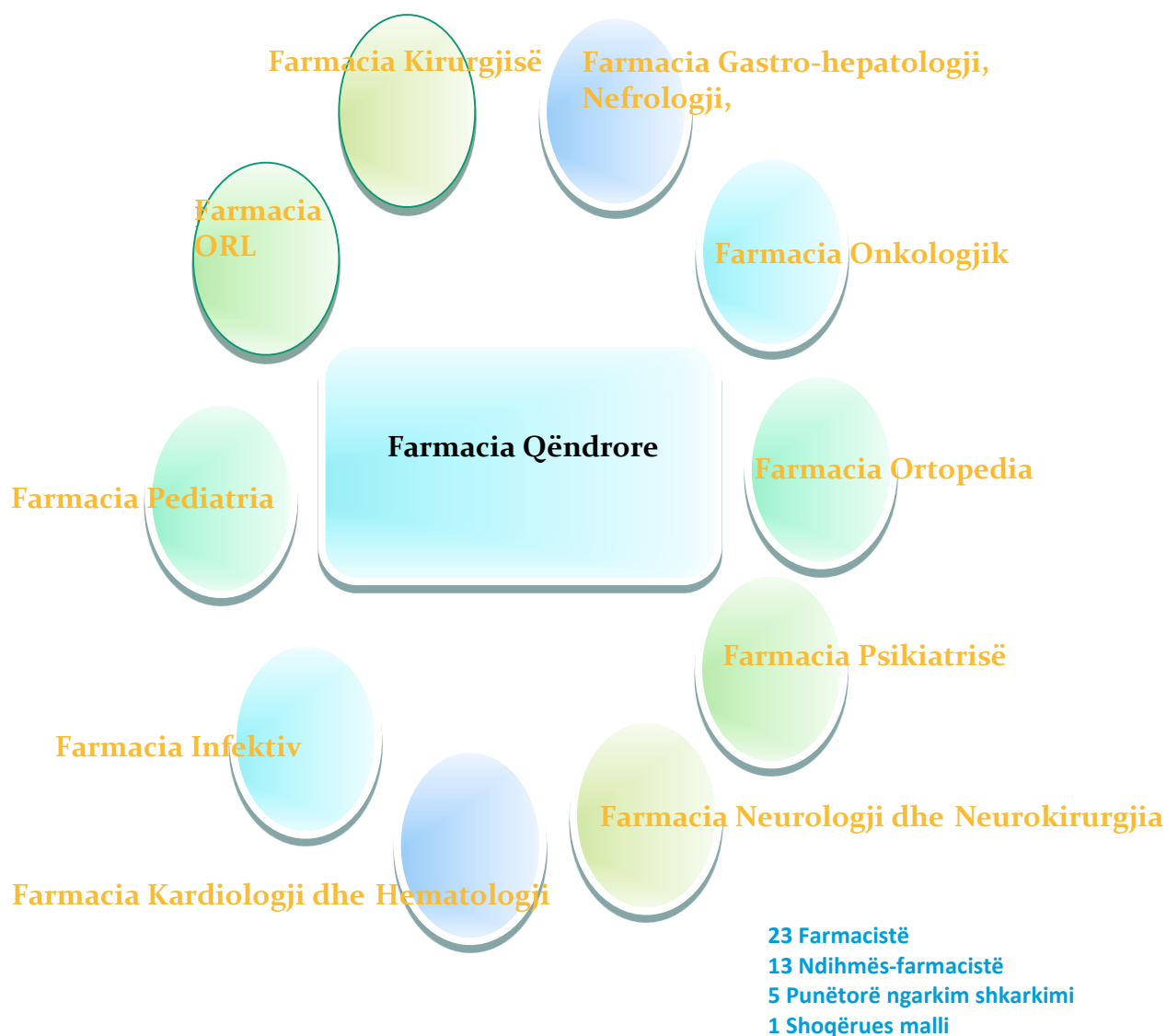


Figura 4.1. Organigramma e Shërbimit Farmaceutik në QSUT viti 2015

4.5.6 Detyrat dhe përgjegjësitë

4.5.6.1 Farmacia Qëndrore

- Shërbimi Farmaceutik është përgjegjës për planifikimin vjetor të nevojave të QSUT për barna dhe materiale mjekësore, bazuar në kërkesat nga Shefat e Shërbimeve dhe analizën e konsumit vjetor (për të cilën është përgjegjëse Farmacia Qëndrore).
- Zbatimin e kontratave me operatorët ekonomikë të ndryshëm sipas kontratave të lidhura nga Drejtoria e QSUT.

- Administron kërkesat e farmacive të shërbimeve në përmbushje të nevojave ditore, javore dhe mujore të tyre për barna dhe materiale mjekësore.
 - Shkëmben informacion me farmacitë e shërbimeve, shefat e klinikave dhe Drejtorinë e QSUT mbi gjendjen e barnave pranë Farmacisë Qëndrore dhe barnat alternative (në doza dhe forma) dhe përfaqësues të ndryshëm brënda të njëjtit grup terapeutik që i përshtaten më mirë gjendjes në magazinë, pa cënuar cilësinë e shërbimit të ofruar për pacientin.
 - Administron konsumin fizik dhe ekonomiko-financiar të të gjithë gamës së barnave dhe materialeve mjekësore që dalin nga kjo farmaci drejt farmacive të shërbimeve.
 - Kujdeset për ruajtjen, mirëmbajtjen dhe shpërndarjen e barnave dhe materialeve mjekësore sipas kushteve optimale teknike dhe sipas Praktikës së Mirë të Ruajtjes.
 - Raporton në mënyrë periodike (mujore dhe vjetore) pranë Zyrës Ekonomike pasqyrat e konsumit fizik dhe ekonomiko financiar të farmacisë.
 - Raporton në mënyrë periodike pranë Drejtorisë së QSUT mbi situatën lidhur me barnat dhe materialet mjekësore.
 - Informon në mënyrë periodike Drejtorinë e QSUT-së, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Shefat e Shërbimeve për barnat dhe materialet mjekësore mbi ecurinë e tyre.
- Mban dhe ruan dokumentacionin përkatës të veprimtarisë së saj në bazë të legjislacionit në fuqi, dhe e vë në dispozicion të kontroleve të ushtruara nga Institucioni ose Institucione të tjera të shtetit Shqipëtar sipas Program Raportit të miratuar nga Titullari i Institucionit. (11)

4.5.6.2 Farmacia e Shërbimit

- Farmacitë e shërbimit kanë përgjegjësinë e administrimit të nevojave për barna dhe materiale mjekësore të shërbimit përkatës.
 - Asistojnë klinikat në planifikimin ditor, javor dhe mujor të nevojave përkatëse me barna dhe materiale mjekësore, si dhe formulojnë kërkesat përkatëse drejt Farmacisë Qëndrore në përmbushje të këtyre nevojave.
 - Shërbejnë si ura lidhëse mes Farmacisë Qëndrore dhe Klinikave për plotësimin në mënyrë sa më eficiente të nevojave të këtyre të fundit, përmes mbajtjes së kontakteve të vazhdueshme me Shefat e Klinikave.
 - Shkëmben informacion me klinikat dhe stafin përgjegjës për gjendjen e barnave pranë Farmacisë Qëndrore dhe barnat alternative (në doza dhe forma) dhe përfaqësues të ndryshëm brenda të njëjtit grup terapeutik që i përshtaten më mirë gjendjes në farmaci, pa cënuar cilësinë e shërbimit të ofruar për pacientin.
 - Administron konsumin fizik dhe ekonomiko-financiar të të gjithë gamës së barnave dhe materialeve mjekësore që dalin nga kjo farmaci drejt klinikave të shërbimit.
 - Kujdeset për ruajtjen dhe mirëmbajtjen e barnave dhe materialeve mjekësore sipas kushteve optimale teknike dhe sipas Praktikës së Mirë të Ruajtjes.
 - Raporton në mënyrë periodike (mujore dhe vjetore) pranë Zyrës Ekonomike pasqyrat e konsumit fizik dhe ekonomiko financiar të farmacisë.
- Mban dhe ruan dokumentacionin përkatës të veprimtarisë së saj në bazë të ligjeve në fuqi. (11)

4.6 Proçedura e pranimit të barnave në farmacinë spitalore të QSUT

Marrja në dorëzim e barnave dhe materialeve mjekësore, të furnizuara bazuar në kontratat e furnizimit ndërmjet QSUT dhe operatorëve ekonomikë, në Farmacinë Qëndrore në QSUT bëhet nga një komision kolaudimi, me një përbërje minimalisht prej tre anëtarësh, me detyrë farmacistë, juristë dhe ekonomistë. Komisioni ngrihet me urdhër të Drejtorit të Përgjithshëm të institucionit dhe ka një periudhë vlefshmërie, 1 vjeçare.

Marrja në dorëzim e barnave dhe materialeve mjekësore, të ardhura donacion nga subjektet apo nga institucione publike ose private, në Farmacinë Qëndrore në QSUT bëhet nga një komision kolaudimi, me një përbërje minimalisht prej tre anëtarësh, me detyrë farmacistë, juristë dhe ekonomistë. Komisioni ngrihet me urdhër të Drejtorit të Përgjithshëm të institucionit dhe ka një periudhë vlefshmërie, 1 vjeçare.

4.6.1 Proçedura e punës mbi bazën e detyrave dhe funksionet e Komisionit të kolaudimit të barnave dhe materialeve mjekësore

Komisioni i kolaudimit ngrihet me Urdhër të Brendshëm të Drejtorit të Përgjithshëm dhe është përgjegjës për pranimin e mallrave në Farmacinë Qëndrore të QSUT-së mbi bazën e kontratave të lidhuara me operatorët ekonomikë dhe Institucionit. Ky komision në përbërjen e tij duhet të ketë minimalisht 3 anëtarë, prej të cilëve një ekonomist, një jurist dhe një farmacist.

Komisioni angazhohet në verifikimin e:

1. Sasisë dhe specifikimeve teknike të përcaktuara në kushtet e kontratës së lidhur midis operatorëve ekonomikë dhe institucionit, të shoqëruar nga fatura tatimore e lëshuar nga operatori ekonomik.
2. Duhet të pranojë dhe koaludon barnat dhe materialet mjekësore sipas të gjitha neneve të kontratës së lidhur midis operatorëve ekonomikë dhe institucionit, duke mbajtur një proces verbal koaludimi që në fund të proçedurës firmoset nga të gjithë anëtarët e Komisionit dhe nga farmacisti të cilit i dorëzohet malli në ngarkim.

Për çdo problem të konstatuar njoftohet Shërbimi Farmaceutik dhe Titullari i Institucionit.

4.7 Proçedura e punës së hyrjes së mallit në Farmacinë Qëndrore

Pasi Komisioni i koaludimit ka mbajtur proces verbalin e koaludimit dhe e ka plotësuar atë në çdo element të tij e dorëzon tek Përgjegjësja e Farmacisë Qëndrore, e cila firmos faturën tatimore të lëshuar nga operatori ekonomik që ka shoqëruar këtë mall, dhe e bën hyrje në sitemin elektronik me të gjithë elementët që përmbahen në proces verbalin e koaludimit.

Fletë hyrja printohet në 3 (tre) kopje, ku 2 (dy) kopje çohen në Drejtorinë Ekonomike (Saktori i Financës) i shoqëruar bashkë me proces verbalin e koaludimit (origjinal) dhe faturën tatimore të lëshuar nga operatori ekonomik (origjinal), dhe një kopje e mban farmacisti që i dorëzohet malli në ngarkim.

4.8 Proçedura e planifikimit të përgatitjes së listës së barnave që përshkruhen në spital së bashku me indikacionet e përdorimit të tyre

Lista e barnave dhe materialeve mjekësore për përdorim spitalor dhe në QSUT vjen çdo vit e miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë. Më pas Drejtoria ju'a përcjell këtë listë Shërbimeve për njohje dhe që në muajt e fundit të vitit parardhës, iu dërgon Shërbimeve mjekësore një shkresë për përgatitjen dhe dorëzimin në Drejtori të planifikimit të nevojave të tyre për barna dhe materiale mjekësore për vitin pasardhës. Më pas me Urdhër të Brendshëm ngrihet një grup pune "Për planifikimin e nevojave të shërbimeve mjekësore për barna dhe materiale mjekimi", ku bëjnë pjesë zëvendës drejtorët mjekësorë, shefat e Shërbimit të Farmacisë dhe Statistikës, ekonomistë, juristë dhe specialistë të tjerë të fushës. Detyra e tyre është që të bashkëpunojnë me shefat e Shërbimeve mjekësore për të përshtatur kërkesën e tyre bazuar në gjendjen e barnave dhe materialeve mjekësore si dhe historikun e tyre në Farmacinë e QSUT-së dhe buxhetit të alokuar për vitin në vijim.

4.9 Proçedura e përshkrimit, administrimit dhe monitorimit të barnave

Për përshkrimin e barnave, mjekët bazohen në listën e barnave të dërguar nga Drejtoria e QSUT pas prokurimit të kryer sipas proçedurave të miratuara të prokurimit publik. Po ashtu ata bazohen në Protokollet dhe Udhëzuesit e miratuar për trajtimin klinik të sëmundjeve. Është shumë e rëndësishme që të gjithë mjekët t'i përshkruajnë barnat sipas emrit farmakologjik dhe jo tregëtar. Përshkrimi në kartelën klinike të pacientit duhet të bëhet brenda orës 10.00 a.m me qëllim që krye/infermierja të bëjë kërkesën në Farmacinë Periferike (FP) të spitalit dhe të mund t'i tërheqë barnat në kohë për të kryer aplikimin e tyre sipas rekomandimit të mjekut. Ndërkaq infermierët duhet të kenë kryer regjistrimin e tyre në Fletën e indikacionit apo formatet e caktuara për çdo pacient. Më tej pas tërheqjes nga FP, krye/infermierja kryen dorëzimin e tyre tek infermierja përgjegjëse e turnit. Kjo realizohet nëpërmjet plotësimit të Formularit të shkarkimit, i cili firmoset nga personat që bëjnë dorëzimet. Kjo proçedurë dorëzimi kryhet edhe gjatë kalimit tek infermierët e turnit tjetër dhe në mëngjes kur bëhen dorëzimet tek krye/infermieri i shërbimit. E njëjta proçedurë përsëritet çdo ditë pas plotësimit të kartelës klinike nga mjeku kurues dhe më pas vijohet me administrimin e tyre tek pacienti. Në varësi të rrugës së dhënies së barnave infermieri kryen aplikimin e tyre në orarin e caktuar. Në rastin kur kemi të bëjmë me preparate që merren në rrugë orale infermieri shkon tek shtrati i pacientit, ia jep atij dhe asiston në administrimin e tyre. Nëse kemi të bëjmë me barna që merren në rrugë intra venoze apo muskulare, atëherë infermieri/ja i aplikon sipas rekomandimit të mjekut bazuar në protokollet e aplikimit dhe normat e parandalimit të infeksioneve spitalore. Të gjitha mbetjet diferencohen dhe hidhen në koshat përkatës (sipas proçedurës së ndarjes së mbetjeve spitalore).

Lidhur me monitorimin e barnave në shërbim është detyrë e krye/infermierit/es monitorimi i ruajtjes të tyre në farmacinë (dollarin e barnave) në repart dhe përdorimit sa më korrekt tek pacienti.

4.10 Proçedura e furnizimit me barna të pavioneve

1. Shërbimet do të paraqesin në farmaci kërkesën për tu furnizuar me barna dhe materiale mjekësore brenda orës 10 a.m.

- Kërkesa pranohet vetëm kur mban firmat e personave të deklaruar më parë (shërbimi ose zëvendësues, dhe k/infermierja ose zëvendësues).
- Bllloqet operatore që do të pajisen me materiale mjekësore e barna duhet të paraqesin pranë farmacisë parashikimin e operacioneve sipas një kalendari javor.
- 2. Përgatitja e barnave dhe materialeve mjekësore kryhet sipas Fletë daljes të firmosur nga P/farmacisë nga ora 10-12 a.m.
- 3. Dorëzimi i barnave dhe materialeve mjekësore bëhet pas orës 12 a.m, vetëm në prani të k/infermieres dhe në rastet e tjera vetëm zëvendësueses. Në momentin e dorëzimit bëhet edhe njëherë kontrolli i sasisë së dhënë sipas Fletë daljes.
- 4. Barnat që jepen me recetë do të dorëzohen pacientit vetëm në rastin kur receta mban përveç mjekut kurues edhe firmën e Shefit të Shërbimit ose mjekut të autorizuar prej tij.
- 5. Për rastet urgjente që ndodhin pas orarit zyrtar, farmacistët janë të detyruar të plotësojnë kërkesat e pavioneve si dhe të njoftojnë eprorët për hapjen e farmacisë dhe sasinë e barnave ose materialeve mjekësore të dhëna. Do të mbahet një proces-verbal i firmosur nga të dyja palët.
- 6. Në rastet e anulimit të faturave mbahen të dyja kopjet si kopja e parë ashtu edhe kopja e anuluar. Shënohet në çdo rast edhe arsyeja përse bëhet ky anulim.
- 7. Në rastet e problemeve që konstatohen në prodhim të barnave ose materialeve mjekësore mbahet një proces-verbal dhe i bëhet me dije Shefit të Shërbimit si dhe kërkohet kthimi i sasisë me probleme në qendrore ose zëvendësimi i tij.
- 8. Në rastet e thyerjeve të ampulave gjatë procesit të punës mbahet një proces-verbal në 3 kopje ku i dërgohet si Shefit të Shërbimit ashtu dhe zyrës ekonomike që mbulon farmacinë.
- 9. Për barnat dhe materialet e mjekësore që janë në prag të skadimit, vihet në dijeni me shkresë zyrtare Shefi i Shërbimit Farmaceutik ku i kërkohet kthimi në Farmacinë Qendrore i sasisë që skadon (Kërkesa bëhet minimum një muaj nga data e skadimit në mënyrë që bari ose materiali mjekësor të mund të përdoret në shërbime të tjera nëse ato kanë nevojë për këto produkte).
- 10. Dorëzimi i dokumentacionit në zyrën ekonomike bëhet brënda datës 10 të çdo muaji pasardhës.

* Oraret e dorëzimit të barnave dhe materialeve mjekësore, duhet të jenë subjekt i diskutueshëm dhe i vecantë për shërbimet, kjo në varësi të specifikave të shërbimit dhe fluksit të punës.

4.11 Proçedura e Dokumentimit të Gabimeve të sistemit informatizues

Në rastet e gabimeve që vihen re në sistem, njoftohet Shefi i Shërbimit Farmaceutik.

Në rastet e korrigjimeve të Faturave (akses të cilin e ka përgjegjësi i farmacisë) faturës së korrigjuar duhet ti bashkangjitet fatura e mëparshme dhe në shënimet përkatëse duhet të shkruhet qartë arsyeja e korrigjimit.

Fatura e korrigjuar duhet të ketë shënimin “kopje” ose “e korrigjuar”.

Në rastet e mosfunksionimit të sistemit për arsye nga më të ndryshmet, dorëzimi i barnave dhe materialeve mjekësore kryhet me anë të një proces-verbali të mbajtur mes dy palëve (përfaqësuesi i autorizuar i farmacisë dhe shërbimit) dhe në ditën pasardhëse të punës bëhet hedhja në sistem.

Po ashtu njoftohet edhe Shefi i Shërbimit Farmaceutik për këtë proçedurë.

4.12 Proçedura e sigurimit të barnave kur farmacia e spitalit është e mbyllur

Shërbimi Farmaceutik është një shërbim “On Call”, çka nënkupton që në ditët e pushimit dhe festave zyrtare kur lajmërohet nga reparti për urgjenca, Farmacia është e detyruar të përgjigjet dhe të plotësojë sa më shpejt kërkesën. E pranishme gjatë kësaj proçedure duhet të jetë patjetër K/infermierja ose një infermiere e Shërbimit e autorizuar prej saj si edhe të mbahet një proçes verbal mbi barin/barnat që jepen nga farmacia.

4.13 Proçedura e magazinimit, shpërndarjes, ruajtjes/trajtimimit dhe furnizimit me substanca radioaktive diagnostikuese

Në mbështetje të legjislacionit përkatës që duhet të ndiqet për magazinimin dhe ruajtjen e lëndëve radioaktive dhe radionuklideve janë të domosdoshme këto elemente:

1. Magazinimi i tyre në ambjentet e Shërbimeve dhe në Zonat e përcaktuara nga Zyra e Radio-Mbrojtjes së QSUT sipas normave të përcaktuara në masat e sigurisë dhe në Liçencë.
2. Inspektimi dhe kontrolli i cilësisë së tyre bëhet me fizikantë ekspertë në fushën e mbrojtjes nga rrezatimi.
3. Inventarizimi dhe menaxhimi i lëndës radioaktive bëhet nga ekspertë të mbrojtjes nga rrezatimi.
4. Këto lëndë nuk magazinohen me barna të tjera për shkak të energjisë që ato japin dhe si pasojë mund të kemi ndryshime të strukturës / prishje të barnave të tjera.
5. Të gjitha masat e mësipërme janë parashikuar në ligje dhe në kodin e punës me burime radioaktive për të mbrojtur personelin dhe për të eliminuar incidente radiologjike për popullatën.
6. E gjithë proçedura e lëndëve radioaktive ndiqet nga Zyra e Radio-Mbrojtjes në QSUT, e cila ka mjetet e duhura të testimit dhe të sigurisë së personelit.

4.14 Proçedura e punës së Farmacisë së Rimbursimit

Farmacia e Rimbursimit është pjesë e strukturës së Farmacisë Qëndrore të QSUT, funksioni i saj është zbatimi i kontratës 3 (tre) palëshe të lidhur midis QSUT- Fondi- Depo Importuese.

1. Farmacia është e detyruar të marrë në dorëzim barnat e përfshira në Listën e Rimbursimit nga importuesi sipas kërkesës së drejtorisë së QSUT (kërkesa hartohet nga farmacistët e Farmacisë së Rimbursimit bazuar në konsumin e këtyre barnave në muajt paraardhës (ky është një parashikim), miratohet nga Shefi i Shërbimit Farmaceutik dhe firmoset nga Drejtori i Përgjithshëm i QSUT. Kërkesa e drejtorisë së QSUT-së hartohet mbështetur mbi nevojat 15 ditore pasardhëse të farmacisë për trajtimin e pacientëve ambulatorë me barna objekt të kësaj kontrate.

2. Farmacia i bën hyrje barnat objekt i kësaj kontrate, në bazë të fletë daljeve të depove importuese, të cilat duhet të plotësojnë kushtet e mëposhtme:

- Të kenë vulën e importuesit;
- Të kenë firmën e dhënësit;
- Të kenë emrin e marrësit (farmacisë) dhe të mos plotësohen me shkrim dore.

Në qoftë se një nga kushtet e mësipërme nuk plotësohet në fletëdaljen (fatura tatimore) nuk pranohet nga farmacia, ndaj ajo kthehet mbrapa bashkë me barnat përkatëse në Depon Importuese. Farmacia kontrollon barnat të cilat bëhen hyrje në bazë të faturës tatimore të sipërcituar në bazë të specifikimeve teknike si në vijim:

- Barnat duhet të jenë të transportuara sipas specifikimeve teknike të kushteve të ruajtjes bazuar në legjislacionin në fuqi.
 - Skadenca e barit duhet të përputhet me skadencën e deklaruar në faturën tatimore shoqëruese.
 - Bari duhet të jetë i pajisur me pullën e lëshuar nga AKBPM, seria e barit duhet të përkojë me serinë e shkruajtur në pullë si dhe të deklaruar në faturën tatimore.
3. Farmacia mban regjistrin “tip” të pajisur nga FONDI (i cili është i firmosur dhe i vulosur nga DSHSUF pranë QSUT-së, në të cilën do të pasqyrohen të gjitha fletëdaljet (fatura tatimore) sipas depove importuese brenda 5 ditëve nga data e lëshimit (këto do të jenë fletë hyrje për farmacinë).
4. Farmacia është e detyruar të plotësojë të gjitha kushtet e ruajtjes së këtyre barnave bazuar në ligjin 9323 datë 25.11.2004 neni 26 “Praktika e ruajtjes dhe të shpërndarjes së mirë”.
5. Farmacia i jep barna pacientëve vetëm kundrejt recetave me rimbursim të lëshuara nga mjekët specialistë të caktuar të QSUT- së sipas përkufizimeve të përcaktuara nga FONDI. Pacienti duhet të jetë i pajisur me librezë shëndetësore apo kartë shëndeti si dhe me mandat arkëtimi për barnat me bashkëpagesë dhe/ose për pagesën e tarifës së recetës për barnat me rimbursim te pjesshëm.
- Farmacia plotëson fletën e librezës së shëndetit të pacientit (në mungesë të kartës së shëndetit) dhe receten duke i firmosur dhe vulosur ato. Receta ekzekutohet nga farmacia pasi është regjistruar, vulosur dhe vendosur kodi që i përket barit të përshkruar nga mjeku me kontratë me DSHSUF, dhe që gjithashtu është përcaktuar në Librin e Rimbursimit të miratuar nga FSDKSH, gjithashtu ekzekuton recetat e pjesshme kur bashkëlidhur ka dhe një kopje të mandatit të arkëtimit të vlerës së paguar nga pacienti
6. Farmacia nuk ekzekuton recetat që kanë mangësitë në vijim:
- Mungesë emri/mbiemri të pacientit;
 - Mungesë diagnoze dhe kodit të saj;
 - Mungesë të fletës së librezës apo kartës së shëndetit;
 - Mungesë date të lëshimit të recetës;
 - Mungesë vule e DSHSUF;
 - Mungesë vule mjeku;
 - Mungesë kategorizimi;
 - Korrigjim të dozës së barit;
 - Korrigjim të sasisë së barit;
 - Korrigjim të principit aktiv.
- Në rastet me korrigjim të çdo elementi të recetës, përjashtuar korrigjimet në dozë, sasi dhe princip aktiv, përbri korrigjimit të saktë duhet të vendoset firma dhe vula e personit që bën korrigjimin. Korrigjimet në dozë, sasi dhe princip aktiv e bëjnë receten të pavlefshme.
7. Farmacia pranon dhe ekzekuton recetën me rimbursim brenda shtatë ditëve nga data e lëshimit.
8. Farmacia dërgon në FOND në mënyrë elektronike sipas programit të FONDIT të dhënat lidhur me recetat e ekzekutuara si dhe të hyrjeve dhe daljeve të barnave të rimbursuara.
9. Farmacia është e detyruar të paraqesë pranë DSHSUF, dy herë në muaj, recetat me rimbursim dhe listë-treguesit e tyre, kopje te faturave të Importuesit, kopje të kërkesës së bërë nga drejtoria e QSUT-së për çdo furnizim, për periudhat (datat) 1-15 dhe 16-31 të çdo muaji paraardhës dhe ti dorëzojë ato me proces-verbalin përkatës.
10. Farmacia duhet të dorëzojë pranë DSHSUF inventarin e gjendjes fizike të barnave çdo fillim viti dhe sa herë që hyn në fuqi Lista e re e Barnave të Rimbursueshme. (179)

4.15 Përshkrimi i punës së Shërbimit Farmaceutik në QSUT

4.15.1 FunkSIONET kryesore të Shërbimit Farmaceutik

1. Planifikimi, menaxhimi, administrimi dhe monitorimi i të gjithë procesit, që nga pranimi dhe hyrja në Farmacinë Qëndrore dhe deri në daljen pranë secilit prej Shërbimeve të QSUT, të barnave dhe materialeve mjekësore që nevojiten për funksionimin e QSUT-së.
2. Bazuar në kërkesën dhe planifikimin e fundvitit për barna dhe materiale mjekësore të Shërbimeve të QSUT-së përcakton në bashkëpunim me Shërbimet dhe Drejtorinë e QSUT-së standartet cilësore (detajimet e specifikimeve teknike) dhe sasiore (bazuar në fond limit dhe buxhetin e miratuar për vitin në vijim) të barnave dhe materialeve mjekësore.
3. Promovimi i përdorimit korrekt të barnave dhe materialeve mjekësore në Shërbimet mjekësore të QSUT-së.
4. Mbikqyrja e ruajtjes, magazinimit dhe shpërndarjes sipas standarteve të barnave dhe materialeve mjekësore si në magazinat përkatëse, dhe në Shërbime/pavione.
5. Monitorimi i vazhdueshëm i përdorimit korrekt dhe konsumit të barnave dhe materialeve mjekësore bazuar në Protokollin e mjekimit.
6. Propozimi në Drejtori dhe në Shërbimet mjekësore të futjes në përdorim të barnave (formë dozave) apo materialeve të reja të regjistruara dhe sipas legjislacionit në fuqi në Republikën e Shqipërisë, duke pasur në qëllim parimin e kosto-efikasitetit.
7. Monitorimi i shpenzimit nga konsumi i barnave dhe materialeve mjekësore në Shërbimet/repartet e QSUT-së, duke vënë në dijeni menjëherë Drejtorinë për pikat kritike dhe duke bërë propozimet përkatëse.
8. Për kategori të rëndësishme barnash, në bashkëpunim me Shërbimet e interesuara, të kryejnë analizë farmako-ekonomike për të zbuluar pikat kritike dhe për të promovuar arritjen e rezultateve sa më të mira me kosto sa më të ulët.
9. Menaxhim sistematik të kërimit të barnave, për të evidentuar mungesat, skadencat dhe stock-un. Duke formuar një sistem sinjalizues (alerti) për skadencat e barnave dhe Farmacitë periferike duhet të komunikojnë rregullisht me Shërbimet dhe të raportojnë në Drejtori për problemet e mundshme.
10. Menaxhim dhe shpërndarje sa më të mirë i kërkesave të barnave dhe materialeve mjekësore gjatë fundjavës dhe ditëve të festave kombëtare.
11. Në bashkëpunim me Shërbimet mjekësore kryen dokumentimin e përdorimit efikas të barnave dhe materialeve mjekësore dhe kryen aktivitete informuese mbi eksperimentet klinike (nëse kryhen).
12. Shërbimi Farmaceutik ka varësi të drejtpërdrejtë nga Drejtoria e QSUT-së dhe çdo komunikim me institucione të tjera e realizon nëpërmjet saj.
13. Kujdeset për mirëmbajtjen dhe ruajtjen e dokumentacionit përkatës të veprimtarisë së Shërbimit Farmaceutik në bazë të legjislacionit në fuqi, dhe e vë në dispozicion të kontroleve të ushtruara nga Institucioni ose Institucione të tjera të Shtetit Shqiptar sipas Programit Auditues të miratuar nga Titullari i Institucionit.

4.15.1.1 Përgjegjësitë e personelit

4.15.1.2 Shefi i Shërbimit

Shefi i shërbimit është përgjegjës për:

- Planifikimin vjetor të nevojave të QSUT-së për barna dhe materiale mjekësore, bazuar në kërkesat nga Shefat e Shërbimeve dhe analizën e konsumeve vjetore, dhe të trendit të rritjes së sëmundshmërisë dhe në bazë të buxhetit të miratuar nga Drejtoria e QSUT-së dhe FSDKSH dhe me anëtarët e grupit të punës të ngritur me urdhër të Titullarit të Institucionit.
- Hartimin dhe propozimin e projekt buxhetit për vitin pasardhës bazuar në analizën e konsumeve vjetore, dhe të trendit të rritjes së sëmundshmërisë.
- Bashkëpunon me Drejtoritë e Drejtorisë së QSUT-së, dhe me Shërbimet mjekësore për përgatitjen e kërkesave, për realizimin e procedurave të prokurimit publik konform legjislacionit në fuqi.
- Ndjek zbatimin e kontratave me operatorët ekonomikë të ndryshëm sipas kontratave të lidhura nga Drejtoria e QSUT nëpërmjet hallkave të Shërbimit.
- Drejtimin dhe koordinimin e punës mes Farmacisë Qëndrore dhe Farmacive të shërbimeve në përmbushje të nevojave dhe kërkesave të këtyre të fundit, gjithashtu koordinimin midis Shërbimit dhe Drejtorisë së QSUT-së.
- Mbarëvajtjen, eficiencën dhe efikasitetin e aktivitetit të shërbimit, si dhe planifikimin e buxhetit të nevojshëm në përmbushje të funksioneve bazë të saj.
- Planifikimin dhe menaxhimin e punës së stafit, përmes mbledhjeve periodike të tij, propozimin për marrjen e masave administrative në rastet e shkeljeve të rregullores së shërbimit ose parimeve të etikës profesionale.
- Administrimin e parregullsive që konstatohen gjatë punës me barnat dhe materialet mjekësore në bazë të dokumentacionit ligjor dhe produktit fizik bazuar në kuadrin ligjor në fuqi në Republikën e Shqipërisë.
- Raportimin periodikisht drejt Drejtorisë së QSUT-së mbi situatën (gjendjen) dhe problematikat lidhur me Shërbimin Farmaceutik.
- Mbikqyr mbarevajtjen dhe ruajtjen e dokumentacionit, si dhe të gjendjes fizike të Farmacive në çdo kohë, sipas kërkesave të kontroleve të ushtruar nga Institucioni ose Institucione të tjera të Shtetit Shqiptar sipas Programit Auditues të miratuar nga Titullari i Institucionit si p.sh.: (FSDKSH, KLSH, MSHMS, Prokurori dhe Audit i Brendshëm).

4.15.1.3 Përgjegjësi i Farmacisë

Përgjegjësi i Farmacisë është përgjegjës për:

- Asiston klinikat në planifikimin ditor, javor dhe mujor të nevojave përkatëse me barna dhe materiale mjekësore nëpërmjet pjesëmarrjes në mbledhjet e Shërbimeve mjekësore si dhe formulonë kërkesat përkatëse drejt Farmacisë Qëndrore në përmbushje të këtyre nevojave.
- Shkëmben informacion me klinikat dhe stafin përgjegjës për gjendjen e barnave dhe materialeve mjekësore pranë Farmacisë Qëndrore dhe barnat alternative (në doza dhe forma) dhe po ashtu edhe përfaqësues të ndryshëm brënda të njëjtit grup terapeutik që i përshtaten më mirë gjendjes në magazinë, pa cënuar cilësinë dhe standartet e shërbimit të ofruar për pacientin.
- Harton dhe miraton fletëhyrjet dhe fletëdaljet e farmacisë në bazë të nevojave të Shërbimeve mjekësore që mbulon.

- Administron konsumin fizik dhe ekonomiko-financiar të të gjithë gamës së barnave dhe materialeve mjekësore që bëhen dalje nga kjo farmaci drejt klinikave të ndryshme të shërbimit.
- Ndjek në mënyrë të vazhdueshme gjendjen e barnave dhe materialeve mjekësore, bën ballafaqimin e gjendjes në farmaci me ato në magazinat e Farmacisë Qëndrore, duke i paraprirë nevojave të pritshme dhe emergjencave të klinikave të ndryshme të shërbimit.
- Kontrollon dhe menaxhon barnat dhe materialet mjekësore sipas kuadrit ligjor në fuqi. Për çdo parregullsi të vërejtur lajmëron Shefin e Shërbimit në rrugë verbale dhe shkresore sipas situatës së konstatuar, duke pritur një konfirmim të mëtejshëm.
- Kujdeset për ruajtjen konform Praktikës së Mirë të Ruajtjes, mirëmbajtjen dhe shpërndarjen e barnave dhe materialeve mjekësore duke patur parasysh dhe kushtet higjieno sanitare në farmaci.
- Përpunon dhe harton pasqyrat mujore të lëvizjeve të vlerave monetare (hyrjeve dhe daljeve) fizike dhe financiare të barnave dhe materialeve mjekësore.
- Mbështet stafin e farmacisë përmes supervizimit, planifikimit ditor të punës, rishikimit të vazhdueshëm të roleve për secilin profesionist në mënyrë të qartë dhe të matshme.
- Ka varësi direkte nga Shefi i Shërbimit Farmaceutik, gjithashtu harton dhe firmos listë-prezencën mujore të stafit të farmacisë që është përgjegjëse, pastaj firmoset edhe nga Shefi i Shërbimit dhe dorëzohet pranë Drejtorisë së Burimeve Njerëzore.
- Raporton në mënyrë periodike (mujore dhe vjetore) pranë Zyrës Ekonomike pasqyrat e konsumit fizik dhe financiar të farmacisë.
- Asiston në përpilimin e planifikimit vjetor për barnat dhe materialet mjekësore bashkë me shefat e shërbimeve mjekësore për vitin e ardhshëm.
- Përgjigjet për ruajtjen e barnave sipas normave të praktikës së ruajtjes së mirë dhe organizon punën për qarkullimin e tyre dhe nxjerrjen e tyre jashtë përdorimit të barnave të skaduara në bashkëpunim me degën e financës me proces-verbal të rregullt dhe sipas rregullave të ruajtjes së mjedisit.
- Mban përgjegjësi materiale për të gjithë inventarin e barnave dhe materialeve mjekësore që ka në ngarkim në farmacinë që drejton. Të njëjtën përgjegjësi mban çdo personel i stafit të farmacisë përkatëse (këtu përfshihen edhe infermierët që manipulojnë në njësitë e kapave dhe sanitarët, për aq kohë sa ndajnë kohë dhe mjedise pune të njëjta).
- Merr pjesë në mbledhjet e mëngjesit me stafin e pavioneve dhe informon mjekët mbi barnat që janë në gjendje në farmaci, në mënyrë që të gjejnë zbatim protokollit të mjekimit, në mënyrën më efikase të mundshme.
- Prodhon raporte sistematike mbi konsumin e barnave dhe materialeve për Repartet që mbulon, kjo në të mirë të racionalizimit të barnave dhe informimit në kohë mbi gjendjen e tyre. Kjo jep mundësinë e informimit në kohë të stafit mjekësor, për mundësinë e ndërrimit të terapeutëve, në raste mungesash.
- Informon rregullisht Shefin e Shërbimit dhe Drejtorin e Përgjithshëm, mbi ecurinë e punës dhe problematikat e ndryshme që haset gjatë procesit të punës.
- Në bashkëpunim me shefat e shërbimeve bën sondazhe të gjendjes faktike të barnave në farmaci.
- Mban dhe ruan dokumentacionin përkatës të veprimtarisë së saj në bazë të ligjeve në fuqi.

4.15.1.4 Farmacisti / Ndihmës Farmacisti

Farmacisti / Ndihmës Farmacisti është përgjegjës për:

- Realizon shpërndarjen e barnave dhe materialeve mjekësore bazuar në fletëdaljen të miratuar nga përgjegjësi i Farmacisë, duke bërë dorëzimet pranë personave përgjegjës.
- Transmeton dhe përpunon kërkesat e klinikave për barna dhe materiale mjekësore, duke i raportuar ato pranë përgjegjësit të farmacisë.
- Asiston përgjegjësen e farmacisë në ndjekjen e vazhdueshme të gjendjes së barnave në farmaci dhe ato në magazinë, duke i paraprirë nevojave dhe emergjencave të pritshme.
- Kontrollon standardet e barnave dhe materialeve mjekësore dhe raporton pranë përgjegjësit të farmacisë për çdo parregullsi të konstatuar.
- Përgjigjet për mirëmbajtjen brenda kushteve teknike të barnave dhe materialeve mjekësore që janë gjendje në farmaci.
- Shkëmben informacion me klinikat dhe pavionet për plotësimin e nevojave të tyre me barna alternative të disponueshme.
- Mban përgjegjësi për konsumin fizik dhe financiar, bashkë me atë të barnave dhe materialeve mjekësore që gjenden në farmaci.
- Kontrollon në mënyrë të vazhdueshme konsumin e barnave dhe materialeve mjekësore duke krahasuar me kartelat e pacientëve nëpërmjet komunikimit me Kryeinfermierët e pavioneve.
- Gjithashtu kryen çdo detyrë tjetër të ngarkuar nga eprorët brenda fushës së veprimtarisë të tij.
- Mban përgjegjësi materiale për të gjithë inventarin e barnave dhe materialeve mjekësore që ka në ngarkim në farmacinë periferike ku është e emëruar. (180)

4.16 Sistemi i informatizimit në QSUT

Informatizimi i sistemit shëndetësor është një ndër prioritetet e politikave shëndetësore në Shqipëri.

Nisur nga prioritetet strategjike të zhvillimit në QSUT është realizuar një projekt i mirëfilltë informatizimi, nëpërmjet krijimit dhe instalimit të Sistemit të Informatizimit për Shëndetin Publik (SISP).

Ky sistem ka për qëllim:

- Rritjen e cilësisë së shërbimit dhe efikasitetit në punë;
- Sigurimin e një baze të dhënash të besueshme;
- Formalizimin dhe informatizimin e fluksit të punës;
- Uljen e informalitetit dhe shpërdorimit të detyrës;
- Mbledhjen e të dhënave të sakta klinike-financiare.

