

NDIKIMI I ANALIZAVE FARMAKOEKONOMIKE DHE TË KONSUMIT NË PROCESIN E PËRZGJEDHJES DHE PËRDORIMIT SË BARNAVE TË LISTËS ESENCIALE.

Arianit Jakupi

Dorëzuar
Universitetit Europian të Tiranës
Shkollës Doktorale

Në përmbushje të detyrimeve të programit të Doktoratës në Shkenca
Ekonomike, me profil Menaxhim (menaxhim farmaceutik), për marrjen e
gradës shkencore “Doktor”

Udhëheqës shkencor: Prof.Asoc.Dr. INDRIT BAHOLLI

Numri i fjalëve: 544446

Tiranë, Maj 2016

Deklarata e përgjegjësisë

Deklaroj me përgjegjësi të plotë se ky punim është origjinal, dhe se pjesët tjera janë cituar dhe në bibliografi është burimi i citimit.

Për përgatitjen e këtij hulumtimi janë shfrytëzuar të dhënat e papublikuara, në proces të publikimit, ato të cilat janë publikuar në revista apo publikime tjera personale të cilat kanë dalë gjatë periudhës së këtij hulumtimi.

Pjesa e të dhënave të konsumit të barnave në Kosovë janë pjesë e këtij hulumtimi dhe gjatë hulumtimit – procesit të studimeve të doktoratës pjesa e konsumit 2011- 2013 është publikuar si punim – analizë në autorësi personale, kurse pjesa e hulumtimit të konsumit të barnave 2014 – 2015 nuk është ende e publikuar.

ABSTRAKTI

Duke pasur parasysh se sektori farmaceutik përbën një pjesë shumë të rëndësishme të kujdesit shëndetësor, pashmangshëm furnizimi me barna është një nga faktorët e rëndësishëm që lidhet me shëndetin publik dhe mirëqenien e popullatës. Ka shumë elemente të cilat ndërlidhen me përdorimin adekuat të barnave mirëpo pjesa e ndërlidhur me barnat në kontekst të përzgjedhjes dhe analizave të kostos së tyre në raport me racionalizimin e terapisë janë shumë domethënëse në këtë hulumtim.

Në këtë mënyrë **objektiv i këtij hulumtimi është analizimi i proceseve të cilat ndërlidhen me përdorimin racional të barnave në qendrat spitalore me theks të veçantë në aspektet farmakoekonomike, konsumit dhe utilizimit të barnave nga lista esenciale e Ministrisë së Shëndetësisë.**

Nga të dhënat shihet se ka disa pyetje dhe nënpyetje të cilat mund të bëhen lidhur me procesin e menaxhimit të barnave por një përmbledhje e këtyre pyetjeve do të ishte:

- *Ndikimi i analizave të konsumit të barnave dhe atyre farmakoekonomike në proceset e menaxhimit të barnave a janë nevojë apo domosdoshmëri?*

Hipotezë e përmbledhur e këtij punimi do të ishte ajo që lidhet me atë se:

- *Analizat e konsumit të barnave dhe ato farmakoekonomike nxisin ndryshimet cilësore të përshkrimit dhe përdorimit të grupeve dhe nëngrupeve të caktuara të barnave.*
- *Këto gjetje bëjnë që të nxitet procesi i cili do të shpinte në krijimin e protokolleve adekuate terapeutike dhe kështu do të rezultonte me një liste adekuate esenciale me përfitim për shëndetin publik të popullatës!*

Metodologjia e këtij hulumtimi është cilësore pasi që një pjesë shumë e rëndësishme e të dhënave që ndërlidhen me barnat janë dokumenta të shkruara të cilat janë përzgjedhur dhe analizuar me kujdes. Hulumtimi cilësor është i bazuar në intervista të cilat janë përgatitur në mënyrë që intervista të zhvillohet me pyetje gjysmë të strukturuar në atë mënyrë që pyetjet janë lënë të hapura duke mundësuar që personi që intervistohet të ketë mundësinë e shprehjes duke krijuar mundësi të përshkrimit më të detajuar të çështjeve për të cilat është zhvilluar koncepti i pyetjeve

ABSTRACT

Bearing in mind that pharmaceutical sector is a very important part of a health sector and health care inevitably the supply with medicinal products is one of the most important factors that is linked with the public health and the wellbeing of the population. There are many elements that are linked with the adequate drug use but the part that is related to drugs in context of drug selection, analysis of cost in relation with rationalization of therapy are significant for this research study.

In this way the aim of this research study is the analysis of the processes that are related to the rational use of medicines in the health centers with the special emphasis in the pharmacoeconomic aspects, drug consumption, drug utilization of the drugs from essential list in the Ministry of Health.

From the data we see that there could be questions which would be related with management process of drugs but these questions would be paraphrased into:

- *The impact of the drug consumption analyses and pharmacoeconomic analyses in the process of drug management are a need or a neccessity?*

The hypothesis is that related to:

- *Drug consumption and pharmacoeconomic analyses trigger the qualitative changes of selection and use of different drug groups and subgroups.*
- *These findings could trigger a process which would lead to the creation of an adequate guidelines and thus resulting with a proper essential list of medicines with a benefit of the public health.*

The methodology of this study is combined qualitative and quantitative because a very important part of data are those that are related to drugs which are written documents that are selected and analyzed carefully. The qualitative part is based in interviews with semi structured questionares in a way that questions are open that the interviewer has the possibility of free answers in order to have more in depth answers for which is developed the concept of questions.

FALËNDERIMET

Fillimisht falenderoj mentorin tim Prof.Asoc.Dr. Indrit Baholli për të gjithë këtë kohë në të cilën me rekomandimet dhe përkushtimin ka bërë që të ketë ndikim të madh në përfundimin me sukses të këtij disertacioni. Rrugëtimi disa vjeçar ka qenë sfidues dhe posaçërisht pasi ndërkohë u emërova në një post shumë të lartë shtetëror çka ndikoi në ngadalësimin e hulumtimit në masë të madhe, dhe me këtë rast dua të shpreh mirënjohjen për prof Indritin i cili pati mirëkuptimin dhe gjithashtu me ndihmoi me sugjerime nga përvoja personale për tejkalimin e këtyre proceseve.

Dëshiroj të falenderoj gjithashtu profesorët e Universitetit European të Tiranës të cilët gjatë ditëve doktorale, por edhe gjatë mbrojtjes së bardhë kanë dhënë shumë sqarime dhe rekomandime të cilat kanë bërë që hulumtimi të jetë sa më cilësor.

Më tej falenderoj kolegët dhe të gjithë bashkëpunëtorët në Agjencinë e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale, Ministrinë e Shëndetësisë dhe Qendrën Klinike Universitare të Kosovës ku edhe u mundësua që të bëhet mbledhja e të dhënave dhe diskutimet e ndryshme lidhur me problematikën e cila është subjekt i këtij hulumtimi.

Posaçërisht falenderoj familjen duke cituar dedikimin e një prej mjekëve më me influencë jo vetëm në Amerikë por edhe në gjithë botën apo babain e Fiziologjisë moderne Arthur Guyton:

“Për babain tim për principet e pakompromis të tij që më udhëheqin në jetën time. Për nënën time që ua mundësoi fëmijëve të saj edukimin intelektual, për gruan time, për përkushtimin e mrekullueshëm ndaj familjes. Për fëmijët e mij që i japin kuptim gjithë kësaj”.

ARTHUR GUYTON

PËRMBAJTJA

ABSTRAKTI.....	3
ABSTRACT.....	4
FALËNDERIMET.....	5
PËRMBAJTJA.....	6
LISTA E SHKURTESAVE.....	8
KAPITULLI I - HYRJE DHE BAZIMI TEORIK	12
<i>Qëllimi i studimit</i>	13
<i>Rëndësia e studimit</i>	15
<i>Pyetje dhe hipoteza</i>	16
1.1 Shtrimi i problemit.....	18
1.1.1 Sektori Farmaceutik në Kosovë	18
1.1.2 Menaxhimi i barnave në sektorin publik Shëndetësor.....	21
1.1.3 Lista Esenciale	23
1.1.4 Konsumi i barnave	35
1.1.5 Proceset tjera të ciklit të menaxhimit të barnave	39
<i>Përmbledhje e kapitullit I</i>	41
KAPITULLI II - BURIMET E REFERIMIT	44
2.1 Qasja në barna dhe përzgjedhja e tyre në raport me sigurinë, cilësinë dhe efikasitetin.....	46
2.2 Konsumi i barnave dhe analizat farmakoekonomike.....	56
2.3 Përdorimi racional konform edhe barnave të regjistruara.....	64
<i>Përmbledhje e kapitullit II</i>	74
KAPITULLI III - METODAT DHE METODOLOGJIA E KËRKIMIT	78
3.1 Hyrje dhe shpjegime	78
3.2 Hulumtimi kualitativ	79
3.3 Mostra	81
3.4 Shkollat bazë të sistemeve të klasifikimit të barnave	83
3.4.1 Sistemi Anatomik Terapeutik sipas EphMRA.....	84
3.4.2 ATC, DDD, DID në metodologjinë e hulumtimit kualitativ	84
<i>Përmbledhje e kapitullit III</i>	87
KAPITULLI IV - ANALIZA E REZULTATEVE	88

4.1 Analiza e intervistave.....	88
4.2 Analiza e grupeve të barnave.....	102
4.2.1 Barnat e grupit A.....	105
4.2.2 Barnat e grupit C.....	114
4.2.3 Barnat e grupit J.....	120
4.2.4 Barnat e grupit L.....	127
4.2.5 Barnat e grupit N.....	141
4.2.6 Barnat e grupit R.....	145
4.3 Diskutim.....	148
KAPITULLI V - PËRFUNDIMI.....	165
5.1 Përfundimi.....	165
5.2 Mundësitë dhe kufizimet.....	172
5.3 Hulumtime të mëtejme.....	173
LITERATURA	174
SHTOJCA.....	185

LISTA E SHKURTESAVE

ABC	Analiza e ndikimit të buxhetit
AFSH	Agjencia për Financim Shëndetësor
AKPPM	Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale
ATC	Klasifikimi Anatomik Terapeutik (Anatomic Therapeutic Classification)
DDD	Dozat e definuara ditore
DID	Dozat e definuara ditore per 100 banorë
GDP	Gross Domestic Product (Produkti Bruto Vendor)
IKSHPK	Instituti Kombëtar për Shëndetësi Publike i Kosovës
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
PID	Dozat e definuara ditore në bazë të paketimit
SHSKUK	Shërbimi Spitalor Klinik dhe Universitar i Kosovës
UA	Udhëzim Administrativ
VEN	Vital Esencial i Nevojshëm (Vital, Essential, Neccessary)

LISTA E SHTOJCAVE

Shtojca 1 Pyetjet për procesin e intervistimit	185
Shtojca 2 Lista Esenciale	186
Shtojca 3 Konsumi i barnave i grupit A në vlerë monetare mbi 500.000 € për periudhën 2011-2015	198
Shtojca 4 Konsumi i barnave i grupit C në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015	198
Shtojca 5 Konsumi i barnave i grupit J në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015	199
Shtojca 6 Konsumi i barnave i grupit L në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015	200
Shtojca 7 Konsumi i barnave i grupit N në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015	200
Shtojca 8 Konsumi i barnave i grupit R në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015	200

LISTA E TABELAVE DHE FIGURAVE

Tabela 1 Planifikimi i listës esenciale për sistemin shëndetësor në vitin 2013 (Burimi: MSh 2013)	26
Tabela 2 Krahasimi i disa indikatorëve fiskal në mes të Kosovës dhe Suedisë (Burimi: World Bank 2015, Central Bank of Kosovo 2015).....	27
Tabela 3 Grupi i anestetikëve në Listën Esenciale (Burimi: Minsitria e Shëndetësisë)	28
Tabela 4 Planifikimi nga Ministria e Shëndetësisë (Burimi:Ministria e Shëndetësisë 2013)	30
Tabela 5 ABC Analiza e antibiotikëve (Burimi Ministria e Shëndetësisë 2013)	32
Tabela 6 Shpenzimet për tri llojet e antibiotikëve (Burimi Ministria e Shëndetësisë 2013)	34
Tabela 7 Përqindja e buxhetit të ndarë për shëndetësi në krahasim me PBV në disa nga shtetet e botës (Burimi: Banka Botërore).....	49
Tabela 8 Katër analizat kryesore farmakoeconomike (Burimi: Rascati K. 2009).....	60
Tabela 9 Grupet kryesore të ATC klasifikimit sipas metodologjisë së përcaktuar nga OBSH.....	65
Tabela 10 Konsumi i barnave sipas viteve në vlerë monetare.....	103
Tabela 11 Konsumi i barnave për periudhën 2011-2013 sipas DID dhe në përqindje	105
Tabela 12 Konsumi i barnave të grupit A sipas nivelit të dytë të ATC	106
Tabela 13 Konsumi i disa prej barnave të grupit A në Norvegji (Burimi: Konsumi i Barnave i Norvegjisë 2013)	107
Tabela 14 Shpenzime te barnave të grupit A në Norvegji sipas DID për nivelin 2 të ATC (Burimi: Drug Consumption in Norway 2009-2013, Konsumi i barnave Kroaci 2013)	109
Tabela 15 DID për konsumin e barnave të caktuara të grupit A në nivelin 3 të ATC.....	110
Tabela 16 Barnat e konsumuara më së shumti nga grupi A siaps nivelit 5 të ATC	110
Tabela 17 Popullsia e Kosovës sipas grup moshës dhe gjinisë 1971, 1981, 2011, 2013 - Burimi Regjistrimi i popullsisë, ekonomive familjare dhe banesave ne Kosove 2011 kurse viti 2013 është vlerësim nga ASK.....	112
Tabela 18 DID për konsumin e barnave të grupit C sipas nivelit 2 të ATC	114

Tabela 19 Krahhasimet e konsumit të barnave Kroaci, Norvegji dhe Kosovë për vitin 2013 (Burimi: Konsumi i barnave 2013 Norvegji, Konsumi i barnave 2013 Kroaci) ...	115
Tabela 20 DID për konsumin e disa barnave të grupit C sipas nivelit 3 të ATC.....	116
Tabela 21 Barnat më të konsumuara nga grupi C sipas nivelit 5 të ATC.....	117
Tabela 22 Rangimi i dhjetë grupeve të shkaqeve të vdekjeve në Kosovë për vitin 2012 – (Burimi: Agjencia e Statistikave e Kosovës)	118
Tabela 23 DID të grupit J sipas nivelit 2 të ATC	120
Tabela 24 DID sipas nivelit të tretë të ATC për grupin J	121
Tabela 25 DID e dia prej barnave sipas nivelit të pestë të ATC për grupin J.....	121
Tabela 26 Konsumi i disa antibiotikëve sipas DID në Kosovë	122
Tabela 27 Konsumi i barnave antikanceroze sipas nivelit 3 të ATC në periudhën 2011-2015.....	128
Tabela 28 Konsumi i disa prej barnave të grupit L sipas nivelit të 5 të ATC.....	130
Tabela 29 ABC analiza e 15 citostatikëve të porositur në vlerat më të larta monetare (Burimi: Ministria e Shëndetësisë 2013)	134
Tabela 30 ABC analiza e 20 citostatikëve të porositur në vlerat më të ulëta monetare ose me vlera zero (Burimi: Ministria e Shëndetësisë 2013)	135
Tabela 31 Planifikimi i citostatikëve për vitin 2016 (Burimi Ministria e Shëndetësisë 2016)	138
Tabela 32 Konsumi i barnave të grupi N në periudhën 2011-2013 sipas DID (Burimi: Konsumi i barnave Kroaci, Serbi, Mali i Zi dhe Norvegji)	141
Tabela 33 Konsumi i barnave të grupit N gjatë periudhës 2011-2013 siaps DID	141
Tabela 34 Konsumi i grupit N në Norvegji në periudhën 2011-2013 (Burimi: Konsumi i barnave në Norvegji)	142
Tabela 35 Konsumi sipas nivelit 3 të ATC në periudhën 2011-2013 në Kosovë.....	143
Tabela 36 Konsumi i barnave të grupit N sipas nivelit 5 të ATC në Kosovë në periudhën 2011-2013	144
Tabela 37 DID për barnat e grupit R sipas nivelit 2 të ATC klasifikimit.....	145
Tabela 38 Konsumi i barnave të grupit R sipas nivelit të 2 të ATC në Kosovë, Kroaci dhe Norvegji (Burimi: konsumi i barnave Norvegji, Kroaci).....	146
Tabela 39 DID për konsumin e agjentëve të caktuar nga grupi R sipas nivelit 3 të ATC	146

Tabela 40 Barnat më të konsumuara nga grupi R për periudhën tri vjeçare sipas nivelit 5 të ATC.....	147
Figura 1 Skemë e ndarjes së kompetencave në sektorin farmaceutik.....	20
Figura 2 Hierarkia e ciklit të menaxhimit të barnave (Burimi A.Jakupi 2011)	24
Figura 3 Cikli i menaxhimit të barnave (burimi Quick me bashkëpunëtorë 1997)	40
Figura 4 Tipologjia e hulumtimit kualitativ (Burimi: Ryan dhe Bernaud 2000 në Denzin dhe Lincoln 2005)	80
Figura 5 Paraqitja grafike e konsumit të barnave sipas vlerës monetare në periudhën 2011-2015	104
Figura 6 Paraqitja grafike e konsumit të barnave sipas vlerës monetare në periudhën 2011-2015 kumulative	104
Figura 7 Piramida e popullësisë në Kosovë për vitin 2013 - Burimi: Agjencia e Statistikave të Kosovës)	111
Figura 8 Paraqitja grafike e përdorimit të barnave sipas moshës - Burimi Schvierz 2015)	112
Figura 9 Konsumi i barnave të grupit L në nivelin 3 të ATC në vlerë monetare për pesë vite referencë.....	129

KAPITULLI I - HYRJE DHE BAZIMI TEORIK

Çështjet të cilat kanë të bëjnë me shëndetin publik gjithmonë janë tema të ndjeshme pasi në një apo mënyrën tjetër secili individ përballet me to, për dallim prej çështjeve tjera të cilat mund të lidhen vetëm me një segment të caktuar të popullatës e për të cilën gjë segmenti që nuk preket nuk ka interes. Në këtë kontekst duke e menduar si çështje të ndjeshme fillimisht, fokusi në ndonjë pjesë të këtij segmenti shëndetësor në të cilin shfaqen më shumë probleme detyrimisht se e bën atë edhe më shumë të diskutueshëm dhe për të cilin do të kërkohet ekspertizë adekuate në mënyrë që të ketë një funksionim normal në tërë hallkat e zinxhirit.

Duke pasur parasysh se sektori farmaceutik përbën një pjesë shumë të rëndësishme të kujdesit shëndetësor pashmangshëm furnizimi me barna është një nga faktorët e rëndësishëm që lidhet me shëndetin publik dhe mirëqenien e popullatës.

Ka shumë elemente të cilat ndërlidhen me përdorimin adekuat të barnave mirëpo pjesa e ndërlidhur me barnat në kontekst të përzgjedhjes dhe analizave të kostos së tyre në raport me racionalizimin e terapisë në raport me konsumin e përgjithshëm janë shumë domethënëse në këtë hulumtim.

Në këtë mënyrë **objektiv i këtij hulumtimi është analizimi i proceseve të cilat ndërlidhen me përdorimin racional të barnave në qendrat spitalore me theks të veçantë në aspektet farmakoekonomike, konsumit dhe utilizimit¹ të barnave nga lista esenciale e Ministrisë së Shëndetësisë.** Pra synimi është analizimi i të dhënave nga Qendrën Klinike Universitare të Kosovës me proceset e ndërlidhura me to si

¹ Utilizimi i barnave (Drug Utilization) – WHO (2003) Sipas OBSH 1977 definohet si marketingu, shpërndarja, përshkrimi dhe përdorimi i barnave në shoqëri, me theks të veçantë në pasojat mjekësore, sociale dhe ekonomike.

përzgjedhja e këtyre barnave, racionalizimi, kost-efikasiteti, përshkrimi, pra në një fjalë analizë e komponenteve të ciklit të menaxhimit të përgjithshëm të tyre.

Në mënyrë më specifike çështja kryesore do të ndërlidhet për identifikimin e faktorëve të cilët janë të ndërlidhur me racionalizimin dhe përdorimin efikas në bazë të analizave shkencore të konsumit të barnave dhe atyre farmakoekonomike, që në bazë të shqyrtimit të literaturës do të japë edhe ndjeshmërinë krahasuese për konsumin e barnave me vendet tjera, përfitimet që janë bërë nga këto studime por edhe hapja e debatit dhe interesit për këto çështje edhe nga ekspertët tjerë që në mënyrë direkte apo indirekte janë të ndërlidhur me këto barna. Në bazë të këtyre analizave tentohet që arrihen rezultate të cilat do të mund të sqaronin më saktë nëse analizimi i detajuar i segmenteve të caktuara të këtyre proceseve sidomos atyre farmakoekonomike është domethënës në proceset vendimmarëse të strukturave udhëheqëse të sektori shëndetësor e cila pastaj do të ishte në dobi të mirëqenies së popullatës së përgjithshme.

Qëllimi i studimit

Në përgjithësi qëllimi i këtij hulumtimi është që duke i ndërlidhur aspektet shkencore ekonomike dhe farmakologjike të arrihet një rezultat në përmirësimin e menaxhimit më të mirë të barnave duke pasur parasysh përzgjedhjen racionale dhe përdorimin e tyre, të nxitet një debat më i gjerë në ekspertët mjekësorë për mënyrën e hartimit të protokolleve terapeutike, përshkrimin e këtyre barnave dhe faktorët të cilët ndikojnë në këto procese apo në konsumin e përgjithshëm të këtyre produkteve, pra në një mënyrë të nxitet një mënyrë e të menduarit kritik, i bazuar në fakte shkencore dhe evidencë nga përdorimi në vend duke mundësuar në këtë mënyrë që programi i listës esenciale të barnave të integrohet në një strategji nacionale farmaceutike për të siguruar një përmirësim të

efektivitetit menaxherial që pastaj edhe do të rriste cilësinë e shërbimeve dhe eventualisht edhe produkteve.

Duke qenë se barnat përbëjnë një interes të madh në shpëtimin e jetëve dhe duke qenë se kostoja e tyre përbën një sfidë shumë të madhe (për disa vështirë të arritshme, psh për personat e prekur nga kanceri, apo trajtimi i disa sëmundjeve reumatizmale, terapitë e caktuara hormonale etj) edhe buxheti i cili ndahet për këto barna është rritur vazhdimisht sipas të dhënave zyrtare nga Ministria e Shëndetësisë duke arritur vlerën nga 4 milion euro nga 21 milion sa janë të ndara për barnat e listës esenciale në Departamentin Farmaceutik të Ministrisë së Shëndetësisë (Ministria e Shëndetësisë 2015). Në shumë shtete të fuqishme perëndimore presionin e kostos së lartë të barnave kanë arritur ta amortizojnë me analiza të ndryshme farmakoekonomike në bazë të të cilave arrihen rezultate të favorshme në përdorimin e barnave adekuate, kost - efikase. Psh në Holandë për shkak të rritjes së presionit në buxhetin e shëndetësisë justifikimi adekuat për shpenzimet dhe investimet e ardhshme duhet të jetë shkencërisht i bazuar dhe kjo po bëhet jashtëzakonisht e rëndësishme dhe se nga perspektiva e qeverisë holandeze evaluimi farmakoekonomik në proceset vendim marrëse duhet të japë një oportunitet të vërtetë për të prezantuar vlerën e vërtetë të barit krahasuar me koston e tij (Glick, H. 2005).

Pasi që vlera e këtyre barnave është shumë e lartë dhe përbën rreth 25% të buxhetit të përgjithshëm të ndarë për shëndetësi, kombinimi i të dhënave të përbëra nga analizat farmakoekonomike (pharmacoeconomic analyses), të utilizimit të barnave (drug utilization) ato të konsumit të përgjithshëm të tyre (drug consumption) dhe ndikimit të

buxhetit (budget impact) mendohet se mund të japin një rezultat shumë të mirë në racionalizimin e përdorimit të tyre.

Rëndësia e studimit

Rëndësia e studimit ka të bëjë me përmirësimin e kushteve farmaceutike në vend duke supozuar se të dhënat e përfituara nga hulumtimi do të nxisin edhe hulumtime të mëtejme në fushat e ndërlidhura qoftë farmaceutike, ekonomike, mjekësore etj.

Duke qenë se ky hulumtim prek disa fusha edhe rezultatet do të mund të kontribuonin fillimisht për studimet e Ministrisë së Shëndetësisë për barnat e Listës Esenciale të cilat pastaj me automatizëm përcillen në spitalet e Kosovës, ndikim do të mund të kishte në mënyrë indirekte edhe për pacientët të cilët në rast të fillimit të aplikimit të kësaj fushe të farmakologjisë ndoshta do të përfitonin në llojshmërinë e produkteve medicinale, përdorimin adekuat të tyre për indikacionet përkatëse, duke racionalizuar buxhetin gjithashtu do të ndikonte që disponueshmëria e barnave esenciale të përmirësohej dukshëm në institucionet shëndetësore pra gjithë kjo do të ndikonte që të ketë më shumë kujdes shëndetësor.

Pyetje dhe hipoteza

Nga të dhënat e prezantuara në pjesën hyrëse, mund të analizohen me kujdes çështje të caktuara të cilat mund të kenë ndikim të drejtpërdrejtë në përmirësimin e përdorimit dhe disponueshmërisë së produkteve medicinale në institucionet shëndetësore por për qëllime të këtij hulumtimi mund të bëhen disa pyetje dhe nënpyetje të cilat mund të ndërlidhen me procesin e menaxhimit të barnave. Një sistem shëndetësor nuk mund të funksionojë pa barna apo pa barnat adekuate për indikacionet e caktuara. Mirëpo në bazë të cilit faktor caktohen “barnat adekuate” për këto indikacione është pyetje e cila bëhet duke marrë parasysh se përderisa ka një furnizim të caktuar kësaj i ka paraprirë një proces i caktuar.

Pra fillimisht trajtimi kryesor apo pyetja fillestare e cila duhet të bëhet lidhet me faktin se përderisa ekziston një listë e hartuar dhe aprovuar e barnave, kjo do të thotë se ka pasur një proces i cili i ka paraprirë vendimit përfundimtar që ka pasur të bëjë me përzgjedhjen e këtyre barnave andaj edhe është e rëndësishme të dihen faktorët e caktuar të cilët janë aplikuar në procesin vendimmarrës prandaj edhe mund të bëhet pyetja:

- *Si bëhet përzgjedhja dhe përdorimi i barnave esenciale në Kosovë?*

Dhe nënpyetjet:

- Sa mund të ndikojnë analizat shkencore farmakoekonomike në procesin e konsumit të barnave?
- Sa mund të ndikojë kjo në racionalizimin e terapisë në bazë të farmakoterapisë moderne
- Sa mund të nxisë debat për përshkrimin adekuat në bazë të protokolleve klinike
- Cilët faktorë ndikojnë në hartimin e protokolleve terapeutike

- Sa do të ndikonte kjo në përmirësimin e gjendjes qoftë buxhetore por edhe profesionale

Por një përmbledhje e këtyre pyetjeve – nënpyetjeve do të ishte:

- *Ndikimi i analizave të konsumit të barnave dhe atyre farmakoekonomike në proceset e menaxhimit të barnave a janë nevojë apo domosdoshmëri?*

Duke marrë parasysh se hulumtimi mund të fokusohet në disa drejtime dhe duke pasur synim fokusimin vetëm në çështjet të cilat kanë të bëjnë me aspektet e analizimit të numrave apo aspektet farmakoekonomike dhe të konsumit me qëllim të nxjerrjes së rezultateve kualitative natyrshëm edhe mund të nxirren disa hipoteza, mirëpo një hipotezë e përmbledhur e këtij punimi do të ishte ajo që lidhet me atë se:

- *Analizat e konsumit të barnave dhe ato farmakoekonomike nxisin ndryshimet cilësore të përshkrimit dhe përdorimit të grupeve dhe nëngrupeve të caktuara të barnave.*
- *Këto gjetje bëjnë që të nxitet procesi i cili do të shpinte në krijimin e protokolleve adekuate terapeutike dhe kështu do të rezultonte me një liste adekuate esenciale me përfitim për shëndetin publik të popullatës!*

1.1 Shtrimi i problemit

1.1.1 Sektori Farmaceutik në Kosovë

Ministria e Shëndetësisë është udhëheqëse e politikave për sektorin shëndetësor dhe rrjedhimisht edhe për sektorin farmaceutik të definuara dhe përcaktuara në Ligjin për Shëndetësi 04/L-125, ku pastaj në detaje janë përcaktuar fushat e veçanta të cilat duhet të rregullohen me Ligje të tjera, pra në një mënyrë Ligji për Shëndetësi përcakton edhe nxjerrjen e Ligjeve të tjera për rregullimin e fushave të veçanta në sektorin shëndetësor. Psh Ligji 04/L-190 për Produkte dhe Pajisje Medicinale, Ligji 02/L-128 për Barna Narkotike, Substanca Psikotrope dhe Prekursorë, Ligji 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësorë etj.