SISP monitoron dhe qarkullon në mënyrë të informatizuar barnat dhe materialet mjekësore për të gjithë Shërbimin Farmaceutik në QSUT. Ky sistem informatizimi përdoret për kontrollin e inventarit, menaxhimin e stokut, kryerjen e kërkesave dhe dhënien e barnave nga farmacia qendrore, në farmacitë periferike, në shërbimet mjekësore, pavionet dhe më pas deri në terapinë mjekësore të secilit pacient. Sistemi i Informatizimit për Shëndetin Publik (SISP) dhe sistemi për gjenerimin e raporteve PENTAHO janë instaluar dhe funksionojnë prej vitit 2012 në QSUT. Sistemi është shtrirë deri në nivelin e pacientit përmes përmirësimit dhe zgjerimit të tij në vite, kjo edhe falë kërkesave dhe problematikave të konstatuara nga farmacistët spitalorë, si personeli, i cili hedh të dhëna dhe përdor në mënyrë të vazhdueshme sistemin e informatizimit. Bazuar në funksionet e mësipërme është përmblusur një prej objektivave kryesore: Sistemi i fluksit të informacionit të shërbimit farmaceutik në QSUT bazuar në kodifikimin e barnave

dhe materialeve mjekësore sipas klasifikimit ndërkombëtar ATC-2011 të OBSH-së. Kjo edhe përmes fletë-kërkesave të informatizueshme, duke informatizuar të gjithë ecurinë e procesit, përpilimin e raporteve të sakta dhe të besueshme ekonomiko financiare mbi vlerën e qarkullimit të barnave dhe materialeve mjekësore në QSUT. Një tjetër risi për sistemin e referimit është futja e sistemit me barkode që identifikojnë pacientin me të gjitha të dhënat e tij. Aktualisht SISP përdor dy barkode unike për sistemin e recepsioneve.

4.16.1 SISP dhe Shërbimi Farmaceutik në QSUT

Nëpërmjet sistemit janë realizuar sa më poshtë:

- Informatizimi dhe sistemimi i fluksit të punës;
- Saktësimi i bazave të të dhënave të barnave dhe materialeve mjekësore bazuar në kodifikimin ndërkombëtar ATC-2011 të OBSH-së;
- Lidhja on-line me gjendjen e farmacisë qendrore të barnave dhe materialeve mjekësore. Përmes intranetit të QSUT mund të aksesojnë dhe konsultojnë gjendjen reale on-line të gjithë shefat e shërbimeve mjekësore të QSUT;
- Krijimi i raporteve të besueshme mjekësore, ekonomike dhe financiare mbi qarkullimin e barnave dhe materialeve mjekësore në QSUT;
- Ulja e informalitetit përmes raportimeve të sakta dhe kontrollit në kohë reale të lëvizjes së çdo bari apo materiali mjekësor;
- Informim mbi barnat dhe materialet mjekësore pranë afatit të skadencës dhe të skaduara, raporte mbi gjendjen e tyre;
- Hartimi i raporteve me qëllim orientimin mbi planifikimin afat-shkurtër, afat-mesëm dhe afat-gjatë të nevojave të shërbimeve specifike.

4.17 Bashkëpunimi me fokus mirëmenaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore

Përgatitja nga ana e Shërbimit Farmaceutik e informacioneve periodike drejtuar Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Drejtorit të Përgjithshëm të QSUT, Zv. Drejtorëve Teknikë të QSUT, drejtorive teknike si Drejtoria Ekonomike dhe Drejtoria Juridike, shërbimeve mjekësore ose operatorëve ekonomikë në lidhje me:

- Gjendjen aktuale të barnave dhe materialeve mjekësore;
- Konsumin mujor ose vjetor të barnave dhe materialeve mjekësore sipas shërbimeve mjekësore, në nivel spitali ose sipas kërkesave.
- Informacion mbi sasinë e lëvruar sipas kontratave të furnizimit të nënshkruara ndërmjet QSUT dhe operatorëve ekonomikë;
- Informacion mbi sasinë e pritshme deri në përfundim të kontratave të furnizimit të nënshkruara ndërmjet QSUT dhe operatorëve ekonomikë;
- Informacion mbi sasinë e barnave dhe materialeve mjekësore pranë afatit të skadencës dhe të skaduara;
- Informacion mbi ndjekjen e kontratave të furnizimit me barna dhe materiale mjekësore dhe raportim mbi realizimin e tyre nga ana e operatorëve ekonomikë;
- Informacion mbi operatorët ekonomikë, të cilët nuk kanë realizuar kontratat e furnizimit sipas kushteve kontraktuale dhe nuk kanë respektuar afatet ligjore të lëvrimit të tyre;
- Informacion në lidhje me barnat dhe materialet mjekësore me skadencë të afërt dhe qarkullim të ngadaltë;

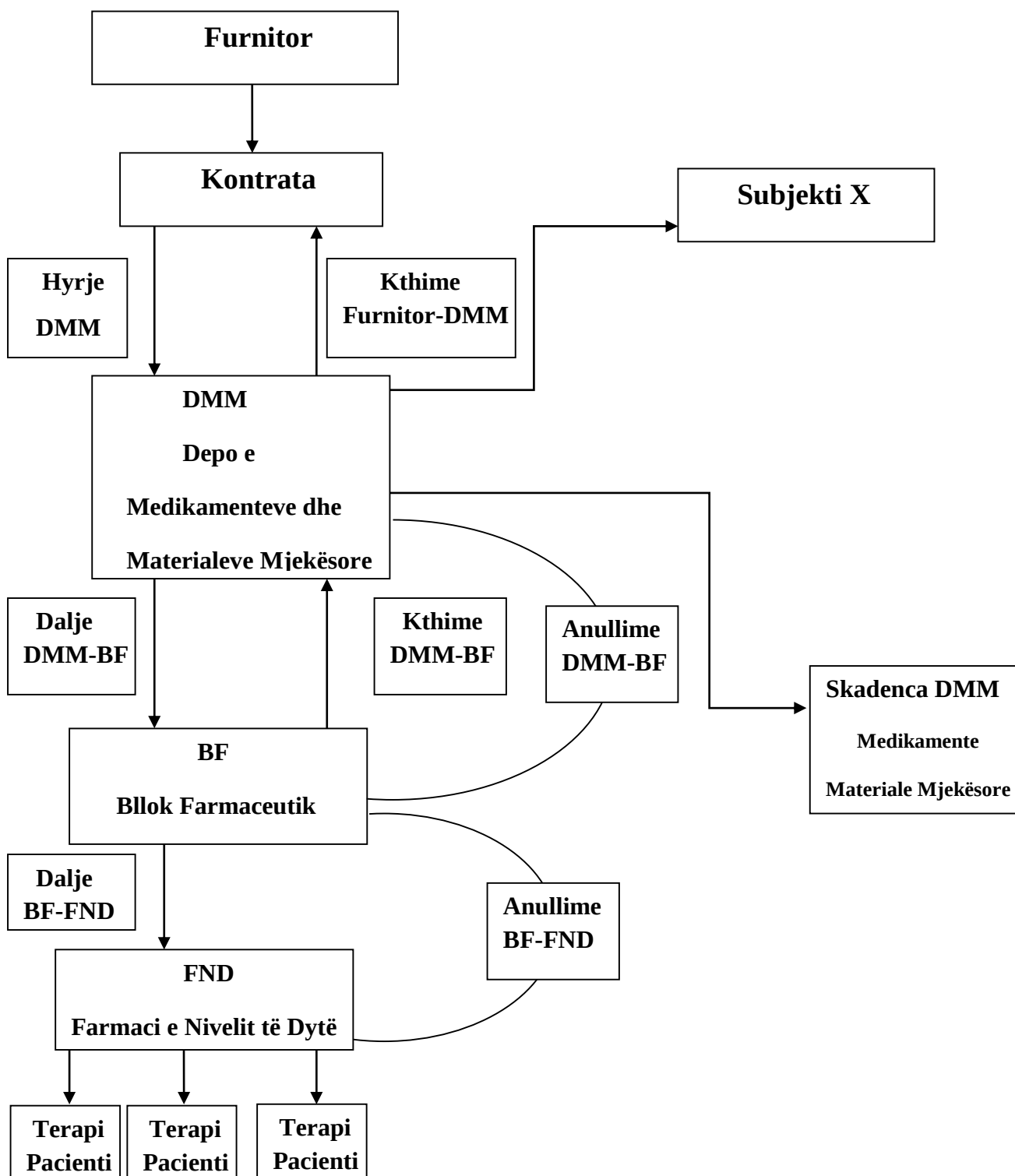


Figura 4.2. Skema e qarkullimit të barnave dhe materialeve mjekësore nga furnitori deri në nivel pacienti, gjurmimi i çdo bari me Nr. Serial/Batch deri në nivel pacienti

4.18 Prokurimi i barnave dhe materialeve mjekësore

Të gjithë procedurat e prokurimit në QSUT, përfshi procedurat për blerjen e barnave dhe materialeve mjekësore kryhen bazuar në Ligjin Nr. 9643, datë 20.11.2006, ndryshuar me Ligjin

Nr. 9800, datë 10.09.2007, Ligjin Nr. 9855, datë 26.12.2007, Ligjin Nr. 10170, datë 22.10.2009, Ligjin Nr.10 309, datë 22.07.2010, Ligjin Nr. 22/2012, Ligjin Nr. 131/2012, dhe Ligjin Nr. 182/2014, Ligjin Nr. 47/2017 dhe Ligjin Nr.103/2018 “Për Prokurimin Publik”, që kanë si objekt përcaktimin e rregullave që zbatohen për prokurimet e mallrave, të punëve dhe të shërbimeve nga autoritetet kontraktore.

Qëllimi i ligjit të prokurimit publik është:

- a) Të rrisë efikasitetin dhe efikasitetin në procedurat e prokurimit publik, të kryera nga autoritetet kontraktore;
 - b) Të sigurojë mirëpërdorim të fondeve publike dhe të ulë shpenzimet procedurale;
 - c) Të nxisë pjesëmarrjen e operatorëve ekonomikë në procedurat e prokurimit publik;
 - ç) Të nxisë konkurrencën ndërmjet operatorëve ekonomikë;
 - d) Të sigurojë një trajtim të barabartë dhe jodiskriminues për të gjithë operatorët ekonomikë, pjesëmarrës në procedurat e prokurimit publik;
 - dh) Të sigurojë integritet, besim publik dhe transparencë në procedurat e prokurimit publik.
- (181)

Prokurimi publik kryhet në zbatim të Vendimit Nr.914, datë 29.12.2014 “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, përmes së cilit përcaktohen rregullat dhe mënyra e organizimit të prokurimit publik nga autoritetet kontraktore. (182)

4.19 Përmirësimi i procedurave të prokurimit publik

Për garantimin e objektit dhe qëllimit të Ligjit “Për prokurimin publik”, në çdo procedurë prokurimi përgatiten nga Njësia e Prokurimit, bazuar në specialitetet përkatëse, Dokumentet Standarte të Tenderit (DST), që përbëjnë një set dokumentacioni mbi procedurën e prokurimit, që përmbajnë kriteret e përgjithshme dhe kriteret e veçanta që duhet të plotësojnë operatorët ekonomikë dhe specifikimet teknike që duhet të kenë barnat dhe/ose materialet mjekësore të ofërtuara në procedurën e prokurimit. Njësia e Prokurimit në përgatitjen e Dokumenteve Standarte të Tenderit bazohet në dokumente dhe materiale të përgatitura nga grupe pune dhe veçanërisht në vlerësimin e nevojave, argumentimin e fondit limit si dhe hartimin e specifikimeve teknike të përgatitura nga një grup pune me përbërjen e një përfaqësuesi të shërbimit mjekësor për të cilin prokurohen barnat dhe materialet mjekësore, një përfaqësuesi nga Shërbimi Farmaceutik dhe një përfaqësuesi nga Drejtoria Ekonomike e QSUT. Gjithashtu mbështeten në kërkesat e dërguara nga shërbimet mjekësore, konsumin e dërguar nga Shërbimi Farmaceutik dhe dokumente të tjera, që mund të vlerësohen të nevojshme për përgatitjen e DST.

Gjatë periudhës 2010-2015 është forcuar roli i farmacistit spitalor, i cili përmes njohurive të tij teknike ka kontribuar në përmirësimin dhe përfshirjen e kriterëve teknike të barnave dhe materialeve mjekësore dhe po ashtu edhe mbi kushtet e dorëzimit të barnave dhe materialeve mjekësore, grafikun dhe përqindjen e lëvrit të kontratës në mënyrë që të minimizohen mungesat dhe sasi të mëdha të barnave dhe materialeve mjekësore, të cilat kanë rezultuar në përmirësim në nivel menaxherial të detyrave të farmacistëve spitalorë dhe në mirëmenaxhim të burimeve financiare në dispozicion.

Gjatë periudhës 2010-2015 janë përfshirë në DST kriteret si më poshtë:

- Deklaratë mbi përmbushjen e specifikimeve teknike nga kandidati/ofertuesi;

- Për barnat (e listës së DST-së) të autorizuar për tregtim në Republikën e Shqipërisë, duhet të paraqitet dokument i lëshuar nga Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore që bari i ofertuar është i pajisur me autorizim për tregtim në RSH ose çertifikatë regjistrimi e barit për tregtim në RSH brenda afatit të vlefshmërisë.
 - Për barnat (e listës së DST) të paautorizuara për tregtim në Republikën e Shqipërisë, bari që ofertohet duhet të ketë marrë autorizim për tregtim dhe të qarkullojë në njërin nga vendet e Bashkimit Europian, Shteteve të Bashkuara të Amerikës, Kanada, Turqi, Zvicër, Izrael, Japoni, Australi; ose:
 - të jetë i prodhuar në vendet e Ballkanit, vetëm kur ka marrë autorizim për tregtim dhe qarkullon në vendin e tyre; ose;
 - të jetë i pajisur me autorizimin e tregtimit nga Agjencia Europiane e Vlerësimit të Barnave (EMA) ose Institucioni i Administrimit për Ushqimin dhe Barnat (FDA) i Shteteve të Bashkuara të Amerikës.
 - Autodeklaratë për skadencën e mallit sipas specifikimeve teknike;
 - Autorizim nga Mbajtësi i Autorizimit të Tregtimit/prodhuesi nëpërmjet të cilit konfirmohet se ofertuesi autorizohet të tregtojë barnat e tyre në këtë procedurë prokurimi;
 - Operatori ekonomik duhet të vetëdeklarojë origjinën e mallit, kompaninë prodhuese / Mbajtësin e Autorizimit të Tregtimit;
 - Të gjitha barnat duhet të jenë të pajisura me pullën e kontrollit të barnave të lëshuar nga AKBPM.
- Specifikimet Teknike të Përgjithshme:
 - a) Afati i skadencës: Data e skadencës në ditën e lëvrimit të mallit duhet të jetë jo më e vogël se 1/2 e kohës ndërmjet datës së prodhimit dhe asaj të skadencës.
 - b) Formë - doza dhe volumi për secilin bar sipas përcaktimeve në tabelë është detyrues.
 - c) Konfeksionimi: Mbi çdo njësi (flakon ose ampulë) duhet të jetë shënuar emri i barit, kodi i barit, përqindja dhe përmbajtja, data e prodhimit dhe e skadimit, nr. i serisë, dhe shënimi «PËR PËRDORIM SPITALOR» si edhe vula katrore bazuar në urdhrin e ministrit.
 - Sasia dhe afatet e lëvrimit:
 Afatet e lëvrimit:
 Nga data e nënshkrimit të kontratës deri në datë dd.mm.viti (afati i përfundimit të kontratës):
 - 30% e sasisë së secilit bar dhe/ose material mjekësor duhet të lëvrohet brenda 15 ditësh nga data e nënshkrimit të kontratës;
 - 70% e sasisë së mbetur së secilit bar dhe/ose material mjekësor duhet të lëvrohet deri në përfundim të kontratës.

Për një menaxhim sa më të mirë të stokut dhe për mos krijimin e skadencave, por njëkohësisht garantimin e furnizimit në kohë të spitalit me barna, në procedurën e prokurimit përcaktohet sasia dhe grafiku i lëvrimit. (183)

Sasia dhe grafiku i lëvrimit në kontratat e furnizimit përcaktohet për çdo procedurë prokurimi dhe mund të variojë sipas karakteristikave të barit dhe/ose materialit mjekësor si p.sh.: shelf-life, kushtet e ruajtjes si p.sh.: temperatura e ruajtjes dhe sasisë gjendje në magazinë, kërkesës së shërbimeve mjekësore, veçanërisht në rastet e barnave për përdorim sezonal, etj.

4.20 Përmirësim i kushteve kontraktuale për mirëmenaxhim të barnave dhe materialeve mjekësore

Përmirësimi i kushteve kontraktuale për mirëmenaxhim të barnave dhe materialeve mjekësore spitalore është realizuar prej fundit të vitit 2013 dhe në vijim duke shtuar një Nen në të gjitha kontratat e furnizimit me barna dhe materiale mjekësore cituar si më poshtë:

“Në rast mospërdorimi, për arsye objektive të medikamenteve dhe materialeve mjekësore, duke sjellë si pasojë afrimin e datës së skadencës, shoqëria furnitore duhet të marrë masa për tërheqjen e medikamenteve dhe materialeve mjekësore dhe zëvendësimin e tyre me të njëjtin artikull, por me afat më të gjatë skadence.”

Në bazë të zbatimit të rekomandimit të Kontrollit të Lartë të Shtetit cituar si më poshtë:

“Në rast mospërdorimi, për arsye objektive të medikamenteve dhe materialeve të mjekimit, duke sjellë si pasojë afrimin e datës së skadencës, shoqëria furnitore duhet të marrë masa për tërheqjen e medikamenteve dhe materialeve të mjekimit dhe zëvendësimin e tyre me të njëjtin artikull, por me afat më të gjatë skadence.”,

Tabela 4.2. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore vitet 2010-2015

Aktiviteti farmaceutik	Në vlerë (në Lekë)
Viti 2010	1,240,800,000.00
Viti 2011	1,520,000,000.00
Viti 2012	1,780,000,000.00
Viti 2013	2,271,647,138.37
Viti 2014	2,563,423,743.69
Viti 2015	2,765,423,944.88

Grafiku 4.1. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore vitet 2010-2015

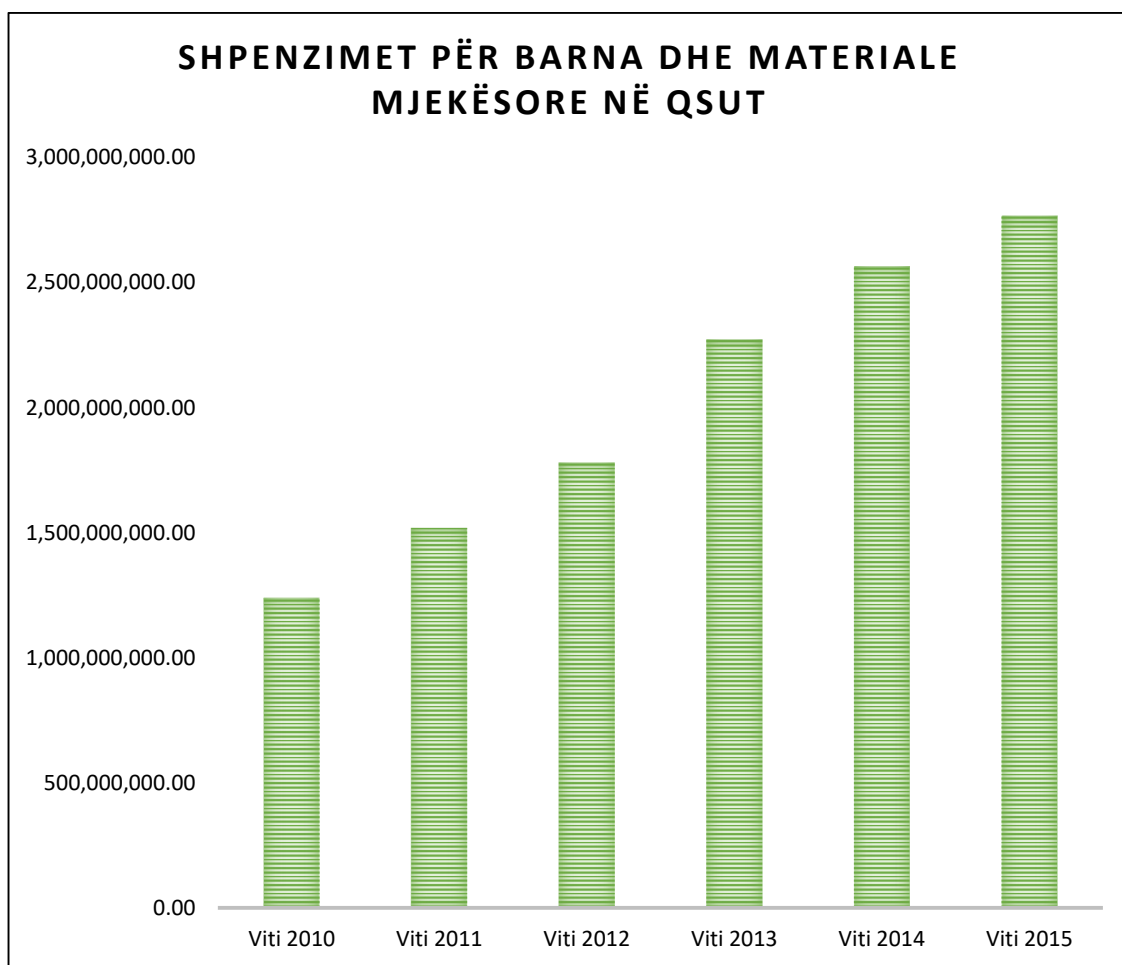


Tabela 4.3. Aktiviteti farmaceutik dhe rritja në % për vitet 2010-2015

Aktiviteti farmaceutik	Rritje në përqindje krahasuar me vitin 2010
Viti 2010	100%
Viti 2011	123%
Viti 2012	143%
Viti 2013	183%
Viti 2014	206%
Viti 2015	222%

Grafiku 4.2. Rritja në % e shpenzimeve për barna dhe materiale mjekësore 2010-2015

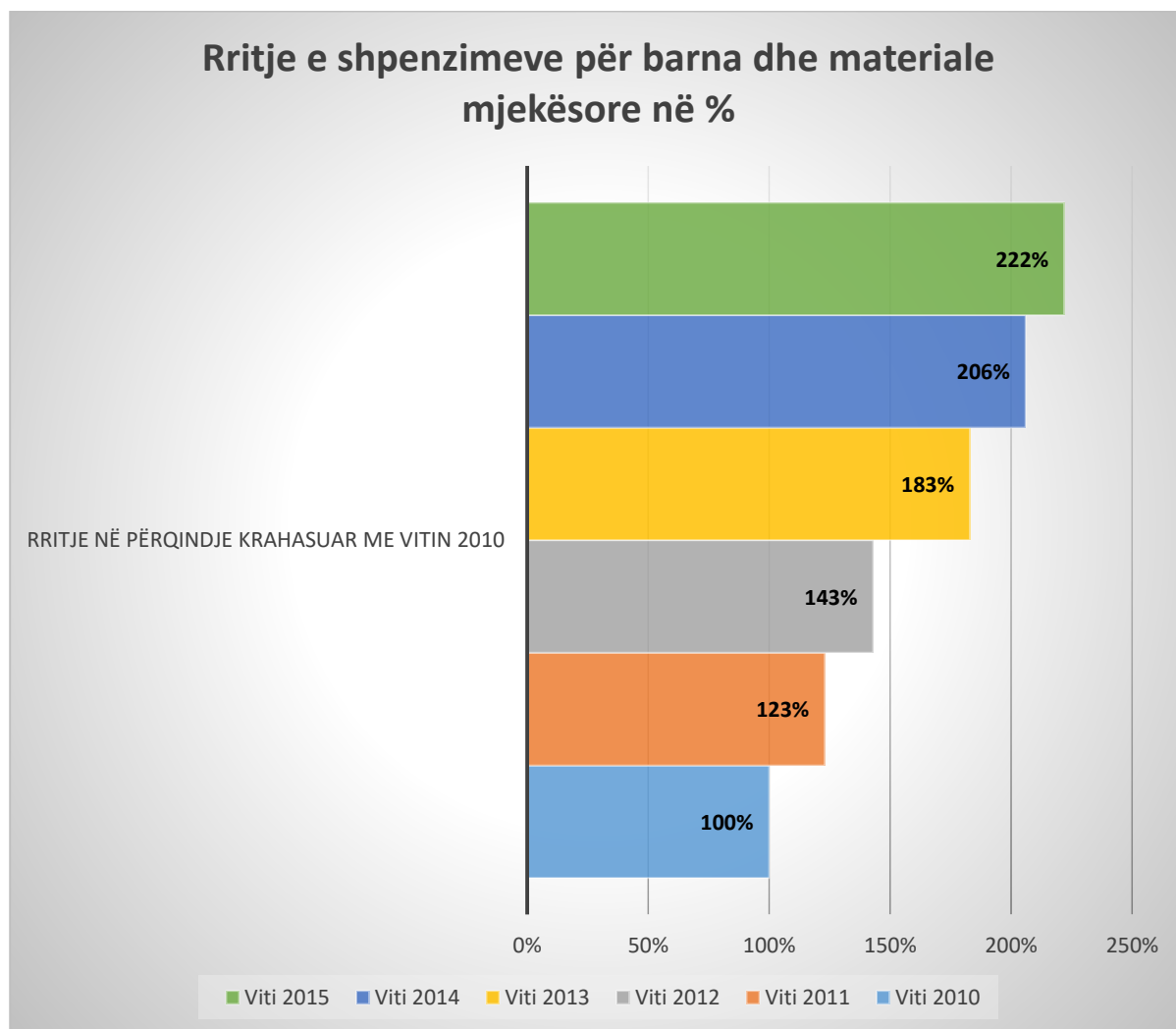


Tabela 4.4. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore për vitet 2013-2015

Aktiviteti farmaceutik	Në vlerë (në Lekë)
Viti 2013	2,271,647,138.37
Viti 2014	2,563,423,743.69
Viti 2015	2,765,423,944.88

Grafiku 4.3. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore për vitet 2013-2015

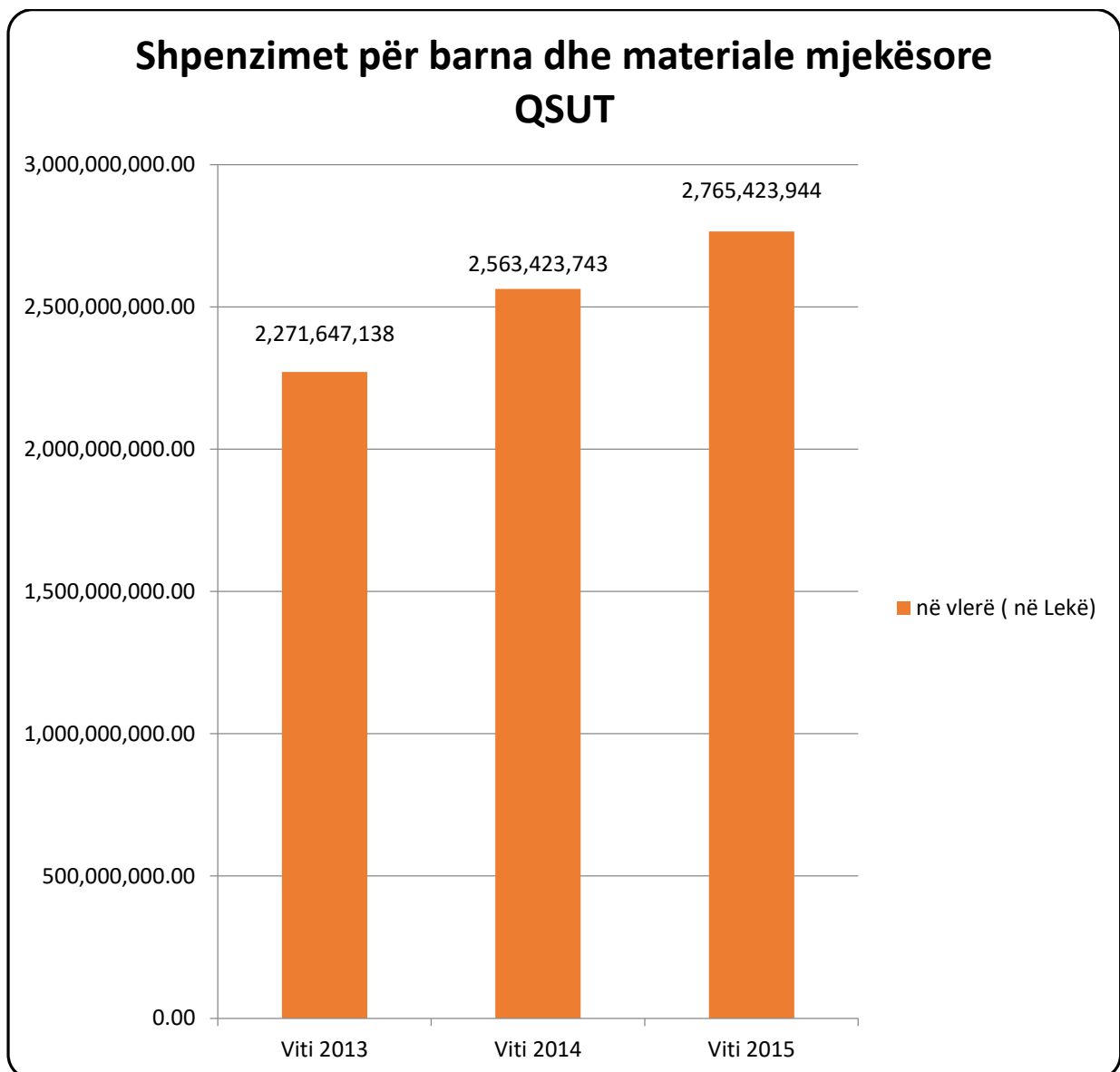
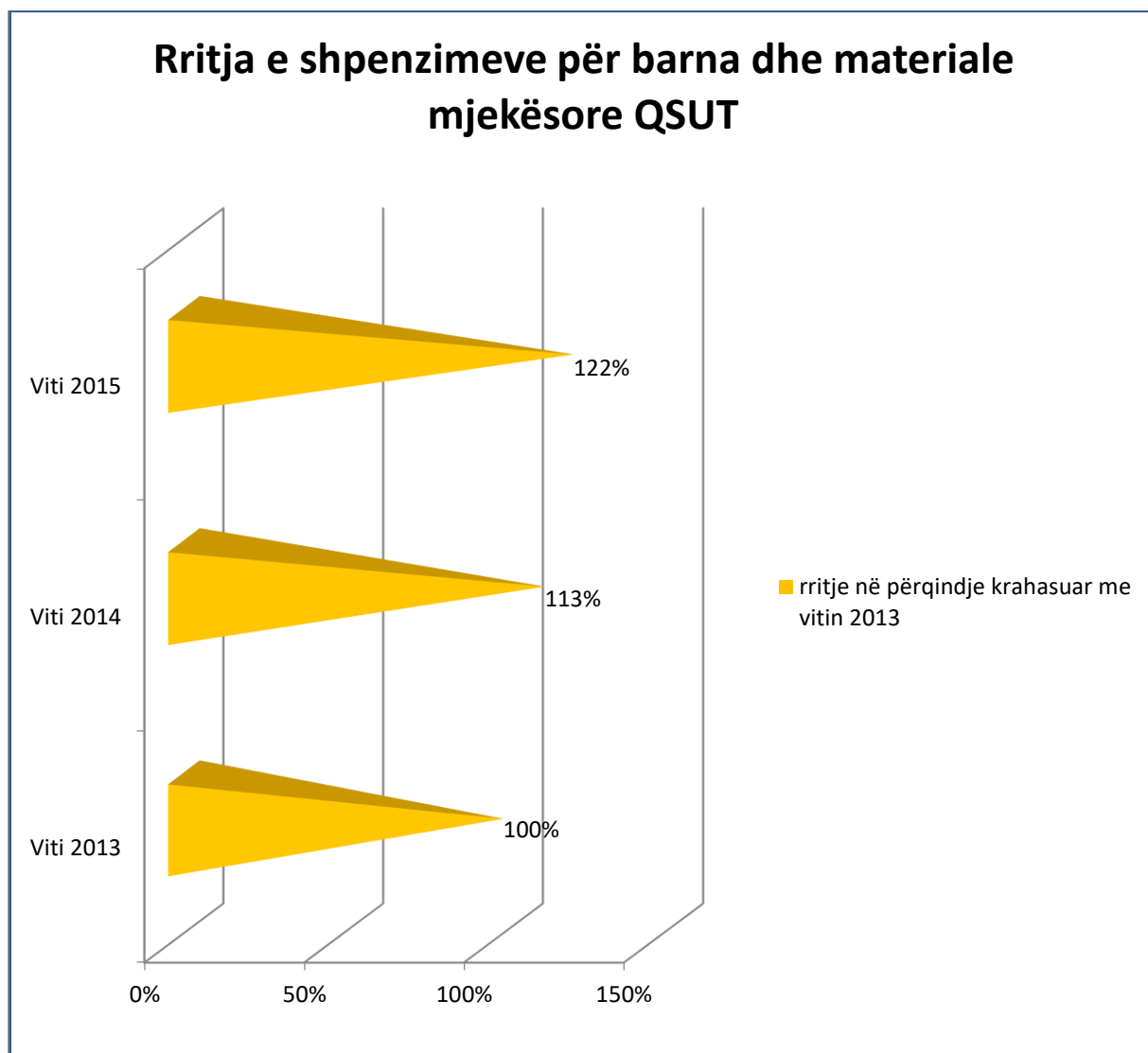


Tabela 4.5. Trendi i rritjes në % të shpenzimeve për barna dhe materiale mjekësore 2013-2015

Aktiviteti farmaceutik	Rritje në përqindje krahasuar me vitin 2013
Viti 2013	100%
Viti 2014	113%
Viti 2015	122%

Grafiku 4.4. Trendi i rritjes në % të shpenzimeve për barna dhe materiale mjekësore 2013-2015



Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore gjatë vitit 2014 kanë qenë rreth 2.22 miliardë lekë dhe përbëjnë rreth 53% të fondeve sipas zërit mallra dhe shpenzime (Artikulli 602) ose rreth 35% të buxhetit total të QSUT. Shpenzimet për hemodializën gjatë vitit 2014 kanë qenë në vlerën 520 milionë lekë që përbëjnë rreth 12.5% të totalit të zërit mallra dhe shpenzime dhe 8% të buxhetit total të QSUT. (Burimi QSUT)

Gjatë vitit 2014 në total në QSUT është konsumuar një sasi barnash dhe materialesh mjekësore që kap vlerën prej 2,563,423,743.69 lekë, sasi e cila është rreth 13% më shumë se sasia e konsumuar në vitin 2013. Nëse do i referohemi të dhënave të konsumit mujor të barnave dhe materialeve mjekësore gjëja që ja vlen të theksohet është një lloj njëtrajtshmërie në konsum, e cila reflekton më së miri faktin që furnizimi me barna dhe materiale mjekësore i QSUT ka qenë i vazhdueshëm dhe që menaxhimi i Shërbimit Farmaceutik ka qenë në nivelin e duhur. Vlen të theksohet gjithashtu fakti që asnjë nga barnat dhe materialet mjekësore e blera në periudhën e fundit të vitit 2013 dhe gjatë vitit 2014 nuk kanë skaduar gjatë vitit 2014, fakt që flet për një

planifikim të mirë dhe të saktë të nevojave të shërbimeve për barna dhe materiale mjekësore.
(Burimi Analiza vjetore QSUT 2014)

Tabela 4.6. Të dhëna mbi sasinë e prokuruar për disa barna spitalore për vitet 2013-2014

Barna	Sasia 2013	Sasia 2014
Human Albumin	1691	2930
Pentoxifylline	0	300
Amphotericin B	100	300
Colistimethate sodium	2000	3000
Cyclophosphamide	1200	3600
Gosereline	76	97
Erythropoietine BETA	100	530
Methadone	0	200
Dantrolene Sodium	0	100
Methylprednisolone	0	390
Enoximone	0	300
Infliximab	0	20
Adalimumab	0	54
Bortezomib	0	280
Adenosine triphosphat	0	350
Trastuzumab	822	2220

Grafiku 4.5. Sasitë e prokuruarra të disa barnave të shtrenjtë spitalorë 2013-2014

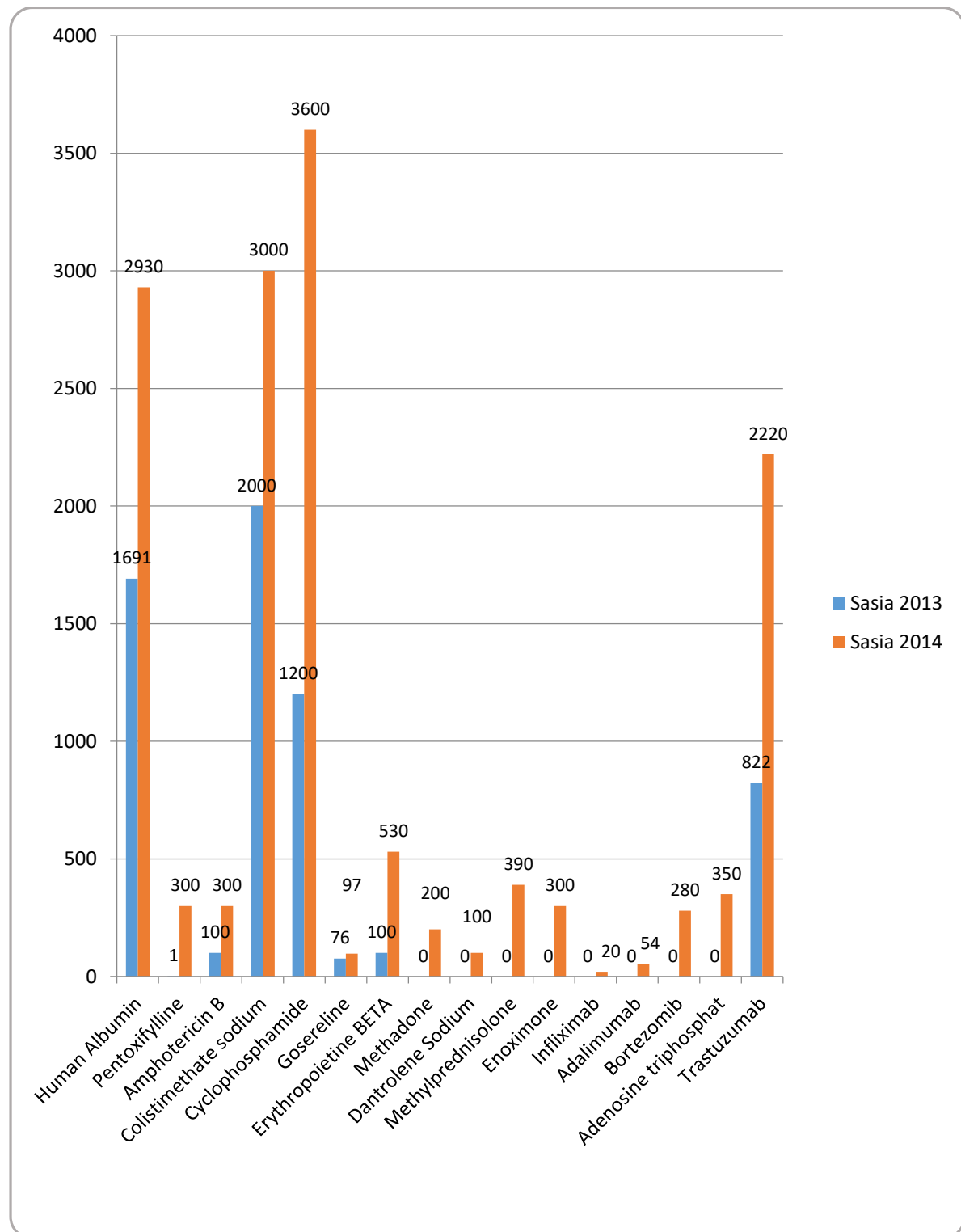


Tabela 4.7. Sasia e prokuruar e barnave kemioterapeutike në QSUT për vitet 2013-2015

Principi aktiv dhe doza	Sasia për vitin 2013	Sasia për vitin 2014	Sasia për vitin 2015
Gemcitabine 1 g	1,300	2,210	2,100
Gemcitabine 200 mg	1,100	1,200	1,200
Cisplatin 50 mg	617	0	1,860
Cisplatin 100 mg	0	150	170
Bevacizumab 400 mg	61	113	144
Oxaliplatin 50 mg	390	1,927	310
Oxaliplatin 100 mg	60	500	865
Trastuzumab 150 mg	833	2,220	2,300
Epirubicin 50 mg	350	920	465
Paclitaxel 100 mg	658	873ë	1,200
Docetaxel 80 mg	1,550	1,500	1,700
Methotrexate 50 mg	540	2,800	0
Fluorouracil 500 mg	0	2,200	745
Cyclophosphamide 500 mg	1,200	3,600	3,500
Doxorubicin 50 mg	3,500	4,100	5,200

Grafiku 4.6. Sasitë e prokuruara të disa barnave kemioterapeutike në QSUT në vitet 2013-2015