Në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë është Departamenti Farmaceutik i themeluar me Udhëzimin Administrativ 11/2005 i cili menaxhon Listën Esenciale të barnave, me theks të veçantë në nivelin parësor shëndetësor dhe me detyra specifike të përcaktuara me legjislacionin përkatës me qëllim perpilimin e një strategjie për formimin dhe funksionimin e një sistemi sa më të qëndrueshëm farmaceutik në Kosovë qëllim i cili duhet të arrihet në bashkëpunim me departamentet përkatëse në Ministrinë e Shëndetësisë nëpërmes detyrave dhe përgjegjësi të cilat do të perkasin këtij departamenti. Departamenti Farmaceutik në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë është përgjegjës gjithashtu edhe për planifikimin dhe mbarëvajtjen e aktiviteteve të cilat kanë të bëjnë me fusha specifike të kujdesit shëndetësor. Institucion me rëndësi të veçantë dhe subjektivitet juridik është Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale (AKPPM) e cila si mision të saj ka mbrojtjen e shëndetit publik të popullatës nëpërmjet garantimit të cilësisë së produkteve dhe pajisjeve medicinale të cilat qarkullojnë në sektorin farmaceutik të Republikës së Kosovës, pra ndikon që barnat të jenë efikase, të

sigurta dhe cilësore. AKPPM për detyrat kryesore të përcaktuara ka dy ligje kryesore atë 04/L-190 për Produkte dhe Pajisje Medicinale dhe aktet nënligjore përcjellëse si dhe Ligjin 02/L-128 për narkotik, substanca psikotrope dhe prekursorë. Institucion tjetër i rëndësishëm është edhe Agjencia për Financim Shëndetësor - AFSH (paraardhëse e Fondit për Sigurime Shëndetësore) në kuadër të së cilës ekziston Drejtoria Farmaceutike e cila është duke i zhvilluar politikat fillestare për reimbursimin e barnave (çështje e cila pritët që të fillojë së zbatuari në fund të vitit 2016 ose në fillim të vitit 2017 sipas parashikimeve) si dhe njëkohësisht ka kompetenca të deleguara për mbikëqyrjen e menaxhimit të listës esenciale të nivelit sekondar dhe terciar në Kosovë. Së fundmi është themeluar Oda Farmaceutike e Kosovës – OFK e cila ka përgjegjësi kryesore Licencimin e profesionistëve shëndetësorë. OFK ka gjithashtu edhe kompetenca tjera të cilat kryesish ndërlidhen me ekspertizën profesionale e cila duhet të jetë pjesë e vendimmarrjes në sektorin farmaceutik, kompetenca këto të përcaktuara në Ligjin 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësorë dhe aktet tjera përcjellëse.

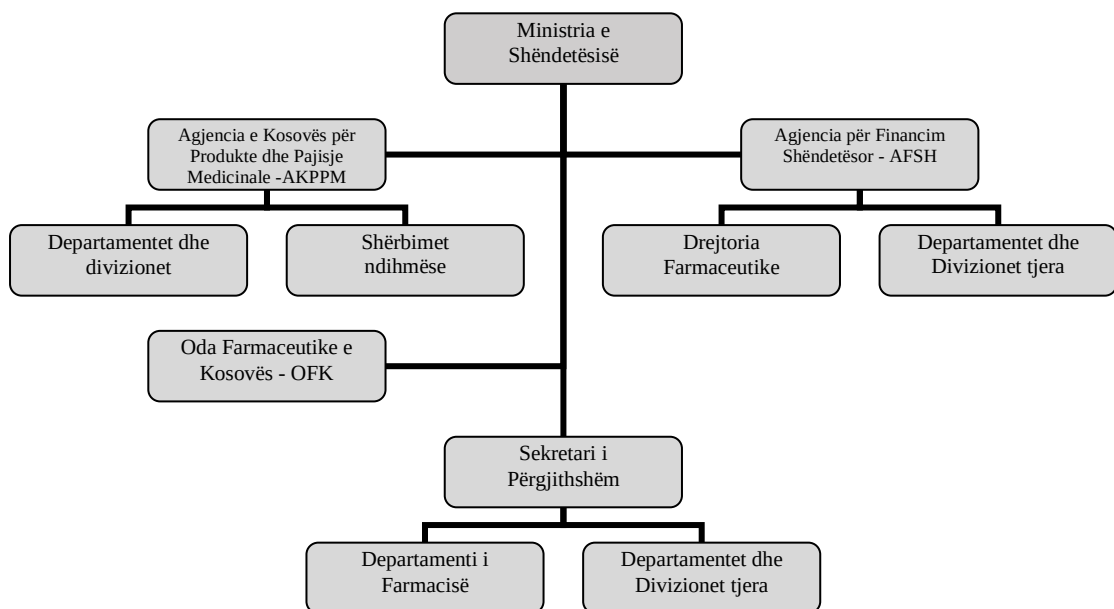


Figura 1 Skemë e ndarjes së kompetencave në sektorin farmaceutik (Autori)

Pra Ministria e Shëndetësisë duke u bazuar në ekspertizën dhe përgjegjësitë e ushtruara sipas Legjislacionit në fuqi nga secili institucion vartës aplikon politikën për sektorin farmaceutik fig 1.

Sektori farmaceutik në Kosovë zhvillohet në institucione publike dhe private. Ende nuk ka ndonjë bashkëpunim në atë publiko-privat megjithëse Ligji për Shëndetësi e njeh si kategori.

Sistemi publik sa i përket pjesës farmaceutike është i ndërtuar kryesisht në nivel të barnatoreve të cilat funksionojnë në kuadër të spitaleve publike pra Qendrës Klinike Universitare dhe spitaleve rajonale që janë gjithsej shtatë dhe kjo në kontekst të barnatoreve qendrore dhe listës esenciale të këtyre spitaleve menaxhohet nga drejtoria qendrore e ShSKUK (Shërbimi Spitalor Klinik dhe Universitar i Kosovës) dhe mbikëqyret nga Drejtoria e Farmacisë në kuadër të AFSH. SHSKUK është entitet juridik i cili është krijuar në bazë të Ligjit për Shëndetësi dhe kompetencat e këtij subjekti janë

të përcaktuara në udhëheqjen e të gjitha spitaleve publike pra Qendrës Klinike Universitare dhe shtatë spitaleve rajonale.

Kurse pjesa e sektorit të farmacisë në kuadër të nivelit primar menaxhohet nga Departamenti i Farmacisë në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë.

AKPPM duke bashkëpunuar me të gjithë këta akterë të sektorit ushtron përgjegjësitë e veta të cilat ndërlidhen me sigurinë, efikasitetin dhe cilësinë e produkteve dhe pajisjeve medicinale e që kryhen përmes proceseve të ndërlidhura me regjistrimin e produkteve dhe pajisjeve medicinale, lejet e importit, farmakovigjilencën dhe kontrollin e kualitetit.

Sistemi privat farmaceutik është më kompleks dhe përbëhet nga barnatoret të cilat janë të licencuara nga AKPPM gjithsej 532, barnatoreve spitalore, depove farmaceutike gjithsej 132 dhe prodhuesve farmaceutik gjithsej 3 (AKPPM 2015).

1.1.2 Menaxhimi i barnave në sektorin publik Shëndetësor

Sektori publik shëndetësor siç u specifikua më lart ndahet në atë primar i cili është komunal dhe i përhapur në kuadër të Qendrave të Mjekësisë Familjare kurse pjesa sekondare dhe terciare pra ajo spitalore në kuadër të SHSKUK ku ushtrohet po ashtu edhe veprimtaria e ndërlidhur me proceset e menaxhimit të barnave.

Për qëllim të këtij studimi fokusi do të jetë i përqëndruar në sistemin spitalor pra në menaxhimin e barnave në spitale e cila si mbikëqyrës kryesorë ka pra drejtoritë farmaceutikë në kuadër të MSH dhe AFSH kurse rol shumë të rëndësishëm në menaxhimin e procesit kanë barnatoret qendrore.

Pra secili spital ka në kuadër të departamenteve të veta si njësi të veçantë funksionale “Barnatoren Qendrore” prej ku bëhen furnizimet për të gjitha nevojat e reparteve të klinikave me produkte dhe pajisje medicinale përfshirë edhe materialin harxhues si fasha, gaza, shiringa, penjë etj. Barnatoret qendrore kanë një rol shumë të rëndësishëm në mbarëvajtjen e furnizimeve të rregullta me produktet e nevojshme në mënyrë që të mos kompromitet puna klinike sipas nevojave të pacientëve. Një rol i cili gjithashtu është në kompetencë të barnatoreve qendrore është edhe mbikëqyrja dhe revidimi i planifikimeve të cilat i bëjnë secila klinikë veç e veç në mënyrë që të mos ketë tejkalime apo keqplanifikim të produkteve dhe pajisjeve të cilat si pasojë në të ardhmen mund të shkaktojnë dy dukuri, e para që të mos harxhohen dhe tu kalojë afati i përdorimit dhe e dyta të harxhohen më parë dhe pastaj të mos ketë. Pra personeli udhëheqës i barnatoreve qendrore duhet të përkujdeset që sa më mirë të zbatojë ciklin e menaxhimit të barnave duke përmbushur me efikasitet të plotë secilën hallkë të këtij cikli që sipas (Quick me bashkëpunëtorë 1997) përfshin përzgjedhjen, prokurimin, shpërndarjen dhe përdorimin dhe e gjitha kjo e përkrahur nga legjislacioni. Pra në seclën pjesë të këtij cikli duhet treguar përkushtim dhe profesionalizëm në mënyrë që me kompetencë të arrihen rezultatet e dëshiruara. Mirëpo analizat e bëra, rezultatet e treguara deri tani të cilat natyrisht se vijnë si pasojë e shumë faktorëve kanë treguar se sistemi shëndetësor nuk ka arritur të përmbushë me sukses këtë cikël.

Hallka e parë e ciklit të menaxhimit të barnave është përzgjedhja e barnave e cila fillon nga njësitë më të vogla pra repartet aty ku bëhet trajtimi i pacientëve pra ku edhe bëhet përshkrimi i terapisë. Në bazë të indikacioneve apo sëmundjeve të pacientëve bëhet përshkrimi i barnave dhe rrjedhimisht këto barna do të jenë ato të cilat do të kërkohen

nga profesionistët që të sigurohen nga menaxhmenti që të jenë në Listën Esenciale në mënyrë që pastaj ato të jenë në dispozicion të tyre.

1.1.3 Lista Esenciale

Është një listë të cilën e hartojnë ekspertët të caktuar nga Ministria e Shëndetësisë e cila sipas definicionit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë është ajo listë e cila përmban barnat esenciale për mirëqenien e popullatës dhe të cilat janë kost-efikase.

Ky element i fundit në këtë rast është një sfidë e vërtetë për shkak të shumë faktorëve të cilët mund të interferojnë në të gjitha hallkat e menaxhimit të tyre, që nga përpilimi i listës, prokurimi, shpërndarja dhe deri te përdorimi.

Lista esenciale e barnave përbën grupet e caktuara të barnave të cilat janë të kategorizuara sipas sistemit të organeve ku ato veprojnë si psh grupi i antibiotikëve, anestetikëve, citostatikëve, etj. – Shtojca 2.

Pra në fakt lista esenciale nëse zbërthehet në kuadër të secilit grup përmban anëtarët e grupit apo barnat të cilat fillimisht janë kërkuar apo përshkruar nga profesionistët shëndetësorë në spitale, pastaj nga shefat e reparteve janë bërë kërkesat në kuadër të klinikës prej nga janë përcjellë në drejtorinë qendrore dhe prej aty në grupet punuese në Ministrinë e Shëndetësisë si në figurën e mëposhtme:

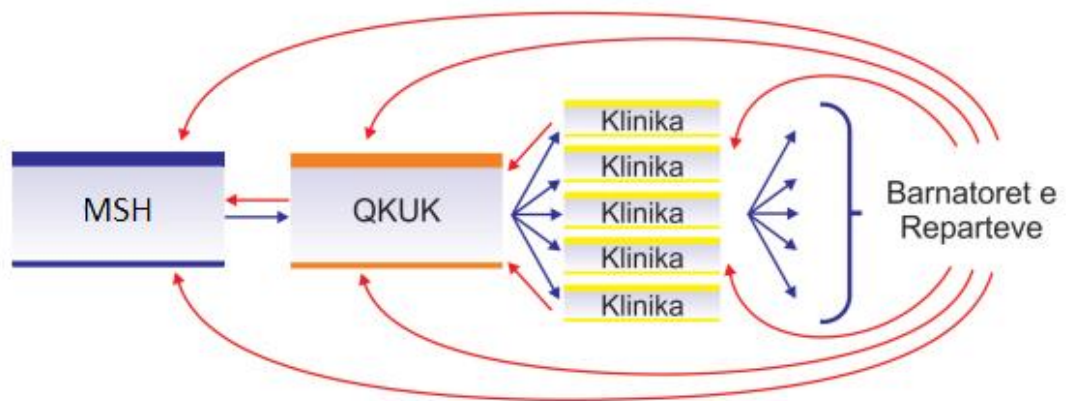


Figura 2 Hierarkia e ciklit te menaxhimit te barnave (Burimi A.Jakupi 2011)

Pra në dukje një proces i cili ka kaluar në shumë hallka profesionale dhe që duke e parë procesin “de jure” duket në rregull. Mirëpo në këtë proces nëse thellohem më tej mund të shtrohen disa pyetje themelore:

- Cilët kanë qenë faktorët në bazë të të cilëve është bërë përshkrimi i këtyre barnave nga profesionistët shëndetësorë?
- A ka pasur ndonjë rregullore apo udhëzim administrativ në bazë të të cilit është formuar lista esenciale?
- A kanë qenë të bazuara në protokole klinike të aprovuara²?
- A janë bazuar në farmakoterapinë racionale?
- A janë bazuar në analiza të konsumit?
- A ka pasur analiza farmakoekonomike?
- A ka pasur influencë nga industria farmaceutike që produktet e caktuara të kërkohen?

² Protokoll klinik i definuar në bazë të dokumentave nga Këshilli i Europës është dokumenti i cili ndihmon vendimmarrjen në sistemin shëndetësor, duke e bërë vendimmarrjen më racionale, përmirëson kualitetin e shërbimeve shëndetësore dhe forcon pozitën e pacientit. Council of Europe 2001.

Në një mënyrë shohim se janë një mori çështjes të cilat nuk ka ndonjë evidencë se janë përfillur pasi nuk është hasur në të dhëna në Ministrinë e Shëndetësisë lidhur me këto procese por ekziston vetëm publikimi i Listës Esenciale ose më mirë të thuhet se nuk ka ndonjë udhëzim administrativ i cili do ti parashikonte të gjitha këto kërkesa.

Probleme të cilat dalin natyrshëm nëse një proces është zhvilluar pa pasur ndonjë udhërrëfyes për zhvillimin e punës janë ato të cilat pastaj ndërlidhen me kërkesat për produkte të ndryshme pasi lista përmban shumë produkte (gjithsej mbi 300 barna), pastaj brenda të njëjtit grup ka shumë produkte të ngjashme për trajtimin e të njëjtit indikacion, dhe në këtë mënyrë planifikimi tejkalon buxhetin e dedikuar. Pastaj asnjëherë nuk mund të plotësohet lista esenciale dhe gjithmonë pacientët detyrohen që pjesën e munguar të barnave ta sigurojnë vetë në barnatoret private nga buxheti i tyre personal duke marrë parasysh se sigurimi shëndetësor ende nuk ka filluar. Pjesa e cila mungon dhe që pacientët e sigurojnë vetë ende nuk është e saktë dhe nuk ka të dhëna zyrtare se sa përqind e kërkesave të përgjithshme përbën kjo pjesë?

Pra në mënyrë që të përcaktohet se cilat produkte do të jenë në dispozicion të profesionistëve shëndetësorë për trajtimin e pacientëve Ministria e Shëndetësisë aprovon Listën Esenciale të barnave, versioni i fundit i së cilës është nga viti 2013. Lista Esenciale normalisht se çdo dy – tri vite duhet të plotësohet dhe ndryshohet me produkte të reja apo që disa të largohen nga lista (por edhe ky proces duhet të bëhet sipas një rregulloreje të caktuar), e që edhe OBSH e definojnë si të tillë që nga viti 1977 përditësohet çdo dy vite (WHO, 2015)

Sipas të dhënave (Ministria e Shëndetësisë 2013) për blerjen e barnave nga lista esenciale Ministria e Shëndetësisë ndan rreth 21 milion euro të cilat pastaj ndahen sipas grupit të barnave varësisht nga nevojat në sistemin shëndetësor por edhe vendimmarrja në Ministrinë e Shëndetësisë dhe gjithmonë në këto proces shfaqen pakënaqësi pasi disa shërbime mbesin pa një numër të caktuar të kërkesave duke marrë parasysh se buxheti i dedikuar nuk i mbulon të gjitha nevojat. Kurse nevojat sipas planifikimit të strukturave shëndetësore gjithmonë janë shumë më të larta se buxheti i dedikuar dhe kjo mund të shihet edhe nga tabela e mëposhtme:

Tabela 1 Planifikimi i listës esenciale për sistemin shëndetësor në vitin 2013 (Burimi: MSh 2013)

Sistemi shëndetësor	Gjithsej	Primar	Sekondar	Terciar
Barna	€ 22,142,159.11	€ 4,274,763.15	€ 3,203,436.38	€ 14,663,959.58
Material shpenzues	€ 7,749,564.37	€ 571,407.92	€ 2,986,080.15	€ 4,192,076.30
			Gjithsej sistemi	€ 29,891,723.48

Pra buxheti i dedikuar për produktet nga lista esenciale është rreth € 21 milion kurse nevojat e planifikuara nga spitalet arrijnë në rreth €29 milion. Nga të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë 2013 edhe ky planifikim ka qenë i bërë duke pasur parasysh shumë kufizime duke marrë parasysh buxhetin e ultë dhe sipas parashikimeve thuhej se kjo shumë e planifikimeve mund të jetë shumë më e lartë. Megjithatë ky planifikim ka qenë bazik dhe për shumë çështje tjera nuk ka qenë e mundur që të plotësohen kërkesat pasi ka shumë indikacione të cilat nuk është e mundur të trajtohen me buxhetin aktual. Por në fakt esenca e listës esenciale nuk është që të trajtohen indikacionet e ndryshme por vetëm të plotësohen nevojat bazike të popullatës kurse pjesa tjetër do të duhej të mbulohej nga sigurimi shëndetësor ose nga bashkëpagesa e pacientit dhe fondit të sigurimit shëndetësor, por meqenëse në Kosovë ende nuk është funksionalizuar fondi i

sigurizimit shëndetësor dhe reimbursimi i barnave kjo ka bërë që në raste të caktuara disa lloje të caktuara të barnave të trajtohen nga lista esenciale.

Një shembull shumë domethënës në këtë kontekst është lista esenciale e Suedisë e cila është quajtur “Wise List” e cila përmban vetëm 200 lloje të barnave të rregullta dhe 100 të tjera për shërbime të specializuara (Wise List 2015 english edition). Vlen të theksohet se Suedia është një nga shtetet e cila ka buxhet shumë të lartë të dedikuar për shëndetësi e cila mund të shihet dhe krahasohet me Kosovën sipas tabelës nr 2 ku shihet se dallimet si në buxhet, përqindje të dedikimit për shëndetësi nga buxheti i përgjithshëm por edhe vlerë janë shumë të mëdha kurse lista esenciale e tyre përmban më pak produkte, mirëpo të cilat kanë furnizim të vazhdueshëm në spitale kurse sa i përket produkteve në mënyrë individuale kjo mbetet një çështje tjetër e cila gjithashtu mund të jetë pjesë e diskutimit.

Tabela 2 Krahasimi i disa indikatorëve fiskal në mes të Kosovës dhe Suedisë (Burimi World Bank 2015, Central Bank of Kosovo 2015)

	Suedia	Kosova
GDP	\$ 570.6 bilion	€ 5.2 bilion
Popullata	9.69 milion	1.81 milion
Jetëgjatësia	82	72
GDP/kokë banori	\$ 58887.3	€ 2906.0
Buxheti për shëndetësi	\$ 55.039 bilion	€ 0.147 bilion
Buxheti për shëndetësi per koke banori	\$ 5680.0	€ 81.66
% në krahasim me GDP	9.7%	2.8%

Psh në grupin e parë të Listës Esenciale, atë të Anestetikëve sipas tabelës Nr 3 shohim se anëtarët me Nr 1 - Atracurium, 12 - Pancuronium, 16 - Rocuronium, 19 - Suxamethonium dhe 21 - Vecuronium i përkasin të njëjtit grup M03 të ATC – grupit të relaksuesve muskularë. Pra kemi pesë anëtarë të të njëjtit grup dhe për të njëjtin

indikacion. Në bazë të mekanizmit të veprimit të relaksuesve muskularë ata veprimin e tyre mund ta japin në dy mënyra pra me arritje të veprimit maksimal për kohë të shpejtë dhe mbajtje të këtij veprimi për një kohë të caktuar jo shumë të gjatë (e përshtatshme për procedurat e shkurta kirurgjike) dhe grupi i dytë që kanë fillim të shpejtë dhe kohëzgjatëje të gjatë (pra për ndërhyrje kirurgjike më të gjata) (Harvey me bashkëpunëtorë 2000). Nga kjo mund të konkludojmë pa ndonjë analizë më të detjauar se minimalisht 2 anëtarë të këtij grupi mund të plotësojnë nevojat e përgjithshme të sistemit shëndetësor me relaksuesit muskularë.

Të pasurit pesë anëtarë të të njëjtit grup për indikacione të relaksimit muskular mund të ketë edhe mungesë të ndonjërit anëtar për shkaqe të ndryshme që nga mungesa e buxhetit, apo vonesa në furnizim etj, dhe pastaj mund të shkaktojë pengesa të ndryshme qoftë të menaxhimit apo edhe të përdoret si pretekst që ndërhyrja kirurgjike të mos bëhet (megjithëse katër nga anëtarët e tjerë të këtij nëngrupi mund të jenë të pranishëm në spital dhe që të jenë të përdorshëm për të njëjtin indikacion) dhe që pacienti të orientohet që ta sigurojë me rrugë private, apo edhe për qëllime tjera të mundshme të sabotazhës, korrupsionit etj.

Në këtë mënyrë në mungesë të një mekanizmi shkencor të argumentuar qarte dhe të bazuar në rregullore të aprovuar lë të hapur mundësitë e tilla që në lista të futen barna të caktuara nga prodhues të caktuar duke i përshtatur edhe formën, dozën etj.

Tabela 3 Grupi i anestetikëve në Listën Esenciale (Burimi: Minsitria e Shëndetësisë)

Anestetiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza dhe Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ATRACURIUM BESYLATE	Tretësirë për inj	10mg/ml, 5ml	i.v	M03AC04

2	ATROPINE SULPHATE	Tretësirë për inj	1mg/ml, 1ml	i.v &i.m	A03BA01
3	BUPIVACAINE HCL	Tretësirë për inj	5mg/ml, 10 ml	epidural	N01BB01
4	EPHEDRINE SULPHATE	Tretësirë për inj	50 mg/ml, 1ml	i.m &iv	A08AA56
5	ETOMIDATE	Tretësirë për inj	2mg/ml, 10ml	i.v	N01AX07
6	FENTANYL	Tretësirë për inj	50mcg/ml; 2ml	i.m &i.v	N01AH01
7	KETAMINE	Tretësirë për inj	50mg/ml, 10ml	i.m &i.v	N01AX03
8	LIDOCAINE 2%	Tretësirë për inj	20mg/ml, 2ml	i.v	N01BB02
9	MIDAZOLAM	Tretësirë për inj	1mg/ml, 5ml	i.m &i.v	N05CD08
10	NALOXONE	Tretësirë për inj	0.4mg/ml, 1ml	i.m &iv	V03AB15
11	NEOSTIGMINE	Tretësirë për inj	2.5 mg/ml, 1ml	i.m &iv	N07AA01
12	PANCURONIUM BROMID	Tretësirë për inj	2mg/ml, 2ml	i.v	M03AC01
13	PRALIDOXIM (PAM)	Tretësirë për inj	1g,10ml	iv	V03AB04
14	PROPOFOL	Emulsion	10mg/ml, 20ml	i.v	N01AX10
15	PROTAMIN SULPHATE	Tretësirë për inj	10 mg/ml, 5ml	i.v	V03AB14
16	ROCURONIUM BROMIDE	Tretësirë për inj	10mg/ml, 5ml	i.v	M03AC09
17	ROPIVACAINE HCL	Tretësirë për inj	2mg/ml, 10ml	epidural	N01BB09
18	SEVOFLURAN	Tretësirë	250ml	inhalim	N01AB08
19	SUXAMETHONIUM	Tretësirë për inj	50 mg/ml, 2ml	i.m &i.v	M03AB01
20	THIOPENTAL SODIUM	Tretësirë për inj	500mg	i.v	N01AF03
21	VECURONIUM	Tretësirë për inj	2mg/ml, 2ml	iv	M03AC03

Apo psh **Citostatikët** janë barna që përdoren për trajtimin e sëmundjeve kanceroze dhe që kryesisht janë barna të shtrenjta që në shumicën e rasteve kanë vlera shumë të larta por që në raste të caktuara kapin vlera aq të larta të cilat janë sfiduese për tu arritur jo vetëm për pacientët por edhe për vetë institucionet shtetërore. Në grupin e këtyre barnave bëjnë pjesë 63 lloje të ndryshme të formave dhe dozave të caktuara. Vlera e përgjithshme e buxhetit të ndarë për këtë lloj barnash në vitin 2008 ka qenë 400.000 € e cila vlerë ka qenë dhjetëra fish më e ultë se nevojat e përgjithshme. Me rritjen e buxhetit për farmaci në Ministrinë e Shëndetësisë në vitin 2010 u rrit edhe buxheti për këto barna duke marrë njëkohësisht buxhet edhe nga disa grupe tjera ashtu që u arrit një buxhet prej €4 milion që në masë shumë më të madhe i plotëson nevojat e popullatës (Jakupi A. 2008), kurse më tej në vitin 2012 kishte një shpenzim prej mbi €7 milion euro për barna citostatike kurse në vitin 2013 kërkesat për këtë grup ishin projektuar në €8.68 milion

megjithëse edhe në këtë rast nuk ka pasur ndonjë justifikim të detajuar shkencor për këtë planifikim të këtij grupi të barnave por ajo është bërë sipas kërkesave nga mjekët specialistë përgjegjës të kësaj klinike dhe paraqitet sipas tabelës së mëposhtme:

Tabela 4 Planifikimi nga Ministria e Shëndetësisë (Burimi: Ministria e Shëndetësisë 2013)

Sistemi shendetesor	Primar	Sekondar	Terciar
Barna	€ 3,052,763.15	€ 3,203,436.38	€ 5,983,271.62
Material shpenzues	€ 571407.92	€ 1111080.15	€ 1717076.30
Citostatiket			€ 8,680,687.96
Hemodializa		€ 1,700,000.00	€ 1,300,000.00
Vaksinat	€ 1,222,000.00		
Kardiologjia invaz. & pejsmejk.			€ 1,000,000.00
Ortopedia		€ 175,000.00	€ 175,000.00
Gjithsej	€ 4,846,171.07	€ 6,189,516.53	€ 18,856,035.88
		Gjithsej sistemi	€ 29,891,723.48

Por, nga këto 63 barna të kësaj liste mund të shtrohen një varg pyetjesh si:

- A janë vërtet këto barna më të nevojshmet?
- A mund të arrihet i njëjti efekt me barna tjera në bazë të analizave farmakoekonomike?
- A janë bërë studime të kësaj fushe?
- A ka pasur raporte të racionalizimit sipas farmakoterapisë? etj

Pra në mënyrë më të saktë a po arrihet efekti i dëshiruar me menaxhimin e këtyre mjeteve buxhetore apo mund të ndikohet përmes një qasje shkencore në përmirësimin e ciklit të menaxhimit të tyre me theks të veçantë në përzgjedhjen dhe përdorimin e tyre. E që kjo në fund do të reflektohej në mirëqenien e pjesës së popullatës e cila ka nevojë për këto barna dhe që me një menaxhim më të mirë do të mund të trajtoheshin 100% e pacientëve.