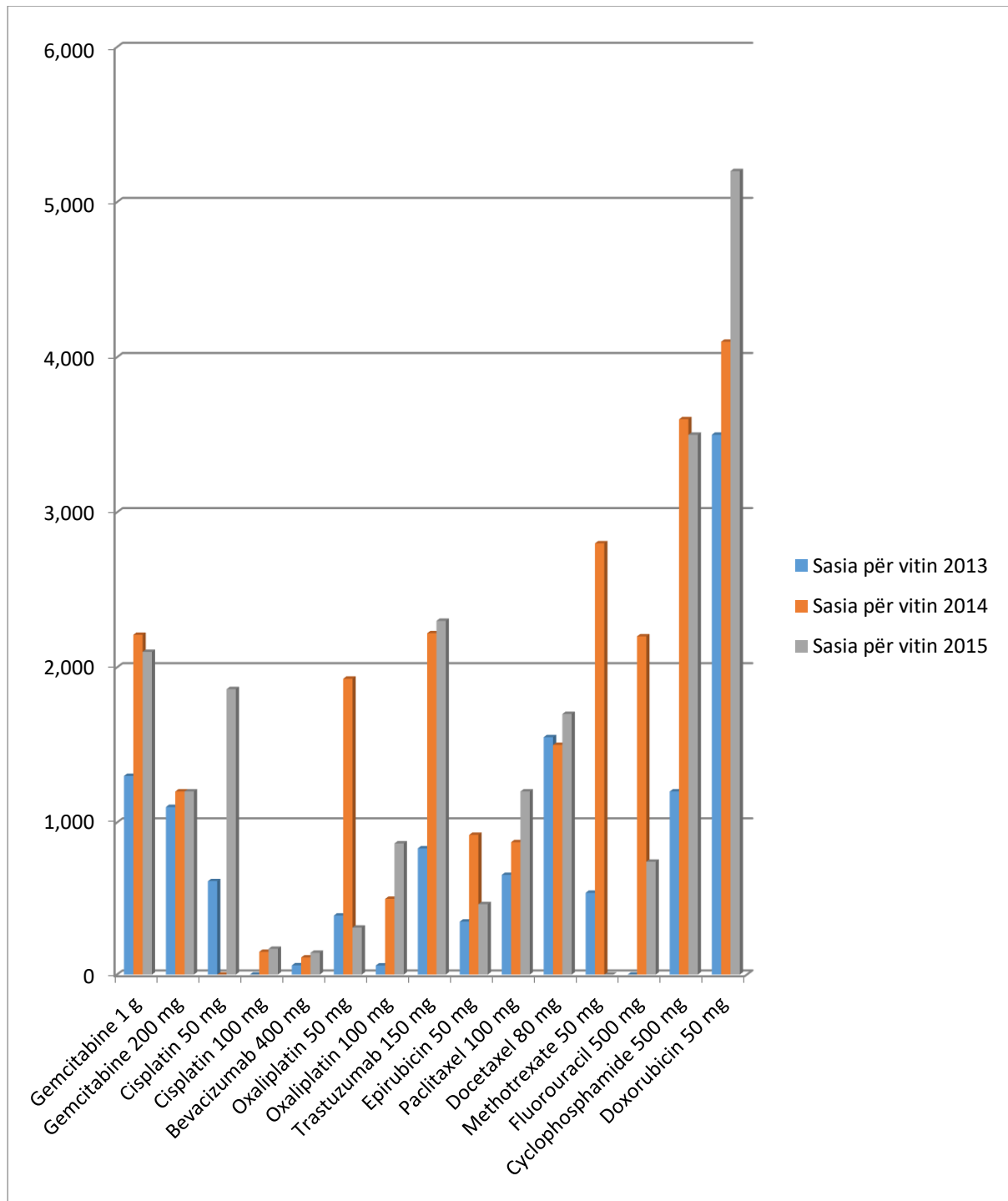


Tabela 4.8. Rritja në përqindje e sasisë së prokuruar të disa kemioterapeutikëve referuar sasisë së vitit 2013

Principi aktiv dhe doza	% për vitin 2013	Rritja në % për vitin 2014	Rritja në % për vitin 2015
Gemcitabine 1 g	100	170	162
Gemcitabine 200 mg	100	109	109
Cisplatin 50 mg	100	0	301
Bevacizumab 400 mg	100	185	236
Oxaliplatin 50 mg	100	494	79
Oxaliplatin 100 mg	100	833	1,442
Trastuzumab 150 mg	100	267	276
Epirubicin 50 mg	100	263	133
Paclitaxel 100 mg	100	133	182
Docetaxel 80 mg	100	97	110
Methotrexate 50 mg	100	519	0
Cyclophosphamide 500 mg	100	300	292
Doxorubicin 50 mg	100	117	149

Grafiku 4.7. Trendi i rritjes në % të sasisë së prokuruar të disa kemioterapeutikëve referuar vitit 2013

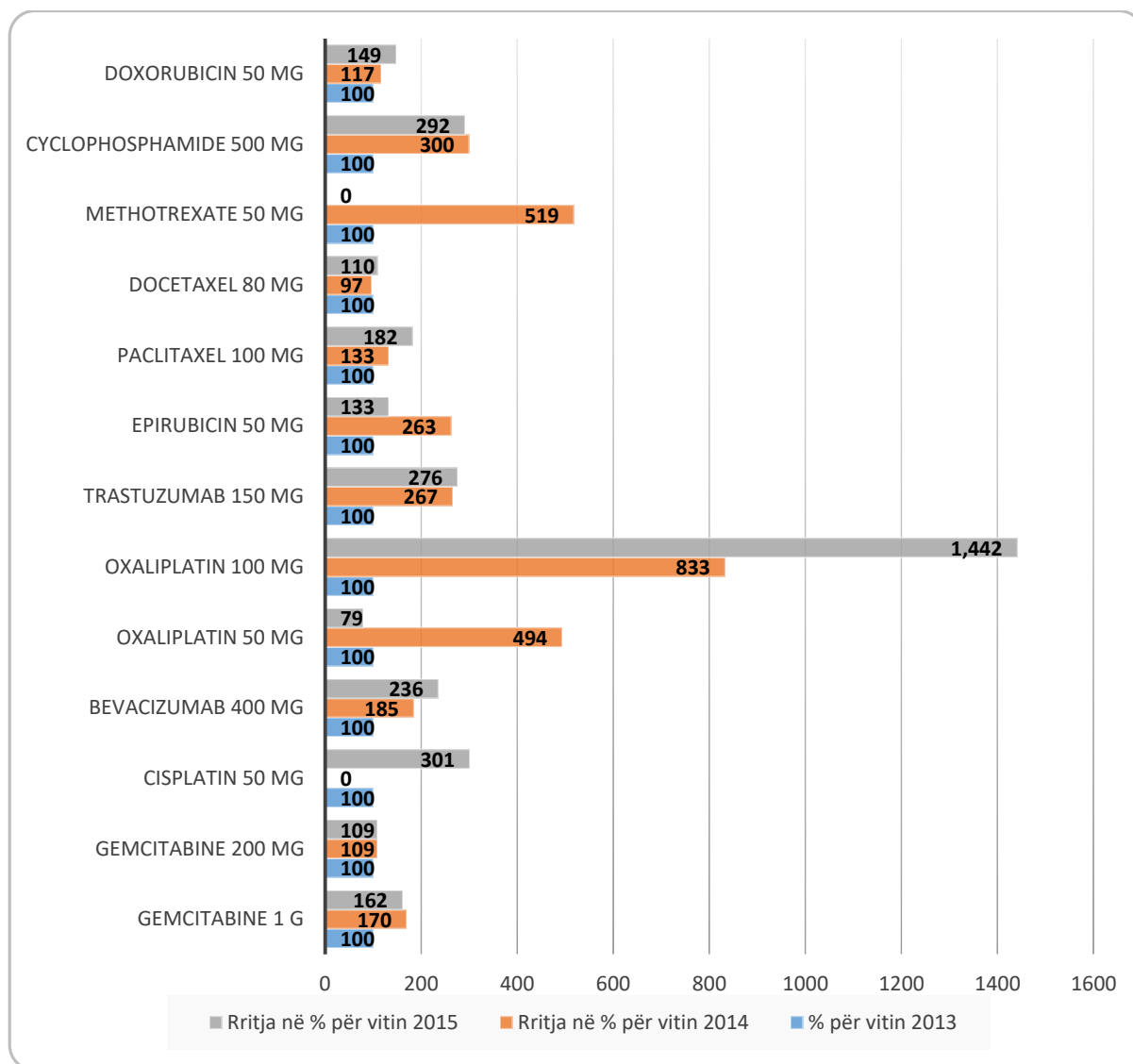


Tabela 4.9. Skadencat në përqindje në QSUT për vitet 2012-2015

Aktiviteti farmaceutik	Skadencat në përqindje
Viti 2012	5.07%
Viti 2013	3.12%
Viti 2014	1.65%
Viti 2015	0.78%

Grafiku 4.8. Skadencat në përqindje në QSUT për vitet 2012-2015

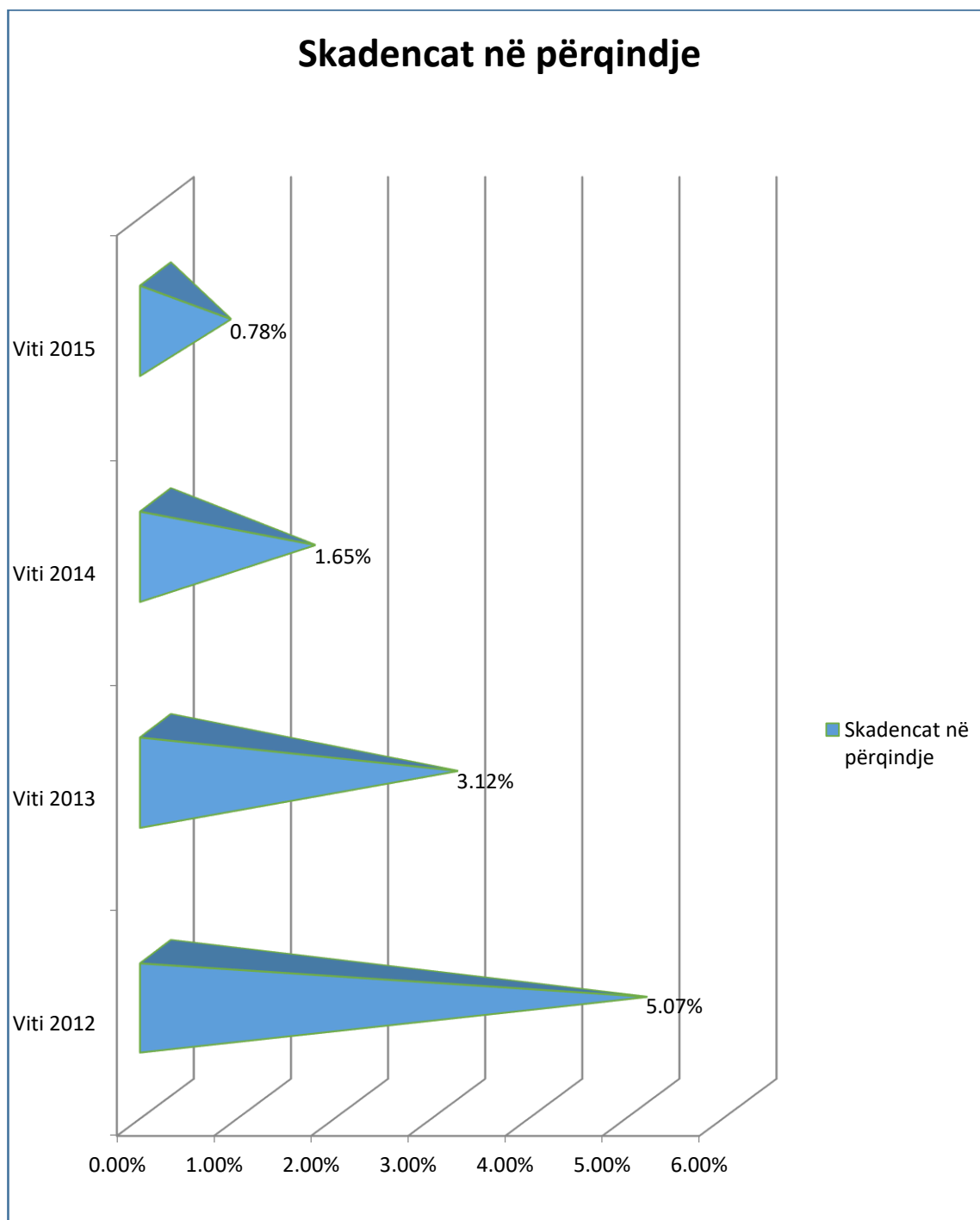
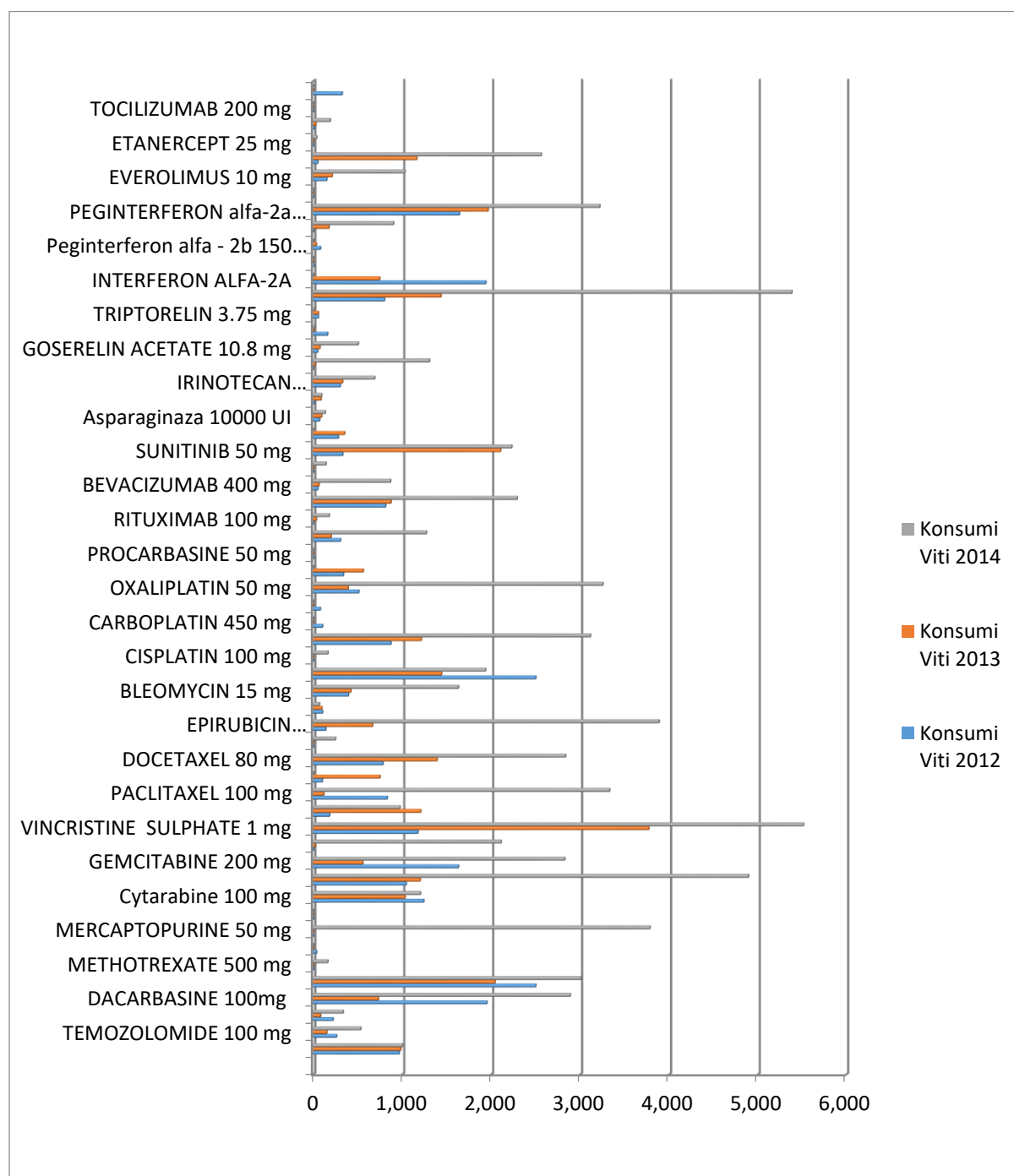


Tabela 4.10. Konsumi i antineoplastikëve dhe imunomodulatorëve për vitet 2012-2014

Emërtimi i Përgjithshëm	Konsumi Viti 2012	Konsumi Viti 2013	Konsumi Viti 2014
IFOSFAMIDE 1 g	964	981	1,001
TEMOZOLOMIDE 100 mg	260	150	531
TEMOZOLOMIDE 250 mg	220	80	335
DACARBASINE 100mg	1,950	730	2,887
METHOTREXATE 50 mg	2,499	2,041	3,009
METHOTREXATE 500 mg	0	0	161
PEMETREXED 500 mg	34	0	2
MERCAPTOPURINE 50 mg	0	0	3,783
TIOGUANINE 40 mg	0	0	0
Cytarabine 100 mg	1,241	1,029	1,203
GEMCITABINE 1 g	1,043	1,200	4,894
GEMCITABINE 200 mg	1,630	556	2,825
VINBLASTINE SULPHATE 10 mg	0	20	2,110
VINCRISTINE SULPHATE 1 mg	1,174	3,770	5,515
ETOPOSIDE 100 mg	182	1,206	973
PACLITAXEL 100 mg	830	116	3,329
PACLITAXEL 300 mg	100	748	0
DOCETAXEL 80 mg	782	1,389	2,834
ACTINOMYCIN - D 0.5 mg	0	0	248
EPIRUBICIN HYDROCHLORIDE 50 mg	139	665	3,887
MITOXANTRONE 20 mg	102	94	68
BLEOMYCIN 15 mg	394	421	1,630
CISPLATIN 50 mg	2,500	1,440	1,935
CISPLATIN 100 mg	0	0	164
CARBOPLATIN 150 mg	871	1,212	3,115
CARBOPLATIN 450 mg	102	0	0
CARBOPLATIN 600 mg	77	0	0

OXALIPLATIN 50 mg	511	390	3,254
OXALIPLATIN 100 mg	338	560	0
PROCARBASINE 50 mg	5	0	0
RITUXIMAB 500 mg	304	199	1,271
RITUXIMAB 100 mg	0	33	178
TRASTUZUMAB 150 mg	812	872	2,291
BEVACIZUMAB 400 mg	50	63	867
ERLOTINIB 150 mg	0	0	142
SUNITINIB 50 mg	330	2,104	2,231
Lapatinib ditosilate 250 mg	280	350	0
Asparaginaza 10000 UI	70	92	133
Topotecan 4 mg	10	86	93
IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE 100 mg	302	328	688
Bortezomib 3.5 mg	0	19	1,305
GOSERELIN ACETATE 10.8 mg	48	74	504
GOSERELIN ACETATE 3.6 mg	159	5	16
TRIPTORELIN 3.75 mg	56	56	13
FILGRASTIM 300 mcg	799	1,434	5,384
INTERFERON ALFA-2A	1,938	745	0
Interferon alfa - 2B 18 MIU	10	0	0
Peginterferon alfa - 2b 150 mcg	80	32	0
PEGINTERFERON alfa-2a 135 mcg	0	175	900
PEGINTERFERON alfa-2a 180 mcg	1,641	1,963	3,220
Infliximab 100 mg	0	0	4
EVEROLIMUS 10 mg	150	210	1,029
ETANERCEPT 50 mg	49	1,162	2,560
ETANERCEPT 25 mg	0	0	37
ADALIMUMAB 40 mg	10	28	190
TOCILIZUMAB 200 mg	2	0	0

Grafiku 4.9. Konsumi i kemioterapeutikëve për vitet 2012-2014



Grafiku 4.10. Konsumi i disa kemioterapeutikëve për vitet 2012-2014

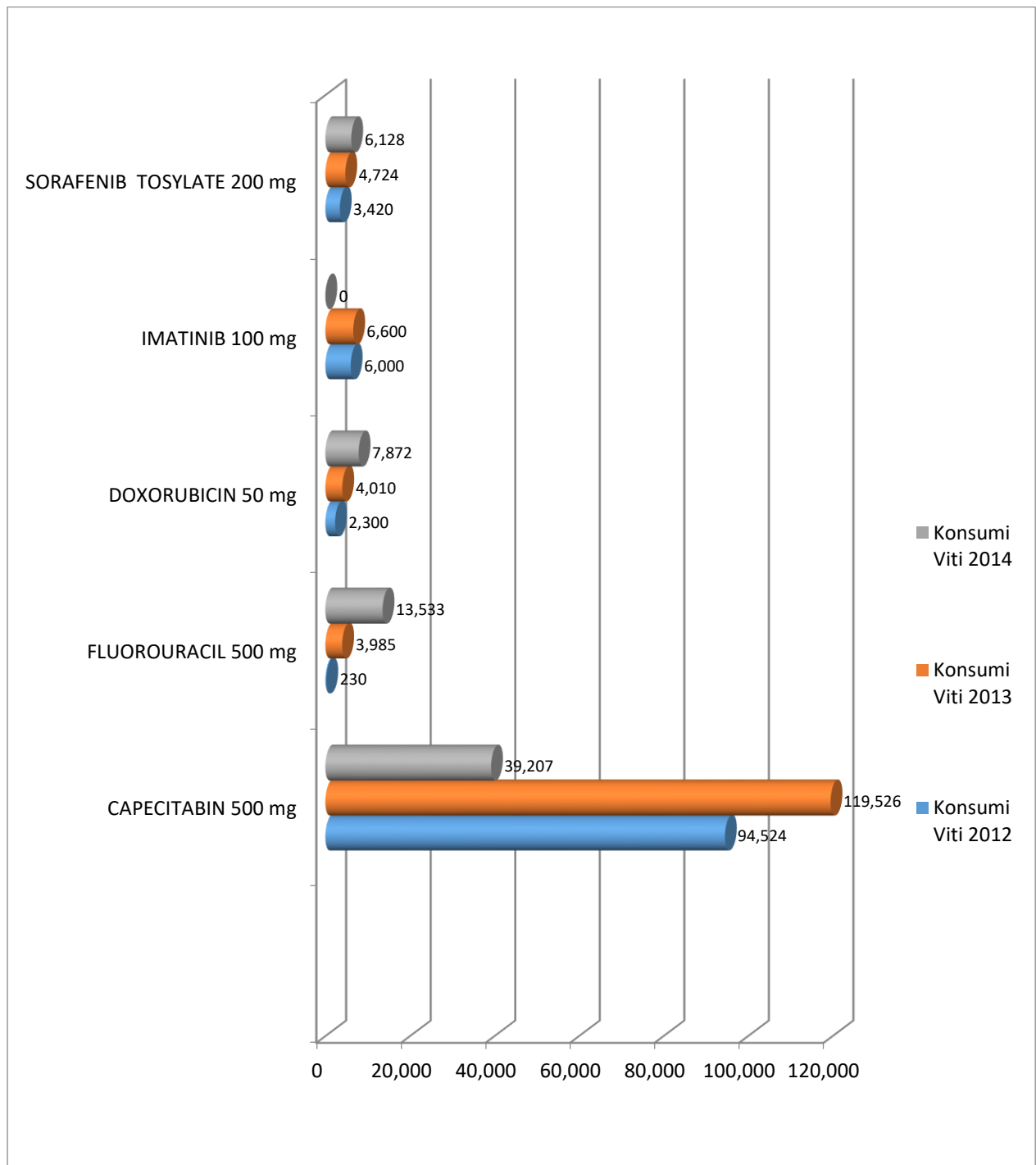


Tabela 4.11. Konsumi i barnave Antiretrovirale për vitet 2014-2016

Emërtimi	Konsumi Viti 2014	Konsumi Viti 2015	Konsumi Viti 2016
Zidovudine 300 mg	3,760	540	3,380
Zidovudine 10 mg/ml - 100 ml	268	420	195
Lamivudine 150 mg	7,560	12,840	15,180
Lamivudine 10 mg/ml - 100 ml	0	50	138
Lamivudine 150 mg + Zidovudine 300 mg	155,400	147,600	8,460
Abacavir 300 mg	9,300	5,580	12,780
Efavirenz 600 mg	54,720	85,050	12,630
Efavirenz 600 mg + Emtricitabine 200 mg + Tenofovir 300 mg	6,600	10,740	4,500
Atazanavir 150 mg	2,280	2,100	0
Atazanavir 300 mg	0	420	510
Neviparine 200mg	3,240	1,620	0
Neviparine 10mg/ml -100ml	150	200	60
Ritonavir 100 mg	780	1,560	510
Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg	62,040	88,800	37,320
Lopinavir 100 mg + Ritonavir 25 mg	4,020	0	0
Tenofovir Disoproxil 300 mg	2,790	18,930	0
Didanosine 250 mg	8,010	600	2,640
Didanosine 400 mg	4,200	720	2,610
Emtricitabine 200 mg + Tenofovir disoproxil 300 mg	15,900	33,810	16,500

Grafiku 4.11. Konsumi i barnave Antiretrovirale për vitet 2014-2016

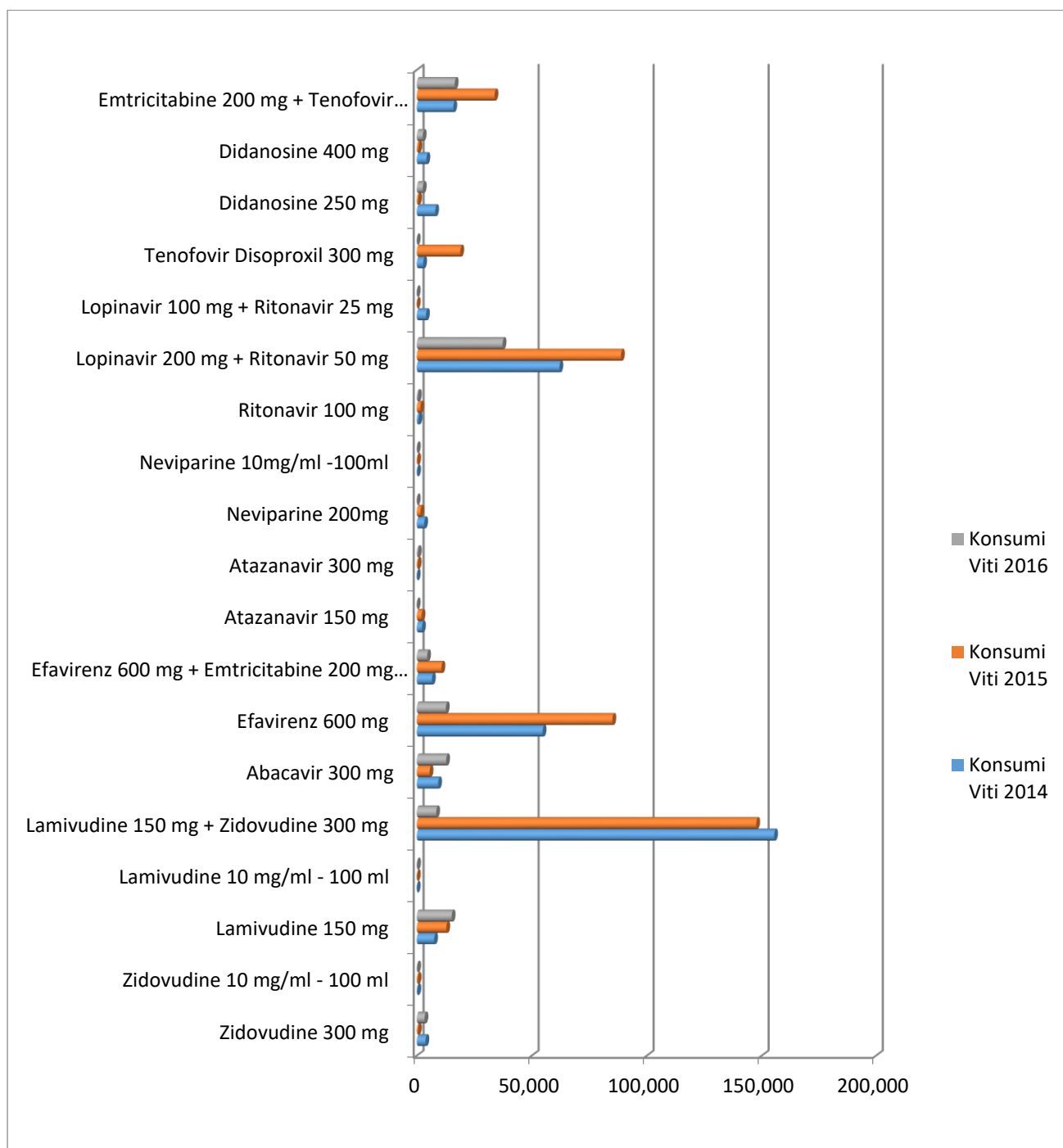


Tabela 4.12. Konsumi i faktorëve të gjakut për vitet 2012-2016

Nr.	Emertimi	Sasia totale Viti 2012	Sasia totale Viti 2013	Sasia totale Viti 2014	Sasia totale Viti 2015	Sasia totale Viti 2016
1	Factor VIII (UI)	800,000	3,907,500	1,800,000	4,628,000	4,000,000
2	Recombinant Factor VIII (UI)	400,000	492,500	70,000	84,000	120,000
3	Factor IX (UI)	250,000	200,000	500,000	500,000	500,000
4	Recombinant Factor IX (UI)	0	0	25,000	37,500	70,000
5	rFactor VII 2 mg/vial (100 KIU/vial) (fl)	0	0	0	0	100
6	Factor X (UI)	0	0	0	0	30,000

Grafiku 4.12. Konsumi i faktorëve të gjakut për vitet 2012-2016

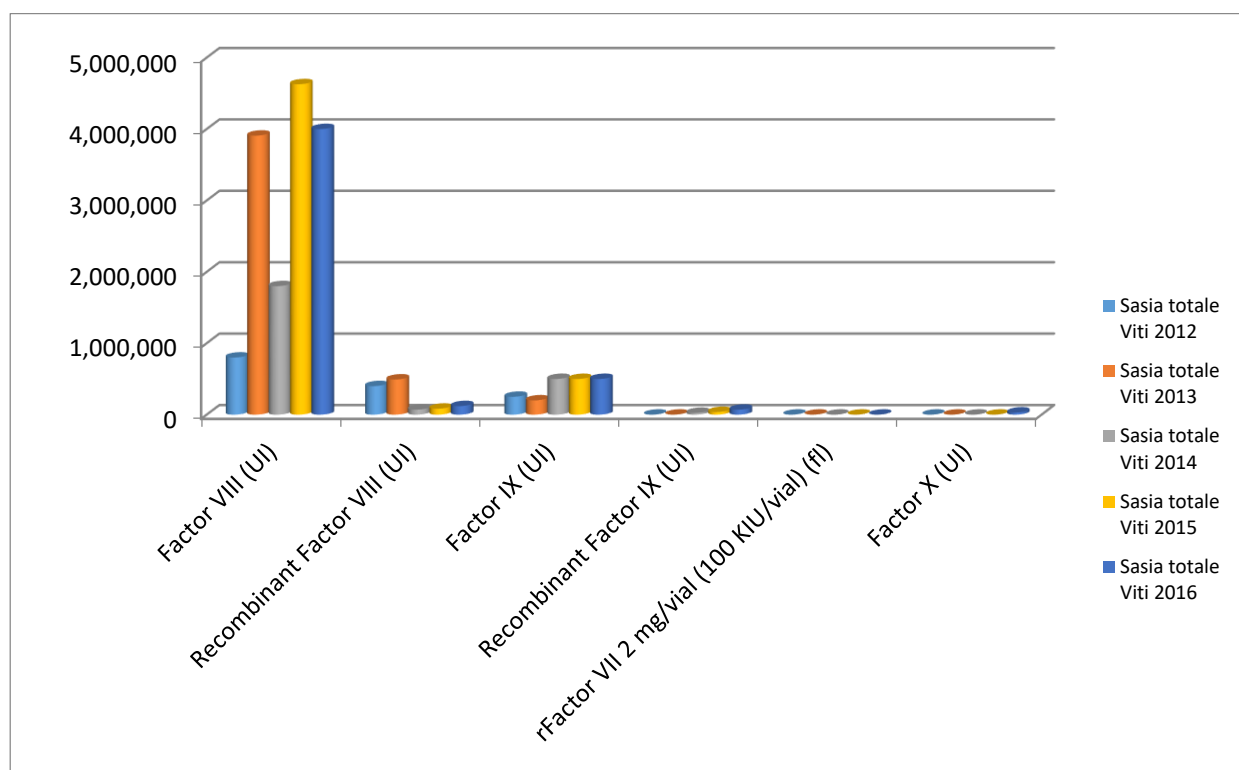


Tabela 4.13. Ilustrim praktik i arsyeve që çojnë në krijimin e skadencave të barnave në farmacinë spitalore të QSUT

Barna të urgjencës	Barna të prokuruarra për arsye të veçanta (risk epidemie, pandemi, sëmundje tropikale, etj)	Barna specifike	Përdorimi i të njëjtit princip aktiv në dozë të ndryshme	Zëvendësimi i përfaqësuesve të vjetër me përfaqësues më të rinj brenda të njëjtit grup terapeutik	Përdorimi i të njëjtit princip aktiv në formëdozë të ndryshme
Adrenalina (jetë gjatësi e shkurtër)	Oseltamivir tabletë ("Gripi i dërrit" dhe "Gripi i shpendëve")	Dantrolene (Hipertermia malinje)	Acid acetilsalicilic 500 mg dhe acid acetilsalicilik 100 mg	Metamizol tabletë (AIJS) me Ibuprofen tabletë (AIJS)	Salbutamol 2 mg/5 ml shurup and Salbutamol 100 mcg/dozë inhaler
	Atovaquone + Proguanil tabletë (Malarie)		Ibuprofen 600 mg dhe ibuprofen 200 mg	Warfarin tabletë (antikoagulant oral) me Clopidogrel tabletë ose Rivaroxaban tabletë (antikoagulant oral)	

Tabela 4.14. Barnat që zënë 80 % të shpenzimeve spitalore për vitin 2015

Nr	Principi aktiv	Forme/doza	Njesia	Sasia totale	Cmimi/njesi 2015	Vlera Totale
1	Trastuzumab	150 mg	Flakon	2,300	71,732.20	164,984,067.3
2	Faktori VIII	500UI-(1 vial of powder + 1 vial of solvent x 10ml + 1 infusion set)	UI	3,300,000	44.44	146,643,156.0
3	Sevofluran	250 ml	Flakon	3,800	21,492.37	81,671,022.4
4	Etanercept	50 mg	Shiringe e p.pergatitur	1,835	30,756.92	56,438,949.5
5	Sodium Chloride	0.9% - 500 ml	Flakon	570,000	97.76	55,724,399.3
6	Rituximab	500 mg/50ml	Flakon	320	145,986.96	46,715,828.8
7	Sunitinib	50 mg	Tablete	2,282	20,468.15	46,708,311.5
8	Bortezomib	3,5 mg	Flakon	320	119,897.81	38,367,300.6
9	Heparine me peshe molekulare te ulet	5000 IU	Shiringe e p.pergatitur	70,000	346.46	24,252,408.0
10	Sorafenib	200 mg	Tablete	5,000	4,475.02	22,375,102.1

11	Faktori IX	250 UI-1 vial + (1 vial with 5ml water for injection + 1 disposable syringe + 1 transfer set + 1 infusion set + 2 alcohol swabs) /250 - (cmimi/UI)-	UI	500,000	44.44	22,218,660.0
12	Bevacizumab	400mg/16ml	Flakon	144	145,838.84	21,000,793.0
13	Prednisolone	25 mg/2ml	Ampule	120,000	173.56	20,826,849.6
14	Cefazoline sodium	1 gram	Flakon	240,000	81.47	19,552,420.8
15	Heparine me peshe molekulare te ulet	6000IU	Shiringe e p.pergatitur	32,000	581.35	18,603,084.8
16	Adalimumab	40 mg	Shiringe e p.pergatitur	220	81,324.00	17,891,280.0
17	Dextrose+ intralipid	1440 ml	Flakon	3,800	4,295.61	16,323,308.9
18	Sodium Chloride	0.9% - 250 ml	Flakon	165,000	94.80	15,641,936.6
19	Amphotericine B	50mg/20ml liposomale	Flakon	460	32,662.37	15,024,692.3
20	Peginterferon alfa 2b	150 mcg	Flakon	550	24,440.53	13,442,289.3
21	Potassium chloride	7.5%-10 ml	Ampule	225,000	58.30	13,117,500.0
22	Epoietine	30.000UI	Shiringe e p.pergatitur	600	20,737.42	12,442,449.6
23	Paclitaxel	100 mg	Flakon	1,200	9,438.59	11,326,312.2
24	Glucose	5% - 500 ml	Flakon	100,000	103.69	10,368,708.0
25	Doxorubicine	50 mg	Flakon	5,200	1,902.55	9,893,274.6
26	Heparine me peshe molekulare te ulet	4000IU	Shiringe e p.pergatitur	19,000	518.39	9,849,467.0
27	Human normal immunoglobulin	2.5g/50ml	Flakon	750	12,960.89	9,720,663.8
28	Tigecycline	50mg/5ml	Ampule	1,600	6,065.10	9,704,162.7
29	Docetaxel	80 mg	Flakon	1,900	4,888.11	9,287,399.9
30	Glucose	5% - 250 ml	Flakon	90,000	102.21	9,198,525.2
31	Metronidazole	500 mg - 100 ml	Flakon	75,000	118.50	8,887,464.0
32	Gemcitabine	1gr	Flakon	2,100	4,147.48	8,709,714.7
33	Lëndë kontrasti 351-400 mg/ ml	200 ml	Flakon	800	10,740.00	8,592,000.0
34	Sodium bikarbonate	8.4%-10 ml	Ampule	140,000	58.30	8,162,000.0
35	Lëndë kontrasti 300-350 mg/ ml	100ml	Flakon	2,500	3,140.50	7,851,250.0
36	Etanercept	25 mg	Shiringe e p.pergatitur	500	15,301.99	7,650,995.6
37	Faktori VIII RECOMBINANT	250 UI/ fl-1 Vial + 1 Pre-filled syringe + 1 Bio-Set device	UI	84,000	90.05	7,564,468.0
38	Carboplatine	150mg	Flakon	2,100	3,580.11	7,518,225.7
39	Filgrastim	300mg/0.5ml	Shiringe e p.pergatitur	1,900	3,936.89	7,480,083.1
40	Human plasma proteins thereof immunoglobulin at least 95% + immunoglobulin m igm + immunoglobilin a (iga) +	(50 mg + 6 mg + 6 mg + 38 mg)/1 m-50ml	Flakon	270	27,640.01	7,462,803.5

	immunoglobulin g ('99)					
41	Human albumine	5%-250ML	Flakon	1,600	4,443.73	7,109,971.2

Tabela 4.15. Barnat që zënë 20 % të shpenzimeve spitalore për vitin 2015

Nr	Principi aktiv	Forme/doza	Njesia	Sasia totale	Cmimi/njesi 2015	Vlera Totale
1	Ondansetron	8mg/4ml	Ampule	11,600	603.68	7,002,650.88
2	Heparine sodium	25000 UI	Flakon	16,000	429.56	6,872,960.00
3	351-400 mg/ ml	100ml	Flakon	1,400	4,869.50	6,817,300.00
4	Erlotinib	150mg	Tablete	800	7,567.48	6,053,982.48
5	Interferon Alfa-2 Beta	18MIU	Flakon	500	12,070.00	6,035,000.00
6	Human Albumine	5% 500ml	Flakon	520	11,553.70	6,007,925.66
7	Furosemide	1%/2 ml	Ampule	210,000	26.56	5,577,973.63
8	Human albumine	20%-50ML	Flakon	1,500	3,703.11	5,554,665.00
9	Gosereline	10.8 mg	Shiringe e p.pergatitur	180	30,109.25	5,419,664.42
10	Vancomycine	1 gram	Flakon	5,000	1,081.31	5,406,540.60
11	Oxaliplatine	5mg/ml-20ml	Flakon	1,300	4,147.48	5,391,728.16
12	Mannitol	20%-250 ml	Flakon	24,000	199.97	4,799,230.56
13	Levofloxacin	5mg/ml- 100ml	Flakon	8,000	592.50	4,739,980.80
14	Imipenem + Cilastatine	500 mg+500 mg	Flakon	6,000	746.36	4,478,144.26
15	Infliximab	100 mg	Ampule	40	111,085.35	4,443,414.00
16	Cefepime	2 gram	Flakon	4,500	966.89	4,351,005.00
17	Ceftriaxone	1 gram	Flakon	43,000	97.85	4,207,593.69
18	Calcium gluconate	10% / 10 ml	Ampule	70,000	56.70	3,969,000.00
19	Ampicilline sodium	1 gram	Flakon	87,000	44.44	3,866,046.84
20	Pemetrexed	500 mg	Flakon	18	205,279.11	3,695,023.98
21	Nitroglicerine	5 mg-1.5 ml	Ampule	19,000	189.71	3,604,403.25
22	Ciprofloxacin	100 mg/10ml	Ampule	75,000	47.70	3,577,204.26
23	Recombinant factor IX	250UI	Flakon	150	23,727.83	3,559,174.50
24	Rituximab	100mg/10ml	Flakon	120	29,564.15	3,547,697.88
25	Pancuronium bromide	4 mg - 2 ml	Ampule	20,000	172.78	3,455,600.00
26	Ifosfamid	1 gr	Flakon	1,000	3,435.00	3,435,004.84
27	Everolimus	10 mg	Tablete	220	14,792.69	3,254,391.82
28	Ciprofloxacin	400mg/200ml	Flakon	2,300	1,369.50	3,149,847.59
29	Cyclophosphamid	500 mg	Flakon	3,500	869.49	3,043,215.80