Nga studimet e ndryshme nxjerrim në pah se shumë produkte janë konkurente me njëri tjetrin dhe se ekziston një “luftë“ për tejkalimin e konkurrencës. Por a është kjo e bazuar apo cilat janë mënyrat e marketingut në bazë të të cilit merren vendimet. Në një ambient në të cilin shpenzimet për shëndetësi janë gjithmonë në presionin për tu rritur kompanitë duhet të jenë të afta që të demonstrojnë se produktet e tyre ofrojnë vlerën e vërtetë për çmimin që kanë (Dimasi me bashkëpunëtorë, 2001) i cili më tej shton është jashtëzakonisht e rëndësishme që të përcaktohet saktë në fazat e para të zhvillimit lidhur me përfitimet që mund të sjellë një produkt i cili pastaj do të tejkalojë koston e parashikuar dhe në këtë mënyrë farmakoekonomia mund të ndihmojë që të bëhet racionalizimi i vendimeve për produktet. Pra në një analogji me këtë me racionalizim të terapisë do të mund të përfitohet kosto më e ultë dhe kjo do të sillte pastaj më shumë mundësi.

Një grup tjetër i produkteve janë **antibiotikët** nga të cilët shumë e rëndësishme është të theksohet se problemet që po nxisin një debat në tërë botën lidhen me përdorimin jo adekuat të tyre si dhe zhvillimin e rezistencës antimikrobike. Kjo për faktin e keqmenaxhimit të përdorimit të tyre që mund të jetë e lidhur me shumë faktorë që nga marketingu i sforcuar i kompanive farmaceutike, mungesa e analizave të ndryshme duke përfshirë edhe ato farmakoekonomike për krahasimin e llojeve të ndryshme të tyre, mungesa e një sistemi të integruar të kontrollit etj. Pra nuk është se kostoja më e ultë do të na sjellë përfitime të padiskutueshme por përzgjedhja racionale e barnave me kost-efikasitet është ajo për të cilën duhet të fokusohemi pasi përdorimi i panevojshëm i substancave të caktuara si në këtë rast të antibiotikëve mund të ndikojë në zhvillim të rezistencës antimikrobike dhe që pasojat e së cilës do të përcillen për të ardhmen e shoqërisë kur evitimi i sëmundjeve do të jetë sfidë apo edhe që nuk do të mund të bëhet.

Prandaj duke u nisur nga disa prej këtyre që u thanë më lart, analizimi i mëtejshëm i kësaj çështje duhet të jetë me interes jo vetëm individual por në shkallë më të gjerë që ndërlidhet jo vetëm me blerjen e barnave apo me aspektin ekonomik menaxherial por edhe me aspektin farmakologjik – mjekësor të përdorimit racional të bazuar në fakte shkencore.

Antibiotikët gjithashtu i kanë nënkategoritë e tyre si pastaj anëtarët e këtyre grupeve. Në kuadër të një grupi mund të ketë disa anëtarë të cilët mund të përdoren për mjekimin e infeksioneve të ngjashme ngjashëm si te lista e anestetikëve apo citostatikëve.

Në këtë rast në listën e antibiotikëve janë gjithsej 30 produkte (shih shtojcën 2 – grupi i antibiotikëve në listën esenciale të barnave). Duke aplikuar metodologjinë e ABC analizës sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë - pra që është renditja e barnave nga ato që kanë vlerën më të lartë - tabela 5.

Tabela 5 ABC Analiza e antibiotikëve (Burimi Ministria e Shëndetësisë 2013)

Nr	Emri Gjenerik	Doza dhe Vellimi	ATC	VE N	Gjithsej KPSH	Gjithsej SR	Gjithsej QKUK	Gjithsej sistemi	Çmimi	Vlera
1	PEGINTERFERON ALFA 2a	180 mcg	L03AB04	V	-	-	2,500.0	2,500.0	€ 170.00	€ 425,000.00
2	TENOFOVIRE	245-300mg	J05AF07	V	-	-	18,250.0	18,250.0	€ 20.00	€ 365,000.00
3	ERTAPENEM	1g	J01DH03	N	-	2,625.0	7,200.0	9,825.0	€ 30.00	€ 294,750.00
4	RIBAVIRIN	1.2g	J05AB04	V	-	-	300.0	300.0	€ 649.00	€ 194,700.00
5	PROCAINEBENZYL PENICILLIN + Benzylpenicilin	800.000 IU	J01CE09	V	149,924.0	7,250.0	2,400.0	159,574.0	€ 1.00	€ 159,574.00
6	IMIPINEM+CILASTATINE	500mg + 500mg	J01DH51	V	-	-	15,600.0	15,600.0	€ 7.95	€ 124,020.00
7	COLISTIN	1MIU	J01XB01	N	-	100.0	24,000.0	24,100.0	€ 5.00	€ 120,500.00
8	RIBAVIRIN	200mg	J05AB04	V	-	-	50,000.0	50,000.0	€ 2.18	€ 109,000.00

										0.00
9	BENZYL PENICILLIN	1 MIU	J01CE01	V	66,799.8	41,320.0	9,000.0	117,119.8	€ 0.93	€ 108,921.41
10	CEFTRIAXONE	1000 mg	J01DD04	V		98,310.0	102,000.0	200,310.0	€ 0.53	€ 106,164.30
11	GENTAMYCIN	40 mg/ml	J01GB03	V	399,410.0	71,960.0	72,000.0	543,370.0	€ 0.14	€ 76,071.80
12	ERYTHROMICIN	250mg/5ml, 100-150ml	J01FA01	V	35,001.0	2,632.0	420.0	38,053.0	€ 1.79	€ 68,114.87
13	CIPROFLOKSACIN	200mg/100ml, 100ml	J01EE01	V		13,190.0	6,000.0	19,190.0	€ 3.00	€ 57,570.00
14	METRONIDAZOLE	5mg/ml, 100ml	G01AF01	V		28,835.0	42,000.0	70,835.0	€ 0.77	€ 54,542.95
15	FLUCONAZOLE	50mg/5ml	J02AC01	E	2,916.0	250.0	120.0	3,286.0	€ 15.00	€ 49,290.00
16	CEFTRIAXONE	250 mg	J01DD04	V		26,200.0	61,920.0	88,120.0	€ 0.50	€ 44,060.00
17	AMPICILLIN	500 mg	J01CA01	V	68,709.6	120,004.0	30,000.0	218,713.6	€ 0.18	€ 40,024.59
18	VANCOMYCIN	500 mg	J01XA01	V		4,445.0	16,800.0	21,245.0	€ 1.85	€ 39,303.25
19	CEPHAZOLIN	1000 mg	J01DB04	V		61,620.0	1,200.0	62,820.0	€ 0.57	€ 35,807.40
20	AMIKACIN	500mg/ml	J01GB06	V		17,520.0	4,800.0	22,320.0	€ 1.49	€ 33,256.80
21	SULFAMETHOXAZOLE + TRIMETHOPRIM	200mg + 40mg/5ml, 50ml-100ml	J01EE01	E	20,924.0	480.0	600.0	22,004.0	€ 0.90	€ 19,803.60
22	PIPERACILIN + TAZOBACTAM	4gr + 0.5g	J01CR05	E			3,000.0	3,000.0	€ 4.80	€ 14,400.00
23	AMOXICILLIN + ACID CLAVULANIC	250mg+62.5mg/5ml, 60-100ml	J01CR02	E		2,844.0	1,200.0	4,044.0	€ 2.50	€ 10,110.00
24	FLUCONAZOLE	2mg/ml	J02AC01	E		420.0	960.0	1,380.0	€ 7.00	€ 9,660.00
25	ACICLOVIRE	250 mg	J05AB01	V		450.0	2,550.0	3,000.0	€ 2.95	€ 8,850.00
26	BACITRACIN +	(250IU+3	J01RA9	E					€	€

	NEOMYCIN SULPHATE	300IU)/1 g	7		1,800.0	39.0	200.0	2,039.0	1.00	2,039.0 0
27	AMPICILIN+CLOK SACILIN+LACTOB ACIL	125mg/5 ml, 100 ml	J01CR0 1	N		1,505.0	360.0	1,865.0	€ 1.00	€ 1,865.0 0
28	AMOXICILLIN	250mg/5 ml, 100ml	J01CA0 4	E		64.0	30.0	94.0	€ 0.62	€ 58.28
29	ERYTHROMICIN	500mg	J01FA0 1	V		253.0	120.0	373.0	€ 0.08	€ 29.84
30	PEGINTERFERON ALFA 2b	150 mcg/ml	L03AB1 0	E					€ 200.00	€ -

Më tej fokusohemi në 20% të produkteve më të shtrenjta, në bazë të Ligjit Pareto 80-20 pra që 20% e produkteve përbëjnë 80% të kostos. Nga këto produkte shohim se produkti me numër 3 - Ertapenem dhe ai me numër 6 - Imipenem janë të të njëjtit grup të antibiotikëve me ATC klasikim J01DH (që është tregues i grupit të njëjtë), pra edhe me përdorim për trajtimin e infeksioneve të ngjashme, por me çmim mjaft të ndryshëm në mes tyre. Por edhe produkti J01CR05 Piperacilin/Tazobactam i cili gjithashtu është antibiotik i spektrit të gjerë i kombinuar me frenues të b-laktamazës që përdoren kryesisht për rastet e pacientëve në kujdesin intenziv Harvey me bashkëpunëtorë (2000). Me këtë rast shohim se konsumi i këtyre barnave është si vijon:

Tabela 6 Shpenzimet për tri llojet e antibiotikëve (Burimi Ministria e Shëndetësisë 2013)

Nr	Emri INN	Doza	ATC	Sasia	Sasia spitale	Gjithsej sasia	Çmimi	Vlera
3	ERTAPENEM	1g	J01DH03	2,625	7,200.0	9,825.0	€ 30.00	€ 294,750.0
6	IMIPINEM+CILA STATINE	500mg + 500mg	J01DH51		15,600.0	15,600.0	€ 7.95	€ 124,020.00
22	PIPERACILIN + TAZOBACTAM	4gr + 0.5 g	J01CR05		3,000.0	3,000.0	€ 4.80	€ 14,400.00

Me këtë rast shohim se vlerat janë shumë të ndryshme për të tri llojet e antibiotikëve dhe gjithashtu edhe çmimet. Mirëpo se cila duhet të jetë vendimmarrja, mbi çfarë baze duhet të bëhet dhe si duhet të dëshmohet?

Është pikërisht objektiv i analizave farmakoekonomike jo vetëm fakti se do të arrihet kursim buxhetor por edhe ajo që të ndikohet në përshkrim adekuat të barnave.

Në këtë rast ky produkt në bazë të protokolleve shëndetësore nuk duhet të përshkruhet fare në praktikën e nivelit primar shëndetësor pasi përbën një antibiotik nga grupi i karbapenemeve që është i rezervuar për trajtimin në nivelin terciar. Mirëpo kjo është vetëm një qasje sa i përket buxhetit që në pamje të parë duket me difference shumë të madhe por më tej në analizën e detajuar të këtij shembulli do të bëhet edhe trajtimi i analizave farmakoekonomike duke pasur parasysh edhe dozimin, dhe faktorët tjerë farmakologjikë në mënyrë që të kemi një rezultat të saktë të kost-benefitit në mes të këtyre dy produkteve.

Pra në një mënyrë ose tjetër shohim se në përzgjedhje si dhe në përshkrim të barnave mund të ketë faktorë të ndryshëm të cilët mund të ndikojnë dhe që kjo të bëhet në mënyrë jo adekuate.

1.1.4 Konsumi i barnave

Shumë vende tani për shumë vite nga agjencitë e tyre përkatëse publikojnë të dhënat e konsumit të barnave të cilat janë përdorur gjerësisht për proceset e shumë palëve të interesit duke filluar nga krijuesit e politikave, organizatave profesionale, mjekët, agjencitë dhe gjithashtu industrisë për planet e tyre të biznesit - vendimmarrjes.

Indikatorët e kategorizimit të barnave dhe analizimit të detajuar të tyre në aspektin ekonomik lidhen ngushtë me fillimisht klasifikimin ndërkombëtar të barnave apo klasifikimin ATC. Qendra referente e OBSH për ATC klasifikimin e barnave është në Oslo të Norvegjisë përkatësisht në Institutin për shëndetin publik ku edhe definohen dozat e definuara ditore për secilin bar dhe natyrisht se kjo bëhet në bashkëpunim me

ekspertë të ndryshëm botërorë në kuadër të OBSH. Në këtë mënyrë duke krijuar një sistem unik të klasifikimit u krijuan mundësi të reja të analizimit dhe kështu pastaj filluan të shtohen edhe indikatorët tjerë si DID, PID, të cilët sot janë në përdorim të gjerë në analizat e ndryshme të konsumit dhe utilizimit të barnave dhe janë bazë e vendimeve të rëndësishme në nivel global në sektorin farmaceutik.

Ministria e Shëndetësisë si bartëse e procesit të politikës shëndetësore në vend objektivat e veta i arrin përmes institucioneve të saja vartëse të cilat janë ekzekutive dhe në këtë rast kemi Agjencinë e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale (AKPPM) si institucion me përgjegjësi për të garantuar shëndetin publik të popullatës duke siguruar që barnat në Kosovë të jenë të sigurta, cilësore dhe efikase. Në kuadër të detyrave të veta AKPPM jep lejet për importin e barnave dokumentacion ky që ka qenë baza e këtij hulumtimi në segmentin e konsumit të barnave të Kosovës.

Të dhënat nga analiza e konsumit të barnave japin detaje të shumta lidhur me grupet e caktuara të barnave të cilat përdoren brenda teritorit në të cilin bëhet analiza dhe kur kjo bëhet me metodë retrospektive atëherë mund të shihet edhe trendi i përdorimit të barnave që sjell rezultate të cilat lidhen me trendin e përshkrimit të barnave nga profesionistët shëndetësorë. Pra në kontekst të faktit të analizimit të përshkrimit të llojeve të caktuara të barnave është edhe kjo analizë. Krahasoni i të dhënave të përfituara nga kjo analizë me analizat e konsumit të barnave me shtetet tjera gjithashtu mund të japë indikatorë të ndryshëm për hulumtim dhe për mbikëqyrje por edhe rezultate të caktuara të cilat mund të jenë me interes shkencor dhe profesional.

Krahasoni i këtyre të dhënave mund të bëhet edhe me publikimet e sëmundjeve ku gjithashtu mund të krahasohet konsumi i barnave gjatë viteve dhe raportimi i

sëmundjeve gjithashtu gjatë viteve me ç'rast mund të shihen dhe ndryshimet apo përputhjet të cilat gjithashtu mund të jenë subjekt i analizave të mëtejme.

Pra shohim se qasja në të dhëna të caktuara mund të hapë shumë rrugë për hulumtime shitesë rezultatet e të cilave padyshim se do të ndikonin në proceset vendimmarrëse të strukturave udhëheqëse, e cila do të ishte e bazuar në evidencë dhe analiza shkencore.

Procesi i konsumit të barnave për grupet e caktuara të barnave lidhet drejtpërdrejt me përshkrimin e barnave nga profesionistët shëndetësorë pasi në bazë të përshkrimit ato barna (të paktën në shumicën e rasteve) do të kërkohen nga pacientët në barnatore dhe rrjedhimisht do të konsumohen. Pra një zinxhir në këtë proces është i lidhur që prej përshkrimit racional, menaxhimit të tyre sipas katër fazave ku përfshihet përzgjedhja, prokurimi, shpërndarja dhe përdorimi apo konsumi i tyre. Në fazën e përzgjedhjes si proces shumë i rëndësishëm janë identifikimi i faktorëve apo indikatorëve të cilët duhet përdorur në mënyrë që përzgjedhja të jetë adekuate dhe këtu padyshim hyjne analizat farmakoekonomike, ato të ndikimit të buxhetit por edhe legjislacioni dhe rregulloret e përgjithshme të një vendi. Pra shohim se kemi të bëjmë me një proces kompleks i cili përfshin shumë elementë të cilët për tu zbatuar kërkojnë ekspertizë shkencore dhe profesionalizëm.

Nga analizat e grupeve të caktuara të konsumit të barnave dhe krahasimet e tyre me të dhëna tjera të cilat përfshijnë analizat e ndryshme të sëmundshmërisë shohim se këto mund të ndërlidhen dhe në një sistem të përsosur shëndetësor të gjitha këto të dhëna të jenë të përputhshme në mes vete.

Gjithashtu këto analiza mund të kenë fokus të veçantë në grupe të caktuara të barnave dhe nëse shihet në aspekt ekonomik atëherë grupi i barnave me koston më të lartë siç janë grupi i barnave për trajtimin e kancerit apo llojeve të ndryshme të kancerit dhe

përmirësimet e ndjeshme në këtë pjesë mund të japin efekte të cilat mund të jenë të theksuara në aspekt ekonomik por pa e neglizhuar në asnjë mënyrë aspektin e përdorimit racional.

Instituti i Onkologjisë funksionon në kuadër të QKUK i cili ndër të tjera merret edhe me menaxhimin e përgjithshëm të pacientëve me sëmundje kanceroze përmes ordinimit të kimioterapisë dhe radioterapisë. Furnizimi i barnave të këtij instituti bëhet përmes barnatores qendrore e cila furnizon të gjitha klinikat.

Grupi i barnave antikanceroze përbën një grup të posaçëm dhe kryesisht konsumi i tyre bëhet në ambiente spitalore dhe nuk janë barna për dispenzim nga barnatoret komunitare megjithëse për shkak të mungesës së tyre në spitale në raste të caktuara pacientët apo familjarët e tyre janë detyruar që ti blejnë vetë por që ende nuk ka analiza të saktë për këtë pjesë të barnave të cilat blihen nga pacientët. Mënyra e përzgjedhjes së këtyre barnave është mjaft e komplikuar pasi shpesh ka nxitur debate për atë se përzgjedhja bëhet jo vetëm për shkak të vetive të atyre barnave por edhe duke u influencuar nga kompanitë farmaceutike. Procesi i përzgjedhjes ngjashëm si edhe për barnat tjera që u përshkrua më lart fillon nga mjekët në repartet e klinikave, në këtë rast të Institutit të Onkologjisë, më tej lista aprovohet nga udhëheqësi i klinikës, drejtori i barnatores qendrore dhe drejtori gjeneral i spitalit. Pas këtij procesi lista i dorëzohet grupit profesional punues në Ministrinë e Shëndetësisë për shqyrtim final dhe për aprovim nga Ministri i Shëndetësisë. Ky proces është i ngjashëm edhe për repartet tjera dhe në dukje të parë duket se gjithçka është transparente dhe e rregullt por në rast se bazohemi në analiza dhe rezultatet e publikuara por edhe raportimin e problemeve të theksuara me furnizim që jo gjithmonë duhet të lidhet me buxhetin atëherë lind nevoja për analiza të mëtejshme të këtij grupi qoftë për analiza të kategorizimit të barnave sipas VEN analizës

(Vitale, Esenciale, të Nevojshme) apo edhe ABC analizës (kategorizimi sipas kostos dhe vlerës së përgjithshme) si dhe analizave tjera që do të shtjellohen më tej në këtë punim.

1.1.5 Proceset tjera të ciklit të menaxhimit të barnave

Procese tjera të ciklit të menaxhimit të barnave përveç përzgjedhjes që u përshkrua më lart janë prokurimi, shpërndarja dhe përdorimi i barnave.

Procesi i prokurimit të barnave është qendror nga Ministria e Shëndetësisë gjë që po ashtu është rekomanduar nga konsulentët e jashtëm të Organizats Botërore të Shëndetësisë dhe ata të Bankës Botërore. Dhe më tej procesi është i decentralizuar pasi secili spital përmes strukturave të veta duhet të bëjnë planifikimin, përzgjedhjen, porositë dhe distribuimin e produkteve dhe pajisjeve medicinale për nevojat e tyre. Megjithatë kjo është një risi në sistemin shëndetësor pasi ka filluar të aplikohet në vitin 2015 rezultate e para nga raportimet kane treguar se është proces më i rregullt se ai kur Ministria e Shëndetësisë është marrë me të gjitha këto procese.

Pra në një mënyrë kemi një proces të menaxhimit të produkteve dhe pajisjeve medicinale nga vetë spitalet duke përfshirë në këtë proces raportet kthyes nga repartet e të cilat në shumicën e rasteve përpilohen nga kryeinfermieret, pastaj duke vazhduar në klinika, dhe në të gjitha hallkat e sistemit të menaxhimit (përveç prokurimit) pra duke filluar nga selektimi, prokurimi, shpërndarja por edhe në fund si proces mjaft i rëndësishëm përdorimi i këtyre produkteve, siç shihet edhe e ilustruar në figurën 1:

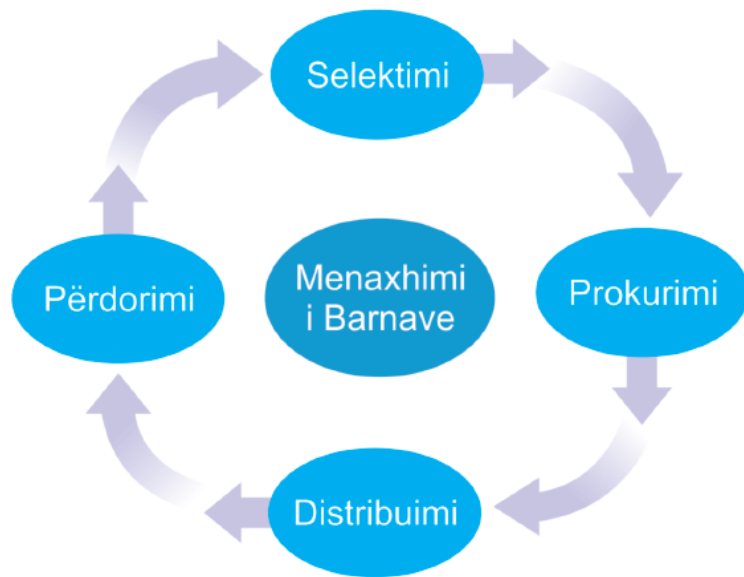


Figura 3 Cikli i menaxhimit të barnave (burimi Quick me bashkëpunëtorë 1997)

Ky proces i menaxhimit të barnave është bazik i cili përshkruhet në literaturë sipas (Quick me bashkëpunëtorë. 1997) me qëllim të furnizimit të vazhdueshëm, kost efikas, duke u bazuar në proceset e farmakoterapisë racionale të ofrojë pacientëve produkte emdicinale të sigurt, cilësore dhe efikase. Të njëjtit autorë shtojnë se qëllimi i përzgjedhjes së një numri të kufizuar të barnave esenciale është që të kihet një furnizim më i mirë, më racional dhe me kosto më të ultë dhe se çdo bar i cili përzgjidhet duhet të dëshmohet se bëhet në bazë të:

- Rëndësisë ndaj prevalencës së sëmundjes
- Efikasitetit dhe sigurisë së vërtetuar
- Të dhënave adekuate shkencore të performancës
- Kualitetit adekuat
- Raportit favorizuar të kost – përfitimit
- Vetive të dëshirueshme farmakokinetike dhe
- Qasjes si komponente të vetme

Në këtë mënyrë duke parë se autorë të ndryshëm dhe kryesisht ekspertët e OBSH kanë nxjerrë përfundime dhe kanë përcaktuar kritere strikte të cilat duhet të plotësohen në mënyrë që një bar të mund të trajtohet si bar esencial. Këto kritere duhet të përmbushen me përpikmëri dhe se në raste të caktuara kur bëhet një aplikim për një bar që të vendoset në listen esenciale duhet ti ketë të përshkruara dhe të vërtetuara të gjitha këto kritere në mënyrë që të pranohet si aplikim. Kështu duke krijuar listën esenciale të barnave arrihet që të përmbushen nevojat më bazike të qytetarëve.

Në një mënyrë zbatimi me efikasitet i këtyre hallkave të sistemit të menaxhimit do të mundësonte edhe që edhe të përmbushet definicioni i barnave esenciale i cili sipas OBSH është:

“barnat esenciale janë ato barna të cila përmbushin nevojat e shumicës së popullatës; ato përzgjidhen sipas rëndësisë për ruajtjen e shëndetit publik të popullatës, evidencës për efikasitet dhe siguri si dhe kost-efikasitetit; prandaj ato duhet të jenë të disponueshme gjatë tërë kohës, në sasi adekuate dhe në doza farmaceutike të përshtatshme, me një çmim që popullata te ketë mundësi që ti përballojë“

Përmbledhje e kapitullit I

Çështjet të cilat kanë të bëjnë me shëndetin publik gjithmonë janë tema të ndjeshme pasi në një apo mënyrën tjetër secili individ përballlet me to, për dallim prej çështjeve tjera të cilat mund të lidhen vetem me një segment të caktuar të popullatës e për të cilën gjë segmenti që nuk preket nuk ka interes. Në këtë kontekst duke e menduar si çështje të ndjeshme fillimisht, fokusi në ndonjë pjesë të këtij segmenti shëndetësor në të cilin shfaqen më shumë probleme detyrimisht se e bën atë edhe më shumë të diskutueshëm dhe për të cilin do të kërkohet ekspertizë adekuate në mënyrë që te ketë një funksionim normal në tërë hallkat e zinxhirit.

Në përgjithësi qëllimi i këtij hulumtimi është që duke i ndërlidhur aspektet shkencore ekonomike dhe farmakologjike të arrihet një rezultat në përmirësimin e menaxhimit më të mirë të barnave duke pasur parasysh përzgjedhjen racionale dhe përdorimin e tyre, të nxitet një debat më i gjerë në ekspertët mjekësorë për mënyrën e hartimit të protokolleve terapeutike, përshkrimin e këtyre barnave dhe faktorët të cilët ndikojnë në këto procese apo në konsumin e përgjithshëm të këtyre produkteve, pra në një mënyrë të nxitet një mënyrë e të menduarit kritik, i bazuar në fakte shkencore dhe evidencë nga përdorimi në vend.

Pra u theksua se janë një mori çështjes të cilat nuk janë përfillur në procesin e hartimit të listës esenciale pasi nuk ekziston asnjë e dhënë në Ministrinë e Shëndetësisë lidhur me këto procese por ekziston vetëm publikimi i Listës Esenciale. Probleme të cilat dalin natyrshëm nëse një proces është zhvilluar pa pasur ndonjë udhërrëfyes për zhvillimin e punës ku do të përcaktoheshin detajet të cilat duhet domosdoshmërisht të ndiqn në procest e hartimit të dokumentave të tilla strategjike.