30	Magnezium sulfate	25%-10 ml	Flakon	55,000	54.33	2,988,200.16
31	Vitamine C (Acid ascorbic)	5% - 2 ml	Ampule	55,000	54.00	2,970,000.00
32	Peginterferon alfa 2 b	80 mcg	Flakon	200	14,719.12	2,943,824.33
33	Levodopa + Carbidopa	Intestinal gel x (2g + 0.5g)/100ml	Shiringe e p.pergatitur	201	14,485.77	2,911,640.76
34	Ranitidine	50 mg	Ampule	145,000	19.22	2,787,480.00
35	Dexamethasone sodium phosphate	4 mg/1 -ml	Ampule	100,000	27.00	2,700,000.00
36	Sodium Chloride	10% - 10 ml	Ampule	45,000	58.30	2,623,500.00
37	Dacarbasine	100 mg	Flakon	2,700	955.33	2,579,377.50
38	Reteplase	10 UI	Flakon	53	47,251.68	2,504,339.23
39	Metamizol sodium	50 % - 2 ml	Ampule	50,000	48.60	2,430,000.00
40	Ceftazidime	1 gram	Flakon	10,000	228.70	2,287,040.74
41	Gadopentic acid, Dimeglumine salt (corresp. 78.63 mg/ml Gadolinium)	10ml	Flakon	600	3,772.98	2,263,788.00
42	Irinotecan	100mg	Flakon	370	5,924.98	2,192,241.12
43	Povidone Jodine	10%- 1000 ml	Flakon	2,700	810.00	2,187,000.00
44	Temozolomide	250 mg	Tablete	350	6,063.38	2,122,184.20
45	Omeprazol	40 mg	Flakon	3,800	551.23	2,094,671.57
46	HAES Hydromethylstarch	6% 500 ml	Flakon	1,200	1,713.00	2,055,600.00
47	Sodium lactate + Sodium Chloride + Potassium Chloride + CaCl x 2H2O	500 ml	Flakon	20,000	101.15	2,023,000.00
48	Acid zoledronik	4mg	Flakon	170	11,880.00	2,019,599.53
49	Ceftriaxone	2 gram	Flakon	5,000	397.17	1,985,850.00
50	Tramadol	100 mg-2ml	Ampule	45,000	42.86	1,928,747.38
51	Vitamine B 6 (Pyridoxine Hydrochloride)	5%-2 ml	Ampule	35,000	54.00	1,890,000.00
52	Vitamine B1 (Thiamine Hydrochloride)	5 % -1 ml	Ampule	35,000	54.00	1,890,000.00
53	Inibitor Ci esteraza	500 - UI - 5 - ml	Flakon	16	110,204.55	1,763,272.80
54	Morfine	1%/1 ml	Ampule	10,000	172.80	1,728,000.00
55	Moxifloxacin	400 mg - 250 ml	Flakon	600	2,822.66	1,693,595.14
56	Neostigmine bromide	0.05%/1 ml	Ampule	32,000	52.92	1,693,440.00
57	Cefuroxime sodium	750 mg	Flakon	14,500	113.83	1,650,519.50
58	Adrenaline	0.1%-1 ml	Ampule	36,000	42.26	1,521,265.54
59	Bleomycine	15 mg	Flakon	300	5,011.72	1,503,516.72
60	Diazepam	10 mg/2ml	Ampule	96,008	15.12	1,451,640.96
61	Dantrolene natrium	25mg	Flakon	80	17,906.40	1,432,512.00
62	Iloprost Trometamol	20 mg/ml	Ampule	300	4,513.65	1,354,094.02
63	Cefotaxime sodium	1 gram	Flakon	13,000	102.79	1,336,229.23
64	Cisplatin	50mg	Flakon	1,700	785.06	1,334,600.84

65	Calcium chloride	10%-10 ml	Ampule	30,000	44.14	1,324,232.14
66	Gemcitabine	200mg	Flakon	1,200	1,096.83	1,316,197.87
67	Sodium Chloride	0,9%-1000ml	Flakon	8,000	163.63	1,309,040.00
68	Colistimethane sodium	1 MUI	Flakon	4,000	325.87	1,303,494.72
69	Meropenem	1gr	Flakon	1,100	1,159.60	1,275,564.96
70	Vincristine	1 mg/ml	Flakon	3,000	418.66	1,255,978.41
71	Factor VIII in combination von Willebrand factor and coagulation	250 UI	Flakon	70	17,433.15	1,220,320.50
72	ALANINE + ARGININE + GLYCINE + HISTIDINE + ISOLEUCINE + LEUCINE + LYSINE ACETATE + METHIONINE + PHENYLALANINE + PROLINE + SERINE + TAURINE + THREONINE + TRYPTOPHAN + TYROSINE + VALINE	5%/500 ml	Flakon	2,100	577.69	1,213,138.84
73	Acid tranexamic	500 mg - 5 ml	Ampule	5,700	208.25	1,187,025.00
74	Dopamine	50 mg - 5 ml	Ampule	12,000	98.88	1,186,587.12
75	Gentamycin sulphate	80 mg/2 ml	Ampule	60,000	19.08	1,144,800.00
76	Paracetamol	1gr	Ampule	5,500	203.52	1,119,357.64
77	Fluconazole	100 mg-50 ml	Flakon	3,700	295.65	1,093,915.91
78	Glyceryl trinitrate	1 mg / 1 ml	Ampule	1,000	1,081.19	1,081,185.08
79	Protamine sulfat	50mg/5ml	Ampule	1,500	709.32	1,063,980.36
80	Thiopental	1 gram	Flakon	7,000	150.92	1,056,434.40
81	Peginterferon alfa 2 b	50 mcg	Flakon	120	8,672.68	1,040,722.03
82	Midazolam	15 mg/3 ml	Ampule	6,500	156.96	1,020,213.79
83	Octreotide	30 mg	Flakon	7	145,510.26	1,018,571.79
84	Clopidogrel	75 mg	Tablete	38,000	26.45	1,005,129.86
85	Interferon alfa-2A	4,5MIU/ml	Shiringe e p.pergatitur	400	2,464.79	985,916.01
86	Vecuronium	10 mg/ml	Ampule	900	1,049.97	944,973.00
87	Ondansetron	4 mg/2ml	Ampule	2,500	376.45	941,132.13
88	Atropine	0.1%-1 ml	Ampule	19,000	48.60	923,400.00
89	Metoclopramid Hydrochloride	10mg-2ml	Ampule	38,000	24.19	919,296.00
90	Papaverine	4%-1ML	Ampule	17,000	54.00	918,000.00
91	Amikacine sulphate	500 mg - 2 ml	Flakon	9,000	100.13	901,188.85
92	Piperacilline + Tazobactam	4 gr + 500 mg	Flakon	6,000	146.05	876,303.95
93	Glucose	40%-10 ml	Ampule	15,000	58.30	874,500.00
94	Temozolomide	100 mg	Tablete	350	2,473.32	865,662.69
95	Insuline humane neutrale	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	1,360	559.31	760,656.92
96	Suxamethonium	100 mg	Flakon	3,500	211.29	739,504.08

97	Folinic acid	50 mg/5ml	Ampule	1,700	405.87	689,972.86
98	Fluorouracil	50mg/10ml	Ampule	1,700	404.61	687,837.00
99	Octreotide	0.5mg/ml	Ampule	310	2,162.97	670,521.93
100	Insuline Glargine	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	500	1,324.77	662,384.37
101	Fentanyl	50mcg/ml-10ml	Ampule	8,000	82.70	661,629.77
102	Etoposid	100 mg	Flakon	1,100	592.50	651,747.36
103	Epirubicin hydrochloride	2mg/ml-5ml	Flakon	1,100	591.97	651,164.36
104	Aminophylline	240 mg/10ml	Ampule	12,000	54.03	648,348.88
105	Diclofenac sodium	75 mg/3ml	Ampule	23,000	27.17	624,805.49
106	Insuline Glulisine	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	850	705.09	599,330.33
107	Mitoxantron	20mg	Flakon	45	12,312.80	554,076.14
108	Propofol	10mg/ml	Ampule	6,000	90.55	543,309.12
109	Lidocaine	2%/50 ml	Flakon	3,500	154.44	540,540.00
110	Phenitoine	50 mg/ml	Ampule	1,000	503.32	503,320.00
111	Cytarabine	100 mg	Flakon	1,300	355.47	462,115.06
112	Neomycine + bacitracine	30 gram	Tubet	1,500	302.40	453,600.00
113	Methylprednisolon succinat	500 mg	Flakon	600	754.60	452,757.60
114	Serum antivipera	5 ml	Ampule	120	3,569.55	428,346.00
115	Amikacine sulphate	1g-4ml	Ampule	1,200	345.13	414,155.82
116	Sobean oil+phospholipid +glycerine	20%- 500 ml	Flakon	550	722.85	397,565.89
117	Ranitidine	150 mg	Tablete	95,000	4.05	384,750.00
118	Vitamina K	1% - 1 ml	Ampule	8,000	47.80	382,363.20
119	L-Asparaginaze	10000UI	Flakon	40	9,523.68	380,947.04
120	Dobutamine hydrochloride	250 mg - 20 ml	Flakon	450	844.56	380,052.00
121	Haloperidol	5 mg/ 1 ml	Ampule	8,000	47.09	376,694.32
122	Somatostatine	3 mg	Flakon	200	1,742.94	348,588.00
123	Methacoline Chloride	30 - mg	Flakon	75	4,371.22	327,841.78
124	Mesna	400 mg	Flakon	2,100	154.35	324,125.81
125	Amiodaron	150 mg/3ml	Ampule	4,000	72.94	291,777.12
126	Atorvastatine	20 mg	Tablete	38,000	7.55	286,746.48
127	Aciclovir	250 mg	Ampule	1,000	283.61	283,607.83
128	Insuline Aspart	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	300	920.61	276,182.14
129	Spironolactone	25 mg	Tablete	35,000	7.56	264,600.00
130	Enoximone	100mg/20ml	Flakon	150	1,641.88	246,282.12
131	Ciprofloxacin	500 mg	Tablete	28,000	8.44	236,406.54
132	Peptide	Proteolytic peptid fraction derivate from protein of porcine brain- 215.2 mg/ml-10ml	Ampule	300	784.78	235,433.95
133	Propafenon	35 mg-10 ml	Ampule	3,000	75.78	227,340.00
134	Prednisolone	5mg	Tablete	7,500	30.18	226,378.80

135	Sulphadiazini argenticum	1%/50 gram	Tubet	900	246.60	221,936.69
136	Vinblastine	1mg/ ml- 10 ml	Flakon	200	1,108.28	221,656.00
137	Meglumine antimonate	1,5 gr	Ampule	1,000	207.04	207,036.00
138	Cisatracurium	2mg/ml	Ampule	600	342.55	205,532.64
139	Amidotrizoic acid, Meglumine salt + Sodium amidotrizoate (corresp. 37 g Iodine) -76 %	100ml	Flakon	200	980.97	196,194.96
140	Insuline Detemir	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	130	1,474.48	191,682.48
141	Prometazine	2.5%/2 ml	Ampule	3,500	52.92	185,220.00
142	Ketamine	50mg/ml	Ampule	250	738.16	184,540.00
143	Digoxin	0.25 mg	Tablete	7,000	24.84	173,880.00
144	Acetylsalicylic acid	100 mg	Tablete	45,000	3.72	167,427.00
145	Naltrexone	50 mg	Tablete	600	271.78	163,068.00
146	Ketoprofen sale di lisina	160 mg/2ml	Ampule	1,700	95.48	162,316.00
147	Ketorolac Tromethamine	30 mg/ml -1 ml	Ampule	2,000	81.03	162,054.59
148	Thioguanina	40 mg	Tablete	1,000	159.54	159,540.60
149	Insuline Izofane	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	280	564.74	158,127.10
150	HYOSCINE BUTYLBROMIDE	20 mg - 1ml	Ampule	6,500	23.86	155,072.50
151	Flumazenil	0.1%/ml	Ampule	50	3,057.17	152,858.50
152	Insuline Aspart Protamine	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	160	920.61	147,297.14
153	Nebivolol	5mg	Tablete	11,500	12.63	145,209.42
154	Noradrenaline	4mg/4ml	Ampule	1,600	90.00	144,000.00
155	Ibuprofen	100mg/5ml- 100ml	Flakon	800	178.69	142,950.67
156	Methotrexat	50 mg/5ml	Ampule	1,000	141.73	141,725.43
157	Fluvastatine	80 mg	Tablete	6,000	23.50	141,001.65
158	Lorazepam	2.5 mg	Tablete	24,000	5.81	139,449.34
159	Sulfomethoxazol + Trimethoprim	800mg + 160mg	Tablete	20,000	6.67	133,311.96
160	AKTINOMYCIN-D	0.5mg	Flakon	240	554.81	133,155.50
161	Betamethasone	0,1% - 15 g	Tubet	1,500	86.40	129,600.00
162	Olmesartan	20 mg	Tablete	7,000	18.14	127,008.00
163	Meloxicam	15mg/1,5ml	Ampule	1,600	76.47	122,345.16
164	Pentoxiphiline	100 mg/5ml	Ampule	750	160.65	120,490.20
165	Simvastatine	40 mg	Tablete	14,000	8.55	119,729.23
166	Hydrochlorothiazide	25 mg	Tablete	30,000	3.78	113,400.00
167	Adenosine triphosphat	3mg/ml	Flakon	500	226.38	113,189.40
168	Insuline mikste 25/75 (Human)	100UI/ML	Shiringe e p.pergatitur	200	564.74	112,947.93
169	Torasemide	10,631mg/2ml	Ampule	1,500	74.55	111,831.13
170	Tretinoin	10mg	Tablete	300	367.43	110,228.04
171	Nitrendipine	20 mg	Tablete	6,000	18.11	108,661.82
172	Carvedilol	25 mg	Tablete	14,000	7.56	105,840.00

173	Phenobarbital	10%-2 ml	Ampule	2,000	52.92	105,840.00
174	Escitalopram	20 mg	Tablete	3,000	33.85	101,547.06
175	Valproic acid + sodium valproate	145 mg+333 mg	Tablete	6,000	16.30	97,795.64
176	Ketoconazol	20mg/g - 30gr	Tubet	150	638.39	95,758.23
177	Atovaquone +Proguanil	250 mg+100 mg	Tablete	200	475.20	95,039.60
178	Indometacine	100 mg	Supost	4,500	20.52	92,340.00
179	Isosorbide mononitrate	40 mg	Tablete	14,000	6.49	90,853.36
180	Omeprazol	20 mg	Tablete	8,000	11.32	90,551.52
181	Furosemide	40 mg	Tablete	23,000	3.92	90,249.68
182	Serum antitetanik (SAT)	1500 UI	Ampule	600	138.34	83,004.00
183	Citalopram	40mg/ml	Flakon	110	709.32	78,025.23
184	Olanzapine	10 mg	Tablete	8,000	9.36	74,880.00
185	Ferrous sulphate	80mg	Tablete	8,000	9.18	73,469.70
186	Flecainide	10mg/ml	Flakon	80	915.34	73,227.20
187	Ephedrine hydrochloride	50mg/ml	Ampule	700	96.54	67,578.00
188	Acenocoumarol	4mg	Tablete	7,000	9.55	66,878.17
189	Fluvoxamine	100 mg	Tablete	1,600	40.25	64,392.19
190	Methyldopa	250 mg	Tablete	7,500	8.46	63,450.00
191	Atenolol	100 mg	Tablete	25,000	2.52	63,000.00
192	Fluconazole	150 mg	Flakon	300	200.81	60,243.00
193	Propafenon	150 mg	Tablete	6,500	9.07	58,968.00
194	Piracetam	1 g/ 5 ml	Ampule	250	227.34	56,835.00
195	Moxonidine	0.4 mg	Tablete	1,500	35.21	52,821.72
196	Hydrocortisone sodium succinate	100 mg	Flakon	300	172.03	51,609.96
197	Amantadine	100 mg	Tablete	2,700	19.08	51,516.00
198	Mefloquine	250 mg	Tablete	100	497.95	49,795.00
199	Ferro polimaltosado	357 mg/ 5ml	Flakon	600	74.38	44,628.00
200	Topotecan	4 mg	Flakon	5	8,843.67	44,218.33
201	Amiodaron	200 mg	Tablete	5,000	8.82	44,100.00
202	Isoprenaline	0.2 mg - 1 ml	Ampule	450	96.99	43,645.50
203	Ushqim parenteral total	500 ml	Flakon	150	288.26	43,238.35
204	Paracetamol	500 mg	Tablete	18,000	2.32	41,698.80
205	Paracetamol	120mg/5ml-100ml	Flakon	390	105.64	41,200.94
206	Lipaze+amilaze+protease	10000 NJ.N	Tablete	3,000	13.40	40,204.87
207	Verapamil	5mg/2ml	Ampule	650	60.06	39,039.00
208	Metoprolol	100 mg	Tablete	14,000	2.70	37,800.00
209	Metformine	850 mg	Tablete	18,000	2.05	36,936.00
210	Methadone HCL	1 %/ml	Ampule	50	727.60	36,380.00
211	Ibuprofen	200 mg	Tablete	9,000	3.77	33,956.82
212	Vitamine C (Acid ascorbic)	100 mg	Tablete	13,000	2.59	33,696.00
213	Benzatin penicillin	1.2 milion UI	Flakon	250	134.78	33,695.89
214	Enalapril	20 mg	Tablete	15,000	2.16	32,400.00
215	Diazepam	5 mg	Tablete	18,000	1.80	32,400.00

216	Bupivacaine	5mg/ml -20ml	Flakon	100	324.00	32,400.00
217	Methylprednisolone	4mg	Tablete	5,000	6.32	31,592.42
218	Verapamil hydrochloride	80 mg	Tablete	11,000	2.86	31,482.00
219	Metformine	1000 mg	Tablete	5,000	5.94	29,700.00
220	Tobramycine + Dexamethasone	(3mg+1mg)/ml	Flakon	100	291.27	29,127.41
221	Valsartan	80 mg	Tablete	5,000	5.76	28,800.00
222	Vitamine B1 (Thiamine Hydrochloride)	10 mg	Tablete	11,000	2.61	28,710.00
223	Methylprednisolone	40 mg	Flakon	300	94.93	28,479.89
224	Acid folic	5mg	Tablete	7,000	3.98	27,825.00
225	Sulfomethoxazol + Trimethoprim	480 mg	Tablete	4,500	6.01	27,030.00
226	Naproxen	500 mg	Tablete	1,500	17.96	26,939.08
227	Vitamine B 6 (Pyridoxine Hydrochloride)	25 mg	Tablete	10,000	2.61	26,100.00
228	Mercaptopurine	50 mg	Tablete	500	49.77	24,883.50
229	Bisoprolol	10 mg	Tablete	5,000	4.54	22,680.00
230	Lisinopril	20 mg	Tablete	1,000	22.33	22,325.42
231	Indometacine	0.5% gtt opht	Flakon	40	545.59	21,823.60
232	Vitamine B12 (Cyanocobalamine)	500 mcg -1 ml	Ampule	400	53.00	21,200.00
233	Serum antirabik	1000 UI	Flakon	20	956.49	19,129.80
234	Amisulpride	400 mg	Tablete	250	71.08	17,770.74
235	Gabapentine	300 mg	Kapsule	1,100	15.09	16,601.11
236	Isosorbide Dinitrate	10 mg	Tablete	5,500	2.97	16,335.00
237	Sulfomethoxazol + Trimethoprim	240mg/5ml 100 ml	Flakon	100	163.24	16,324.00
238	Loratadine	10 mg	Tablete	4,000	4.05	16,186.10
239	Octreotide	0.05mg/ml	Ampule	30	532.14	15,964.23
240	Metoprolol	50 mg	Tablete	2,500	6.04	15,091.92
241	Petidine	5%-2ml	Ampule	100	150.92	15,091.92
242	Salbutamol	2mg/5ml -150 ml	Flakon	120	120.96	14,515.20
243	Triamteren + hydrochlortiazid	50 mg+25 mg	Tablete	1,200	12.07	14,488.24
244	Naloxone	2 mg/ml	Ampule	50	287.54	14,377.00
245	Procarbazine	50 mg	Tablete	600	23.59	14,154.00
246	Rifampicine	300 mg	Tablete	1,000	13.33	13,331.20
247	Rifampicine+ isoniazid	150 mg+100 mg	Tablete	1,000	12.88	12,879.00
248	Ciprofloxacin	0.3%/5 ml	Flakon	50	253.54	12,677.21
249	Dexamethasone + Neomycin	(0.1%+0.5%)/5ml	Flakon	60	194.40	11,664.00
250	Flecainide	100 mg	Tablete	400	28.29	11,314.08
251	Propanolol	40 MG	Tablete	2,500	4.50	11,250.00
252	Digoxin	0.1% /ml	Ampule	180	59.38	10,688.70
253	Lanatoside C	0.02% - 2 ml	Ampule	200	52.92	10,584.00
254	Dexamethasone + Neomycin	Ung oftalmik 3.5 gram	Tubet	70	137.16	9,601.20

255	Amlodipine	10 mg	Tablete	4,000	2.16	8,640.00
256	Lamotrigine	50 mg	Tablete	300	28.27	8,479.82
257	Chlorpromazine	50mg/2ml	Ampule	150	54.00	8,100.00
258	Salbutamol aerosol	20 ml	Flakon	20	398.43	7,968.53
259	Acatazolid	250 mg	Tablete	300	25.90	7,769.52
260	Lercanidipine	10 mg	Tablete	560	13.61	7,620.48
261	Biperidine Hydrochloride	5mg/ml	Ampule	70	88.29	6,180.30
262	Clonazepam	2 mg	Tablete	1,200	5.03	6,036.77
263	Paracetamol	250 mg	Supost	500	10.56	5,282.17
264	Paracetamol	100 mg	Supost	500	10.26	5,130.00
265	Losartan	100 mg	Tablete	300	17.09	5,125.86
266	Gonadotropin corionike humane (hCG)	1000 UI ose 1500 UI	Ampule	10	490.51	4,905.10
267	Caffeine sodium benzoate	20%-1ml	Ampule	100	48.60	4,860.00
268	Pyrozinamid	500 mg	Tablete	1,000	4.76	4,759.40
269	Zaleplon	10 mg	Tablete	100	46.07	4,607.00
270	Acetylsalicylic acid	500 mg	Tablete	2,000	2.29	4,579.20
271	Venlafaxine	75 mg	Tablete	180	25.15	4,527.58
272	Carbamazepine	200 mg	Tablete	1,800	2.34	4,212.00
273	L-carnitine	1gr/10ml	Flakon	100	41.75	4,175.03
274	Biperidine Hydrochloride	2 mg	Tablete	700	5.11	3,577.00
275	Paracetamol	125 mg	Supost	500	6.94	3,471.14
276	Ethambutol	400 mg	Tablete	400	8.06	3,222.40
277	Warfarin sodium	3mg	Tablete	4,000	0.69	2,750.88
278	Oxytocine	10UI / ml	Ampule	70	28.52	1,996.66
279	Lithium carbonicum	250 mg	Tablete	300	6.14	1,841.21
280	Glibenclamide	5mg	Tablete	900	1.84	1,652.40

Tabela 4.16. Barnat kemioterapeutike zënë rreth 40 % të shpenzimeve për barnat për vitin 2015

Nr	Principi aktiv	Forme/doza	Njesia	Sasia totale	Cmimi/njesi 2015	Vlera Totale
1	Adalimumab	40 mg	Shiringe e p.pergatitur	220	81,324.00	17,891,280.00
2	AKTINOMYCIN-D	0.5mg	Flakon	240	554.81	133,155.50
3	Azathioprine	50 mg	Tablete	0	17.77	0.00
4	Bevacizumab	400mg/16ml	Flakon	144	145,838.84	21,000,793.03
5	Bleomycine	15 mg	Flakon	300	5,011.72	1,503,516.72
6	Bortezomib	3,5 mg	Flakon	320	119,897.81	38,367,300.59
7	Carboplatine	150mg	Flakon	2,100	3,580.11	7,518,225.75

8	Cisplatin	50mg	Flakon	1,700	785.06	1,334,600.84
9	Cyclophosphamid	500 mg	Flakon	3,500	869.49	3,043,215.80
10	Cytarabine	100 mg	Flakon	1,300	355.47	462,115.06
11	Dacarbasine	100 mg	Flakon	2,700	955.33	2,579,377.50
12	Daunorubicina	20 mg	Flakon	0	2,021.75	0.00
13	Docetaxel	80 mg	Flakon	1,900	4,888.11	9,287,399.88
14	Doxorubicine	50 mg	Flakon	5,200	1,902.55	9,893,274.59
15	Epirubicin hydrochloride	2mg/ml-5ml	Flakon	1,100	591.97	651,164.36
16	Erlotinib	150mg	Tablete	800	7,567.48	6,053,982.48
17	Etanercept	25 mg	Shiringe e p.pergatitur	500	15,301.99	7,650,995.57
18	Etanercept	50 mg	Shiringe e p.pergatitur	1,835	30,756.92	56,438,949.53
19	Etoposid	100 mg	Flakon	1,100	592.50	651,747.36
20	Everolimus	10 mg	Tablete	220	14,792.69	3,254,391.82
21	Filgrastim	300mg/0.5ml	Shiringe e p.pergatitur	1,900	3,936.89	7,480,083.12
22	Fluorouracil	50mg/10ml	Ampule	1,700	404.61	687,837.00
23	Folinic acid	50 mg/5ml	Ampule	1,700	405.87	689,972.86
24	Gemcitabine	200mg	Flakon	1,200	1,096.83	1,316,197.87
25	Gemcitabine	1gr	Flakon	2,100	4,147.48	8,709,714.72
26	Gosereline	10.8 mg	Shiringe e p.pergatitur	180	30,109.25	5,419,664.42
27	Hydroxiurea	500 mg	Tablete	0	75.54	0.00
28	Ifosfamid	1 gr	Flakon	1,000	3,435.00	3,435,004.84
29	Imatinib	100 mg	Tablete	0	386.36	0.00
30	Infliximab	100 mg	Ampule	40	111,085.35	4,443,414.00
31	Irinotecan	100mg	Flakon	370	5,924.98	2,192,241.12
32	Lapatinib	250 mg	Tablete	0	1,872.57	0.00
33	L-Asparaginaze	10000UI	Flakon	40	9,523.68	380,947.04
34	Lomustine	40 mg	Tablete	0	2,517.93	0.00
35	Melphalan	2 mg	Tablete	700	0.00	0.00
36	Mercaptopurine	50 mg	Tablete	500	49.77	24,883.50
37	Mesna	400 mg	Flakon	2,100	154.35	324,125.81
38	Methotrexat	50 mg/5ml	Ampule	1,000	141.73	141,725.43
39	Mitoxantron	20mg	Flakon	45	12,312.80	554,076.14
40	Oxaliplatin	5mg/ml-20ml	Flakon	1,300	4,147.48	5,391,728.16

41	Paclitaxel	100 mg	Flakon	1,200	9,438.59	11,326,312.23
42	Pemetrexed	500 mg	Flakon	18	205,279.11	3,695,023.98
43	Procarbazine	50 mg	Tablete	600	23.59	14,154.00
44	Retepase	10 UI	Flakon	53	47,251.68	2,504,339.23
45	Rituximab	100mg/10ml	Flakon	120	29,564.15	3,547,697.88
46	Rituximab	500 mg/50ml	Flakon	320	145,986.96	46,715,828.77
47	Sorafenib	200 mg	Tablete	5,000	4,475.02	22,375,102.13
48	Sunitinib	50 mg	Tablete	2,282	20,468.15	46,708,311.46
49	Temozolomide	100 mg	Tablete	350	2,473.32	865,662.69
50	Temozolomide	250 mg	Tablete	350	6,063.38	2,122,184.20
51	Thioguanina	40 mg	Tablete	1,000	159.54	159,540.60
52	Topotecan	4 mg	Flakon	5	8,843.67	44,218.33
53	Trastuzumab	150 mg	Flakon	2,300	71,732.20	164,984,067.33
54	Vinblastine	1mg/ ml- 10 ml	Flakon	200	1,108.28	221,656.00
55	Vincristine	1 mg/ml	Flakon	3,000	418.66	1,255,978.41

- Gjatë vitit financiar 2016, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” ka pasur një buxhet total prej 6,259,639,230 lekë, i financuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në vlerën 85,441,230 lekë për sa i përket zërit të investimeve dhe nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në vlerën prej 6,174,198,000 lekë për zërat mallra dhe shërbime, paga dhe sigurime shoqërore. Buxheti i akorduar për zërin 602 është realizuar në masën 99.5 %, ndërsa buxheti i akorduar për zërin 600 dhe 601 në masën 97.6%.

- Shpenzimet për mallra dhe shërbime kanë përbërë rreth 67.13% të buxhetit total të QSUT, ndërsa pjesa tjetër prej 32.87 % kanë qënë shpenzime për paga dhe sigurime shoqërore e shëndetësore dhe investime, përkatësisht 27% paga dhe sigurime dhe 1.36% investime. Nëse do t’i referohemi zërit mallra dhe shpenzime vërejmë se pjesa kryesore e shpenzimeve të këtij zëri ka qënë e destinuar për blerjen e barnave dhe materialeve mjekësore. Shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore gjatë vitit 2016 përbënë rreth 59% të fondeve sipas zërit mallra dhe shpenzime (Artikulli 602) ose rreth 39.53 % të buxhetit total të QSUT.

Gjatë vitit 2016 në total në QSUT është konsumuar një sasi barnash dhe materialesh mjekësore që kap vlerën prej 2.851.636.522 lekë, sasi e cila është rreth 3% më shumë se sasia e konsumuar në vitin 2015.

Gjatë vitit 2016 vlen të theksohet se janë rritur konsumi i barnave të citostatikëve si dhe janë prokuruar dhe blerë barna për Stroke Unit dhe ERCP duke mundësuar një trajtim më efektiv në trajtimin e diagnozave të trajtuara në shërbimet e QSUT-së. (Burimi QSUT)

4.21 Informacion mbi barnat që përgatiten në kapë dhe që jepen me recetë

Barnat kemioterapeutike në QSUT përgatiten në kapë sipas Udhëzimit Nr. 382 dt. 01.12.2014 me Nr. Prot. QSUT 5262 dt. 01.12.2014 të Drejtorit të Përgjithshëm të QSUT.

Pas vendosjes se kapës janë formuluar 2 lista:

4.21.1 Lista e barnave që përgatiten në kapë

Tabela 4.17. Lista e barnave që përgatiten në kapë

Nr	Principi aktiv	Njesia
1	BEVACIZUMAB	Flakon
2	BLEOMYCIN	Flakon
3	CARBOPLATIN	Flakon
4	CISPLATIN	Flakon
5	CYCLOPHOSPHAMIDE	Flakon
6	Cytarabine	Flakon
7	OXALIPLATIN	Flakon
8	PACLITAXEL	Flakon
9	PEMETREXED	Flakon
10	Topotecan	Flakon
11	DOCETAXEL	Flakon
12	Asparaginaza	Flakon
13	Bortezomib	Flakon
14	DACARBASINE	Flakon
15	DOXORUBICIN	Flakon
16	EPIRUBICIN HYDROCHLORIDE	Flakon
17	ETOPOSIDE	Flakon
18	FLUOROURACIL	Ampule
19	GEMCITABINE	Flakon
20	IFOSFAMIDE	Flakon
21	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	Flakon
22	METHOTREXATE	Flakon
23	MITOXANTRONE	Flakon
24	RITUXIMAB	Flakon
25	TRASTUZUMAB	Flakon
26	VINBLASTINE	Flakon
27	VINCRISTINE SULPHATE	Flakon
28	ACTINOMYCIN - D	Flakon
29	DAUNORUBICINA	Flakon
30	FOLINIC ACID	Ampule
31	Mesna	Flakon
32	Idarubicin	Flakon
33	Vinorelbine	Flakon

4.21.2 Lista e barnave që jepen me recetë

Tabela 4.18. Lista e barnave që jepen me recetë

Nr	Principi aktiv	Njesia
1	TEMOZOLOMIDE	Kapsule
2	Lomustine	Kapsule
3	SUNITINIB	Kapsule
4	SORAFENIB	Tablete
5	EVEROLIMUS	Tablete
6	ERLOTINIB	Tablete
7	Filgrastim	Shiringe
8	Epoetine	Shiringe
9	ZOLEDRONIC ACID	Flakon
10	GOSERELIN ACETATE	Pene
11	MERCAPTOPURINE	Tablete
12	INTERFERON ALFA-2A	Shiringe
13	Interferon alfa - 2B	Shiringe
14	PEGINTERFERON alfa-2a	Shiringe
15	FAKTOR .VIII I KOAGULIMIT	UI
16	Coagulation Factor IX	UI
17	von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination	UI
18	RECOMBINANT COAGULATION FACTOR IX	UI
19	Recombinant Coagulation Factor VIII	UI
20	IMATINIB	Tablete
21	RIBAVIRIN	Tablete
22	Lapatinib	Tablete
23	Melphalan	Tablete
24	ADALIMUMAB	Shiringe
25	ETANERCEPT	Shiringe
26	Adefovir	Tablete
27	Infliximab	Flakon
28	PROCARBASINE	Tablete
29	OCTREOTIDE	Flakon
30	IBANDRONIC ACID	Shiringe
31	IMIGLUCERASE (Human Beta-glucocerebrosidase)	Flakon

4.22 Përfitimi ekonomik dhe klinik si rezultat i përgatitjes në kapë të kemioterapeutikëve

Duke qënë se shpenzimet për kemioterapeutikët përbëjnë rreth 40 % të shpenzimeve për barna spitalore, një pjesë e rëndësishme e studimit i kushtohet përllogaritjes së përfitimit ekonomik dhe terapeutik të barnave kemioterapeutikë, duke krahasuar periudhat para dhe pas përgatitjes në kapë të kemioterapeutikëve në QSUT, në Shërbimin e Hematologjisë dhe në Shërbimin e Onkologjisë në QSUT.

4.22.1 Llogaritjet e kostove dhe humbjeve të Bortezomib në Shërbimin e Hematologjisë para dhe pas përgatitjes në kapë

4.22.1.1 Kursimet në kosto si rezultat i ndarjes së flakoneve të Bortezomib në QSUT

4.22.1.2 Cfarë është Mieloma Multiple

Mieloma multiple është një neoplazi malinje e kockës, një lloj kanceri i formuar nga qelizat malinje të plazmociteve, të cilat janë një tip i qelizave të bardha të gjakut të cilat gjenden në indin spongios në qendër të kockës e cila quhet palcë. Quhet ndryshe edhe mieloma e plazmociteve ose sëmundja e Kahler`s. Origjina e emrit rrjedh nga gjuha Greke “*myelo*” që do të thotë palcë dhe “*oma*” që do të thotë tumor.

Sipas të dhënave të disponueshme mieloma multiple gjatë vitit 2015 ka prekur 488,000 persona në botë dhe ka shkaktuar 101,100 të vdekur.

Në SH.B.A incidenca është 6.5 persona në 100,000 persona / në vit dhe 0.7% e individëve preken gjatë jetës.

Kjo sëmundje ka një mortalitet prej 3.4 persona në 100,000 persona / në vit.

Sëmundja përgjithësisht shfaqet rreth moshës 61 vjeç dhe është më e zakonshme tek meshkujt sesa tek femrat.

Pa trajtim, jetëgjatësia mesatare është 7 muaj.

Me trajtimet aktuale, jetëgjatësia shkon 4 – 5 vjet.

Mieloma multiple trajtohet, por mbetet e pashërueshme.

Në varësi të rezultateve të analizave, testeve dhe kontroleve laboratorike dhe imazherike.

Stadi i sëmundjes përcakton kategorinë e riskut dhe agresivitetin e saj.

Stadi dhe risku i mielomës multiple i jep mjekut një tablo të prognozës dhe alternativave të trajtimit. (167, 168, 169, 170, 171)

4.22.1.3 Linjat e trajtimit

A. Trajtimi Farmakologjik

B. Trajtimi me Radioterapi

C. Trajtimi me procedura të ndryshme (si transplant i qelizave staminale)

A. Linjat e trajtimit Farmakologjik

1. Terapi e targetuar: **Bortezomib**, Carfilzomib

- Inhibitorët e proteazave janë barna target të cilat bllokojnë aktivitetin e një substance të qelizave të mielomës, e cila zbërthen proteinat dhe quhet proteazë. Këto proteina të cilat nuk zbërthehen, si pasojë e inhibimit të proteazave shkatërrojnë qelizat kanceroze.
- Të dy barnat administrohen I.V.

2. Terapia biologjike: Talidomid, Lenalomide, Pomalidomide

- Terapia biologjike përdor sisemin imunitar të organizmit për të luftuar qelizat e mielomës.
- Barnat e këtij grupi përforëcojnë qelizat e sistemit imunitar që të identifikojnë dhe të sulmojnë qelizat kanceroze.
- Të gjithë këto barna janë tableta dhe merren në rrugë orale.

3. Kemioterapi:

- Barnat kemioterapeutike “vrasin” qelizat që rriten shpejt duke përfshirë edhe qelizat e mielomës.
- Këto barna mund të administrohen në rrugë I.V ose mund të administrohen në rrugë orale, në formën e tabletave.
- **Doza të larta** të kemioterapeutikëve administrohen përpara transplantit të qelizave staminale (burimore).

4. Kortikosteroidet: Prednisone, Dexamethasone

- Kortikosteroidet e mësipërm shërbejnë si rregullatorë të sistemit tonë imunitar për të kontrolluar proceset inflamatorë në organizëm.
- Këto lëndë janë aktive edhe ndaj qelizave të mielomës.
- Kortikosteroidet mund të merren në rrugë orale në formën e tabletave ose mund të administrohen në rrugë I.V.

B. Radioterapia

- Ky trajtim përdor burime energjie, si rrezet X, për të dëmtuar qelizat e mielomës dhe për të ndërprerë rritjen e tyre.
- Radioterapia mund të përdoret për të zvogëluar qelizat e mielomës në zona specifike, për shembull kur një grup i qelizave abnormale të plazmës formojnë një tumor (plasmacytoma) që shkakton dhimbje ose shkatërron një kockë.

C. Linjat e trajtimit përmes procedurave të ndryshme (Transplanti i qelizave staminale)

- Transplanti i qelizave staminale është një procedurë për zëvendësimin e palcës kurrizore të sëmurë me palcë kurrizore të shëndetshme.
 - Përpara transplantit të qelizave staminale, qelizat staminale grumbullohen nga gjaku i pacientit dhe pacientit i administrohen doza të larta kemioterapeutikësh në mënyrë që të shkatërrohet palca kurrizore e sëmurë. Më pas qelizat staminale injektohen në organizëm dhe shkojnë drejt kockave duke filluar rindërtimin e palcës së kockave.
- Cila linjë trajtimi duhet të përzgjidhet?

Trajtimi i kombinuar do të jepet bazuar në kriterin nëse jeni kandidat ose jo për transplantin e qelizave staminale, e cila varion nga:

- Progresi i sëmundjes;
- Moshë;
- Gjendja shëndetësore në tërësi.

Nëse pacienti është kandidat për transplantin e qelizave staminale, terapia fillestare do të jetë kombinim i terapisë target, terapisë biologjike, kortikosteroidëve dhe në disa raste kemioterapisë.

Nëse pacienti nuk është kandidat për transplantin e qelizave staminale, terapia fillestare do të përfshijë kemioterapinë të kombinuar me kortikosteroidë dhe terapi target ose terapi biologjike.

4.22.1.4 Trajtimi i Mieloma multiple në QSUT “Nënë Tereza” Tiranë

Linja e trajtimit të Mieloma Multiple Stadi 1 & Stadi 2:

- Vincristine
- Doxorubicine
- Dexamethasone

Siç vërehet linja e përzgjedhur e trajtimit për Stadin e 1 dhe Stadin e 2 të Mieloma Multiple në QSUT është trajtimi i kombinuar me kemioterapeutikë dhe kortikosteroidë.

Linja e trajtimit të Mieloma Multiple Stadi 3:

- **Bortezomib**
- Dexamethasone

Linja e përzgjedhur e trajtimit për Stadin e 3 të Mieloma Multiple në QSUT është trajtimi i kombinuar me Inhibitorë të proteazave (terapia target) dhe kortikosteroidë.

Përgatitja e barnave antineoplazike në QSUT:

● Në këtë studim kemi përzgjedhur të krahasojmë koston ekonomike dhe përfitimet në vlerë financiare përpara dhe pas përdorimit të kapës për përgatitjen e barnave, të cilat përdoren për pacientët që trajtohen me Bortezomib në Shërbimin e Hematogjisë në QSUT “Nënë Tereza” Tiranë.

● Përgatitja e agjentëve antineoplazikë kryhet në kapën e cila ndodhet në Farmacinë e Spitalit të Sëmundjeve të Brendshme në QSUT nga personeli infermieror nën mbikqyrjen e farmacistëve spitalorë.

● Kapa për përgatitjen e agjentëve antineoplazikë është vendosur në Farmacinë e Spitalit të Sëmundjeve të Brendshme në fund të vitit 2015.

4.22.1.5 Periudha e studimit

⊕ Studimi është kryer në periudhën 01.01.2015 - 30.06.2015 (para përdorimit të kapës për përgatitjen e agjentëve antineoplazikë) dhe periudhën 01.01.2016 - 30.06.2016 (duke përdorur kapën për përgatitjen e agjentëve antineoplazikë).

4.22.1.6 Kriteret e studimit

✚ Është vendosur të llogaritet reduktimi (në vlerë financiare) i kostos së trajtimit për 1 pacient, për një cikël trajtimi me barin Bortezomib. Krahasimi i kostos është bërë duke llogaritur vlerën para dhe pas vendosjes së kapës.