Procesi i përzgjedhjes ngjashëm si edhe për barnat tjera që u përshkrua më lart fillon nga mjekët në repartet e klinikave, në këtë rast të Institutit së Onkologjisë, më tej lista aprovohet nga udhëheqësi i klinikës, drejtori i barnatores qendrore dhe drejtori gjeneral i spitalit. Pas këtij procesi lista i dorëzohet grupit profesional punues në Ministrinë e Shëndetësisë për shqyrtim final dhe për aprovim nga Ministri i Shëndetësisë. Ky proces është i ngjashëm edhe për repartet tjera dhe në dukje të parë duket se gjithçka është transparente dhe e rregullt por në rast se bazohemi në analiza dhe rezultatet e publikuara por edhe raportimin e problemeve të theksuara me furnizim që jo gjithmonë duhet të lidhet me buxhetin atëherë lind nevoja për analiza të mëtejshme të këtij grupi qoftë për

analiza të kategorizimit të barnave sipas VEN analizës (Vitale, Esenciale, të Nevojshme) apo edhe ABC analizës (kategorizimi sipas kostos dhe vlerës së përgjithshme) si dhe analizave tjera.

Procesi i konsumit të barnave për grupet e caktuara të barnave lidhet drejtpërdrejt me përshkrimin e barnave nga profesionistët shëndetësorë pasi në bazë të përshkrimit ato barna (të paktën në shumicën e rasteve) do të kërkohen nga pacientët në barnatore dhe rrjedhimisht do të konsumohen. Pra një zinxhir në këtë proces është i lidhur që prej përshkrimit racional, menaxhimit të tyre sipas katër fazave ku përfshihet përzgjedhja prokurimi distribuimi dhe përdorimi apo konsumi i tyre. Në fazën e përzgjedhjes si proces shumë i rëndësishëm janë identifikimi i faktorëve apo indikatorëve të cilët duhet përdorur në mënyrë që përzgjedhja të jetë adekuate dhe këtu padyshim hyjne analizat farmakoekonomike, ato të ndikimit të buxhetit por edhe legjislacioni dhe rregulloret e përgjithshme të një vendi. Pra shohim se kemi të bëjmë me një proces kompleks i cili përfshin shumë elementë të cilët kërkojnë ekspertizë shkencore dhe profesionalizëm për tu zbatuar.

Pra duke parë probleme të shumta që nga buxheti jashtëzakonisht i mangët, mungesa e strategjive, udhërrëfyesve apo rregulloreve të ndryshe, analizave farmakoekonomike dhe atyre të detajuara të konsumit dhe utilizimit të cilat do të ishin ndihmuese në këto procese janë shfaqur dukuri negative të cilat në fund janë reflektuar në shëndetin publik.

KAPITULLI II - BURIMET E REFERIMIT

Shumë hulumtues kanë shkruar rreth proceseve menaxheriale me produkte medicinale, barnat e listës esenciale, racionalizimin e terapisë, qasjen në barna dhe kjo posaçërisht për shtetet e pazhvilluara dhe shtetet në zhvillim. Të dhënat nga këto studime ndihmojnë që të ndjehet vështirësia e këtyre proceseve që në shumicën e rasteve ndërlihet me buxhetin shumë të ultë por njëkohësisht shpalosen edhe problemet e mungesës së njohurive menaxheriale.

Duke qenë se ky hulumtim ka të bëjë me menaxhimin e barnave në aspekt të konsumit të përgjithshëm në raport me analizat farmakoekonomike duke u munduar që të gjendet qasja për një strategji të politikave farmaceutike, kjo bën që hulumtimi dhe shqyrtimi i literaturës të fokusohet gjithashtu në këto tema në kontekst të përgjithshëm në menaxhimin strategjik.

Cravens D. me bashkëpunëtorë (2009) sugjeron që zhvillimi i një kornize të menaxhimit për ta orientuar të menduarit strategjik është kritike për hulumtuesit në vendet me ndryshime rapide të ambientit të biznesit, ngjashëm me këtë edhe Enyinda Ch. dhe Szmerekovski J. (2008) theksojnë se në ambientet që ndryshojnë shpesh duhet qenë i gatshëm për të vepruar me kohë. Në këto ndryshime të shpeshta faktor që ndikon shumë janë edhe ndërrimet e shpeshta politike që ndodhin dhe që i ngadalësojnë proceset ku në Kosovë në sektorin shëndetësor në pozitë e larta drejtuese vetëm nga viti 2010 ka pasur ndërrim të katër Ministrave të Shëndetësisë, tre sekretarë të përgjithshëm të Ministrisë së Shëndetësisë dhe pesë kryeshefë ekzekutivë të Agjencisë së Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale. Me ndryshime të tilla vijnë edhe ndryshimet e politikave, strukturave

organizative, në raste të caktuara edhe personelit përgjegjës, strategjive, rregulloreve etj dhe kjo domosdoshmërisht reflektohet në punën e përditshme.

Shqyrtimi i literaturës i cili do të fokusohet në menaxhimin strategjik do të ketë pjesët e ndërlidhura:

- të qasjes në barna dhe përzgjedhjes së tyre në raport me sigurinë, cilësinë dhe efikasitetin
- konsumit të barnave dhe analizat farmakoekonomike
- përdorimi racional i tyre konform edhe barnave të regjistruara

Për tu arritur kjo do të shfytëzohet literatura përkatëse e shkruar por edhe ajo elektronike përmes databazave prestigjioze si MED LINE, EBSCO DHE FIRST SEARCH të cilat databaza japin qasje në punimet shkencore më të reja dhe të revistave prestigjioze botërore të fushës së farmacisë dhe ekonomisë.

Konteksti teorik

Konteksti teorik i punimit do të bazohet në teorite farmakoekonomike dhe ato të utilizimit të thekusara më lart por duke u fokusuar në fushat e ndërlidhura si në vijim:

- konsumi i barnave
- teoritë farmakoekonomike
- ndikimit të buxhetit
- VEN dhe ABC analizat
- ATC/DDD/DID indikatorët e analizimit të shfrytëzimit racional të barnave

2.1 Qasja në barna dhe përzgjedhja e tyre në raport me sigurinë, cilësinë dhe efikasitetin

Sipas OBSH në publikimin nga Bigdeli M me bashkëpunëtorë (2014) qasja e drejtë në barna do të thotë se secili person merr barnat të cilat janë të mundshme brenda sistemit sipas nevojave të tij apo saj dhe që kualiteti i kujdesit apo kualiteti i barnave është i njëjtë për të gjithë dhe se në secilin kontekst qasja në barna është shumë më shumë se një çështje e pronësisë pasi ajo varet se cilat barna janë të përzgjedhura për tu inkuadruar në listën e barnave esenciale medicinale, se a janë ato në dispozicion, të mundshme për tu blerë dhe që përdoren si duhet, pra elemente këto të qasjes të cilat janë të një rëndësie fundamentale.

Në sektorin publik qasja në barna varet shumë nga proceset që janë të ndërlidhura me menaxhimin e listës esenciale pra prej formimit të saj dhe deri të dhënia e barnave për pacientët ku natyrisht se përfshihen edhe elementët e theksuar më lart. Mirëpo qasja në barna në sektorin publik gjithashtu ndërlidhet edhe me proceset e blerjes së barnave nga vetë pacientët të cilët kanë qasje në barnat nga sektori privat. Pra procese për të cilat nuk ekziston evidencë e saktë por që në praktikë realizohet nga pacientët spitalorë por edhe ata të nivelit primar shëndetësor. Pavarësisht se produktet nga lista esenciale do të duhej që gjithmonë të ishin të qasshme në institucionet spitalore në të cilat ofrohet kujdesi shëndetësor, por janë pikërisht procedurat e ciklit të menaxhimit të barnave ato të cilat përcaktojnë mbulueshmërinë me këto produkte, apo edhe në rast moszbatimi, mbulueshmërinë nga vetë pacientët. Në procesin e listës esenciale që fillon me Vendimin e Ministrit të Shëndetësisë për plotësimin dhe ndryshimin e Listës esenciale ku procesi i punës fillon me profesionistët shëndetësorë në fund kjo përfundon përsëri

me vendimin nga Ministri i Shëndetësisë për aprovimin final të listës së re. Listat e reja zakonisht sjellin edhe shpenzime të reja pasi aty vendosen barna të reja të cilat kanë zakonisht kosto më të lartë por në rastet ideale ato do të duhej të ishin me kosto-përfitim. Por ky kompleks i proceseve të ndërlidhura si rezultat final ka qasjen në barna për popullatën e përgjithshme.

Caku 8e sipas OBSH nga Qëllimet e Zhvillimit të Mileniumit pranon nevojën për përmirësimin e pranisë së barnave me çmime të arsyeshme për pjesën e varfër të botës ku disa shtete kanë bërë progres substancial në drejtim të rritjes së qasjes në barna esenciale dhe terapi për të luftuar sëmundje të ndryshme si HIV/SIDA, malaria, tuberkulozi, por që në vendet në zhvillim qasja në barna nuk është adekuate.

Në kuadër të këtij procesi ka shumë faktorë që mund të ndikojnë, por hartimi i një plani strategjik dhe profesional, pa qenë i ndikuar nga politika apo nga industria farmaceutike, do të konsiderohej një aset i rëndësishëm për menaxhim më të mirë të listës esenciale, apo siç thekson Nobrega me bashkëpunëtorë (2007) vetëm konkurenca nuk garanton çmime të favorshme të barnave esenciale por ka shumë faktorë të tjerë të ndërlidhur.

Baicker K. (2006) thekson se qëllimi i një strategjie kombëtare të barnave është që të krijohet një sistem nga profesionistët ku vendimet për shpenzime do të bëhen duke evaluuar në mënyrë racionale koston ndaj përfitimit dhe që afatgjatë mjetet do të mund të ndaheshin në mënyrë më eficiente, përderisa të kuptuarit e faktit se pse mjetet nuk janë ndarë në mënyrë eficiente do të ishte hapi i parë për të arritur këtë qëllim, më tej thuhet se objektivat e politikave farmaceutike janë shumëdimensionale ku patjetër duhet të merren parasysh çështjet të cilat janë të ndërlidhura me shëndetin publik, konsumin publik dhe çështjet industriale.

Hartimi i politikave nacionale dhe strategjive të bazuara në evidencë dhe në përvojat e shteteve të cilat e kanë kaluar këtë faze duke marrë parasysh faktorët e rëndësishëm të cilët ndikojnë në këtë proces mund të fillojë të japë rezultate. Megjithëse në këtë rast kujdesi duhet të jetë i shtuar pasi që sektori farmaceutik në vazhdimësi është në rritje dhe kjo paraqet edhe një element shtesë për të cilin duhet pasur kujdes dhe jo vetëm në vendin tonë por ky është problem global i theksuar edhe nga autorët Ess, S me bashkëpunëtorë (2003) i cili duke analizuar të dhënat nga sektori shëndetësor në Europë konkludon se në njëzet vitet e fundit shpenzimet në sektorin farmaceutik por edhe atë shëndetësor në përgjithësi janë rritur aq shumë dhe më shpejt se rritja e produktit nacional të përgjithshëm në të gjitha shtetet europiane, andaj edhe qëllimi duhet të jetë rishikimi i politikave nga qeveritë duke aplikuar masa reduktuese apo së paku ngadalësuese të rritjes së shpenzimeve në sektorin farmaceutik dhe këto politika mund të kenë cak industrinë, qarkulluesit me shumicë dhe pakicë por edhe pacientët.

Ngjashëm me këtë edhe autori Goodman, B. me bashkëpunëtorë (2014) thekson se shpenzimet në sektorin farmaceutik po rriten me shpejtësi dhe kjo po rezulton me faktin që në disa vende është e pamundur që të sigurohen fondet për disa nga barnat e reja të cilat edhe kanë çmime të larta, dhe një mënyrë potenciale që të dilet nga kjo është marrja e masave të cilat do të favorizojnë që e preferueshme të jetë përshkrimi i barnave gjenerike dhe jo atyre të patentuara aty ku është e mundshme dhe ku nuk cënohet kujdesi shëndetësor, duke përfshirë këtu edhe adresimin e çështjeve që cilat ndërlidhen me barnat gjenerike nëse ato ekzistojnë.

Megjithëse shtetet ndajnë përqindje të madhe të buxhetit për shëndetësi, kjo përsëri mbetet problem dhe çështje e cila gjithmonë kërkon përkushtim dhe strategji për tu

luftuar. Në tabelën e mëposhtme janë paraqitur buxhetet e disa shteteve dhe ndarja e buxhetit për shëndetësi nga buxheti i përgjithshëm :

Tabela 7 Përqindja e buxhetit të ndarë për shëndetësi në krahasim me PBV në disa nga shtetet e botës (Burimi: Banka Botërore)

Shteti	2012	2013	2014
Austria	10.9 %	11.1 %	11.0 %
Belgjika	10.6 %	10.9 %	11.2 %
Danimarka	10.9 %	11.0 %	10.6 %
Franca	11.5 %	11.6 %	11.7 %
Gjermania	11.2 %	11.3 %	11.3 %
Holanda	12.1 %	12.7 %	12.9 %
Zvicrra	11.1 %	11.4 %	11.5 %
SHBA	17.1 %	17.0 %	17.1 %
Tuvalu	18.5 %	15.0 %	19.7 %
Norvegjia	9.3 %	9.3 %	9.6 %
Shqipëria	5.7 %	5.6 %	5.9 %
Kosova	2.2 %	2.4 %	2.6 %

Pra shohim se në shumë shtete ekziston i njëjti problem i asaj që sektori farmaceutik kërkon gjithmonë e më shumë buxhet dhe kjo e tejkalon rritjen e përgjithshme të buxhetit shtetëror prandaj masat e parapara për uljen e kësaj rritjeje apo së paku të intensitetit të trendit rritës do të ishte një masë e parë e cila do të mund të bazohej në aplikimin e sa më shumë barnave gjenerike.