Tabela 4.19. Humbja në euro si rezultat e administrimit të barit Bortezomib para dhe pas përgatitjes në kapë

Periudha e studimit	Numri i pacientëve të trajtuar me bortezomib	Numri i flakoneve bortezomib të përdorur	Kosto e trajtimit për 1 pacient/cikël	Doza mesatare e bortezomib për 1 pacient/cikël	Humbja në mg për shkak të dozës në paketimin aktual	Humbja në numër flakonesh 3.5 mg bortezomib	Humbja e përlllogaritur në euro
01.01.2015-30.06.2015	179	179	873.36 €	2.59 mg	162.89 mg	46.54	40,646.17 €
01.01.2016-30.06.2016	258	191	646.55 €	2.59 mg	10.2 mg	2.91	2,541.47 €

4.22.1.7 Rezultatet

- Kosto mesatare e trajtimit për 1 pacient / cikël mjekimi me barin Bortezomib në periudhën 01.01.2015 – 30.06.2015 (përpara përgatitjes së barit në kapë)
~ **120,000 ALL**
- Kosto mesatare e trajtimit për 1 pacient / cikël mjekimi me barin Bortezomib në periudhën 01.01.2016 – 30.06.2016 (përpara përgatitjes së barit në kapë)
~ **89,140 ALL deri në ~ 78,860 ALL**
- Reduktimi i kostos së trajtimit për 1 pacient / cikël mjekimi në vlerë të kursyer në lekë
~ **30,860 ALL deri në ~ 41,140 ALL**

Si rezultat vërehet se ndarja e flakonit të Bortezomib ndërmjet pacientëve që kombinojnë infuzione të shumëfishta në të njëjtën ditë ka përmirësuar përvojën e pacientit duke rritur aksesin në terapi dhe duke ulur kohën e pritjes për trajtim. Kostot e barit janë zvogëluar me rreth 25.96% duke rezultuar në kursime të konsiderueshme dhe më shumë pacientë të trajtuar me të njëjtën sasi të flakoneve të përdorura të Bortezomib. Doza mesatare e kërkuar e bortezomib, është llogaritur të jetë 2.59 mg bazuar në dozën e barit prej 1.3 mg / m² dhe peshën mesatare të pacientëve të trajtuar. Si rezultat i zvogëlimit të kostos për shkak të ndarjes së

flakonit, janë administruar 62 përgatitje të individualizuara të Bortezomib më shumë në periudhën 01.01.2016–30.06.2016 për të njëjtin buxhet të alokuar.

Reduktimi i mbetjeve është një strategji tërheqëse për uljen e kostove sepse nuk kufizon përdorimin specifik të barnave dhe nuk ndikon në cilësinë e kujdesit. (176) Në vitet e fundit, ka patur shumë diskutime në lidhje me rritjen e çmimeve të trajtimeve onkologjike dhe cila vlerë është shumë. (177)

Ne besojmë se ky diskutim është edhe më i rëndësishëm në vendet në zhvillim, të tilla si Shqipëria, të cilat vuajnë pasojat e një buxheti historik dhe jo mjaftueshëm për shëndetësinë. Sa më sipër, mendojmë se studimi i mësipërm vlen për të vlerësuar se si mund të zvogëlohen kostot dhe të minimizohen mbetjet e barnave vetëm përmes ndarjes së flakoneve të Bortezomibit dhe terapisë së individualizuar.

4.22.1.8 Konkluzione

- Nga të dhënat e studimit rezultoi një ulje e kostos së trajtimit për 1 pacient / cikël mjekimi në vlerë të kursyer në lekë për barin Bortezomib nga 30,860 ALL – 41,140 ALL.
- Në përqindje reduktimi i kostos së trajtimit për 1 pacient / cikël mjekimi vlerësohet rreth 25.96%.
- Rezulton një rritje e efikasitetit të përdorimit të burimeve financiare në dispozicion.
- Rezulton përmirësim i shërbimit ndaj pacientëve të cilët trajtohen në QSUT (në Shërbimin e Hematologjisë).

4.22.1.9 Diskutimi i rezultateve

Zbatimi racional i terapisë së individualizuar bazuar në sipërfaqen e trupit mund të rezultojë në një ulje thelbësore të shpenzimeve për barnat kemioterapeutike (172, 173) përfshirë Bortezomib. Mbetjet e barnave mund të vlerësohen si përdorimi i papërshtatshëm i ampulave, flakoneve ose shiringave të barnave të papërdorura ose pjesërisht të përdorura. (174)

Nga studimet e mëparshme ka rezultuar se mungesa e efikasitetit të përdorimit të barit dhe prodhimit të mbetjeve mund të çojë në humbje ekonomike, megjithëse përvojat janë të kufizuara dhe shumica e studimeve datojnë ose përqëndrohen në zona të tjera terapeutike. (174, 175)

Zvogëlimi i mbetjeve është një strategji tërheqëse për uljen e kostove sepse as nuk kufizon përdorimin specifik të barnave dhe as nuk ndikon në cilësinë e kujdesit. (176)

4.22.10 Përfitimi ekonomik para dhe pas përgatitjes në kapë në Shërbimin e Hematologjisë në QSUT të disa kemioterapeutikëve

Tabela 4.20. Disa kemioterapeutikë të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë në QSUT në periudhën 01.2016 – 06.2016

Principi aktiv	Përmbajtja në flakon (në mg)	Çmimi në €
Doxorubicin	50	12.55
Vincristine	1	2.99
Cyclophosphamide	500	6.49
Cytarabine	100	2.51
Bleomycin	15	12.14

Tabela 4.21. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të disa kemioterapeutikëve të përgatitur në kapë për Shërbimin e Hematologjisë në QSUT

Principi aktiv	Përmbajtja në flakon (në mg)	Çmimi në €	Sasia në fl (01.2016-06.2016)	Përfitimi në fl kapë vs pa kapë	Përfitimi në € kapë (01.2016-06.2016 vs pa kapë (01.2015-06.2015)
Doxorubicin	50	12.55	350	161.84	2031.092
Vincristine	1	2.99	719	67.98	203.2602
Cyclophosphamide	500	6.49	326	3	19.47
Cytarabine	100	2.51	179	1	2.51
Bleomycin	15	12.14	19	0	0
Total			1,593	233.82	2256.3322

Tabela 4.22. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Doxorubicinës të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë

Periudha	Principi aktiv	Sasia në flakon	Mbetje në mg në kapë	Mbetje në fl në kapë	Mbetje në mg pa kapë	Mbetje në fl në kapë	Çmimi/njësi	Përfitim i në fl kapë vs pa kapë	Përfitimi në € kapë vs pa kapë
1.2016	Doxorubicin	84	413	8.26	2257	45.14	12.55	36.88	462.844
2.2016	Doxorubicin	80	491	10.82	2291	45.82	12.55	35	439.25
3.2016	Doxorubicin	53	355	7.1	1305	26.1	12.55	19	238.45
4.2016	Doxorubicin	36	185	3.7	1085	21.66	12.55	17.96	225.398
5.2016	Doxorubicin	39	446	8.92	1646	32.92	12.55	24	301.2
6.2016	Doxorubicin	58	411	8.22	1861	37.22	12.55	29	363.95
Total		350						161.84	2031.092

Tabela 4.23. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Vincristinës të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë

Periudha	Principi aktiv	Sasia në flakon	Mbetje në mg në kapë	Mbetje në fl në kapë	Mbetje në mg pa kapë	Mbetje në fl në kapë	Çmimi/njësi	Përfitim i në fl kapë vs pa kapë	Përfitimi në € kapë vs pa kapë
1.2016	Vincristine	160	7.5	7.5	22.2	22.2	2.99	14.7	43.953
2.2016	Vincristine	161	10	10	21	21	2.99	11	32.89
3.2016	Vincristine	126	8	8	20.28	20.28	2.99	12.28	36.7172
4.2016	Vincristine	48	3.6	3.6	4.6	4.6	2.99	1	2.99
5.2016	Vincristine	72	3.6	3.6	14.6	14.6	2.99	11	32.89
6.2016	Vincristine	152	7.1	7.1	25.1	25.1	2.99	18	53.82
Total		719						67.98	203.2602

Tabela 4.24. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Cyclophosphamide të përgatitur në kapë në Shërbimin e Hematologjisë

Periudha	Principi aktiv	Sasia në flakon	Mbetje në mg në kapë	Mbetje në fl në kapë	Mbetje në mg pa kapë	Mbetje në fl në kapë	Çmimi/njësi	Përfitim i në fl kapë vs pa kapë	Përfitim i në € kapë vs pa kapë
1.2016	Cyclophosphamide	0	0	0	0	0	6.49	0	0
2.2016	Cyclophosphamide	0	0	0	0	0	6.49	0	0
3.2016	Cyclophosphamide	23	250	0.5	250	0.5	6.49	0	0
4.2016	Cyclophosphamide	145	1600	2.8	1600	2.8	6.49	0	0
5.2016	Cyclophosphamide	125	0	0	1500	3	6.49	3	19.47
6.2016	Cyclophosphamide	33	550	1.1	550	1.1	6.49	0	0
Total		326						3	19.47

4.23 Lista e kemioterapeutikëve të përfshirë në studim të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë për periudhën 10.2014 – 04.2015

4.23.1 Metodologjia

Në studimin e Shkoza et al. (178) janë mbledhur të dhënat për një periudhë gjashtë mujore (Tetor 2014 - Prill 2015), nga Spitali Ditor dhe Reparti i Kemioterapisë i Shërbimit të Onkologjisë, në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë, Shqipëri ku mund të gjenden të dhëna për pacientin, numri i pacientit, diagnoza dhe regjimet e kemioterapisë. Në mënyrë që të mbrohet privatësia e pacientit, të dhënat personale të pacientit nuk janë treguar. Si material studimi, janë përdorur kartelat e pacientëve dhe recetat mjekësore të barnave të përzgjedhura. (178)

Tabela 4.25. Disa kemioterapeutikë të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë në QSUT në periudhën 10.2014 – 04.2015

Principi aktiv	Përmbajtja në flakon (në mg)	Çmimi në €
Trastuzumab	150	512.35
Bevacizumab	400	1,041.70
Docetaxel	80	29.10
Rituximab	500	1,042.76
Doxorubicin	50	12.92
Cisplatin	50	5.60
Gemcitabin	1000	22.07

Tabela 4.26. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Doxorubicinës të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë

Reparti i Kemioterapisë	Sasia e barit e përdorur gjatë një cikli	Numri i pacientëve	Sasia e barit e kursyer në 6 muaj	Përftimi ekonomik (€)
	30 mg	1	120 ose 2.4 fl.	30.36
	40 mg	7	420 mg ose 8.4 fl.	108.52
	45 mg	3	90 mg ose 1.8 fl.	23.26
	50 mg	25	0 mg ose 0 fl.	0.00
	60 mg	1	240 mg ose 4.8 fl.	60.72
	65 mg	1	0 mg ose 0 fl.	0.00
	70 mg	5	900 mg ose 6 fl.	77.52
	75 mg	6	900 mg ose 6 fl.	77.52
	80 mg	56	6720 mg ose 134.4 fl.	1,700.16
	85 mg	5	450 mg ose 4 fl.	113.85
	90 mg	21	540 mg ose 3.6 fl.	46.51
	95 mg	1	30 mg ose 0.6 fl.	17.59
Spitali ditor	30 mg	0	0 mg ose 0 fl.	0.00
	40 mg	2	120 mg ose 2.4 fl.	30.36
	45 mg	0	0 mg ose 0 fl.	0.00
	50 mg	2	0 mg ose 0 fl.	0.00
	60 mg	0	0 mg ose 0 fl.	0.00
	70 mg	2	360 mg ose 7.2 fl.	93.02
	75 mg	0	0 mg ose 0 fl.	0.00
	80 mg	8	960 mg ose 6.4 fl.	242.88
	85 mg	2	180 mg ose 3.6 fl.	45.54
	90 mg	39	2340 mg ose 15.6 fl.	592.02
	95 mg	2	60 mg ose 1.2 fl.	15.18
	100 mg	122	0 mg ose 0 fl.	0.00
	110 mg	0	0 mg ose 0 fl.	0.00
	Kursimet totale të Doxorubicine		213.2 fl	2,754.54

Tabela 4.27. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të Trastuzumab të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë

Reparti i Kemioterapisë	Sasia e barit e përdorur gjatë një cikli	Numri i pacientëve	Sasia e barit e kursyer në 6 muaj	Përftimi ekonomik (€)
	350 mg	3	1800 mg ose 12 fl.	6,148.20
	360 mg	3	1620 mg ose 10.8 fl.	5,533.38
	370 mg	2	960 mg ose 6.06 fl.	3,104.80
	380 mg	3	1260 mg ose 8.4 fl.	4,303.70
	390 mg	3	1080 mg ose 7.2 fl.	3,688.92
	400 mg	6	1800 mg ose 12 fl.	6,148.20
	470 mg	2	240 mg ose 1.6 fl.	819.76
	500 mg	4	1200 mg ose 8 fl.	4,098.80
	520 mg	1	420 mg ose 2.8 fl.	1,434.58
	540 mg	2	1080 mg ose 7.2 fl.	3,688.92
	550 mg	4	2400 mg ose 16 fl.	8,197.60
	560 mg	1	660 mg ose 4.4 fl.	2,254.34
	580 mg	4	3120 mg ose 20.8 fl.	10,656.88
	600 mg	9	0	0.00
	350 mg	1	600 mg ose 4 fl.	2,049.40
	370 mg	1	480 mg ose 3.2 fl.	1,639.52
Spitali ditor	372 mg	1	468 mg ose 3.12 fl.	1,598.53
	376 mg	1	444 mg ose 2.96 fl.	1,516.55
	380 mg	2	840 mg ose 5.6 fl.	2,869.16
	390 mg	1	360 mg ose 2.4 fl.	1,229.64
	400 mg	2	600 mg ose 4 fl.	2,049.40
	430 mg	2	240 mg ose 1.6 fl.	819.76
	444 mg	1	36 mg ose 0.24 fl.	122.96
	450 mg	15	0	0.00
	470 mg	1	780 mg ose 5.2 fl.	2,664.22
	480 mg	1	720 mg ose 4.8 fl.	2,459.28
	520 mg	1	480 mg ose 3.2 fl.	1,639.52
	550 mg	3	900 mg ose 6 fl.	3,074.10
	Kursimet totale të Trastuzumab		135.18	69,259.40

Tabela 4.28. Vlerësimi i përfitimit ekonomik të disa kemioterapeutikëve të përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë

Emërtimi xhenerik	Numri i pacientëve/cikleve për secilin bar	Numri i flakonëve të kursyer	Përfitimi ekonomik në €
Trastuzumab	942	135.18	69,259.40
Bevacizumab	78	9.31	9,698.22
Docetaxel	1,770	772.72	22,486.15
Rituximab	168	30.60	31,908.45
Doxorubicine	2,370	213.20	2,754.54
Cisplatin	1,080	105.36	590.01
Gemcitabine	750	257.70	5,687.43

4.23.2 Rezultate

Gjatë periudhës së studimit të Shkoza et al., janë marrë të dhënat e konsumit të flakoneve, numri i flakoneve të kursyer për secilin bar dhe janë treguar përfitimet terapeutike dhe / ose ekonomike. Kursimet totale për shtatë barna kanë rezultuar në vlerën rreth 135,000 euro, që përfaqëson 6.2 % të buxhetit të barnave kemioterapeutike për vitin 2015. (178)

4.23.3 Diskutimi i rezultateve

Përvoja konfirmon se si një politikë relativisht e thjeshtë e reduktimit të humbjes së barnave për shkak të një njësie të centralizuar të përpunimit të barnave kemioterapeutike, jep përfitime pasuese terapeutike dhe ekonomike, veçanërisht kur përdoret në qendra të mëdha spitalore. Njësia e centralizuar gjithashtu rrit gjurmueshmërinë e barnave nga përgatitja e tyre dhe deri tek pacienti. Rekomandohet që të shtrihet kjo qasje drejt Shërbimit Onkohematologjik Pediatric në QSUT dhe të fillojë një projekt centralizimi të paktën në tre qendra të tjera urbane kombëtare. (178)

KAPITULLI V

5.1 Diskutimi i rezultateve

- ❖ Bazuar në stokun e magazinave dhe të dhënat e gjeneruara nga sistemi i informatizimit të shërbimit farmaceutik rezulton se ka patur një rritje në vlerë të barnave dhe materialeve mjekësore të prokuruar (188) dhe një ulje të vazhdueshme dhe sinjifikative në vlerë dhe në përqindje të barnave dhe materialeve mjekësore të skaduara në QSU “Nënë Tereza” Tiranë për periudhën 2010-2015 dhe në vazhdim.
- ❖ Është evidentuar një rotacion më i mirë i stokut, i cili ka ardhur si rrjedhojë e përmirësimit të procedurave dhe dokumentacionit të prokurimit, kushteve kontraktuale me operatorët ekonomikë (grafiku dhe përqindjet e lëvrimit sipas afateve të kontratës dhe data e skadencës së barnave dhe materialeve të mjekimit në ditën e lëvrimit në QSUT), monitorimit të vazhdueshëm të stokut të barnave dhe materialeve mjekësore nga farmacistët spitalorë, informimit verbal dhe informimit shkresor të shërbimeve dhe po ashtu edhe MSHMS dhe spitaleve të tjera publike në rast evidentimi të qarkullimit të avashtë.
- ❖ Përgatitja dhe miratimi i rregullores dhe manualit të procedurave të Shërbimit Farmaceutik, të cilët kanë përcaktuar qartë detyrimet dhe përgjegjësitë e farmacistit spitalor në të gjitha nivelet e tij, që nga Shefi i Shërbimit Farmaceutik deri tek farmacisti i farmacisë periferike dhe procedurat e kontrollit, marrjes në dorëzim, hyrjes, daljes, kthimit dhe të gjithë dokumentacionin që mbahet dhe afatet e ruajtjes së dokumentacionit kanë ndikuar në rezultatet pozitive të vërejtura.
- ❖ Përgatitja e barnave kemioterapeutike në kapë ka sjellë përfitime ekonomike në vlerë monetare të kursyer dhe klinike në kryerjen e cikleve në kohë sipas protokolleve ndërkombëtare dhe rritjen e numrit të pacientëve që trajtohen me kemioterapeutikë me të njëjtën vlerë të shpenzuar. Vetëm për barin Bortezomib kemi ulje të kostos së llogaritur prej rreth 25.96% për pacient dhe 62 pacientë më shumë të trajtuar për të njëjtin buxhet të alokuar. Ndërkohë për kemioterapeutikët e përgatitur në kapë në Shërbimin e Onkologjisë për periudhën 10.2014-04.2015 përfitimi ekonomik është llogaritur rreth 135,000 euro, ku përfitimi ekonomik vetëm për barin Trastuzumab është 69,259.4 euro.

KAPITULLI VI

6.1 Përfundime

- ❖ Në rritjen e sasive të prokuruarra kanë ndikuar edhe politikat e qeverisë shqiptare në reduktimin e çmimeve CIF, veçanërisht prej vitit 2013 e në vazhdim dhe heqja e TVSH -së për barnat.
- ❖ Përqindja e barnave dhe materialeve mjekësore të skaduara është zvogëluar nga viti në vit. Vlera në përqindje varion nga rreth 5% në vitin 2012 dhe shkon rreth 0.8% të shpenzimeve totale në një vit financiar gjatë vitit 2015.
- ❖ Edhe pse pakujdesia e personelit mjekësor nuk përbën një faktor sinjifikativ lidhur me shpenzimet për barna dhe materiale mjekësore, ndërhyrjet e farmacistëve spitalorë në këtë fushë mund të kontribuojnë dukshëm në kursimin e parave. Prandaj, masa të veçanta kanë qënë rritja e pjesëmarrjes së farmacistëve në planifikimin, prokurimin dhe marrjen në dorëzim të barnave dhe materialeve mjekësore në QSUT.
- ❖ Gjatë periudhës 2010 – 2015 është vënë re rritja e roleve, funksioneve dhe detyrave të farmacistëve spitalorë duke filluar nga planifikimi, prokurimi, ndjekja e kontratave të furnizimit me barna dhe materiale mjekësore spitalore, marrja në dorëzim, ruajtja, shpërndarja, menaxhimi i burimeve financiare, buxhetit në dispozicion, si për barnat që shërbejnë për pacientët e hospitalizuar, po ashtu edhe për barnat pjesë e listës së barnave të rimbursuara që jepen në farmacitë e spitaleve.
- ❖ Farmacistët spitalorë janë përfshirë më shumë në proceset e përshkrimit të barnave dhe në kontrollin e përgatitjes së barnave në kapë, në shërbimet mjekësore ku aplikohet. Gjithashtu komunikimi ndërmjet personelit mjekësor dhe farmacistëve spitalorë është përmirësuar, çka ndikon në garantimin në kohë dhe cilësi të barnave dhe materialeve mjekësore tek pacientët duke patur fokus menaxhimin e inventarit dhe kontrollin e stokut.
- ❖ Përgatitja e barnave kemioterapeutike në kaptat e Shërbimit të Onkologjisë dhe Shërbimit të Hematologjisë ka ndikuar në përfitim ekonomik dhe mundësi për të prokuruar më shumë barna për të njëjtin buxhet të alokuar, çka është shumë e rëndësishme për vendet në zhvillim si Shqipëria dhe për buxhetet spitalore që vuajnë realitetin e buxhetit historik, pavarësisht nevojave në rritje. Nga ana tjetër terapia e individualizuar, përgatitur në kapë siguron respektimin e protokolleve ndërkombëtare të barnave, ulje të efekteve anësore dhe një numër më të madh pacientësh të trajtuar.
- ❖ Për fat të keq mungesa e protokolleve të miratuara të mjekimit për secilin bar spitalor, sjell përdorimin e alternativave të ndryshme të mjekimit për të njëjtën diagnozë shpeshherë pa kriterë të mirëfillta dhe pa evidencë të mjaftueshme shkencore, të cilat sjellin krijim të qarkullimit të avashtë dhe mospërdorim për disa barna dhe materiale mjekësore dhe nga ana tjetër nuk garanton dhe mund të çënojë shërbimin ndaj pacientëve.

KAPITULLI VII

7.1 Rekomandime

- ❖ Krijimi i Shërbimit Farmaceutik Spitalor Universitar në mënyrë që të mund të formohen farmacistë spitalorë me njohuritë dhe kompetencat e nevojshme profesionale.
- ❖ Profilizimi i farmacistit spitalor dhe krijimi i specialitetit të farmacistit klinik, specializim bashkëkohor për sigurimin e trajtimit të specializuar farmakologjik të pacientëve dhe bashkëpunim ndërmjet profesionistëve shëndetësorë spitalorë. Zhvillimi, rregullimi i aspektit akademik, përmirësimi i cilësisë së arsimimit dhe kualifikimeve të farmacistëve (arsimimi universitar, pasuniversitar, specializime) dhe shtimi i burimeve të kualifikimit, me fokus edukimin dhe profilizimin e farmacistëve spitalorë dhe farmacistëve klinikë. (187)
- ❖ Rishikim i kërkesave dhe rikontroll i stokut përmes inventarizimit periodik të magazinave të barnave dhe materialeve mjekësore.
- ❖ Përdorim i metodave FEFO dhe FIFO dhe analizave ABC dhe VED, të implementuara në sistemet e informatizimit të shërbimit farmaceutik në mënyrë që të garantohet rotacioni i stokut.
- ❖ Përförësim i metodave FEFO dhe FIFO, analizës ABC dhe VED përmes Proçedurave Standarte të Punës (SOP) të përshtatshme që duhet të implementohen në farmacitë spitalore për menaxhimin e inventarit dhe kontrollin e stokut.
- ❖ Krijim i Sistemit të Garantimit të Cilësisë në Shërbimin Farmaceutik të QSUT dhe hartimi i të gjithë SOP-ve. (SOP-të të hartuara bazuar në njohuritë dhe praktikat ndërkombëtare dhe duke marrë në konsideratë gjetjet e këtij studimi, gjenden në Shtojcën A - Proçedurat Standarte të Punës të këtij disertacioni, të propozuara për menaxhimin farmaceutik në Farmacinë Qëndrore të QSUT)
- ❖ Praktika më të mira të planifikimit vjetor bazuar mbi historikun e kërkesave të shërbimeve mjekësore për barna dhe materiale mjekësore, konsumin, nevojat, gjendjen, rotacionin e stokut, etj
- ❖ Kryerje e studimeve farmakoekonomike gjatë planifikimit të barnave dhe materialeve mjekësore me qëllim individualizimin e terapive farmakoekonomike dhe optimizimin e menaxhimit të burimeve financiare publike të alokuara.
- ❖ Përdorim i toolкитеve/programeve kompjuterike për planifikimin më të saktë të barnave dhe materialeve mjekësore.
- ❖ Komunikim i vazhdueshëm me shërbimet mjekësore për të identifikuar nevojat për barna dhe materiale mjekësore dhe për të informuar mbi alternativa trajtimi bazuar në stokun aktual për minimizimin në përqindje të skadencave.

- ❖ Rishikim periodik i nevojave për barna dhe materiale mjekësore me qarkullim të avashtë dhe / ose që nuk qarkullojnë aspak në shërbime.
- ❖ Miratim i protokolleve të mjekimit për secilin bar spitalor, të cilat ulin ndjeshëm përdorimin e shumë skemave të mjekimit njëkohësisht.
- ❖ Përmirësim i vazhdueshëm i sistemit të informatizimit me qëllim përfshirjen e protokolleve të miratuara të mjekimit për minimizimin e gabimeve mjekësore që lidhen veçanërisht me dozimin e kemioterapeutikëve dhe dozimin për moshat pediatrike.
- ❖ Vazhdim i përmirësimeve rregullative, ligjore dhe kontraktuale, të cilat garantojnë mirëmenaxhimin e burimeve financiare publike, transparencë për operatorët ekonomikë gjatë procedurave të prokurimit, vlerësimit dhe kontraktimit dhe siguri, cilësi dhe efikasitet për barnat dhe materialet mjekësore me të cilat do të trajtohen pacientët.
- ❖ Orientim dhe edukim i vazhdueshëm i stafit përse i përket përdorimit të sistemit të informatizimit të shërbimit farmaceutik. Stafi duhet të kontrollojë periodikisht stokun dhe sistemin dhe të printojë barnat dhe materialet mjekësore me qarkullim të avashtë në mënyrë që të merren masa preventive lidhur me skadencën e tyre.
- ❖ Krijim i një sistemi informatizimi farmaceutik të integruar në nivel kombëtar, online në të gjithë farmacitë e spitaleve publike, për një panoramë kombëtare të gjendjes së barnave dhe materialeve mjekësore, skadencave dhe për një menaxhim më të mirë të barnave dhe materialeve mjekësore në nivel kombëtar.
- ❖ Krijim i një strukture/njësie të centralizuar në QSUT, por edhe krijimi i strukturave/njësive të centralizuara në nivel të spitaleve rajonale, me personel të trajnuar për përgatitjen e terapive të individualizuara në kapë në mënyrë që të kemi një përfitim maksimal ekonomik dhe terapeutik dhe ulje të riskut për kontaminime gjatë përgatitjes.

SHTOJCA

Shtojca A

Procedurat Standarte të Punës të propozuara për menaxhimin farmaceutik në Farmacinë Qëndrore të QSUT, viti 2020

Garantimi i Cilësisë		
Procedurat Standarte të Punës		
për		
Menaxhimin farmaceutik në farmacinë qendrore të QSUT		
Tipi i dokumentit	Data e implementimit	
SOP		
	Firma	Data
Përgatitur nga		
Aprovuar nga		
Data e rishikimit të ardhshëm		

MISIONI

Furnizimet e prokuruarra për spitalin menaxhohen nga farmacia qendrore, funksioni kryesor i së cilës është të sigurojë marrjen, regjistrimin, magazinimin dhe daljen e duhur të barnave dhe materialeve mjekësore.

Këto Procedura Standarde Pune (SOP) përcaktojnë përgjegjësitë dhe proceset për aktivitetet e magazinimit në farmacinë qendrore të spitalit, nga marrja e furnizimeve të prokuruarra ose të dhuruara, deri në ruajtjen, përgatitjen dhe shpërndarjen e barnave dhe materialeve mjekësore nga farmacia qendrore në farmacitë satelitore ose klinikat.

Këto Procedura Standarde Pune (SOP) zbatohen për të gjithë stafin e përfshirë në aktivitetet e magazinimit në farmacinë qendrore të spitalit.

QËLLIMI I PROÇEDURAVE

Dokumenti paraqet Proçedurat Standarde të Punës të Sigurimit të Cilësisë për magazinimin dhe aktivitetet e menaxhimit farmaceutik të mëposhtme:

- SOP 1: Pritja & kontrolli i barnave dhe materialeve mjekësore në farmacinë qendrore
- SOP 2: Ruajtja e barnave dhe materialeve mjekësore në farmacinë qendrore
- SOP 3: Menaxhimi i zinxhirit të ftohtë
- SOP 4: Vlerësimi i situatës së stokut në farmacinë qendrore
- SOP 5: Inventari fizik në farmacinë qendrore
- SOP 6: Shpërndarja e barnave dhe materialeve mjekësore me datë skadence më të afërt
- SOP 7: Heqja e barnave dhe materialeve mjekësore të dëmtuara dhe të skaduara
- SOP 8: Përgatitja dhe shpërndarja nga farmacia qendrore drejt farmacive periferike

DOSJA E APLIKIMIT DHE RREGULLAT E MENAXHIMIT

Qëllimi i këtyre Proçedurave Standarde Pune (SOP) të Sigurimit të Cilësisë është të përshkruajnë procesin e sigurimit të cilësisë (SC), të vendosur nga spitali për të parandaluar ndonjë gabim dhe / ose për të trajtuar ndonjë problematikë që mund të ndodhë.

Kjo skedë është e njohur për të gjithë stafin që punon për farmacinë dhe mund të jetë në dispozicion sipas kërkesës për partnerë, furniture, etj.

RREGULLAT E MENAXHIMIT

Këto SOP të Sigurimit të Cilësisë janë zbatuar nga farmacistët në spital dhe mbikëqyren nga Farmacisti i Sigurimit të Cilësisë. Përditësimi i këtij skedari duhet të bëhet çdo vit dhe disa përditësime të ndërmjetme mund të kryhen në rast të ndryshimeve të mëdha.

MENAXHIMI I DOKUMENTEVE

Për secilin dokument, zyrtari i Kontrollit të cilësisë në farmacinë qendrore duhet të kontrollojë:

- Njohja dhe vlerësimi (emri dhe lloji i dokumentit, titulli, referenca, data e redaktimit dhe data e zbatimit)
- Proçesi i krijimit, kontrollit, vlerësimit, modifikimit, përditësimit, anulimit të këtyre dokumenteve.

Pas shpërndarjes dhe anulimit të këtyre dokumenteve është e rëndësishme të sigurohet që dokumenti i përditësuar të jetë ai që zbatohet në terren.

QËLLIMI I PROÇEDURAVE, DOSJA E APLIKIMIT DHE RREGULLAT E MENAXHIMIT	
QËLLIMI I PROÇEDURAVE	
RREGULLAT E MENAXHIMIT	
MENAXHIMI I DOKUMENTEVE	
SOP 1: Pritja & kontrolli i barnave dhe materialeve mjekësore në farmacinë qendrore	
SOP 2: Ruajtja e barnave dhe materialeve mjekësore në farmacinë qendrore	
SOP 3: Menaxhimi i zinxhirit të ftohtë	
SOP 4: Vlerësimi i situatës së stokut në farmacinë qendrore	
SOP 5: Inventari fizik në farmacinë qendrore	
SOP 6: Shpërndarja e barnave dhe materialeve mjekësore me datë skadence më të afërt	
SOP 7: Heqja e barnave dhe materialeve mjekësore të dëmtuara dhe të skaduara	
SOP 8 Përgatitja dhe shpërndarja nga farmacia qendrore drejt farmacive periferike	
Shtojcë 1: Udhëzime për verifikimin e dërgesave / paketimit / etiketimit	
Shtojcë 2: Linja guidë për ruajtjen	
Shtojcë 3: Kushtet kryesore të kontrollit të inventarit	
Shtojcë 4: Toolkite të propozuar për përllogaritjen e konsumit mesatar mujor dhe muajve të stokut	

Procedura Standarde e Punës (SOP) 1

SOP 1: Pritja & kontrolli i barnave dhe materialeve mjekësore në farmacinë qendrore

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Pritja e barnave dhe materialeve të tjera mjekësore

Përgjegjësitë/të plotësuara nga: Komisioni, farmacisti/farmacisti i magazinës

Qëllimi: Objektivi kryesor i pritjes është të sigurojë pajtueshmërinë e specifikimeve teknike dhe kërkesave financiare të produkteve të marra, në krahasim me kërkesën e pritur nga kontrata / porosia / fatura.

Kur duhet të kryhet: Në kohën e pritjes në farmacinë qendrore

Hapat dhe veprimet:

- Përgjegjësitë e pritjes

- Komisioni i ngritur me urdhër të Drejtorit të Përgjithshëm të spitalit
- 5 persona të përfshirë në komision:
 - o 4 farmacistë
 - o 1 ekonomist

- Inspektimet fizike të barnave dhe materialeve mjekësore të ardhura

1. Numëroni numrin e kartoneve, paketimeve / kutive / çantave të dorëzuara dhe veçoni kutitë e dëmtuara dhe të pambyllura nga kutitë e padëmtuara dhe të mbyllura.
2. Kontrolloni integritetin e dërgesës, paketimit dhe etiketimit (Shih Shtojcën 1: Udhëzues për verifikim)
 - o Inspektimi përfundon me plotësimin e "akt kolaudimit".
 - o Kontrolloni të gjitha kutitë për dëmtime. Kutitë e dëmtuara duhet të kontrollohen menjëherë dhe në prani të transportuesit.
3. Artikujt që nuk kaluan inspektimin:
 - o Komunikimi i gabimeve / mospërputhjes tek furnitori.
 - o Mirëkuptim i drejtpërdrejtë me furnitorin në kohën e pritjes për të rregulluar kthimin / zëvendësimin.
4. Plotësoni dhe nënshkruani akt kolaudimin:
 - o Nënshkruar nga farmacisti dhe komisioni

5. Nënshkruani faturën tatimore dhe dorëzojani transportuesit.

• Hyrja e mallrave në sistemin e informatizimit (SISP)

6. Verifikoni çmimin për njësi dhe saktësinë e faturës me të dhënat e kontratës

7. Të dhënat e futura në sistem: Emri (INN) / seria / forma farmaceutike/ doza / sasia / data e skadencës.

8. Afati i hedhjes së faturës në sistem: Maksimumi 5 ditë nga koha e pranimi të furnizimit dhe nënshkrimit të faturës tatimore

9. Printoni 3 kopje të fletë hyrjes të gjeneruar nga sistemi PENTAHO

10. Dërgoni të gjitha dokumentet e nevojshme në Financë për pagesë të shpejtë.

o Afati i fundit për tu dërguar në financë: maksimumi 1 javë nga koha e pranimi të furnizimit dhe nënshkrimit të faturës tatimore

o Afati i fundit i pagesës: 30 ditë nga data e faturës tatimore

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Procedura Standarde e Punës (SOP) 2

SOP 2: Ruajtja e barnave dhe materialeve mjekësore në farmacinë qëndrore

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Ruajtja e barnave dhe materialeve të tjera mjekësore

Përgjegjësitë / plotësuara nga: farmacist / farmacisti i magazinës

Qëllimi: Objektivi kryesor i ruajtjes është të mbrojë cilësinë dhe integritetin e paketimit, duke i bërë produktet të disponueshme për përdorim (të ketë stok të mjaftueshëm), të parandalojë humbjen si rezultat i dëmtimeve dhe vjedhjes, dhe të shmangë ndotjen dhe përkeqësimin e barnave dhe materialeve mjekësore nga mjedisi, stafi, metoda e pamjaftueshme e paketimit dhe pacientët (Shih Shtojcën 2: Udhëzimet dhe Shënimet e Ruajtjes).

Kur duhet të kryhet: Gjatë ruajtjes së barnave dhe materialeve mjekësore.

Hapat dhe veprimet:

1. Menjëherë pas marrjes dhe inspektimit. Të gjithë barnat dhe materialet mjekësore duhet të vendosen në vendet e tyre përkatëse të ruajtjes në të njëjtën ditë të marrjes në dorëzim të tyre.
 - o Sigurohuni që ambientet e magazinimit të jenë të pastra.
 - o Barnat dhe materialet mjekësore të ruhen në rafte ose në dollapë.
 - o Të gjitha barnat të ruhen në një rend të paracaktuar (alfabetikisht, për formë dozimi, për klasë terapeutike, etj).
 - o Të gjitha materialet mjekësore të ruhen në një rend të paracaktuar (alfabetikisht, sipas shërbimeve ku përdoren, etj).
 - o Mbroni paketimet e barnave dhe materialeve mjekësore nga dielli i drejtpërdrejtë.
2. Duhet të ketë një hapësirë të përcaktuar në depo për secilin bar dhe material mjekësor të planifikuar në planifikimin vjetor.
3. Të gjitha barnat dhe materialet mjekësore duhet të ruhen larg dyshemesë dhe në rreshta në mënyrë që dyshemeja të fshihet dhe të pastrohet. Barnat dhe materialet mjekësore që përdoren më shpesh duhet të vendosen afër derës ose aty ku mund të arrihen lehtë.
4. Ruani barnat dhe materialet mjekësore të rënda në pjesën e poshtme dhe më të lehtë në vende të larta.
5. Barnat me veprim të fuqishëm, helmet, reagentët, acidet dhe lëndët e rrezikshme, të djegshme dhe ato me veti gërruese duhet të izoloohen dhe të mbahen në zona të kufizuara për të qenë në përputhje me kërkesat e rekomanduara për ruajtje dhe gjithashtu për të parandaluar prishjen, ndotjen, shpërthimin e mundshëm të zjarrit dhe problematika të tjera që mund të ndodhin gjatë procedurave të ndryshme në magazinë.

6. Të gjithë artikujt duhet të ruhen sipas numrave të tyre të Lotit / Serisë në një mënyrë që do të lehtësojë daljen sipas metodave FIFO dhe FEFO (Shih SOP 5 “Dalja e barnave dhe materialeve mjekësore që kanë afat skadence më të afërt”).

7. Kartonët / kutitë duhet të shënohen sipas datës së pranuar; të organizuara mjeshtërisht, me barnat dhe materialet mjekësore më të vjetër në krye të rafteve, dhe ato të pranuar më së fundmi në pjesën e poshtme të rafteve. Etiketat duhet të shikojnë nga ana e djathtë, lart dhe jashtë për identifikim.

8. Listat e barnave dhe materialeve mjekësore që lëvizin ngadalë, skadojnë, janë vjetëruar dhe ato me data të skadencës nën gjashtë muaj duhet të krijohen çdo tre muaj dhe t'u dërgohen drejtuesve të institucionit, MSHMS dhe spitaleve të tjera, për veprime të përshtatshme.

o Kutitë me datën më të afërt të skadencës rreshtohen përpara në mënyrë që të përdoren më shpejt (Metoda FEFO).

9. Artikujt e zinxhirit të ftohtë duhet të jenë të organizuar mirë në dhomën e frigoriferike për të siguruar qarkullimin e ajrit; kutitë e hapura duhet të mbyllen menjëherë për të parandaluar ndotjen.

o Temperatura nuk duhet të kalojë 25°C (maksimumi 30°C). Të instalohet kondicionim ajri kur është e nevojshme.

o Siguroni ventilim adekuat.

o Monitoroni zinxhirin e ftohjes - mbani vaksinat dhe barnat ndërmjet temperaturave 2 dhe 8°C, mbron vaksinat e ndjeshme ndaj ngrirjes nga ngrirja, kontrolloni pajisjet, mbikëqyrni stafin, etj.

10. Zonat e magazinimit duhet të jenë të pastra nga pluhuri dhe dëmtuesit duke pastruar dhe spërkatur rregullisht.

11. Të gjitha vendet e magazinimit (dhoma frigoriferike, etj) duhet të jenë të mbyllura kur nuk mbikëqyren. Askush tjetër përveç stafit të autorizuar, ose sanitareve nuk duhet të lejohet brenda depove.

12. Lëvizja e barnave dhe materialeve mjekësore duhet të monitorohet nga afër (Minimumi i stokut dhe maksimumi i stokut) në sistem (SISP) për të parandaluar mungesat dhe tepricat dhe për të siguruar që ka mjaft stok në mjaftueshëm (Shiko SOP “Monitorimi i stokut”)

13. Furnizimet duhet të bëhen në kohë, bazuar në nivelet e stokut (Minimumi i stokut), niveli i sigurisë së stokut/ rezervat e stokut dhe modelet e konsumit.

14. Duhet të kryhen inventarë fizikë tremujorë dhe të përgatitet një raport për gjendjen në depo në fund të çdo tremujori për të përcaktuar efektivitetin e kontrollit fizik dhe sigurisë (Shiko SOP “Inventari Fizik”)

15. Inventarët fizikë vjetorë për të gjithë barnat dhe materialet mjekësore gjendje në magazinë duhet të kryhen për të përcaktuar inventarin përfundimtar të fundvitit (Shiko SOP “Inventari Fizik”)

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

SOP 3: Menaxhimi i zinxhirit të ftohtë

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Sigurohuni që një produkt mjekësor / diagnostikues të mbahet në kushtet e përshtatshme të ftohjes nga koha e prodhimit deri në kohën kur administrohet tek pacienti ose vihet në përdorim përfundimtar.

Përgjegjësitë / plotësuar nga: Oficeri i Sigurimit të Cilësisë (ose farmacisti kryesor) do të përzgjedhë një farmacist të magazinës, i cili do të jetë përgjegjës për menaxhimin e frigoriferëve dhe mbajtjen e regjistrave të zinxhirit të ftohtë për të siguruar pajtueshmërinë me kërkesat e këtij SOP.

Fusha e veprimit: të gjitha produktet mjekësore / diagnostike që kërkojnë kushte ruajtje në temperaturë të ftohtë.

Qëllimi: Të detajohen kërkesat për trajtimin e duhur të asaj pjese të zinxhirit të ftohtë që kryhet brenda institucionit.

Kur duhet të kryhet: Gjatë ruajtjes së barnave dhe materialeve mjekësore.

Sfondi: Disa produkte mjekësore / diagnostikuese (p.sh. vaksinat) kërkojnë kushte specifike të ruajtjes në të ftohtë për ta ruajtur efikasitetin e tyre. Mosmbajtja e këtyre kushteve (“thyerja e zinxhirit të ftohjes”) i bën produktet joefektive, jo të dobishme, madje të dëmshme për pacientin ose përdorimin e synuar. Prandaj, ka nevojë të sigurohet që trajtimi i produkteve të tilla brenda institucionit të bëhet në mënyrë të tillë që të sigurojë efikasitetin e zinxhirit të ftohtë.

Hapat dhe veprimet:

➤ Menaxhimi i frigoriferëve

• Instalimi

- Duhet të bëhet në një vend të përshtatshëm dhe të ajrosur mire.
- Duhet vendosur në një hapësirë ku të ketë të paktën 25 cm mbi frigorifer, 10 cm në pjesën e pasme dhe në anët për qarkullim adekuat të ajrit rreth tij. Kjo siguron performancë efikase të frigoriferit.
- Një frigorifer nuk duhet të vendoset afër një ngrohësi dhe në vendet ku do të ekspozohet ndaj rrezeve të diellit ose lagështisë.
- Duhet të vendoset në një sipërfaqe të niveluar për të shmangur dridhjet.
- Frigoriferi duhet të pastrohet me kujdes nga i gjithë pluhuri i grumbulluar gjatë transportit.
- Duhet lidhur kordoni i furnizimit me energji elektrike në një prizë energjie të dedikuar për frigoriferë për të shmangur mbingarkesat.
- Duhet të siguroni të gjitha prizat duke përdorur një shirit për të parandaluar ndërprejen

aksidentale të energjisë elektrike si pasojë e lëvizjes së prizës.

- Duhet të siguroheni që termostati të jetë vendosur siç kërkohet. (2-8°C për dhomën frigoriferike).
- Duhet të ndiqni kërkesat e tjera të instalimit të dhëna në manualin e përdorimit të dhomës frigoriferike.

- Kompartimentet e ngrirjes

- Përdoren për mbajtjen e produkteve që kërkojnë ruajtje në ngrirje (p.sh; vaksina orale e poliomelitit).
- Duhet të përdoret vetëm për përgatitjen ose ruajtjen e paketave të akullit kur nuk përdoren për transportimin e produkteve të zinxhirit të ftohtë.
- Përgatitja dhe ruajtja e sasive të mëdha të paketave të akullit duhet të bëhet në një frigorifer me ngrirje të thellë.
- Sapo trashësia e akullit në sipërfaqen e avulluesit të arrijë rreth 5 mm, duhet të shkrini frigoriferin për të siguruar funksionim efikas. Referojuni manualit të përdorimit të dhomës frigoriferike për detaje mbi procedurën e shkrirjes.

- Kompartimentet e ruajtjes

- Përdoren për vaksinat që duhet të ruhen ndërmjet 2-8°C.
- Vaksinat e që përmbajnë pluhur të thatë duhet të ruhen në raftet e sipërme ndërsa ato të lëngshme në raftet e poshtme. (Shih shtojcën 1).
- Asnjëherë mos ngrini produktet e lëngshme.
- Vendosni 2 termometra në dhomën frigoriferike. Njëri duhet të jetë në raftet e sipërme ndërsa tjetri në ato të poshtme për monitorimin e temperaturës.
- Vendosni shishe që përmbajnë ujë në raftin më të ulët dhe në raftet në anën e brendshme të derës së dhomës frigoriferike. Kjo siguron kapacitet rezervë ftohës në rast të ndërprerjes së energjisë elektrike dhe gjatë hapjes së derës së frigoriferit.
- Mos i ruani produktet mjekësore në raftet e dyerve.

- Kontrolloni dhomën frigoriferike

- Kontrolloni dhe regjistroni temperaturën e rafteve të sipërme, të mesme dhe të poshtme në të gjitha dhomat frigoriferike dy herë në ditë, dmth në mëngjes dhe në përfundim të orarit të punës. Temperatura duhet të jetë ndërmjet 2-8°C.
- Regjistroni leximet aktuale të temperaturës.
- Kryeni një kontroll të përjavshëm mbi integritetin e mbylljes hermetike të dhomës frigoriferike. Kjo bëhet duke mbyllur derën dhe duke vendosur një letër me madhësi A4 ndërmjet sensorit magnetik të derës dhe sipërfaqes mbi të cilën mbështetet sensori. Nëse letra A4 do të qëndrojë, pa rënë, konfirmohet mbyllja hermetike e derës së dhomës frigoriferike. Regjistroni gjetjet.
- Sa herë që hapet një dhomë frigoriferike, regjistrojeni duke treguar sa vijon: Ora kur hapet dera, emri i personit që e hap dhe kohëzgjatja. Shënim: Numri i herëve që hapet dhoma frigoriferike duhet të minimizohet (mundësisht jo më shumë se 5 herë në ditë) për të parandaluar lëvizjen e temperaturës nga intervali i caktuar.
- Raportoni çdo mospërputhje me farmacistin e Kontrollit të Cilësisë / Sigurimit të Cilësisë për masat e duhura që duhen ndërmarrë.

- Shënim

- Produktet e ndryshme duhet të ndahen qartë në dhomën frigoriferike dhe duhet të sigurohet hapësirë ndërmjet tyre për të lejuar qarkullimin e duhur të ajrit.
- Ushqimi dhe pijet nuk lejohen në dhomat frigoriferike të magazinës për të shmangur kontaminimin e kryqëzuar.
- Mbani dhomat frigoriferike pastër dhe të rregullta gjithmonë.
- Përdorni versionet e përditësuara të formularëve për regjistrimin e kontrolleve të kryera.

- Pranimi i produkteve të zinxhirit të ftohtë

- Sigurohuni që produktet e zinxhirit të ftohtë të dorëzohen nga furnitorët në një kuti / karton të freskët me pako akulli.
- Konfirmoni që paketimet e akullit janë akoma të ngrira dhe prandaj zinxhiri i ftohtë nuk është dëmtuar.
- Në rastin kur përfshihet një monitor/ë të temperaturës, ekzaminoni monitorin/ët për të përcaktuar nëse zinxhiri i ftohtë është ruajtur gjatë tranzitit depo/spital.
- Nëse ka prova se zinxhiri është dëmtuar, njoftoni menjëherë farmacistin e Kontrollit të Cilësisë / Sigurimin e Cilësisë për masat e duhura që duhen ndërmarrë.
- Aty ku zinxhiri i ftohtë nuk është dëmtuar, merrni në dorëzim dhe transferoni produktet menjëherë në vendin e duhur në dhomën frigoriferike.

- Kontrolli i furnizimeve me produkte të zinxhirit të ftohtë

- Kjo procedurë duhet të kryhet nga dy persona në të njëjtën kohë për të minimizuar numrin e hapjeve të dhomës frigoriferike për këtë qëllim.
- Të paktën një nga personat që kryen kontrollin duhet të jetë farmacist.

- Dërgimi i produkteve të zinxhirit të ftohtë në farmacinë periferike / shërbimet mjekësore

- Përdorni frigoriferë portativë të pajisur me kuti akulli ose makina me dhoma frigoriferike për ruajtjen dhe transportimin e produkteve të zinxhirit të ftohtë nga depoja qendrore drejt farmaceve periferike/shërbimeve mjekësore.
- Paketat e akullit të pastra, plotësisht të ngrira duhet të përdoren për ta mbajtur kutitë të freskëta. Fshini ujin ose akullin nga kutitë e akullit për të parandaluar lagështimin e produkteve.
- Shikoni shtojcën 2 për udhëzimet mbi numrin e paketimeve të akullit që duhet të përdoren.
- Përdorni mbushës p.sh. copa kartoni për të parandaluar që produktet e zinxhirit të ftohtë të bien në kontakt të drejtpërdrejtë me paketat e akullit. Kjo parandalon ngrirjen e produkteve.
- Hapësira boshe në kutinë e ftohtë gjithashtu duhet të mbushet p.sh. me copa kartoni për të parandaluar lëvizjen e mallrave të paketuara dhe paketave të akullit.
- Porositë me një produkt frigoriferik duhet të kenë të shënuar njërën nga shënimet e dorëzimit me ngjyrë të kuqe. Kjo shërben për të lajmëruar farmacistin e magazinës dhe shoferin për të përfshirë këto produkte në dërgesë, duke parandaluar kështu që ato të mbeten pa marrë dhe dërguar në destinacion.
- Pas dorëzimit, kutitë e akullit duhet të kthehet në farmacinë qendrore.

6.3 Regjistrimet

Mbani të gjitha shënimet në lidhje me zinxhirin e ftohtë, regjistrimet e leximeve të temperaturës për dhomat frigoriferike në skedarë specifike të etiketuar mirë për rikuperim të lehtë të të dhënave në rast nevojë.

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Procedura Standarde e Punës (SOP) 4

SOP 4: Vlerësimi i situatës së stokut në farmacinë qendrore

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Monitorimi i nivelit të stokut në farmacinë qendrore.

Përgjegjësitë / plotësuar nga: Farmacisti.

Fusha e veprimit: të gjitha produktet mjekësore / diagnostike që kërkojnë kushte ruajtje në temperaturë të ftohtë.

Qëllimi

- Qëllimi i vlerësimit të situatës së stokut është që:

- o Të përcaktohet disponueshmëria e produkteve përmes numrit të Muajve të Stokut në dispozicion.
- o Të kontrollohen Muajve të Stokut në dispozicion me nivelin Min & Max të stokut.
- o Të informohet farmacisti i magazinës kur të porosisë, sasinë që duhet të porosiës dhe si të ruajë nivelin e duhur të stokut për të gjitha produktet për të shmangur mungesat dhe furnizimin e tepërt.

Kur duhet të kryhet: Kryerja e një vlerësimi tremujor të statusit të stokut (Muajve të Stokut në dispozicion). (Shih Shtojcën 3: Termat Kryesorë të Kontrollit të Inventarit)

Hapat dhe veprimet:

SISTEMI I KONTROLLIT TË INVENTARIT

I. Vendosni nivelet Max & Min

Hapat për të vendosur nivelet Max & Min, për të shmangur mungesat ose tepërit në mënyrë që të mos rritet rreziku i skadancave ose dëmtimeve:

- 1) Përcaktoni kohën ndërmjet bërjes së porosisë dhe marrjes së saj në magazinë në nivelin e farmacisë qendrore.
- 2) Përcaktoni "kohën për vlerësim porosie": intervali i kohës ndërmjet vlerësimit të nivelit të stokut për të përcaktuar nëse duhet të bëhet ose jo një porosi.
- 3) Përcaktoni nivelin e stokut të "sigurisë": sasia rezervë e stokut që duhet patur në çdo moment në magazinë.

4) Përcaktoni nivelin "minimal" të stokut

Niveli Min i stokut = stoku i “sigurisë”+ koha ndërmjet bërjes së porosisë dhe marrjes së saj në magazinë në nivelin e farmacisë qendrore

5) Përcaktoni nivelin "maksimal" të stokut

Niveli Max i stokut $\geq$ Niveli Min i stokut + “kohën për vlerësim porosie”

6) Vendosni të dhënat e llogaritura të niveleve Min & Max të stokut në sistem (SISP)

VLERËSIMI I STATUSIT TË STOKUT

1) Identifikoni stokun gjendje

Së pari ju duhet procesi i llogaritjes së numrit të përgjithshëm të njësive të secilit produkt në regjistrat tuaj të kontrollit të stokut (inventari fizik)

2) Llogaritni konsumin mesatar mujor

Konsumi mesatar mujor është mesatarja e sasive të produkteve të shpërndara tek përdoruesit ose pacientët në tre muajt e fundit.

(Shih aneksin 4: toolkit i propozuar për llogaritjen e konsumit mesatar mujor dhe muajt e stokut të disponueshëm)

3) Llogaritni muajt e stokut të disponueshëm

Duke përdorur të dhënat e mësipërme (stoku gjendje & konsumi mesatar mujor), llogaritni për secilin produkt muajt e stokut të disponueshëm me formulën e mëposhtme:

$\text{Muajt e stokut të disponueshëm} = \text{Stok në gjendje} / \text{konsumin mesatar mujor}$

4) Vlerësoni muajt e stokut të disponueshëm

Pas llogaritjes së muajve të stokut të disponueshëm për secilin produkt, duhet të krahasoni muajt e stokut të disponueshëm me nivelin e stokut Min & Max (shih më poshtë), dhe të ndërmerrni masat e duhura:

- Stoku gjendje $<$ ose $=$ me Stokun minimal: Bëni një porosi urgjente për të sjellë nivelin deri në maksimum.

- Muajt e stokut të disponueshëm $>$ Max i stokut = stok i tepërt: kontrolloni datën e skadencës për të parë rrezikun e skadencës

(Shih Shtojcën 4: toolkit i propozuar për llogaritjen e muajve të stokut të disponueshëm dhe vlerësimin e statusit të stokut)

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Procedura Standarde e Punës (SOP) 5

SOP 5: Inventari fizik në farmacinë qendrore

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Kryerja e një inventari fizik.

Përgjegjësitë / plotësuar nga: Farmacisti, farmacisti i magazinës.

Fusha e veprimt: të gjitha produktet mjekësore / diagnostike që kërkojnë kushte ruajtje në temperaturë të ftohtë.

Qëllimi

- Të vërtetojë sasinë e stokut në dispozicion për shpërndarje.
- Të identifikojë mospërputhjet midis furnizimeve dhe bilancit të stokut në sistem (SISP)
- Të zbulojë produkte të dëmtuara ose të skaduar.
- Të sigurojë mundësi për riorganizimin e magazinës.

Kur duhet të kryhet: Kryerja e një vlerësimi tremujor të statusit të stokut (Muajve të Stokut në dispozicion). (Shih Shtojcën 3: Termat Kryesorë të Kontrollit të Inventarit)

Kur të kryeni inventarin:

- Në intervale tremujor në farmacinë qendrore.
- Në intervale mujore në farmacinë periferike (në ditën e fundit të muajit).
- Çdo herë që mendoni se mund të ketë mospërputhje në sasi të përdorshme në dispozicion.

Hapat dhe veprimet:

1. Kryeni inventarin duke përdorur një formular, me sasi të teoretike të disponueshme në sistem (SISP) të barnave dhe materialeve mjekësore dhe një kolonë ku të mund të shënoni sasi të faktike, bazuar në inventarin fizik për secilin bar dhe material mjekësor.

2. Ndani dhe numëroni çdo bar ose material mjekësor të skaduar ose të dëmtuar.

Regjistroni sasinë e produktit të dëmtuar ose të skaduar në skadencat e sistemit (SISP), dhe jepni një shpjegim të shkurtër për skadencën ose dëmtimin.

3. Numëroni çdo përgatitje ose formëdozë fizikisht.

Përfshini stokun gjendje në depo ose raftë. Mos llogaritni stokun e bërë dalje tashmë në farmacinë periferike ose shërbimet mjekësore. Gjithmonë llogaritni njësinë më të vogël të numërueshme të produktit.

Numëroni në mënyrë metodike produktet në njësinë më të vogël, duke filluar nga kartonat e pahapur, pastaj hapni kartonat dhe përfundoni me kutitë dhe rafte:

- Fillimisht numëroni kartonët e pahapur / të plotë: shumëzoni numrin e kartonëve me numrin e njësive në kuti kartoni. Kjo do t'ju japë numrin e përgjithshëm të njësive të produkteve në kuti kartoni. Shembull: Ju keni 40 kuti kartoni të pahapura, secila përmban 200 njësi. $40 \times 200 = 8,000$ njësi totale në kartonët e pahapur.

- Numëroni kartonat e hapur: nëse një kuti kartoni e hapur përmban kuti të pahapura, numëroni kutitë dhe shumëzoni numrin me numrin e njësive në një kuti. Kjo do t'ju japë numrin e përgjithshëm të njësive të produkteve në kuti të pahapura. Shembull: Ju keni 10 kuti të pahapura, secila përmban 20 njësi. $10 \times 20 = 200$ njësi totale në kutitë e pahapura.

- Numëroni të gjitha njësitë që janë në kuti të hapura, rafte, sirtarë, etj, dhe shtojini së bashku. Shembull: Ju keni numëruar 15 njësi në një kuti të hapur në një raft. Ju keni numëruar 4 njësi në një sirtar. $15 + 4 = 19$ njësi totale nga një kuti e hapur dhe një sirtar.

Shtoni njësitë totale nga kutitë e pahapura, kutitë e hapura, raftet, sirtarët, etj. Kjo do t'ju japë numrin e përgjithshëm të njësive të mallit të disponueshëm në magazinën tuaj (sasia/stoku në gjendje).

4. Në formularin e inventarit, shkruani datën e inventarit fizik, fjalët "Inventar Fizik" dhe sasinë e numëruara me ngjyrë të kuqe.

Regjistroni sasinë e numëruar në formularin e inventarit dhe shtoni vërejtjet në formularin e inventarit me një shpjegim të shkurtër.

5. Pas regjistrimit të inventarit fizik në formularin e inventarit, filloni rregullimin / regjistrimin në sistem (SISP).

6. Riorganizoni produktet sipas datave të skadencës për të qenë në përputhje me shpërndarjen e FEFO-s.

Këto hapa mund të jenë kryer gjatë pranimit dhe administrimit rutinë të barnave dhe materialeve të tjera mjekësore. Sidoqoftë, nëse gjatë inventarit fizik konstatohen barna dhe materiale mjekësore të hedhura në sistem (SISP), vazhdoni me rregullimet në sistem.

Kjo detyrë përfundon kur:

- Stoku në dispozicion është numëruar dhe rregulluar / regjistruar në sistem.
- Skadencat/dëmtimet dhe rregullimet janë llogaritur dhe regjistruar në sistem.

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Procedura Standarde e Punës (SOP) 6

SOP 6: Shpërndarja e barnave dhe materialeve mjekësore me datë skadence më të afërt

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Shpërndarja e barnave dhe materialeve të tjera mjekësore sipas FEFO (Produkti me skadencë më të afërt, nxirret i pari nga magazina)

Përgjegjësitë / plotësuar nga: Farmacisti / farmacisti i magazinës

Qëllimi: Të sigurohet që barnat dhe materialet mjekësore të shpërndahen përpara se të skadojnë.

Kur duhet të kryehet: Në të gjithë rastet e shpërndarjes së barnave dhe materialeve mjekësore.

Hapat dhe veprimet:

1. Shënoni datat e skadencës në kartona ose kuti.
2. Vendosni kartonat ose kutitë në mënyrë që barnat dhe materialet mjekësore me datë më të afërt skadence të vendosen përpara atyre që kanë datë skadence më të largët.
3. Kjo detyrë përfundon kur: Të gjithë barnat dhe materialet mjekësore të shpërndahen sipas metodës FEFO.

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Procedura Standarde e Punës (SOP) 7

SOP 7: Heqja e barnave dhe materialeve mjekësore të dëmtuara dhe të skaduara

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: Menaxhimi/Trajtimi i barnave dhe materialeve mjekësore të dëmtuara ose të skaduara dhe mjeteve të tjera mjekësore

Përgjegjësitë / plotësuar nga: Farmacisti / farmacisti i magazinës

Qëllimi: Heqja e produkteve të papërdorshme nga ambientet e magazinës në mënyrë që ato të mos shpërndahen tek pacientët.

Kur duhet të kryhet: Në të gjitha rastet kur konstaktohen barna dhe material mjekësore të dëmtuara ose të skaduara.

Hapat dhe veprimet:

1. Vendosni produktin e dëmtuar ose të skaduar në ambiente të veçuara/ndara nga magazina në kuti ose në rafte të papërdorur.
2. Shkruani “Stok i Dëmtuar” ose “Stok i Skaduar” në kutinë ose raftin ku do të vendosni produktin/produktet.
3. Shënoni sasinë e stokut të skaduar ose të dëmtuar në formularin specifik për "Skadenca dhe dëmtime"

Kjo detyrë përfundon kur:

- Stoku i dëmtuar ose i skaduar të jetë ndarë nga stoku i përdorshëm aksioneve
- Stoku i dëmtuar ose i skaduar të jetë evidentuar nga stoku që mund të bëhet dalje në sistemin e informatizimit (SISP)

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Procedura Standarde e Punës (SOP) 8

SOP 8: Përgatitja dhe shpërndarja nga farmacia qendrore drejt farmacive periferike

	Firma	Data
Punuar nga		
Autorizuar nga		

Detyra: përgatitja dhe shpërndarja e barnave dhe materialeve mjekësore nga farmacia qendrore drejt farmacive periferike bazuar në kërkesat e ardhura nga farmacitë periferike

Përgjegjësitë / plotësuar nga: Farmacisti / farmacisti i magazinës

Kur duhet të kryhet: kur kërkesa e konfirmuar dërgohet në farmacinë qendrore nga farmacitë periferike sipas kërkesave të shërbimeve mjekësore

Hapat dhe veprimet:

- Një kërkesë e konfirmuar duhet të dërgohet nga farmacia periferike bazuar në kërkesat e shërbimeve mjekësore, e cila duhet të përmbajë për çdo bar specifikimet (INN / emri i barit, forma farmaceutike, doza, sasia) dhe për çdo material mjekësor (emri i produktit, specifikimet teknike, sasia).
- Kërkesa printohet në 3 kopje nga farmacisti:
 - 1 kopje për farmacinë qendrore
 - 1 kopje për farmacinë periferike
 - 1 kopje që shkon në Drejtorinë Ekonomike dhe të Planifikimit Financiar
- Porosia përgatitet dhe dërgohet në farmacinë periferike maksimumi 24 orë nga ekzekutimi në sistem i kërkesës, ose sipas shënimeve në kërkesë dhe fletë dalje, kur kemi të bëjmë me raste urgjente.
- Bazuar në kërkesën e ekzekutuar, e cila shërben si fletë dalje për farmacinë qendrore, farmacisti/farmacistët përgatit/përgatitin barnat dhe materialet mjekësore të kërkuara nga farmacia periferike duke i hequr të gjitha ato nga stoku dhe duke i pakëtuat veçantë.
- Gjatë ekzekutimit të kërkesës, përgatitjes, daljes nga magazine dhe marrjes në dorëzim të barnave dhe materialeve mjekësore, farmacisti/farmacistët përgjegjës nënshkruajnë kërkesën/fletë daljen.

Shpërndarja dhe korrigjimi

	Shpërndarja		Korrigjim	
Emri	Firma	Data	Firma	Data

Historiku

Data	Arsyeja e ndryshimit

Shtojcë A.1: Udhëzime për verifikimin e dërgesave / paketimit / etiketimit

Udhëzime për verifikimin e të gjitha dërgesave

Krahasoni mallrat me faturën e furnizuesit dhe kontratën origjinale. Shënoni mospërputhjet në formularin e pritjes. Kontrolloni që:

- Numri i kutive të dorëzuara është i saktë
- Numri i paketimeve në secilën kuti është i saktë
- Sasia në secilin paketim është e saktë
- Forma farmaceutike është e saktë (tabletë, tretësirë, etj.)
- Doza është e saktë (miligramë, përqëndrimi në përqindje)
- Nuk ka prova të dukshme të dëmtimit

Udhëzime për verifikimin e Paketimit

- Tabletat dhe kapsulat duhet të paktohen në kuti të mbyllura të papërshkueshme nga uji me kapak të zëvendësueshëm, duke mbrojtur përmbajtjen nga drita dhe lagështia.
- Lëngjet duhet të paktohen në shishe ose kontejnerë të pathyeshëm dhe të sigurtë ndaj rrjedhjeve.

Udhëzime për verifikimin e etiketimit:

1. Etiketimi duhet të jetë në gjuhët e përcaktuara në “Ligjin e Barnave dhe Shërbimit Farmaceutik”.

2. Të gjitha etiketat duhet të shfaqin të paktën informacionin e mëposhtëm:

- Emri i Përgjithshëm ose Ndërkombëtar (INN) i përbërësve aktivë
- Formëdoza
- Sasia e përbërësit/sve aktiv/ë në formën farmaceutike (p.sh. tabletë, flakon, etj) dhe numrin e njësisë në kuti

Numri i serisë

Data e prodhimit

Data e skadencës (në gjuhë të qartë, jo në kod)

Udhëzimet për ruajtjen

Emri dhe adresa e prodhuesit

3. Një etiketë e shtypur në çdo ampulë duhet të përmbajë sa vijon:

- INN i përbërësit/sve aktiv/ë
- Sasia e përbërësit/sve aktiv/ë
- Numri i serisë
- Emri i prodhuesit
- Data e skadencës

Etiketa e plotë duhet të shfaqet përsëri në kutinë e madhe.

4. Udhëzimet për përdorim, përkujdesjet dhe masat paraprake mund të jepen në fletëudhëzuesin për pacientin. Sidoqoftë, fletëudhëzuesi duhet të konsiderohet si një shtesë e etiketimit dhe jo si një alternativë.

5. Për artikujt që kërkojnë përgatitje përpara përdorimit (p.sh.: pluhurat për injeksion) duhet të përcaktohet koha e përdorimit pas hapjes së parë për produktin e përgatitur.

Shtojcë A.2: Linja guidë për ruajtjen

1. Pastroni dhe dezinfektoni rregullisht magazinën.

Merrni masa paraprake për të parandaluar që insektet dhe brejtësit e dëmshëm të hyjnë në zonën e magazinimit. Nëse magazina juaj infektohet nga insektet dhe brejtësit e dëmshëm, përdorni pesticide të përshtatshme të cilat janë efektive kundër termiteve, brejtësve, etj. Pasi të largoni dëmtuesit nga magazina, mbajeni pastër atë. Një magazinë e pastër i mban larg dëmtuesit. Ushqimi dhe pijet në magazinë rrisin rrezikun e dëmtuesve. Eliminimi i disa dëmtuesve mund të jetë i vështirë.

2. Ruani barnat dhe materialet mjekësore në një magazinë të thatë, të ndriçuar, të ajrosur mirë dhe pa ekspozim të drejtpërdrejtë ndaj rrezeve të diellit.

Një magazinë me temperaturë të lartë mund të shkaktojë prishjen e disa prej furnizimeve, gjë që do të zvogëlojë afatin e ruajtjes së tyre. Kondicionimi i ajrit është ideal, por është i kushtueshëm. Alternativat janë ventilatorët e tavanit dhe / ose ventilimi i detyruar. Ekspozimi i drejtpërdrejtë ndaj rrezeve të diellit gjithashtu mund të zvogëlojë afatin e ruajtjes së barnave dhe materialeve mjekësore. Përdorni çati dhe dritare në pjesën e brendshme të magazinës nga rrezet e diellit. Ruani furnizimet në kutitë e tyre të transportit.

3. Mbroni magazinën nga depërtimi i ujit.

Uji mund të shkatërrojë furnizimet e produkteve ose paketimet e tyre. Nëse paketimi dëmtohet, produkti është i papranueshëm nga shërbimi/pacienti, edhe nëse malli është i padëmtuar. Riparoni magazinën në mënyrë që uji të mos hyjë.

Masa të tjera përfshijnë grumbullimin e furnizimeve të produkteve nga dyshemeja në paleta (të paktën 10 cm larg dyshemesë dhe 30 cm larg mureve), sepse lagështia mund të depërtojë nëpër mure dhe dysheme dhe në furnizimet e produkteve.

4. Mbani pajisjet e sigurisë nga zjarri të disponueshme, të arritshme dhe funksionale. Trajtoni punonjësit që ti përdorin ato. Mbani aparate për shuarjen e zjarrit të arritshme dhe në gjendje pune. Mbani një fikës zjarri pranë derës dhe të tjerët brenda magazinave më të mëdha. Sigurohuni që të jetë në dispozicion pajisja e duhur. Uji mund të përdoret për fikjen e zjarrit në rastin e drurëve, ose zjarrit që bie tek letrat, por nuk duhet të përdoret në një zjarr elektrik ose kimik.

5. Ruani produktet prej lateksi larg motorëve elektrikë dhe dritave fluoreshente.

Produktet lateks, mund të dëmtohen nëse ato janë të ekspozuara drejtpërdrejt në llambat fluoreshente. Llambat dhe motorët elektrikë krijojnë një ozon, i cili mund të përkeqësojë me shpejtësi këto produkte. Lëvizni kutitë e produkteve prej lateksi nga këto burime.

6. Mirëmbani dhomat e ftohta frigoriferike, përfshirë zinxhirin e ftohtë, siç kërkohet.

Për të siguruar që lëvizjen e autorizuar të stokut, bllokoni magazinën, kufizoni hyrjen për të gjithë personat përveç farmacistit/ëve të magazinës dhe verifikoni që hyrjet dhe daljet e barnave dhe materialeve mjekësore të përputhen me dokumentacionin. Kryeni në mënyrë

periodike inventar fizik për të verifikuar regjistrat e inventarit. Duhet të jenë në dispozicion më shumë se një çelës për magazinën për të siguruar që magazina gjithmonë të mund të aksesohet. Sidoqoftë, çelësi i dytë nuk duhet të jetë i disponueshëm për të gjithë. Mbani çelësin në një kuti, nën kontrollin e farmacistit të magazinës.

7. Vendosni kartonët njëri mbi tjetrin të paktën 10 cm mbi dysheme, 30 cm larg mureve dhe rreshtave të tjera, dhe jo më shumë se 2.5 m të lartë.

Përdorni paleta për të mbajtur produktet mbi dysheme ku ato do të jenë më pak të ndjeshme ndaj dëmtuesve të ujit dhe papastërtive. Vendosni paletat larg mureve dhe mjaft larg njëri-tjetrit, në mënyrë që një punonjës të mund të ecë lehtësisht rreth secilës paletë. Kjo promovon qarkullimin e ajrit dhe lehtëson lëvizjen e stokut, pastrimin dhe inspektimin. Përdorimi i paletave është zakonisht më efikas sesa përdorimi i rafteve, veçanërisht për produktet në sasi të madhe sepse ato:

- Ulin sasinë e kutive që mbeten bosh gjatë heqjes së paketimit për ruajtje dhe reduktojnë kohën e ripaketimit për dorëzim.
- Lehtësojnë shpërndarjen.
- Janë të thjeshta për tu vendosur.
- Mbajnë më shumë stok për hapësirën që zënë.

Vendosja e saktë e furnizimeve do të shmangte dëmtimin e kartonëve në pjesën e poshtme të rreshtit. Kartonët që vendosen njëri mbi tjetrin nuk duhet të vendosen në lartësi më shumë se 2.5 metra. Kjo gjithashtu do të zvogëlojë dëmtimin e mundshëm të personelit të magazinës. Mbani produktet larg mureve për të nxitur qarkullimin e ajrit dhe për të parandaluar dëmtimin e kartonëve nga lagështia, i cili mund të ndodhë nëse uji kondensohet ose depërton në mure.

8. Renditni kartonët në mënyrë që etiketat identifikuese, datat e skadencës dhe datat e prodhimit të jenë të dukshme qartë.

Etiketat e identifikimit e bëjnë më të lehtë ndjekjen sipas FEFO, dhe e bëjnë më të lehtë zgjedhjen e produktit të duhur.

Nëse kartonët e transportit nuk tregojnë as një datë prodhimi ose skadence, data e marrjes në dorëzim dhe hyrjes së furnizimeve në magazine duhet të shënohet qartë në kartona dhe në letra A4 qartësisht të dallueshme.

Shkruani numra të mëdhenj, të lehtë për t'u lexuar me një shënjesë. Nëse shënimet origjinale janë të vogla ose janë të vështira për t'u lexuar, rishkruani datat e prodhimit ose skadencës me shkrim të madh.

9. Ruani barnat dhe materialet mjekësore në mënyrë që të mund të aplikohet metoda FEFO dhe të kemi një menaxhim sa më efikas të stokut.

Sigurohuni që FEFO të ndiqet. Furnizimet e produkteve të marra së fundmi ndonjëherë mund të jenë me datë skadence më të afërt sesa stoku ekzistues në magazinë.

10. Ruani barnat dhe materialet mjekësore larg insekticideve, kimikateve, produkteve të ndezshme, materialeve të rrezikshme, dosjeve të vjetra dhe pajisjeve të zyrës; gjithmonë merrni masat e duhura paraprake të sigurisë. Insekticidet dhe kimikatet e tjerë mund të ndikojnë në afatin e ruajtjes së shumë produkteve.

Për t'i bërë barnat dhe materialet mjekësore lehtësisht të aksesueshëm, mbajini furnizimet e tjera larg barnave dhe materialeve mjekësore. Disa produkte kanë një afat relativisht të shkurtër të ruajtjes dhe ato duhet të lëvizin shpejt tek përdoruesi përfundimtar. Disa procedura mjekësore kërkojnë përdorimin e produkteve të ndezshme.

Këto produkte duhet të ruhen larg produkteve të tjera, pranë një aparati për fikjen e zjarrit.

11. Ndani produktet shëndetësore të dëmtuara dhe të skaduara nga produktet e përdorshme. Hiqini menjëherë ato nga inventari dhe ruajini në zona të veçanta sipas kërkesave dhe procedurave të përcaktuara.

Duke veçuar këto produkte, metoda FEFO zbatohet më lehtë.

Duke larguar menjëherë produktet e dëmtuara, do të keni më shumë hapësirë në dispozicion.

Kjo detyrë konsiderohet e plotësuar pasi:

- Të gjitha barnat dhe materialet mjekësore të ruhen sipas këtyre udhëzimeve dhe shënimeve.

Shtojcë A.3: Kushtet kryesore të kontrollit të inventarit

Sistemi i kontrollit të inventarit maksimal-minimal: Një sistem kontrolli maksimal-minimal i inventarit është krijuar për të siguruar që sasi të jenë brenda një diapazoni të përcaktuar. Përgjatë këtij manuali, ne përdorim termin sistemi max-min si një shkurtim për sistemin e kontrollit të inventarit maksimal-minimal. Sistemet më të suksesshme të kontrollit të inventarit të përdorura për menaxhimin e barnave dhe materialeve mjekësore janë sistemet maksimale e kontrollit maksimal-minimal.

Niveli maksimal i stokut / sasia maksimale: Niveli maksimal i stokut është niveli i stokut mbi të cilat nivelet e inventarit në kushte normale, nuk duhet të rriten. Niveli maksimal i stokut përcaktohet si një numër i caktuar i muajve të stokut (për shembull, niveli maksimal mund të përcaktohet si niveli i nevojshëm i stokut për një periudhë katër mujore). Kjo tregon se sa do të zgjasin furnizimet. Niveli maksimal i stokut mund të konvertohet në sasinë maksimale (për shembull, sasia maksimale mund të jetë 120,000 njësi).

Periudha e kontrollit / stoku i periudhës së kontrollit: ky është intervali rutinor i kohës ndërmjet vlerësimit të niveleve të stokut për të përcaktuar nëse nevojitet stok shtesë. Ky term quhet gjithashtu intervali i porosisë ose intervali i furnizimit, por periudha e kontrollit preferohet sepse në disa sisteme maksimale, një rishikim nuk rezulton gjithmonë në kryerjen e një porositë. Stoku i periudhës së kontrollit është sasia e stokut të shpërndarë gjatë periudhës së kontrollit.

Niveli i stokut rezervë: ky është nivel rezervë, i mbajtur në gjendje për të mbrojtur nga mungesat e shkaktuara nga dërgesat e vonuara, kërkesa e rritur ndjeshëm ose ngjarje të tjera të papritura. Stoku rezervë shprehet me numrin e muajve të furnizimit, i cili gjithashtu mund të shndërrohet në sasi.

Porosia e urgjencës: Ky është niveli i stokut që shkakton një porosi urgjente; mund të arrihet në çdo moment gjatë periudhës së kontrollit.

Shtojcë A.4: Toolkite të propozuar për përllogaritjen e konsumit mesatar mujor dhe muajve të stokut

Barnat antiretrovirale: Chai versioni 2019

Barnat për trajtimin e Tuberkulozit: quanTB (projekti SIAPS/USAID)

Shtojca B

Lista e barnave për përdorim në spitalet e Republikës së Shqipërisë për vitin 2014, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë

1	2	3	4	5	6	7
Nr.	Sistemi	Principi aktiv	Forme/doza	Njesia	Cmimi Limit per Njesi	Sasia Total e 2014
	Anti-infektive pergjithshem					
1		Amantadine	100 mg	Tablete	18	
2		Ciprofloxacin	400mg/200ml	Plastic bag	1,413	
3		Spiramycin	750000 UI	Tablete	15	
4		Sulfomethoxazol+ Trimethoprim	240mg/5ml 100 ml	Glass bottle	180	
5		Amikacin sulphate	500 mg - 2 ml	Vial	101	
6		Amikacin sulphate	1g/4ml	Ampule	327	
7		Amoxicillin + acid clavulonic	1gr +200 mg	Vial	327	
8		Amphotericin B	50mg/20ml liposomale	Flakon	28,623	
9		Ampicillin sodium	1 gram	Vial	37	
10		Azithromycin	250 mg	Kapsule	80	
11		Cefazolin sodium	1 gram	Vial	104	
12		Cefepime	2 gram	Glass vial	967	
13		Ceftriaxone	1 gram	Vial	193	
14		Ceftazidime	1 gram	Vial	446	
15		Cefuroxime sodium	750 mg	Glass vial	164	
16		Ciprofloxacin	500 mg	Tablete	13	
17		Ciprofloxacin	100 mg/10ml	Ampule	74	
18		Colistimethate sodium	1 MUI	Vial	1,116	
19		Doxycycline	100 mg	Tablete	18	
20		Fluconazole	100 mg/50 ml	Flakon	342	
21		Fluconazole	150 mg	Kapsule	201	
22		Gentamycin sulphate	80 mg/2 ml	Ampule	18	
23		Imipenem + Cilastatin	500 mg+500 mg	Vial	1,124	
24		Levofloxacin	5mg/ml- 100ml	Glass vial	860	

25		Meropenem	1gr	Vial	1,785	
26		Metronidazole	500 mg - 100 ml	Glass vial	119	
27		Moxifloxacin	400 mg - 250 ml	Bottle	5,801	
28		Piperacillin + Tazobactam	4 gr + 500 mg	Vial	640	
29		Serum antitetanik (SAT)/ Vaksine kunder tetanit	1500 UI	Ampule	138	
30		Sulfomethoxazol + Trimethoprim	800mg + 160mg	Tablete	16	
31		Tigecycline	50mg/5ml	Ampule	6,705	
32		Vancomycin	1 gram	Flakon	744	
33		Cefotaxime sodium	1 gram	Vial	134	
34		Serum antivipera	5 ml	Ampule	3,585	
35		Rifampicin+ isoniazid	150 mg+75 mg	Tablete	8	
36		Pyrazinamid	500 mg	Tablete	4	
37		Azathioprine	50 mg	Tablete	18	
38		Bortezomib	3,5 mg	Vial	140,988	
39		Everolimus	10 mg	Tablete	16,373	
40		Temozolomide	100 mg	Kapsule	7,438	
41		Temozolomide	250 mg	Kapsule	19,127	
42		Imatinib	100 mg	Tablete	1,785	
43		Oxaliplatin	5mg/ml-10ml	Vial	2,678	
44		Paclitaxel	100 mg	Vial	11,900	
45		Pemetrexed	500 mg	Vial	205,279	
46		Procarbazine	50 mg	Tablete	24	
47		Topotecan	4 mg	Vial	37,188	
48		Adalimumab	40 mg	Ampule	81,325	
49		Etanercept	50 mg	Shiringe	34,486	
50		L-Asparaginase	10000UI	Flakon	8,672	
51		Peginterferon Alfa-2 Alfa	180 mcg	Shiringe	23,800	
52		Bevacizumab	400mg/16ml	Vial	163,628	
53		Bleomycin	15 mg	Flakon	1,904	
54		Capecitabine	500mg	Tablete	310	
55		Carboplatin	150mg/15ml	Vial	4,016	
56		Cisplatin	50mg/50ml	Vial	788	
57		Cyclophosphamid	500 mg	Vial	1,113	
58		Cytarabine	100 mg	Flakon	357	
59		Dacarbazine	100 mg	Flakon	919	

				1 single-dose vial of concentrate + 1 single-dose vial of solvent		
60		Docetaxel	80 mg/ 4ml		11,900	
61		Doxorubicine	50 mg	Vial	2,240	
62		Epirubicin hydrochloride	2mg/ml	Vial	4,463	
63		Etoposid	100 mg/5ml	Vial	665	
64		Filgrastim	300µg/0.5ml	Shiringe	12,644	
65		Fluorouracil	50mg/10ml	Ampule	405	
66		Gemcitabine	1gr	Vial	6,798	
67		Gemcitabine	200mg	Vial	1,428	
68		Gosereline	10.8 mg	Prefilled syringe	32,070	
69		Ifosfamid	1 gr	Vial	4,394	
70		Irinotecan	100mg/5ml	Vial	7,758	
71		Lapatinib	250 mg	Tablete	2,324	
72		Methotrexat	50 mg/5ml	Ampule	434	
73		Mitoxantron	20mg/10 ml	Vial	14,875	
74		Rituximab	100mg/10ml	Vial	31,982	
75		Rituximab	500 mg/50ml	Vial	168,835	
76		Sorafenib	200 mg	Tablete	4,731	
77		Sunitinib	50 mg	Kapsule	23,575	
78		Trastuzumab	150 mg	vial of powder	77,352	
79		Vinblastine	1mg/ ml- 10 ml	Vial	1,108	
80		Vincristine	1 mg/ml	Vial	776	
81		Ribavirine	200 mg	Tablete	221	
82		Meglumine antimonate	1,5 gr	Ampule	204	
83		Mebendazol	100 mg	Tablete	52	
84		Betamethasone	0,1% - 15 g	Tubet	154	
85		Povidone Jodine	10%- 1000 ml	Plastic bottle	810	
86		Ketoconazol	20mg/g - 30gr	Tubet	333	
87		Neomycine + bacitracine	30 gram pomadë	Tubet	302	
88		Sulphadiazini argenticum	1%/50 gram	Tubet	379	
89		Methylprednisolon succinat	500 mg /fl	1 vial + 1 ampoule with solvent x 7.8ml	1,140	
90		Octreotide	30 mg/2,5ml	Flakon	233,603	
91		Octreotide	0.05mg/ml	Ampule	788	
92		Prednisolone	5mg	Tablete	30	

				vials of powder + ampoules of solvent x		
93		Methylprednisolone	40 mg - ml	1ml	147	
94		Methylprednisolone	4mg	Tablete	8	
95		Prednisolone	25 mg/2ml	Ampule	167	
96		Dexamethasone sodium phosphate	4 mg/1 -ml	Ampule	21	
97		Somatostatine	3 mg	1 vial of powder + 1 ampoule of solvent x 1ml	1,743	
98		Human normal immunoglobulin	2.5g/50ml	Flakon	17,850	
99		Faktori RECOMBINANT VIII	250 UI/ fl	1 Vial + 1 Pre-filled syringe + 1 Bio-Set device	95	
100		HAES Hydromethylstarch	10% 500 ml	Bottle	1,511	
101		Human albumine	20%-50ML	Flakon	4,463	
102		Human albumine	5%-250ML	Vial	5,682	
103		HUMAN PLASMA PROTEINS THEREOF IMMUNOGLOBULIN AT LEAST 95% + IMMUNOGLOBULIN M (IgM) + IMMUNOGLOBULIN A (IgA) + IMMUNOGLOBULIN G (IgG)	Solution for IV administration-50ML (50mg + 6mg + 6mg + 38mg)/ml	Flakon	27,757	
104		Sodium Chloride	0,9%-1000ml	Bottle	164	
105		Sodium Chloride	10% - 10 ml	Ampule	56	
106		Vitamina K	1% 1 ml	Ampule	37	
107		Acenocoumarol	4mg	Tablete	8	
108		Iloprost Trometamol	20 mcg/ml	Ampule	5,370	
109		Human normal immunoglobulin (IgG1 +IgG2+IgG3+IgG4+Iga)	50mg/ml-50ml (57%+37%+3%+3%)	Vial	18,594	
110		Acid folic	5mg	Tablete	3	
111		Acid tranexamic	500 mg - 5 ml	Ampule	208	
112		Dalteparin	5000 IU - 0.2 ml	Prefilled syringe	443	
113		Enoxaparinum sodium	4000 UI - 0.4 ml	Prefilled syringe	521	
114		Enoxaparinum sodium	6000 UI - 0.6 ml	Prefilled syringe	707	
115		Epoetine zeta	30.000 UI/0.75ml	Prefilled syringe	35,701	
116		Epoetine BETA	30.000UI/0.6ml	Prefilled syringe	22,313	

117		Faktori IX	250 UI	1 vial + (1 vial with 5ml water for injection + 1 disposable syringe + 1 transfer set + 1 infusion set + 2 alcohol swabs) /250 - (Njesia UI)	42	
118		Faktori VIII	500UI/ml	(1 vial of powder + 1 vial of solvent x 10ml + 1 infusion set)	45	
119		Ferro polimaltosado	357 mg/ 5ml	monodose glass vials x 5ml	74	
120		Ferrous sulphate	80mg	Tablete	9	
121		Glucose	5% - 250 ml	Glass bottle	94	
122		Glucose	5% - 500 ml	Plastic bottle	86	
123		Glucose	40%-10 ml	Ampule	56	
124		Isoleucine + Leucine + Lysine acetate + Methionine + Phenylalanine + Threonine + Tryptophan + Valine + Arginine + Histidine + Alanine + Glycine + Proline + Serine + Tyrosine + Taurine*	5%/500 ml	Glass bottle	744	
125		Human Albumine	5% 500ml (0.05g/ml)	Flakon	11,365	
126		Mannitol	20%-250ml	Polyethylene bottle	207	
127		Potassium chloride	7.5%-10 ml	Ampule	56	
128		Sodium bikarbonate	8.4%-10 ml	Ampule	52	
129		Sodium Chloride	0.9% - 250 ml	Bottle	86	
130		Sodium Chloride	0.9% - 500 ml	Plastic bottle	80	
131		Sodium lactate + Sodium Chloride + Potassium Chloride + CaCl x 2H2O	500 ml	Flakon	101	
132		Streptokinase	1.5 Million Unite	Ampule	17,850	
133		Vitamine B12 (Cyanocobalamine)	500 mcg -1 ml	Ampule	48	
134		Acetylsalicylic acid	100 mg	Tablete	4	
135		Heparine sodium	25000 UI/ 5ml	Vial	521	
136		Dextrose+ intralipid	1440 ml	Plastic bag	6,152	
137		Sobean oil+phospholipid +glycerine	20%- 500 ml	Glass bottle	1,663	
138		Chlorhexidine gluconate	0.11%	Flakon	1,031	
139		Calcium gluconate	10% / 10 ml	Ampule	57	

140		Metformine	1000 mg	Tablete	5	
141		Ondansetron	8mg/4ml	Ampule	455	
142		Ondansetron	4 mg/2ml	Ampule	530	
143		Ranitidine	50 mg	Ampule	39	
144		Papaverine	4%-1ML	Ampule	49	
145		Atropine	0.1%-1 ml	Ampule	43	
146		Butylscopolamine bromide	20 mg - 1ml	Ampule	46	
147		Butylscopolamine bromide	10 mg	Tablete	10	
148		Insuline humane neutrale	100UI/ML	Prefilled pen	655	
149		Insuline Aspart	100UI/ML	Prefilled pen	948	
150		Insuline Glulisine	100UI/ML	Prefilled pen	920	
151		Insuline Detemir	100UI/ML	Prefilled pen	1,623	
152		Insuline Glargine	100UI/ML	Prefilled pen	1,714	
153		Insuline Izofane	100UI/ML	Prefilled pen	655	
154		Insuline mikste 70/30	100UI/ML	Prefilled pen	684	
155		Insuline Aspart Protamine	100UI/ML	Prefilled pen	950	
156		Lipaze+amilaze+proteaze	10000 NJ.N	Kapsule	17	
157		Metformine	850 mg	Tablete	2	
158		Metoclopramid Hydrochloride	10mg-2ml	Ampule	34	
159		Omeprazol	20 mg	Kapsule	9	
160		Omeprazol	40 mg	Vial	561	
161		Ranitidine	150 mg	Tablete	3	
162		Vitamine B 6 (Pyridoxine Hydrochloride)	5%-2 ml	Ampule	49	
163		Vitamine B1 (Thiamine Hydrochloride)	10 mg	Tablete	2	
164		Vitamine B1 (Thiamine Hydrochloride)	5 % -1 ml	Ampule	49	
165		Vitamine C (Acid ascorbic)	5% - 2 ml	Ampule	49	
166		Vitamine C (Acid ascorbic)	100 mg	Tablete	2	
167		Proparacaine hydrochloride	0.5% (5mg) / ml	Flakon	318	
168		Indometacine	0.5% gtt opht	Flakon	546	
169		Tobramycine	300 mg /4 ml	Vial	3,658	
170		Levofloxacin	5 mg/ml Gtt Oph	Flakon	734	
171		Dexamethasone + Neomycin	Ung oftalmik 3.5 gram	Tubet	190	
172		Ciprofloxacin	Colir 0.3%/5 ml	Flakon	235	
173		Tobramycine + Dexamethasone	(3mg+1mg)/ml	Flakon	293	
174		Atropine sulphate	1%/10 ml	Plastic bottle	162	

175		Haloperidol	5 mg/ 1 ml	Ampule	49	
176		Fluvoxamine	100 mg	Tablete	68	
177		Lorazepam	2.5 mg	Tablete	6	
178		Olanzapine	10 mg	Tablete	11	
179		Risperidon	2mg	Tablete	6	
180		Risperidon	37.5 mg	Vial	15,858	
181		Clonazepam	2 mg	Tablete	7	
182		Carvedilol	25 mg	Tablete	9	
183		Fluvastatine	80 mg	Tablete	25	
184		Lisinopril	20 mg	Tablete	15	
185		Nitrendipine	20 mg	Tablete	18	
186		Simvastatine	40 mg	Tablete	9	
187		Triamteren Hydrochlorothiazide	50 mg + 25 mg	Tablete	12	
188		PEPTIDE	PROTEOLYTIC PEPTIDFRACTION DERIVATE FROM PROTEIN OF PORCINE BRAIN- 215.2 mg/ml-10ml	Ampule	788	
189		Methacoline 1% Chloride	30 - mg	Inhalacion	4,592	
190		Adrenaline	0.1%-1 ml	Ampule	42	
191		Aliskiren	150 mg	Tablete	72	
192		Amiodaron	150 mg/3ml	Ampule	93	
193		Amiodaron	200 mg	Tablete	11	
194		Amlodipine	10 mg	Tablete	2	
195		Atenolol	100 mg	Tablete	2	
196		Bisoprolol	10 mg	Tablete	6	
197		Digoxin	0.25 mg	Tablete	21	
198		Dobutamine hydrochloride	250 mg - 20 ml	Flakon	849	
199		Dopamine	50 mg - 5 ml	Ampule	242	
200		Enalapril	20 mg	Tablete	2	
201		Eprosartan	600 mg	Tablete	92	
202		Furosemide	40 mg	Tablete	8	
203		Furosemide	1%/2 ml	Ampule	18	
204		Hydrochlorothiazide	25 mg	Tablete	3	
205		Isosorbide mononitrate	40 mg	Tablete	6	
206		Metoprolol	50 mg	Tablete	6	
207		Nebivolol	5mg	Tablete	15	

208		Nifedipine Retard (Prolonged release)	20 mg	Tablete	3	
209		Nitroglycerine	5 mg-1.5 ml	Ampule	191	
210		Propafenon	35 mg-10 ml	Ampule	76	
211		Propafenon	150 mg	Tablete	12	
212		Spironolactone	25 mg	Tablete	8	
213		Torsemide	10 mg	Tablete	25	
214		Torsemide	10,631mg/2ml	Ampule	75	
215		Valsartan	80 mg	Tablete	4	
216		Diltiazem hydrochloride	60 mg	Tablete	2	
217		Hydralazin	20 mg	Flakon	-	
218		Isoprenaline	0.2 mg - 1 ml	Ampule	97	
219		Methyldopa	250 mg	Tablete	6	
220		Protamine sulfat	50mg/5ml	Ampule	864	
221		Verapamil hydrochloride	80 mg	Tablete	3	
222		Diclofenac sodium	75 mg/3ml	Ampule	29	
223		Acid zoledronik	4mg	Vial	27,281	
224		Ibuprofen	100mg/5ml-100ml	Glass bottle	227	
225		Ketoprofen sale di lisina	160 mg/2ml	Ampule	95	
226		Pancuronium bromide	4 mg - 2 ml	Ampule	173	
227		Suxamethonium	100 mg	Vial	212	
228		Valproic acid + sodium valproate	145 mg+333 mg	Tablete	20	
229		Bupivacaine	5mg/ml -20ml	Glass vial	324	
230		Diazepam	5 mg	Tablete	2	
231		Diazepam	10 mg/2ml	Ampule	16	
232		Donepezil	5 mg	Tablete	119	
233		Fluphenazine hydrochloride	2,5 mg	Tablete	13	
234		Isofluran	250 ml	Bottle	13,640	
235		Lamotrigine	50 mg	Tablete	20	
236		Levodopa/benserazide	250mg	Tablete	18	
237		Metamizol sodium	500 mg	Tablete	3	
238		Methadone	40 mg	Tablete	38	
239		Paracetamol	100 mg	Supost	8	
240		Paracetamol	125 mg	Supost	6	
241		Paracetamol	250 mg	Supost	9	
242		Rivastigmine Tartrat	3mg	Hard capsule	24	
243		Venlafaxine	75 mg	Tablete	23	

244		Zaleplon	10 mg	Kapsule	46	
245		Caffeine sodium benzoate	20%-1ml	Ampule	49	
246		Chlorpromazine	2,5%/2 ml	Ampule	49	
247		Citalopram	40mg/ml	Flakon	712	
248		Lidocaine	2%/50 ml	Flakon	135	
249		Metamizol sodium	50 % - 2 ml	Ampule	38	
250		Midazolam	15 mg/3 ml-3ml	Ampule	181	
251		Morfine	1%/1 ml	Ampule	159	
252		Neostigmine bromide	0.05%/1 ml	Ampule	49	
253		Piracetam	1 g/ 5 ml	Ampule	227	
254		Propofol	10mg/ml-20 ml	Ampule	318	
255		Sevofluran	250 ml	Bottle	24,250	
256		Thiopental	1 gram	Vial	182	
257		Tramadol	100 mg/2ml	Ampule	44	
258		Ephedrine hydrochloride	50mg/ml	Ampule	97	
259		Feantanyl	50mcg/ml-10ml	Ampule	242	
260		Cisatracurium	2mg/ml - 5 ml	Ampule	656	
261		Carbocisteine	5gr/100 ml	Glass bottle	173	
262		Salbutamol	2mg/5ml	Flakon 150ml	184	
263		Salmeterol	Pressurised inhalation suspension 25mcg/actuation x	Inhalacion	2,889	
264		Prometazine	2.5%/2 ml	Ampule	49	
265		Theophylline ethylenediamine anhydrous	350 mg	Tablete	14	
266		Aminophylline	100 mg	Tablete	9	
267		Aminophylline dihydrate	250 mg/10ml	Plasctic vial	37	
268		Acatazolamid	250 mg	Tablete	28	
269		ACICLOVIR 250 mg inj	250 mg	amp	225	
270		Adefovir	10 mg	tab.	3,355	
271		adenosine triphosphat	6m/2ml	amp	927	
272		AKTINOMYCIN-D	0.5mg	flakon	700	
273		ALKERAN	2 mg	Tablete	31	
274		Amisulpride	400 mg	Tablete	68	

275		ATORVASTATINE	20 mg	Tablete	8	
276		Atovaquone +Proguanil	250 mg+100 mg	Tablete	751	
277		Tretinoin	10mg	Tablete	366	
278		BENZATIN PENICILLIN	1.2 milion UI	flakon	224	
279		Benzylpenicillin	1000000 UI	flakon	56	
280		Biperidine Hydrochloride	2 mg	Tablete	5	
281		Biperidine Hydrochloride	5mg/ml	ampula	88	
282		Bromcriptine mesylate		Tablete	22	
283		BROMHEXINE - HCL	8 mg	Tablete	4	
284		Calcitriol	250 mcg	Kapsule	15	
285		Cefdinir	300 mg	Tablete	180	
286		Cyproheptadine HCL	4mg	tb	28	
287		Dantrolene natrium	25mg	flakon	17,906	
288		DAUNORUBICINA,	20 mg	(fl)	2,928	
289		DIGOXIN	0.1% /ml	amp	150	
290		Enoximone	100mg/20ml	flakon	2,446	
291		ETAMBUTOL	400 mg	Tablete	5	
292		ETANERCEPT	25 mg INJ -	shiringe	16,730	
293		Factor VIII in combination with von Willebrand factor and coagulation	25UI	Flakon	17,433	
294		Flecainide	100 mg	Tablete	51	
295		Flecainide	10mg/ml	flakon	915	
296		Flumazenil	0.1%/ml	amp	3,057	
297		Flumazenil	0.5 mg- 5 ml	amp	1,529	
298		FOLINIC ACID	50 mg/5ml	amp	690	
299		Gabapentine 300 mg tab	300 mg	Tablete	16	

300		Gonadotropin corionike humane (hCG)	1000 UI ose 1500 UI	amp	491	
301		Hydrocortisone sodium succinate	100 mg	flakon	413	
302		Hydroxiurea	500 mg	Tablete	74	
303		Infliximab	100 mg	ampule	112,617	
304		INTERFERON α -2a	18 MUI	shiringa	11,976	
305		Ketamine	50mg/ml	ampule	738	
306		KLOROKINE	250 mg	Tablete	18	
307		L-carnitine	1gr/10ml	flakon	82	
308		LEVODOPA CARBIDOPA	(2 0.5)g / 100 ml	cartridge	24,153	
309		Levodopa + Carbidopa+Entacapon	150 37.5mg+150mg+200mg ose200 50mg+200mg+200mg	Tablete	171	
310		Lomustine	40 mg	Tablete	2,403	
311		MEFLOKINE	250 mg	Tablete	498	
312		MERCAPTOPURINE 50 MG	50 mg	Tablete	96	
313		Mesna 1g INJ	1 gr	flakon	949	
314		Methadone HCL	1 %/ml	ampule	728	
315		Methylphenidate	10 mg	Tablete	30	
316		Domperidone	10 mg	Tablete	9	
317		Mucolitin	150 ml	flakon	161	
318		Naloxone	2 mg/ml	ampule	288	
319		Naltrexone 50mg	50 mg	Tablete	272	
320		Paracetamol	1gr/6,7ml	ampule	238	
321		Peginterferon alfa-2a	135 mcg	shiringe	19,710	
322		Phenitoine	50 mg/ml	amp	503	
323		Pralidoxime chloride	1 gr	amp	728	
324		Propanolol	40 MG	Tablete	3	
325		PYROZINAMIDE	500 mg	Tablete	2	
326		Recombinant Factor IX	250UI	fl	42,716	
327		RETEPLASE	10 UI	flakon	52,064	
328		Rifampicine	300mg	Tablete	56	
329		serum antirabik	1000 UI	flakon	956	
330		Pentoxiphiline	100 mg/5ml	amp	306	
331		Thioguanina	40 mg	Tablete	513	
332		Vecuronium			1,050	
333		Verapamil	5mg/2ml	amp	60	

334		Triptorelin	3.75 mg	Ampule	18,169	
335		Erlotinib	150mg	Tablete	8,776	
336		Nephroprotect Aminoacide Parenteale (Ile, leu, lys, met, cys, phen, thr, trp, val, arg, his, ala, gly, pro, ser, tyr, pa Taurine	5%-500 ml	fl	2,511	
337		Oksigjen i lengshem (litra)	(O2=99.7%; CO=0.13 vpm; CO2=0.11 vpm; H2O= 0.06 vpm)	litra	135	
338	Lende kontrasti per CT					
339		Iopromide - 300	623.4mg/ml-50ml	Flakon	2,547	
340		Iopromide - 300	623.4mg/ml-100ml	Flakon	4,477	
341		Iopromide - 370	768.86mg/ml-50ml	Flakon	4,168	
342		Iopromide - 370	768.86mg/ml-100ml	Flakon	5,094	
343		Iomeprol (Iodine x 300mg/ml)	612.4mg/ml-100ml	Flakon	3,705	
344		Iomeprol (Iodine x 350mg/ml)	714.4mg/ml-50ml	Flakon	2,053	
345		Iomeprol (Iodine x 400mg/ml)	816.5mg/ml-100ml	Flakon	5,480	
346		Iomeprol (Iodine x 400mg/ml)	816.5mg/ml-200ml	Flakon	10,744	
347	Lende kontrasti per MRI					
348		Gadopentic acid, Dimeglumine salt (corresp. 78.63 mg/ml Gadolinium)	469.01 mg/1ml (0.5mmol/ml) - 10ml	Flakon	5,449	
349		Gadobenate Dimeglumine	529 mg/ml (0.5M) - 20ml	Flakon	6,315	
350	Lende Kontrasti gastrointestinale					
351		Amidotrizoic acid, Meglumine salt + Sodium amidotrizoate (corresp. 37 g Iodine) - 76 %	(66g+10g)-100ml	Flakon	1,389	
352		Uroradiological nonionic diatrizoate meglumine ampule 20 ml. Meglumine amidotrizoate 0.66 g, sodium amidotrizoate 0.1 gr		ampul	369	

Shtojca C

Lista e materialeve mjekësore për përdorim në spitalet e Republikës së Shqipërisë për vitin 2014, miratuar nga Ministri i Shëndetësisë

Materiale qepes kirurgjikale

	<u>Sutura mendafshi</u>	-	-	-			6
Nr	Artikulli	USP	Gjatesia e fije	Dimesioni i ageve	Specifikime	Njësia	Cmimi Limit per Njesi
1	Silk	1	70-90cm	40-50	me age 1/2 rrethore	cope	43.0
2	Silk	0	70-90cm	40-50	me age 1/2 rrethore	cope	47.0
3	Silk	2-0	70-90cm	30-35	me age 1/2 rrethore	cope	44.0
4	Silk	2-0	70-90cm	20-25	age 1/2 rrethore	cope	38.0
5	Silk	2-0	70-90cm	30-40	age 1/2 rrethore	cope	48.0
6	Silk	3-0	70-90cm	20 -25	age 1/2 rrethore	cope	37.0
7	Silk	3-0	70-90cm	20-30	age 1/2 rrethore	cope	48.0
8	Silk	3-0	70-90cm	20-30	age 1/2 rrethore prerese	cope	53.0
9	Silk	4-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore shpuese	cope	53.0
10	Silk	4-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore prerese	cope	53.0
11	Silk	4-0	70-90cm	20-26	me age 1/2 rrethore	cope	39.0
12	Silk	5-0	70-90cm	17-22	me age 1/2 rrethore shpuese	cope	57.0
13	Silk	5-0	70-90cm	17-22	me age 1/2 rrethore prerese	cope	61.0

14	Silk	6-0	70-90cm	16-20	me age 1/2 rrethore shpuesese	cope	61.0
15	Silk	6-0	70-90cm	16-20	me age 1/2 rrethore prerese	cope	61.0
16	Nylon	4-0	45-50 cm	14-15	Monofila ment I tejdukshe m, age 3/8 rrethore, reverse cutting, slip point	cope	140.0
17	Nylon	5-0	45-50 cm	14-15	Monofila ment I tejdukshe m, age 3/8 rrethore, reverse cutting, slip point	cope	140.0
18	Silk	1	70-90cm		ligature pa age, 10 fije/paket e	cope	90.0
19	Silk	0	70-90cm		ligature pa age, 10 fije/paket e	cope	90.0
20	Silk	2-0	70-90cm		ligature pa age, 10 fije/paket e	cope	90.0
21	Silk	3-0	70-90cm		ligature pa age, 10 fije/paket e	cope	90.0
22	Silk	4-0	70-90cm		ligature pa age, 10 fije/paket e	cope	90.0
Sutura Sintetike te Absorbueshme							
Nr	Artikulli	USP	Gjatesia fijes	Dimensi oni i ageve	Specifikimi	Njësia	
1	Poliglctin ose PGA , Coated	1	70-90cm	40-50	me age 1/2 rrethore	cope	121.0
2	Poliglctin ose PGA , Coated	0	70-90cm	40-50	me age 1/2 rrethore	cope	142.0

3	Poliglctin ose PGA , Coated	2-0	70-90cm	30-40	me age 1/2 rrethore	cope	121.0
4	Poliglctin ose PGA , Coated	3-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore	cope	125.0
5	Poliglctin ose PGA , Coated	4-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore	cope	117.0
6	Poliglctin ose PGA , Coated	5-0	70-90cm	17-22	me age 1/2 rrethore	cope	90.0
7	Poliglctin ose PGA , Coated	6-0	70-90cm	17-22	me age 1/2 rrethore	cope	370.0
8	Poliglctin ose PGA , Coated	2-0	2.5 m		me ligature pa age	cope	290.0
9	Poliglctin ose PGA , Coated	3-0	2.5 m		me ligature pa age	cope	290.0
10	Poliglctin ose PGA , Coated me absorbim te shpejte	5-0	70-90cm	17-26	me age 1/2 rrethore	cope	148.0
11	Poliglctin ose PGA , Coated me absorbim te shpejte	4-0	70-90cm	20- 30mm	me age 1/2 rrethore	cope	240.0
12	Poliglctin ose PGA , Coated me absorbim te shpejte	3-0	70-90cm	20- 30mm	me age 1/2 rrethore	cope	230.0
13	Polyglactine 910	1	70-90cm	40-50	me age 1/2 rrethore	cope	140.0
14	Polyglactine 910	0	70-90cm	40-50	me age 1/2 rrethore	cope	130.0
15	Polyglactine 910	2-0	70-90cm	30-40	me age 1/2 rrethore	cope	125.0
16	Polyglactine 910	3-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore	cope	125.0
17	Polyglactine 910	4-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore	cope	120.0
18	Polydioxone	2-0	70-90cm	25-35	me age 1/2 rrethore	cope	130.0
19	Polydioxone	3-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore	cope	220.0

20	Polydioxone	4-0	70-90cm	20-30	me age 1/2 rrethore	cope	230.0
21	Polydioxone	5-0	70-90cm	17-22	me age 1/2 rrethore	cope	230.0
	Suture Polipropileni						
Nr	Artikulli	USP	Gjatesia e fijes	Dimesio ni i ageve	Specifikimi	Njësia	
1	Polypropylene	1	70-90cm	30-40 mm	1/2 rrethore	cope	48.0
2	Polypropylene	1	70-90cm	40-50 mm	1/2 rrethore shpuese	cope	21.0
3	Polypropylene	1	75 - 90cm	40 50mm	1/2 rrethore, cutting	cope	47.0
4	Polypropylene	0	70-90cm	30-40 mm	1/2 rrethore	cope	36.0
5	Polypropylene	0	40-50 cm	30-40 mm	1/2 rrethore. Shpuese	cope	80.0
6	Polypropylene	2-0	70-90cm	25-30 mm	1/2 rrethore	cope	41.0
7	Polypropylene	2-0	70-90cm	30-40 mm	1/2 rrethore. Shpuese		80.0
8	Polypropylene	3-0	70-90cm	25-30 mm	1/2 rrethore	cope	33.0
9	Polypropylene	3-0	70-90cm	20-30 mm	1/2 rrethore. Shpuese		710.0
10	Polypropylene	4-0	60-90cm	25-30 mm	1/2 rrethore	cope	20.0
11	Polypropylene	4-0	70-90 cm	17-22 mm	1/2 rrethore. Shpuese		710.0
12	Polypropylene	5-0	70-90 cm	17-22 mm	1/2 rrethore. Shpuese		710.0
13	Polypropylene	1	75 cm	30 mm	1/2 rrethore, cutting	cope	240.0
14	Polypropylene	2-0	75 cm	30 mm	1/2 rrethore, cutting	cope	240.0
15	Polypropylene	3-0	75 cm	24 mm	3/8 rrethore, cutting	cope	240.0
16	Polypropylene	3-0	45-50 cm	14- 15mm	age 3/8 rrethore, reverse cutting, slip point	cope	710.0

17	Polypropylene	40-	45-50 cm	14-15mm	age 3/8 rrethore, reverse cutting, slip point	cope	710.0
18	Polypropylene	5-0	45-50 cm	14-15mm	age 3/8 rrethore, reverse cutting, slip point	cope	710.0
	Mesh kirurgjikal per hernia-laparaskopi.	-					
1	Mesh polypropyleni	Fije 0.14mm	Forme drejtkendore		Fije monofilament; pesha e meshes 80-90g/m2, sipërfaqja jo më pak se 112cm2, raporti i brinjëve nga 1:1 deri në 1:1.5	cope	5,300.0
2	Mesh polypropyleni	Fije 0.14mm	Forme drejtkendore		Fije monofilament; pesha e meshes 80-90g/m2, sipërfaqja jo më pak se 850cm2, raporti i brinjëve nga 1:1 deri në 1:1.5	cope	12,500.0

3	Mesh e vogel				Pjeserish t e absorbue shme (90-120 dite) me perberje polipropil en dhe PGA dhe koprolakt on (PP/PGA CL)Fije monofila ment; pesha e meshes < 30 g/m2, siperfaqj a jo me pak se 150cm2	cope	5,500.0
4	Mesh e madhe				Pjeserish t e absorbue shme (90-120 dite) me perberje polipropil en dhe PGA dhe koprolakt on (PP/PGA CL)Fije monofila ment; pesha e meshes < 30 g/m2, siperfaqj a jo me pak se 900cm2, porozitet > 75 mikron	cope	6,600.0
5	Fije poliesther shirit				5mm gjeresi, poliesther e endur me dy age, 1/2 rreth, round me maje atraumati ke		2,000.0

	Sutura per okulistike						
Nr	Artikulli	USP	Gjatesia e fijes	Dimesio ni i ageve	Specifikimi	Njësia	
1	Polyamide 6 dhe 66	10-0	30-45cm	5-8mm	spatula 1/2ose 3/8 rrethore, double	cope	73.0
2	Polyamide 6 dhe 66	9-0	30-45cm	5-8mm	spatula 1/2ose 3/8 rrethore, double	cope	73.0
3	Polyamide	1	90-110cm	40-50 mm	age 1/2 rrethore , lak	cope	160.0
4	Polyamide	0	90-110cm	40-50 mm	age 1/2 rrethore , lak	cope	160.0
5	<i>Polyglactin</i>	2	75 cm,	85mm	3/8- round,liv er	cope	130
6	<i>Cat Gut</i>	2-0	75cm	26mm	1/2 rrethore	cope	109
7	<i>Cat Gut</i>	3-0	75cm	18mm	1/2 rrethore	cope	109
8	<i>Cat Gut</i>	4-0	75cm	16mm	1/2 rrethore	cope	109
9	Polypropylene	6-0	75 cm	13 mm	3/8 rrethore	cope	309.2
10	Polypropylene	7-0	60 cm	8 mm	3/8 rrethore	cope	710
11	Polypropylene	8-0	60 cm	6.5 mm	3/8 rrethore	cope	710

Filma x - ray

				6
Nr	Artikujt	Specifikime teknike	Njesia	Cmimi Limit per Njesi
1	Filma scanner	35x43	kutix100	37,898.0
2	Filma per printer Kodak 8900 digital I thate me lazer per mamografi	20x25 DVM	kutix100	11,000.0
3	Filma	35x43	kutix100	9,598.0
4	Filma	24x30	kutix100	6,627.8
5	Filma	18x24	kutix100	3,987.0
6	Filma	13x18	kutix100	2,933.3
7	Filma	35x35	kutix100	9,687.0

8	Filma	30x40 ;	kutix100	9,308.0
9	Filma mamografie	18X24	cope	2,764.0
10	Solucion	Zhvillues automatik koncentrat	lit	475.6
11	Solucion	Fiksues automatik koncentrat	lit	509.7
12	Solucion	Zhvillues koncentrat Larje manuale	lit	508.0
13	Solucion	Fiksues koncentrat Larje manuale	lit	488.0

**Leter printeri Eko -
xhel-instrumenta**

				6
Nr	Artikujt	Specifikime teknike	Njesia	Cmimi Limit per Njesi
1	Leter printeri ECHO	(Autoriteti Kontraktor duhet te percaktoje , prodhuesin dhe modelin e aparatures)	cope	1160
2	Leter printeri fotografike	(Autoriteti Kontraktor duhet te percaktoje , prodhuesin dhe modelin e aparatures)	cope	2200
3	Leter printeri EKG	(Autoriteti Kontraktor duhet te percaktoje , prodhuesin dhe modelin e aparatures)	cope	
	1-3 kanale			184.7
	3-kanale			398.5
	6- kanale			398.5
4	Letr printer monitori	(Autoriteti Kontraktor duhet te percaktoje , prodhuesin dhe modelin e aparatures)	cope	550
5	Xhel per ECHO	Bidone 5 kg , Xhel - Transonic / Transparent , densiteti - 1/02 gr /ml + nje pistone dhe dy shishe 250 ml boshe , per cdo kater bidona	cope	936.3

6	Xhel per EKG	Bidone5 kg , Elektro – Xhel / ECG , densiteti - - 1/02 gr /ml + nje pistone dhe dy shishe 250 ml boshe , per cdo kater bidona	cope	1,000.0
7	Elektroda monitorimi EKG	Elektroda monitorimi njeperdorimeshe	cope	45.7
8	Aparat tensioni me zhive		cope	1634
9	Steto-fonendoskop	Koke e sheshte	cope	500
10	Ndricues oral	Me bateri;	cope	450
11	Termometer me zhive		cope	70.4
12	Spatula (druri)	Sterile, e pakeluar individualisht	cope	3.38
13	Set Pap testi	I perbere nga 1.Spatul druri per Pap Test - STERILE, e pakeluar individualisht 2. Citobrusch - STERILE, e pakeluar individualisht 3. Xhama mikroskopi i poshtem - 26x76 mm - Menzel me ane dhe buze mbesheteses 4. Xhama mikroskopi i siperm - 22x22 mm - Menzel 5. Speculum (permasa te ndryshme)	cope	144.4
14	Fiksues pap testi	250ml	flakon	1201
15	Set per identifikimin e nenes dhe femijes	Me dy pjese per doren e nenes dhe doren e femijes ne ngjyra te dallueshme		24.1
16	Gojez spirometrike		cope	38
17	Filter spirometrik antibakterial		cope	430
Materiale per respirim, drenazhim, konsum kirurgjikal				
Nr	Artikulli	Specifikime	Njesia	Cmimi Limit per Njesi
1	Filter baktericid	per respirim artificial, antibakterial, HMEF	cope	230
2	Qarqe respiratori	per respirim artificial	cope	500
3	Kanjule trakeostomie	4, 4.5, 5, 5.5, 6mm; me ballon	cope	460
4	Tuba Guedel	Nr. 00, 0, 1, 2, 3, 4	cope	140
5	Maske oksigjeni	me zgjatues L=1.5-2m	cope	125

6	Sonde oksigjeni	nazale, adult, L=1.5-2 m	cope	80
7	Sonde oksigjeni	nazale, pediatrike L=1.6+0.6 m, diam .4 mm		80
8	Komplet aerosoli me tub zgajtes 1.5m	maske me rezervuar per medikamente	cope	80
9	Set drenimi Redon me vakumne forme fizarmonike 600 ml Komplet redoni G 12-22	Set=(ballon vakumi+form z fold tub+dren+troakar)	cope	580
10	Dren pleural	Tip trocar me brima anash	cope	600
11	Dren silikoni	Ch 16-28, L=50cm	cope	400
12	Dren Kehr	silikon, Ch 10-14-16-18-20	cope	390
13	Tub drenimi	silikon, rulon 20-30m, diam. 6-8mm dhe 8-10mm	meter	300
14	Dren torakal l drejte dhe anguluar	PVC, Ch16-Ch32	cope	425
15	Dren abdominal double drain me katere te brendshem		cope	320
16	Dren me troakar	Ch12-Ch20	cope	600
17	Pleurovac me regullator tub zgjates me varse per krevat	3-chambers	cope	4,200
18	Set steril per funksionim vezike urinare	I perbere nga kateter silikoni me ballon, Ch 10-15 L= 40-70 cm, me introduktor te hapshem	cope	8,200
19	Dilatator metalik vezikal me veshe metalik	C 16	cope	17,000
20	Set steril per urografi retrograde	klem, tub per kontrast bashkuese, (shiringe)	cope	11,000
21	Set pediatrik steril per drenim te vezikes urinare	Kateter , dilatator	cope	8,500
22	Intraduktor jugular	per adulte	cope	3,500
23	Maska per terapi CPAP	Madhesi e adoptueshme nga masa S deri ne L	cope	13,503

24	Lageshtues per CPAP	Me tub konektor	cope	15,000
25	Set hysteroskopie	Me dy age , per sistem Hamou Endomat	cope	5,300
26	Set per drenimin renal percutan steril	age me tre pjese, shiringe 10 cc, gide metalike, dilatator, kateter prej polyurethane 40 cm Ch 8-14		39,500
Anestezi reanimacion				
				6
Nr	Artikulli	Specifikime	Njesia	Cmimi / Njesi
1	Kanjule intravenoze	14G , me porte	cope	28
		16G , me porte	cope	28
		18G , me porte	cope	28
		20G , me porte	cope	28
		22G , me porte	cope	28
		24G, me valvol	cope	35
2	Age mielogramme me doreze	Tip troakar, 8-11G, L=10-15 cm, me doreze te gjere	cope	940
3	Age spinale e zakonshme	22G - 26G, L=7-9 cm	cope	150
4	Age spinale atraumatike	Pencil point; 22G - 26G; L=7-9cm	cope	350
5	Kateter zgjatues arterial	Zgjatues 120-150cm	cope	34
6	Kateter zgjatues venoz	Zgjatues 120-150cm	cope	68
7	Ventil tre-rrugesh		cope	50
8	Ventil tre-rrugesh me zgjatues	Tub 10-25 cm gjatesi	cope	60
9	Kateter urinar Nelaton	Fr 08-20, male	cope	40
10	Kateter Foley 2-rruge	Silikon Foley Ped-adult 2-rruge 12G-20G	cope	88
11	Kateter Foley 3-rruge		cope	130
12	Kateter gastro-duodenal	Mono lumen	cope	60
13	Sonde gastrike		cope	60
14	Sonde rektale		cope	60
15	Sonde rektale pediatrike		cope	60
16	Qese urine	2000ml, me valvol	cope	35
17	Qese urine pediatrike	1000ml, me valvol	cope	35
18	Age spinale pediatrike		cope	200
19	Set aspirimi kanjule me tub	1.8 deri 2.5 m+kanjule 26X6 mm	cope	300
20	Kanjule trakeostomie	4, 4.5, 5.5, 6 mm me ballon	cope	600
21	Kanjule trakeostomie 100% silikon	7,7.5,8,8.5 mm me ballon	cope	1300

22	Ago biopsie semi automatic	14G-100mm	cope	1500
23	Ago localization mamaro	Type Z 20G-50mm	cope	1500
24	Ago aspiration	Rubinetto 3 Vie Lipidi Res.+ Prol. PVC Dehp Free 2.5x4.1 L.10cm-Latex Free	cope	1656
	<u>Materiale per reanimacion, infuzion, aspirim</u>			
Nr	Artikulli	Specifikime	Njesia	Cmimi Limit per Njesi
1	Kateter epidural	kateter 19G/20G+age epidurale+filter	cope	2000
2	Set epidural	kateter 19G/20G+age epidurale+gide +filter+ shiringe	cope	3,400
3	Kateter venoz Seldinger 2-rrugesh	me dy rrugesh, tip Seldinger, L=20-30cm	cope	3,300
4	Kateter arterial	20G Seldinger	cope	2,500
5	Aparat klizme adult		cope	450
6	Mikro-klizem pediatrike		cope	170
7	Urinokol pediatrik		cope	60
8	Kapese kordoni umbilikal		cope	16
9	Kateter umbilikal		cope	80
10	Tub ushqimi	pediatrik, neonatal	cope	60
11	Zhgute		cope	40
12	Tuba endotrakeale pediatrike	ID 3 - 3.5mm, nazal/oral	cope	95
13	Tuba endotrakeale adult	ID 5.5mm-8.5mm, nazal/oral, me ballon	cope	110
14	Kateter aspirimi pediatrik	Ch 8	cope	40
15	Kateter aspirimi adult	Ch 14	cope	40
16	Kateter aspirimi	Ch10, 12, 16, 18;	cope	40
17	Set aspirimi	Set =(kanjule 26x6mm+tub 1.8-2.5m)	cope	300
18	Kateter aspirimi me kontroll vakumi	ch 12, ch 14	cope	40

19	Tub endobronkial 39 Fr	PVC e silikonizuar, me dy balona presioni, maje atraumatike, vijezim i detektueshem nga x -ray pergjate tubit, i graduuar, me dy konektore 15 mm, me grep per carina	cope	5,000
20	Tub endobronkial 37 Fr	PVC e silikonizuar, me dy balona presioni, maje atraumatike, vijezim i detektueshem nga x -ray pergjate tubit, i graduuar, me dy konektore 15 mm, me grep per carina	cope	5,000
21	Tub endobronkial 35 Fr	PVC e silikonizuar, me dy balona presioni, maje atraumatike, vijezim i detektueshem nga x -ray pergjate tubit, i graduuar, me dy konektore 15 mm, me grep per carina	cope	5,000
22	Tub endobronkial 41 Fr	PVC e silikonizuar, me dy balona presioni, maje atraumatike, vijezim i detektueshem nga x -ray pergjate tubit, i graduuar, me dy konektore 15 mm, me grep per carina	cope	5,400
23	Tub endotrakeal 7.5	ID 7.5 mm, nazo-oral, me ballon	cope	110
24	Tub endotrakeal 8.0	ID 8.0mm, nazo-oral, me ballon	cope	110
25	Hemostatik kolageni i absorbueshem	Siperfaqe 105-110 cm ² , me origjine nga tendinet e kuajve, 2.8 mg/cm ² fibrile kolagjeni	cope	5,500
26	Kateter urinar	2 rruges, 12 ch, balon 10 ml	cope	650
27	Kateter urinar	2 rruges, 16 ch, balon 30 - 50 ml	cope	650
28	Kateter urinar	2 rruges, 20 ch, balon 30-50 ml	cope	650
29	Kateter urinar	2 rruges, 18 ch, balon 30-50 ml	cope	650
30	Kateter urinar	2 rruges, 14 ch, balon 30-50 ml	cope	650
	Dezifektante Mjekesore-Kirurgjikale			

NR	Artikujt		Njesia	Cmimi Limit per Njesi
	Instrumentat			
1	Dezinfektant instrumentash me baze Glutaraldehyde-Formaldehyde	Per dezinfektimin manual te instrumenteve kirurgjikale, perfshire endoskopet dhe fibroskopet. Te kete efekt baktericid, fungicid, tuberkulocid, antiviral (perfshire HBV/HIV)Te furnizohet si komplet me solucion e pa - aktivizuar dhe aktivizuesin per perzierjen dhe perfimin e solucionit te gatshem per perdorim.Permbajtja: min. 2% glutaraldehyde, etj. Te furnizohet si solucion i gatshem per perdorim (max 5 litra / ene). Te kete referenca perdorimi nga firmat e njohura te endoskopeve dhe fibroskopeve	litra	520.0
2	Solucion koncentruar enzimatik	Per pastrimin e mbetjeve ne instrumentat mjekesore-kirurgjikale, vecanerisht endoskopet dhe instrumentat mjekesore dhe kirurgjikale me pjese te levizeshme dhe lumene te vegjel.Te kete baze enzimatiqe. Te furnizohet si koncentrat per tu holluar me uje ne masen 1-3% . Te jete efektiv per pune ne uje me temperature te zakonshme (~20°)	litra	670.0
3	Drape dezinfektuese	Drape higjenike ter gatshme per perdorim, te imprenjuara me solucion pastrues dhe dezinfektues. Per pastrimin dhe dezinfektimin e siperfaqeve te vogla te pajisjeve dhe instrumentave mjekesore; 100-200 cope / kuti .	cope	4.8
	Ambientet			
5	Detergjent	Dezinfektim të shpejtë dhe të vazhdueshme të të gjitha sipërfaqeve, plane sanitare, dysheqe, dhe objekteve. Dezinfektanti permban 10 % Didecildimetilammonio Cloruro dhe 2 % Isotiazolinone Magnesio Cloruro , perdoret duke u tretur 20 ml ne 1 liter uje	litra	560.0

	Duart dhe lekuren				
6	Xhel shumepërdorimsh	Per desinfektimin e duarve te personelit mjekesor , Antiseptik i shpejte dhe efektiv, i gatshem për ta përdorur , pa nevojën përdorimit e ujit për shplarje. Te furnizohet ne ene 1 - 3 liter te pajisura me dozator.	litra	520.0	
7	Chlorhexidine gluconate	4% chlorexidine gluconate; . Antiseptik me efekt baktericid, fungicid, antiviral . Për kirurgët për desinfektimin e duarve , larja e plotë e pacientëve përpara ndërhyrjes kirurgjikale, i gatshem për ta përdorur	litra	590	
8	Peroksid Hidrogjeni 3%	Peroksid hidrogjeni 3% e vëllimit . Për përdorim të te plageve te jashtëme , i gatshëm për ta përdorur	litra	170	
	Dezifektante Sanitare				
1	Formaldehid	Solucion 35-40%	litra	580.0	
2	Acid klorhidrik	Solucion 13%	litra	490.0	
3	Insekticid pyrethroidal	Deltamethrine 25 gm / ne 1 liter	liter	120.0	
4	Benzalchonium chloride	5%	Flakon	756	
5	Benzalchonium chloride	10% - 1 l	Flakon	756	
6	Chlorhexidine gluconate	0.11%	Flakon	1049.69 08	
7	Alkol etilik	98 grade	litra	250	
8	Alkol 96%	1000 ml	flakon	300	
Bende - Adeziv					
Nr	Artikulli	Specifikime		Cmimi	Sasia
1	Bende 7 cm x 5 m	100% pambuk absorbent, dendesia 20 fije /cm ² , pesha jo me pak se 27 gr/m ²	cope	10	
2	Bende 10 cm x 10 m	100% pambuk absorbent, dendesia 20 fije /cm ² , pesha jo me pak se 27 gr/m ²	cope	31	

3	Bende elastike universale 8 cm x 5m	Perberja e perafert: 63 % pambuk , 30 % poliamid , 7 % poliuretan; pesha mbi 75 gr/m ² ; dendesia 30 fije /cm ² ; zgjatimi 120 %	cope	28	
4	Bende allcie 10 cm x 2.7-3 m	Perberja , pambuk dhe allci me rreth 85-90% sulfat calciumi , me paketimi individual plastik	cope	50	
5	Bende adesive 10 cm x 10 m	Cope e pathurur poroze, elastike. Ana ngjites e mbrojtur me leter te shqiteshme	cope	320	
6	Fiksues kanjule	Fiksues kanjule / afersisht 8.5 cm x 5.8 cm / materjali , TNT adezive hipoalergjik /poliuretan dhe me garze perthithese ne mes, me kompresim te dyfishte .	cope	35	
7	Leukoplast antialergjik 5cm x 9.14 m	cope e padepertueshme mendafshi, me ngjites antialergjik	cope	105	
	Pulla injeksioni	Dimensionet e peraferta: 0.9 cm x 3.8 cm , me garze perthithese ne mes dhe dy anet me ngjites antialergjik	cope	2	
Garze - Pambuk					
8	Garze 5cm x 5cm	Komprese sterile me 8 ply , 100% pambuk hidrofil , pesha jo me pak se 27 gr/m ² , dendesia 20 fije / cm ²	cope	4	
9	Garze 10cm x 10cm	Komprese sterile me 12 ply ,100% pambuk hidrofil , pesha jo me pak se 27 gr/m ² , dendesia 20 fije / cm ²	cope	15	
10	Garze 10cm x 20cm	Komprese sterile me 12 ply ,100% pambuk hidrofil, pesha jo me pak se 27 gr/m ² , dendesia 20 fije / cm ² .	cope	16	

11	Garze 10cm x 20cm	Komprese sterile me 16 ply ,100% pambuk hidrofil , pesha jo me pak se 27 gr/m ² , dendesia 20 fije / cm ²	cope	20	
12	Garze Sterile 36cm x 40cm (9x10 cm 16 ply)	Komprese sterile me 100% pambuk hidrofil , Pesha jo me pak se 27 gr/m ² ; dendesia 20 fije / cm ² . Paketim individual ne zarf letre.	cope	25	
13	Garze abdominale	Garze sterile, e detektueshme nga rrezet-x, 100% pambuk absorbent, me 4-6 pala, dimensionit i nje pale 45x45cm, dendesia 28x28, me funde te qepura, me lak lidhes, jo me shume se 10 cope per pako	cope	65	
14	Pambuk kirurgjikal	100% pambuk hidrofil, pakete 100g	cope	60	
15	Garze 91 cm x 100 cm	100% pambuk absorbent,dendesia 24x20	m-lin	26.20	
16	Bende 20cmx10m	100% pambuk absorbent, dendesia 24x20	cope	59	
17	Bende sterile 10x10cm	100% pamb absorb., dend. 24x20, 6ply	cope	10	
18	Bende allcie 15cmx2.7m	ne pakete plastike	cope	80	
19	Leukoplast 5cmx5m	cope 100% pambuk, ngjites me permbajtje oksid zingu	cope	82	
	Shiringa, Age				
Nr	Artikulli	Specifikime	Njesia	Cmimi Limit per Njesi	
1	Shiringa 50cc	Shiringe nje perdorimeshe , sterile , me Age 20 G x 38 mm , 3 pjese,	cope	23.00	
2	Shiringa 20cc	Shiringe nje perdorimeshe , sterile , me Age 20 G x 38 mm , 3 pjese,	cope	10.20	
3	Shiringa 10cc	Shiringe nje perdorimeshe , sterile , me Age 21 G x 38 mm , 3 pjese,	cope	6.30	
4	Shiringa 5cc	Shiringe nje perdorimeshe , sterile , me Age 22 G x32 mm , 3 pjese,	cope	4.40	

5	Shiringa 2cc	Shiringe nje perdorimeshe , sterile , me Age 23G x32 mm , 3 pjese,	cope	4.05
6	Shiringa insuline	Sterile, tre pjeseshe, me Age 26G x 13 mm.	cope	4.30
7	Age 18G	sterile , 18 G X 32 mm	cope	2.30
8	Age 20G	sterile , 20 G X 38 mm	cope	2.00
9	Age 21G	sterile , 21 G X 38 mm	cope	2.30
10	Age 23G	sterile , 23 G X 25mm	cope	2.30
11	Age 25G	sterile , 23 G X 25 mm	cope	2.30
12	Age flutur 18G	sterile	cope	2.30
13	Age flutur 20G	sterile	cope	7.70
14	Age flutur 22G	sterile	cope	7.70
15	Age flutur 24G	sterile	cope	7.70
16	Shiringa 50cc	Shiringe nje perdorimeshe , sterile me gryke hinke	cope	70.5
SISTEME , DOREZA				6
Nr	Artikulli	Specifikime	Njesia	Cmimi Limit per Njesi
1	Sisteme infuzioni	Sistem infuzioni transparente dhe fleksibel , e pershtateshme si per shishet edhe per qeset e infuzionitme , e pajisur me valvol ajrimi + filter + age , 20 G , 38 mm , luer luck + bashkuese e gomuar ne forme "Y" ose "flashball" , me PP flow rregullator , 20 pika / 1ml , e pakatura ne qese e sterilizuar .	cope	15.90
2	Doreza ekzaminimi (ndare sipas numrit)	Josterile , me latex natyral , me puder , me permasat :	cope	5.10
		X-S		
		S.		
		M.		

		L.		
3	Doreza kirurgjikale sterile (ndare sipas numrit)	Doreza kirurgjikale me puder ,latex natyral , paketuar ne zarfe letre te sterilizuar me rreze Gama ose gaz Etilen sipas normativave EN	pale	25.00
		6.5	pale	
		7	pale	
		7.5	pale	
		8	pale	
4	Lama bisturie (ndare sipas numrit)	Nr:	cope	5.80
		15		
		20		
		21		
		22		
		23		
		24		

BIBLIOGRAFIA

1. Revised FIP Basel Statements on the future of Hospital Pharmacy; Approved September 2014, Bangkok, Thailand, as revisions of the initial 2008 version; https://www.fip.org/www/streamfile.php?filename=fip/FIP_BASEL_STATEMENTS_ON_THE_FUTURE_OF_HOSPITAL_PHARMACY_2015.pdf.
2. The Basel Statements on the future of hospital pharmacy; American Journal of Health-System Pharmacy; Volume 66, Issue 5, Supplement 3, 1 March 2009; Pages s61–s66, <https://doi.org/10.2146/ajhp080666>.
3. Cheryl A. Thompson; International hospital pharmacy section's work on Basel statements continues; American Journal of Health-System Pharmacy; Volume 69, Issue 23, 1 December 2012; Pages 2030–2032; <https://doi.org/10.2146/news120083>.
4. Carolyn Bornstein; Hospital Pharmacy: A Global Profession Makes History; The Canadian Journal of Hospital Pharmacy; Vol. 61 No. 6 (2008) / Report From The Presidential Team; DOI: <https://doi.org/10.4212/cjhp.v61i6.109>.
5. The European Statements of Hospital Pharmacy; European Journal Of Hospital Pharmacy; Vol. 21:256-258, 2014; <http://dx.doi.org/10.1136/ejhp080666>.
6. Erika Villa, Esempio di Pianificazione della Distribuzione di Farmaci in Ambiente Sanitario, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, 2010
7. PricewaterhouseCoopers. Ontario public drug programs competitive agreement initiative. Ottawa: PricewaterhouseCoopers; 2007.
8. Council Directive 89/105/EEC.
9. Republic of Albania, Technical Assistance, Review of Albanian Pharmaceutical Policy, June 2014, Luka Voncina, MD, PhD, Julia Sallaku, BSc, MSc; <https://www.reporter.al/wp-content/uploads/raporti-i-BB.docx>.
10. Brenner TS, American Society of Hospital Pharmacists, Godwin HN, Gouveia WA, Hodgkins BD, Kent SS, et al. ASHP Guidelines: Minimum standard for pharmacies in hospitals. Am J Health Syst Pharm. 2013;70(18):1619-30.
11. Rregulloret e Shërbimit Farmaceutik në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, miratuar me Vendimin Nr. 7, datë 21.09.2015 “Për miratimin e Rregullores së funksionimit të QSUT” të Bordit drejtues të Spitalit Universitar.
12. Massaro F, Gouveia WA. Applications in hospital pharmacy practice. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
13. Doloresco F, Vermeulen LC. Global survey of hospital pharmacy practice. Am J Health Syst Pharm. 2009;66(5):S13-S9.
14. LeBlanc JM, Dasta JF. Scope of international hospital pharmacy practice. Ann Pharmacother. 2005;39(1):183-91.
15. Penm J, Chaar B, Moles R. Hospital pharmacy services in the Pacific Island countries. J Eval Clin Pract. 2015;21(1):51-6.
16. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. Pharmacotherapy. 1999;19(2):130-8.
17. Fox BI, Siska MH. Managing medication use process supporting technologies and automation. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

18. Hoffman JM, Li E, Doloresco F, Matusiak L, Hunkler RJ, Shah ND, et al. Projecting future drug expenditures—2012. *Am J Health Syst Pharm.* 2012;69(5):405-21.
19. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(Mar):533-43.
20. Desselle SP. The "Management" in medication therapy management. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. *Pharmacy management: essentials for all practice settings.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
21. Merriam-Webster [Internet]. Manage: Merriam-Webster; 2015 [cited 2016 Jan 14]. Available from: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/manage>.
22. Tootelian DH, Gaedeke RM. *Essentials of pharmacy management.* St. Louis: Mosby; 1993.
23. World Health Organization. Management: World Health Organization; 2016 [cited 2016 Jan 14]. Available from: <http://www.who.int/topics/management/en/>.
24. Zgarrick DP. Management functions. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. *Pharmacy management: essentials for all practice settings.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 19-29.
25. Schumock GT, Wong G, Stubbings J. Strategic planning in pharmacy operations. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. *Pharmacy management: essentials for all practice settings.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
26. Pierpaoli PG. Management diplomacy: myths and methods. *Am J Hosp Pharm.* 1987;44(Feb):297-304.
27. Sloan FA, Whetten-Goldstein K, Wilson A. Hospital pharmacy decisions, cost containment, and the use of cost-effectiveness analysis. *Soc Sci Med (1982).* 1997;45(4):523-33.
28. Krugman M, MacLauchlan M, Riippi L, Grubbs J. A multidisciplinary financial education research project. *Nurs Econ.* 2002;20(6):273-8.
29. Kernich CA, Creighton FA. Managing the cost of specialty pharmaceuticals. *Nurs Econ.* 2004;22(5):245-50, 27.
30. Grainger HS. The hospital pharmacist. *J R Soc Promot Health.* 1963;83:75-6.
31. Kay BG, Adelman DN. How practical planning created this functional pharmacy. *Pharm Times.* 1979;45(5):46-9.
32. Skolaut MW. Moving toward the 21st century. *Am J Hosp Pharm.* 1980;37(Mar):355-8.
33. Knoer SJ, Pastor JD, 3rd, Phelps PK. Lessons learned from a pharmacy practice model change at an academic medical center. *Am J Health Syst Pharm.* 2010;67(21):1862-9.
34. Wilson CN. Hospital financial trends that affect hospital pharmacies' future. *Hosp Pharm.* 1994;29(10):957-64.
35. Hintzen BL, Knoer SJ, Van Dyke CJ, Milavitz BS. Effect of lean process improvement techniques on a university hospital inpatient pharmacy. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(22):2042-7.
36. Bucci P, Baker JA. Management strategy for the diffusion of innovation: unit dose drug distribution. *Am J Hosp Pharm.* 1978;35(Feb):168-73.
37. Raynor DK, Sharp JA, Rattenbury H, Towler RJ. Medicine information help lines: a survey of hospital pharmacy-based services in the UK and their conformity with guidelines. *Ann Pharmacother.* 2000;34(1):106-11.
38. Fitzpatrick RW, Boardman HF. A survey of the provision of clinical pharmacy services in relation to existing published standards. *Pharm World Sci.* 2005;27(3):191-6.
39. Janning SW, Stevenson JG, Smolarek RT. Implementing comprehensive pharmaceutical services at an academic tertiary care hospital. *Am J Health Syst Pharm.* 1996;53(5):542-7.
40. Raber JH. The formulary process from a risk management perspective. *Pharmacotherapy.* 2010;30(6):S42-S7.

41. Gayatonde NS. Organization and management of a hospital pharmacy. *Indian J Hosp Pharm.* 1969;6(Sep-Oct):185-9.
42. Raehl CL, Bond CA, Pitterle ME. Pharmaceutical services in U.S. hospitals in 1989. *Am J Hosp Pharm.* 1992;49(2):323-46.
43. Gibson J. Need for organization development as a precursor to strategic planning in state-run hospital pharmacies. *S Afr Pharm J.* 1991;58(Feb):45-7.
44. Schneider PJ. Five worthy aims for pharmacy's clinical leadership to pursue in improving medication use. *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56(24):2549-52.
45. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* 2007;27(4):481-93.
46. Wollenburg K. Managing up, over, and across. *Am J Health Syst Pharm.* 2001;58(1):S10-S3.
47. Gallego G, Taylor SJ, Brien JE. Provision of pharmaceuticals in Australian hospitals: equity of access? *Pharm World Sci.* 2007;29(2):47-50.
48. Fine DJ. Structure and philosophy of pharmacy management using a matrix organization, part 1: a conceptual model. *Hosp Formul.* 1985;20(Feb):198-202.
49. Kahaleh A, Gaither C. The effects of work setting on pharmacists' empowerment and organizational behaviors. *Res Social Adm Pharm.* 2007;3(2):199-222.
50. Davis D. Partnering with nurses to handle personnel shortages. *Am J Health Syst Pharm.* 2002;59(19):1824-6.
51. Babigumira JB, Castelnuovo B, Lamorde M, Kambugu A, Stergachis A, Easterbrook P, et al. Potential impact of task-shifting on costs of antiretroviral therapy and physician supply in Uganda. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:192-7.
52. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and drug costs in United States hospitals. *Pharmacotherapy.* 1999;19(12):1354-62.
53. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacist staffing in United States hospitals. *Pharmacotherapy.* 2002;22(11):1489-99.
54. Bond CA, Raehl CL, Patry R. The feasibility of implementing an evidence-based core set of clinical pharmacy services in 2020: manpower, marketplace factors, and pharmacy leadership. *Pharmacotherapy.* 2004;24(4):441-52.
55. Bond CA, Raehl CL, Patry R. Evidence-based core clinical pharmacy services in United States hospitals in 2020: services and staffing. *Pharmacotherapy.* 2004;24(4):427-40.
56. Krogh P, Ernster J, Knoer S. Creating pharmacy staffing-to-demand models: predictive tools used at two institutions. *Am J Health Syst Pharm.* 2012;69(18):1574-80.
57. Pick AM, Massoomi F, Neff WJ, Danekas PL, Stoysich AM. A safety assessment tool for formulary candidates. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63(13):1269-72.
58. Shane R. Risk evaluation and mitigation strategies: impact on patients, health care providers, and health systems. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(24):S6-S12.
59. Garrett T, Stokes B, Brien JE. Perceptions of safety culture in hospital pharmacy: how safe do we think we are? *Eur J Hosp Pharm Sci Pract.* 2013;20(2):82-7.
60. World Health Organization. Management: World Health Organization; 2015 [cited 2015 Dec 16]. Available from: <http://www.who.int/topics/management/en/>.
61. Tootelian DH, Gaedeke RM. *Essentials of pharmacy management.* St. Louis: Mosby; 1993.
62. Raber JH. The formulary process from a risk management perspective. *Pharmacotherapy.* 2010;30(6):S42-S7.
63. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* 1999;19(2):130-8.
64. Desselle SP. The "Management" in medication therapy management. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. *Pharmacy management: essentials for all practice settings.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 3-17.

65. Gibson J. Need for organization development as a precursor to strategic planning in state-run hospital pharmacies. *S Afr Pharm J*. 1991;58(Feb):45-7.
66. Kahaleh A, Gaither C. The effects of work setting on pharmacists' empowerment and organizational behaviors. *Res Social Adm Pharm*. 2007;3(2):199-222.
67. Sloan FA, Whetten-Goldstein K, Wilson A. Hospital pharmacy decisions, cost containment, and the use of cost-effectiveness analysis. *Soc Sci Med* (1982). 1997;45(4):523-33.
68. Wilson CN. Hospital financial trends that affect hospital pharmacies' future. *Hosp Pharm*. 1994;29(10):957-64.
69. Garrett T, Stokes B, Brien JA. Perceptions of safety culture in hospital pharmacy: how safe do we think we are? *Eur J Hosp Pharm Sci Pract*. 2013;20(2):82-7.
70. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(Mar):533-43.
71. LeBlanc JM, Dasta JF. Scope of international hospital pharmacy practice. *Ann Pharmacother*. 2005;39(1):183-91.
72. Pharmaceutical Board of Australia. Domain 3: Leadership and Management. In: Pharmaceutical Society of Australia, editors. National competency standards framework for pharmacists in Australia. Australia: Pharmacy Board of Australia; 2010. p. 32-40.
73. Hodnette JC. Assessing the perceptions of users of computerized hospital information systems: a case study of three hospitals [dissertation]. Charleston: Medical University of South Carolina; 1999. 73 p.
74. Holloway K, Green T. Drug and therapeutics committees: a practical guide. Geneva: Department of Essential Drugs and Medicines Policy World Health Organization; 2003. 146 p.
75. Tan EL, Day RO, Brien JE. Prioritising drug and therapeutics committee (DTC) decisions: a national survey. *Pharm World Sci*. 2007;29(2):90-6.
76. Gaither C. Organizational structure and behavior. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 175-201.
77. Molleman E, Broekhuis M, Stoffels R, Jaspers F. How health care complexity leads to cooperation and affects the autonomy of health care professionals. *Health Care Anal*. 2008;16(4):329-41.
78. White SJ. Will there be a pharmacy leadership crisis? An ASHP Foundation Scholar-in-Residence report. *Am J Health Syst Pharm*. 2005;62(8):845.
79. Ministry of Health (ID). Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit [Standards of hospital pharmacy services]. Jakarta: Ministry of Health; 2014. 54 p. No.: 58/2014 (in Indonesian).
80. Ministry of Health (ID). Buku pegangan sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dan Sistem Jaminan Sosial Nasional [Handbook of National Health Insurance and National Social Security System]. Jakarta: Advocacy and Socialization Committee of National Health Insurance Ministry of Health. 75 p (in Indonesian).
81. Mil JWF, McElnay J, Jong-Van Den Berg LW, Tromp FJ. The challenges of defining pharmaceutical care on an international level. *Int J Pharm Pract*. 1999;7(4):202-8.
82. Ministry of Health (ID). Instrumen akreditasi rumah sakit standar akreditasi versi 2012 [Hospital Accreditation Instrument based on 2012 Accreditation Standards]. Jakarta: Hospital Accreditation Commission Ministry of Health; 2012. 349 p (in Indonesian).
83. Sittic DF, Stead WW. Computer-based physician order entry: the state of the art. *J Am Med Inform Assoc*. 1994;1(2):108-23.
84. Villamanan E, Herrero A, Sala RA. The assisted electronic prescription in patients hospitalised in a chest diseases ward. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(3):138-42.

85. Roark DC, Miguel K. RFID: bar coding's replacement? *Nurs manag.* 2006;37(2):28-31.
86. World Bank Group [Internet]. Indonesia: The World Bank Group; 2016 [cited 2016 Jan 6]. Available from: <http://data.worldbank.org/country/indonesia>.
87. World Health Organization. Towards better leadership and management in health: report on an international consultation on strengthening leadership and management in low-income countries. Geneva: Department for Health Policy, Development and Services Health Systems and Services World Health Organization; 2007. 29 p. No.: 10.
88. Tootelian DH, Gaedeke RM. Essentials of pharmacy management. St. Louis: Mosby; 1993.
89. Zgarrick DP. Management Functions. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 19-29.
90. Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. Strengthening management in low-income countries. Geneva: Department of Health System Policies and Operations World Health Organization; 2005. 13 p. No.: 1.
91. Ministry of Health (ID). Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit [Standards of hospital pharmacy services]. Jakarta: Ministry of Health; 2014. 54 p. No.: 58/2014 (in Indonesian).
92. Desselle SP. The "Management" in medication therapy management. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 3-17.
93. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* 1999;19(2):130-8.
94. Harrison DL. Strategic planning by institutional pharmacy administrators [dissertation]. Tucson: University of Arizona; 1990. 215 p.
95. Sloan FA, Whetten-Goldstein K, Wilson A. Hospital pharmacy decisions, cost containment, and the use of cost-effectiveness analysis. *Soc Sci Med* (1982). 1997;45(4):523-33.
96. Schumock GT, Wong G, Stubbings J. Strategic planning in pharmacy operations. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 45-61.
97. Langley A. The roles of formal strategic planning. *Long Range Plann.* 1988;21(3):40-50.
98. Anderson S. The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. *J Interprof Care.* 2002;16(4):391-404.
99. Indonesian Pharmaceutical Association of Higher Education (ID). Silabus kurikulum inti program pendidikan sarjana farmasi [Core curriculum of pharmacy higher education]. Jogjakarta: Indonesian Pharmaceutical Association of Higher Education; 2008 (in Indonesian).
100. Liu CS, White L. Key determinants of hospital pharmacy staff's job satisfaction. *Res Social Adm Pharm.* 2011;7(1):51-63.
101. Desselle SP, Conklin MH. Predictors of pharmacy faculty work satisfaction. *Curr Pharm Teach Learn.* 2010;2(1):20-30.
102. Muzzin LJ, Brown GP, Hornosty RW, Features Submission HC. Consequences of feminization of a profession: the case of Canadian pharmacy. *Women Health.* 1994;21(2-3):39-56.
103. Villamanan E, Herrero A, Sala RA. The assisted electronic prescription in patients hospitalised in a chest diseases ward. *Arch Bronconeumol.* 2011;47(3):138-42.
104. Hensley S. Preventive medicine. Chicago: Crain Communications, Inc; 1999. p. 52.
105. Chin TL. Identifying new uses for bar coding technology. *Health Data Manag.* 1999 Jul; p. 66-71.

106. Haux R. Health information systems – past, present, future. *Int J Med Inform.* 2006;75(3):268-81.
107. Heeks R. Health information systems: failure, success and improvisation. *Int J Med Inform.* 2006;75(2):125-37.
108. Chang W-Y, Ma J-C, Chiu H-T, Lin K-C, Lee P-H. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs.* 2009;65(9):1946-55.
109. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31(3):956-9.
110. Ministry of Health (ID). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 51 Tahun 2009 tentang pekerjaan kefarmasian [Government Decree No. 51/2009 about Pharmaceutical Work]. Jakarta: Ministry of Health; 2009. No.: 51/2009. 29 p (in Indonesian).
111. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(Mar):533-43.
112. Kumar RDC. Leadership in healthcare. *Anaesth Intensive Care Med.* 2013;14(1):39-41.
113. Dai Y-D, Dai Y-Y, Chen K-Y, Wu H-C. Transformational vs transactional leadership: which is better? *Int J Contemp Hospitality Manag.* 2013;25(5):760-78.
114. LeBlanc JM, Dasta JF. Scope of international hospital pharmacy practice. *Ann Pharmacother.* 2005;39(1):183-91.
115. Massaro F, Gouveia WA. Applications in Hospital Pharmacy Practice. In: Desselle S, Zgarrick DP, Alston GL, editors. *Pharmacy management: essentials for all practice settings*. 3rd. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 625-42.
116. Budiarto W, Sugiharto M. Expense of INA CBGs claim and real expense of catastrophic diseases inpatient Jamkesmas participant at hospital study in 10 Ministry of Health hospital of January to March 2012. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan.* 2013;16(Jan):58-63 (in Indonesian).
117. Ministry of Health (ID). Standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit [Standards of hospital pharmacy services]. Jakarta: Ministry of Health; 2014. 54 p. No.: 58/2014 (in Indonesian).
118. World Health Organization [Internet]. What is universal health coverage?: World Health Organization; 2012 [cited 2015 Nov 9]. Available from: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/.
119. Matsoso MP. Future vision and challenges for hospital pharmacy. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(5):S9-S12.
120. Doloresco F, Vermeulen LC. Global survey of hospital pharmacy practice. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(5):S13-S9.
121. International Pharmaceutical Federation. Revised FIP Basel Statements on The Future of Hospital Pharmacy. The Hague: Hospital Pharmacy Section International Pharmaceutical Federation; 2014. 6 p.
122. Angaran DM, Hepler CD, Bjornson DC, Hadsall RS. Career patterns of pioneer clinical pharmacists. *Am J Hosp Pharm.* 1988;45(1):101-8.
123. Grainger HS. The hospital pharmacist. *J R Soc Promot Health.* 1963;83:75-6.
124. Indonesian Pharmacists Association. Standar kompetensi qpoteker Indonesia [Standard of Indonesian pharmacists' competencies]. Jakarta: Indonesian Pharmacists Association; 2010. 98 p (in Indonesian).
125. Vora S, Cohen T. Implementing clinical services across a large health system. *Am J Health Syst Pharm.* 2007;64(5):460-3.

126. Wilson SG, Tsui M, Tong N, Wilson DI, Chapman CB. Hospital pharmacy service provision in Australia – 1998. *Am J Health Syst Pharm.* 2000;57(7):677-80.
127. Raehl CL, Bond CA, Pitterle ME. Pharmaceutical services in U.S. hospitals in 1989. *Am J Hosp Pharm.* 1992;49(2):323-46.
128. Bond CA, Raehl CL. 2006 national clinical pharmacy services survey: clinical pharmacy services, collaborative drug management, medication errors, and pharmacy technology. *Pharmacotherapy.* 2008;28(1):1-13.
129. Schneider PJ. Five worthy aims for pharmacy's clinical leadership to pursue in improving medication use. *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56(24):2549-52.
130. Fitzpatrick RW, Boardman HF. A Survey of the Provision of Clinical Pharmacy Services in Relation to Existing Published Standards. *Pharm World Sci.* 2005;27(3):191-6.
131. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* 2007;27(4):481-93.
132. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Interrelationships among mortality rates, drug costs, total cost of care, and length of stay in United States hospitals: summary and recommendations for clinical pharmacy services and staffing. *Pharmacotherapy.* 2001;21(2):129-41.
133. Zgarrick DP. Management Functions. In: Desselle S, Zgarrick DP, Alston GL, editors. *Pharmacy management: essentials for all practice settings.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 19-29.
134. Tootelian DH, Gaedeke RM. *Essentials of pharmacy management.* St. Louis: Mosby; 1993.
135. Brock KA, Doucette WR. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2004;44(3):358-65.
136. Ballantyne, Salter C, Holland R, Harvey I, Henwood K. "I haven't even phoned my doctor yet" – The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. *BMJ.* 2007;334(7603):1101-4.
137. Janning SW, Stevenson JG, Smolarek RT. Implementing comprehensive pharmaceutical services at an academic tertiary care hospital. *Am J Health Syst Pharm.* 1996;53(5):542-7.
138. Gibson J. Need for organization development as a precursor to strategic planning in state-run hospital pharmacies. *S Afr Pharm J.* 1991;58(Feb):45-7.
139. Raynor DK, Sharp JA, Rattenbury H, Towler RJ. Medicine information help lines: a survey of hospital pharmacy-based services in the UK and their conformity with guidelines. *Ann Pharmacother.* 2000;34(1):106-11.
140. Joint Commission International. *Joint Commission International accreditation standards for hospitals.* 5th ed. Illinois: Joint Commission Resources; 2014.
141. World Health Organization. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. In: World Health Organization, editor. *WHO expert committee on specifications for pharmaceutical preparations.* Geneva: World Health Organization; 2011. 428 p. No.: 961.
142. World Health Organization. *Operational principles for good pharmaceutical procurement.* Geneva: World Health Organization; 1999. 32 p.
143. Ombaka E. Current status of medicines procurement. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(5):S20-S8.
144. Bates DW, Gawande AA. Patient safety: Improving safety with information technology. *New England J Med.* 2003;348(25):2526-34.

145. Quick JD, Action Programme on Essential D, Vaccines, Management Sciences for H. Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals. West Harford: Kumarian Press; 1997.
146. West D. Purchasing and inventory management. In: Desselle SP, Zgarrick DP, Alston GL, editors. Pharmacy management: essentials for all practice settings. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 427-45.
147. Chisholm-Burns MA, Vaillancourt AM, Shepherd M. Pharmacy management, leadership, marketing, and finance. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2011.
148. Stephens M. Hospital pharmacy. London: Pharmaceutical Press; 2003.
149. Measures M, Bagshaw M. Management and leadership: a competency framework to deliver the National Trust's strategy. Industrial Commercial Train. 2009;41(7):355-62
150. Basu, R. and Wright J. Nevan. 2008. *Total Supply Chain Management*. Elsevier.
151. Bloomberg, D. J. LeMay & S. Hanna, J.B. 2002 *Logistics*. Prentice-Hall.
152. Chungsiwapornpong, Warawan. 2007. *Survey of drug inventory control process and performance among hospital pharmacy departments in Thailand*. Master's Thesis. [pdf]. Bangkok: Mahidol University.
153. Coyle, John J. Bardi, Edward J. Langley C. John Jr. 2003. *The Management of Business Logistics: A Supply Chain Perspective*. 7th edition. South-Western Thomson Learning.
154. Gaither, N. Grazier, G. 2002 *Operation Management*. South-Western Thomson Learning.
155. Guan, L. Hansen, D. R. Mowen, M. 2009 *Cost Management*. 6th Edition. South Western Cengage Learning.
156. Ijioui, R. Emmerich, H & Ceyy, M. 2008. *Strategies and Tactics in Supply Chain Event Management*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
157. Kobert, N. 1992. *Managing Inventory for Cost Reduction*. Prentice-Hall.
158. Lacy, F. Charles, Armstrong, Lora L., Goldman, Morton P. and Lance, Leonard L. 2005 *Drug Information Handbook International With Canadian and International Drug Monographs*. The United States. Lexi-Comp's.
159. Management Sciences for Health [www page]. [referred to 5.2.2010] available: <http://www.msh.org/>
160. Ministry of Public Health. *Thailand Health Profile Report 2005-2007* [online]. [referred to 5.2.2010]. available: <http://www.moph.go.th>
161. Moore, Bykov, Savelli & Zagorski. 1997. *Guidelines for Implementing Drug Utilization Review Programs in Hospital*. Management Sciences for Health. [online]. [referred to 6.10.2010]. available: http://dmsic.moph.go.th/download/DUR_guidelines.pdf?PHPSESSID=c7e77...
162. Snow, J. Inc./DELIVER in collaboration with the World Health Organization. *Guidelines for the Storage of Essential Medicines and Other Health Commodities*. 2003. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development. [pdf]. [referred to 10.2.2010]. available: http://www.who.int/3by5/en/storage_pocketguide.pdf
163. Srinivasan, A.V. 2008. *Managing a Modern Hospital*. 2nd Edition. SAGE Publications India Pvt. Ltd. [online]. [referred to 17.2.2010]. available: <http://www.scribd.com/doc/17077947/Modern-Hospital-Management>
164. V. R. Thawani, A. V. Turankar, S. D. Sontakke, S. V. Pimpalkhute, G. N. Dakhale, K. S. Jaiswal, K. J. Gharpure, S. D. Dharmadhikari. 2003. *Economic analysis of drug expenditure in government Medical College hospital, Nagpur*. Indian Journal of Pharmacology [online]. [referred to 5.2.2010]. available: <http://www.bioline.org.br/request?ph04005>

165. World Health Organization. 2006. *Handbook of Supply Management at First-Level Health Care Facilities*. [pdf]. [referred to 17.2.2010]. available: <http://www.who.int/management/resources/procurement/handbookforsupplymanagement.pdf>
166. World Health Organization. Geneva. 1999. *Operational principles for good pharmaceutical procurement*. [pdf]. [referred to 9.2.2010]. available: <http://www.who.int/3by5/en/who-edm-par-99-5.pdf>
167. Durie BG. 2010. Role of new treatment approaches in defining treatment goals in multiple myeloma—the ultimate goal is extended survival. *Cancer Treat Rev*, 36 (Suppl. 2):S18–23.
168. Laubach JP, Richardson PG, Anderson KC. 2010. The evolution and impact of therapy in multiple myeloma. *Med Oncol*, 27 (Suppl. 1):S1–6.
169. Ludwig H, Beksac M, Blade J, et al. 2010. Current multiple myeloma treatment strategies with novel agents: a European perspective. *Oncologist*, 15:6–25.
170. Richardson PG. 2010. Frontline multiple myeloma management: a clinical and cost update for managed care. In: Education NACfCM, ed., *Continued Medical Education*. Boston: Jerome Lipper Multiple Myeloma Center, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School.
171. Cook R. (2008). Economic and clinical impact of multiple myeloma to managed care. *J Manag Care Pharm*, 14:19–25.
172. Simon Cheesman, Aoife Shields, Raakhee Shah, et al. (2016). Vial Sharing of Bortezomib Is Logistically Feasible and Significantly Reduces Drug Wastage and the Cost of Myeloma Treatment. *Blood*, 128:5956.
173. Mertens, S. and de Jongh, F.E. (2009). Lower costs for anticancer drugs by safety margin around calculated dose and by fine-tuning on ampoule strength. *Ned Tijdschr Geneesk*. 153:B162.
174. Nava-Ocampo AA, Alarcon-Almanza JM, Moyao-Garcia D, et al. (2004). Undocumented drug utilization and drug waste increase costs of pediatric anesthesia care. *Fundam Clin Pharmacol*, 18:107–12.
175. Gillerman RG, Browning RA. (2000). Drug use inefficiency: a hidden source of wasted health care dollars. *Anesth Analg*, 91:921–4.
176. Fasola G, Aprile G, Marini L, Follador A, Mansutti M, Miscoria M. (2014). Drug waste minimization as an effective strategy of cost-containment in oncology. *BMC Health Serv Res*, 14:57. doi:10.1186/1472-6963-14-57. 24507545.
177. Neal J. Meropol, Kevin A. Schulman; Cost of Cancer Care: Issues and Implications; *Journal of Clinical Oncology*; Volume 25, Issue 2, 2007:180-6, DOI: 10.1200/JCO.2006.09.6081.
178. Shkoza et al.; Therapeutic and economic benefits of a centralized unit for cytostatic drugs processing; *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*; IJPSR (2016), Vol. 7, Issue 3; E-ISSN: 0975-8232; P-ISSN: 2320-5148; DOI: 10.13040/IJPSR.0975-8232.7(3).1039-42.
179. Manuali i procedurave të punës së Shërbimit Farmaceutik QSUT, pjesë e Rregullores së Shërbimit Farmaceutik të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” me Nr. Prot. 2163/1 dt. 17.06.2015, miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm i QSUT.
180. Përshkrimi i punës së Shërbimit Farmaceutik në QSUT, pjesë e Rregullores së Shërbimit Farmaceutik të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” me Nr. Prot. 2163/1 dt. 17.06.2015, miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm i QSUT.
181. Agjencia e Prokurimit Publik
<http://www.app.gov.al/GetData/DownloadDoc?documentId=8cee90ca-5b46-4d04-89a8-bd106c645e98>.

182. Agjencia e Prokurimit Publik
<http://www.app.gov.al/GetData/DownloadDoc?documentId=e4edf644-dbeb-4c09-a4f5-84498f06f981>.
183. Agjencia e Prokurimit Publik <http://www.app.gov.al/njoftimi-i-kontrat%C3%ABs-s%C3%AB-shpallur/>.
184. David Simchi-Levi, Philip Kaminsky, Edith Simchi-Levi; Designing and managing the supply chain: concepts, strategies and case studies; Volume 2, 2003; Mc. Graw Hill, London.
185. Astrit Beci, Agron Belishova, Etiola Kola; Kush Paguan: Financimi i shërbimeve shëndetësore në Shqipëri; Tiranë 2015;
http://www.fsdksh.com.al/images/stories/publikimet/revista/Kush_Paguan_web.pdf;
<http://www.fsdksh.com.al/botimet/482-financimi-i-sh%C3%ABrbimeve-sh%C3%ABndet%C3%ABsore-n%C3%AB-shqip%C3%ABri>;
186. Analiza vjetore, Buxheti QSUT; <http://www.qsut.gov.al/>;
<http://www.qsut.gov.al/rreth-nesh-8/kuadri-ligjor/programi-i-transparences/analiza-vjetore-buxheti/>
187. Raport Nr. 32612-AI “Studim për Sektorin e Shëndetësisë të Shqipërisë”, Shkurt 2006, Njësia e Sektorit të Zhvillimit Njerëzor, Njësia e Vendeve të Europës Juglindore, Rajoni i Europës dhe i Azisë Qëndrore, Dokument i Bankës Botërore.
http://www.aidharmonisation.org.al/skedaret/1152258688-WB_Studim_per_SektorineShendetesise_March020060.pdf
188. Final Report “Recent Trends in Hospital Drug Spending and Manufacturer Shortages”, NORC at the University of Chicago, 55 East Monroe Street, 30th Floor, Chicago, IL 60603, 15.01.2019, <https://www.aha.org/system/files/2019-01/aha-drug-pricing-study-report-01152019.pdf>