Mënyrë e rëndësishme e kontrollit të kostos përmes barnave gjenerike dhe hallkë shumë e rëndësishme është edhe përmes sigurimeve shëndetësorë përkatësisht reimbursimit të barnave dhe përcaktimeve të ndryshe në këtë proces. Në një hulumtim nga Ess me bashkëpunëtorë (2003) u analizuan çështje e ndërlidhura me reimbursimin e barnave dhe u vu në pah se për të kontrolluar koston, në shumë vende inkurajohet përdorimi i barnave gjenerike, por shumë pak vende e lejojnë që bari gjenerik të zëvendësohet nga

farmacistët me brendet e njohura dhe intervenimet bëhen ashtu që të ulët kërkesa nga pacientët për llojet e caktuara duke kufizuar reimbursimin e produkteve dhe kështu të jepet një mundësi që pacientët të ulin konsumin e atyre barnave dhe kjo mënyrë e intervenimit bëhet duke e definuar listën e barnave të reimbursueshme (lista pozitive) dhe ajo e barnave të pa reimbursueshme (lista negative) si dhe bashkëpagesat e pacientëve të cilat kërkojnë që pacientët të paguajnë një pjesë të kostos së barit të përshkruar apo kjo edhe mund të jetë një pagesë e fiksuar. Pra sipas këtyre autorëve me këto politika arrihet që të ndikohet te mjekët që gjatë përshkrimit të barnave të përdorin rregulloret apo protokollet, informata lidhur me çmimet e barnave të llojeve të ndryshme si dhe kufizimet buxhetore.

Në këtë mënyrë përveç inkurajimit të përdorimit të barnave gjenerike rekomandohet edhe kontrolli përmes rregulloreve dhe reimbursimit duke ndikuar në këtë mënyrë përdorimin e barnave të caktuara. Mirëpo edhe në raste të tilla duhet pasur shumë kujdes pasi mund të arrihen rezultate dekurajuese apo edhe të përdorimit joadekuat dhe jo efektiv të barnave. Sipas autorëve Lu, C. me bashkëpunëtorë (2008) duke analizuar faktorët e ndryshëm të uljes së kostos së barnave përmes përdorimit të formularëve të caktuar të cilët japin alternativat më kost-efikase të barnave, vendosjen e bashkëpagesave jo të preferuara nga pacientët ulin koston e përgjithshme të siguruesit por rrisin pagesat nga buxheti vetanak i pacientëve dhe kjo ka sjellë disa efekte të padëshirueshme si ndryshimet e barnave (duke zgjedhur barna më të lira) apo ndërpreja e terapisë esenciale kost efikase dhe edhe ndryshime në raport të hospitalizimeve, e që të gjitha këto kanë bërë që të ketë ulje të kujdesit dhe kualitetit të shërbimeve shëndetësore. Ngjashëm me këtë studim edhe Rudholm (2005) me qëllim të analizimit të ndikimit të sigurimit shëndetësor në kërkesën për përshkrimin e barnave në Suedi duke parë se

pacienti nuk ka asnjë barrë në koston e barnave ka tendencë që të konsumojë më shumë barna dhe se rezultatet e hulumtimit kanë vërtetuar këtë prandaj kanë sugjeruar që vendosja e një skeme të bashkëpagesave do të ishte një masë efektive e parandalimit të rritjes së konsumit të panevojshëm të barnave.

OBSH thekson në analizat e saja se progres i duhur në një numër të shteteve po arrihet në kuptim të qasjes në barna esenciale përmes bashkëpunimit të ngushtë në mes të qeverisë, kompanive farmaceutike dhe shoqërisë civile përfshirë konsumatorët duke punuar së bashku për të siguruar qasje universale për barnat esenciale ku roli i kompanive farmaceutike duke nisur nga ato që operojnë në shumë shtete deri te ato gjenerike, prodhuesit dhe distributorët që është kritike në këtë përpjekje.

Hartimi i politikave apo rregulloreve të cilat do të vinin në pah faktorët të cilët ndikojnë në këto procese dhe më tej pas aplikimit të faktorit të barnave gjenerike, atëherë do mund të mendohej edhe për faktorë të tjerë. Sipas OBSH në publikimin për hulumtimin e utilizimit të barnave theksohet se qëllimi primar i analizave të shfrytëzimit është që të lehtësoet përdorimi racional i barnave në popullatë apo nëse flasim për një individ përdorimi racional i barit do të thotë përshkrimi i një bari i cili është mirë i dokumentuar, në dozë optimale së bashku me informatat korrekte dhe me një çmim të arsyeshëm. Pra shohim se është një definim kompleks duke përfshirë shumë faktorë dhe që natyrisht se për aplikim korrekt kërkon që të ketë edhe ndikim lidhur me koston e përgjithshme. Nuk mund të orientohemi vetëm në një faktor por shohim se deri te përshkrimi apo përdorimi adekuat i barnave duhet përfillur një seri procesesh të cilat janë të ndërlydhura mes vete dhe se kjo duhet aplikuar në mënyrë të drejtë duke mos shkaktuar kompromitimin e procesit në tërësi. Në shumë raste shkaktohen gabime pikërisht në aplikimin e pjessëm të faktorëve të caktuar apo edhe aplikimin e gabuar duke tentuar të

ulen kostot dhe duke shkuar në dëm të shëndetit apo duke tentuar që të shikohet përshkrimi duke mos analizuar faktorët tjerë që lidhen jo vetëm me koston por edhe me efektet e padëshiruara të barit etj. Në një studim nga Watermark me bashkëpunëtorë (2010) është vënë në pah fakti se parashikimi i faktorëve të utilizimit dhe shpenzimeve është një veprim kompleks, këta autorë mendojnë se faktorët që po i rrisin shpenzimet në sektorin farmaceutik mund të ndahen në dy grupe: 1. ato të rritjes së çmimit dhe së sasive të përdorimit (dmth më shumë përdorues dhe kohëzgjatje me e madhe e mjekimit), dhe 2. Ndryshimet në vetitë e utilizimit të cilat favorizojnë barnat e reja me agjentë më të shtrenjtë në krahasim me barnat më të vjetra me më pak kosto por që megjithatë tregojnë alternativa ndoshta edhe të barabarta në efikasitet. Të njëjtit autorë theksojnë se pjesë e kësaj rritjeje janë edhe zbulimi i barnave të reja të cilat trajtojnë sëmundje të cilat nuk kanë qenë të trajtueshme me barnat ekzistuese.

Sipas kësaj që po theksohet shihet se përdorimi i barnave gjenerike, përcaktimi i llojeve të tyre, rritja e çmimit, rritja e sasive të përdorimit apo kohëzgjatjes së mjekimit hyjnë në listën e faktorëve të cilët ndikojnë në qasjen në barna esenciale. Por një faktor tjetër që po ashtu po shihet se ka rëndësi jo vetëm te ne por në tërë botën është ndikimi apo influenza e kompanive farmaceutike e fokusuar në drejtim të përshkrimit të barnave që ata prodhojnë apo që i shpërndajnë për tu përshkruar nga profesionistët shëndetësorë apo për tu dispenzuar nga farmacistët. Ky faktor nganjëherë është shumë shqetësues pasi në vendet ku mungon kontrolli adekuat edhe mund të vijë situata të paparashikuara ku mund të bëhet edhe përshkrimi i barnave të caktuara për diagnoza për të cilat ndoshta në kushte normale nuk do të duhej të përshkruheshin. Kjo pastaj në përdorim masiv apo të panevojshëm sjell edhe deri te rritja e efekteve anësore apo atyre të padëshiruara për pacientët në një popullatë të caktuar. Mirëpo jo vetëm efektet anësore por në raste të

caktuara lloje të ndryshme të barnave të reja megjithëse janë të aprovuara nga institucionet kompetente si barna me më pak efekte anëore apo të cilat në trajtimin e një indikacioni të caktuar tregojnë efikasitet më të madh në praktikën klinike në raste të caktuara nuk dëshmohet kost-efikasiteti i barnave të caktuara. Gjithashtu kur llogaritet se barnat e reja kanë kosto më të lartë se alternativat më të vjetra dhe se jo domosdoshmërisht janë më efikase atëherë në shumë klinika menaxhmenti ka bërë hulumtime të cilat kanë dhënë edhe rezultate të cilat janë domethënëse në favor të alternativave më të vjetra. Kjo është vërtetuar në punimin nga Weinberg me bashkëpunëtorë 2005 të cilët vijnë në përfundim se në rastet kur menaxhmenti u jep mjekëve detyra analitike dhe administrim të proceseve që nga pranimi i pacientëve kanë vërejtur diferenca (në kursim) deri në 50 përqind në rastin e përdorimit të heparinave me peshë të vogël molekulare dhe se me këtë rast janë kalkuluar edhe projeksionet vjetore të këtij kursimi. Më tej të njëjtit autorë theksojnë se menaxhmenti i kualitetit dhe personeli klinik i cili i ka analizuar të dhënat ka mundur ti vërejë kursimet apo edhe humbjet dhe në këtë mënyrë kanë mundur të indentifikojnë mundësitë për të përmirësuar koston përmes veprimeve eficiente dhe ndryshimeve në praktikën klinike.

Kansky, A. dhe Sinkovic, A. (2003) në analizën e tyre kanë arritur në përfundim se rritja e padëshiruar e përshkrimit të barnave dhe administrimit të tyre mund të vërehet në vendet në zhvillim ku incidenca e efekteve anësore të këtyre barnave arrin në 10% kurse kostoja e këtyre barnave dhe trajtimi në përgjithësi po bëhen kokëçarje edhe për shtetin por edhe për kompanitë e sigurimit shëndetësor për shkak të përdorimit të tepërt e cila në shumë artikuj nga revistat e njohura bëhet përmes sponsorimit të kongreseve apo simposiumeve të prodhuesve të barnave që sigurisht se mund të ndikojë në vetëdijësimin dhe përdorimin e tepërt të barnave.

Në punimin nga Watermark me bashkëpunëtorë (2010) ata kanë parashikuar se rritja vjetore e shpenzimeve të përgjithshme të përshkrimit të barnave spitalore është 2% në 2010 dhe 4% në 2011 kurse utilizimi dhe shpenzimi i barnave është vështirë të parashikohet për shkak të shkallës së adoptimit të barnave të reja dhe reformave të ndryshme në sistemin shëndetësor si dhe aktiviteteve për të përmirësuar kualitetin dhe efikasitetin e përshkrimeve kurse Begaut me bashkëpunëtorë (2002) theksojnë se shumica e vendeve Europiane kanë së paku katërmijë deri pesëmijë lloje të barnave por që çështja e kostos së këtyre barnave po bëhet një çështje e diskutueshme në sektorin shëndetësor ku palët gjithmonë janë në kërkim të metodave për të menaxhuar rritjen e kostos me burime të kufizuara përderisa pacientët vazhdojnë të kërkojnë qasje të njëjtë dhe kualitet në rrijte të kujdesit shëndetësor.

Shumë autorë janë përpjekur që në kënde të ndryshme ti qasen kësaj fushe dhe gjetjes së zgjidhjes për faktorët të cilët janë të ndërlidhur me këtë çështje dhe në këtë kontekst edhe Goodman me bashkëpunëtorë (2014) në qasjen e tyre për të bërë vlerësimin e reformave për të rishikuar metodat e përshkrimit të barnave theksojnë se masat e shumta të cilat janë marë në shtete të ndryshme në Europë lidhur me përdorimin dhe kërkesën për barna por edhe për përmirësimin e përshkrimit të barnave do të stimulojë debate në shtete për iniciativat të cilat do të jenë të detyrueshme për tu ndërmarë në të ardhmen.

Pra kjo tregon qartë se çështja është komplekse, qasja në barna nga viti në vit bëhet më e vështirë me rritjen e çmimeve të barnave dhe sidomos në vendet në zhvillim kurse iniciativat e ndryshme për të krijuar ligjshmëri, strategji, rregullore, debate, restriksione, analiza të ndryshme, por edhe vendosje të standardeve të cilat përcaktojnë saktë detyrimet dhe përgjegjësitë e secilit aktor mund të sjellë në përmirësime të ndjeshme në këtë fushë.

Një tjetër aspekt i theksuar në sektorin farmaceutik e lidhur me përdorimin adekuat të barnave është edhe nevoja për siguri dhe kualitet të produkteve medicinale. Holloway dhe Green (2003) theksojnë se problemet me sigurinë e barnave zakonisht shkaktohen nga gabimet në barna, kualiteti i dobët i tyre dhe fakti se disa barna të caktuara janë të pa sigurta (si psh barnat citotoksike), dhe se këto probleme të sigurisë manifestohen përmes reaksioneve të padëshiruara të barnave (Adverse Drug Reactions – ADR) dhe se mund të rezultojë me dëmtim serioz të pacientit, hospitalizim të zgjatur si dhe konsum të madh të barnave. Të njëjtit autorë theksojnë se komiteti për barna dhe terapi ka rolin për të siguruar se të gjitha barnat e përshkruara, dispekzuara dhe të administruara nga pacientët të jenë sa më të sigurta dhe të kenë kualitet adekuat dhe se kjo bëhet përmes:

- Monitorimit dhe adresimit të gabimeve mjekësore
- Monitorimit dhe sigurimit të cilësisë së barnave
- Monitorimit dhe menaxhimit të efekteve të padëshiruara të barnave

Një rol shumë të rëndësishëm në këtë kontekst e ka bashkëpunimi i komitetit për barna dhe terapi me Agjencinë përkatëse për produkte dhe pajisje medicinale pasi që roli kryesor i Agjencive të barnave është mbrojtja e shëndetit publik të popullatës duke mundësuar që në vend të qarkullojnë produkte dhe pajisje medicinale të sigurta, efikase dhe cilësore.

Lidhur me monitorimin e kualitetit të produkteve medicinale ajo bëhet përmes laboratorit për kontrollin e cilësisë si dhe departamenteve përkatëse për Autorizimin për Marketing kurse lidhur me monitorimin e efekteve të padëshirueshme kjo është kompetencë e departamenteve të farmakovigjilencës. Kjo me qëllim të përcjelljes dhe menaxhimit të efekteve anësore pasi që në fazat e aprovimit të produkteve medicinale informatat mund të jenë të pamjaftueshme apo testet në kafshë eksperimentale mund të

mos japin të dhënat e plota për përdorimin te njerëzit, gjithashtu edhe përdorimi në vullnetarë apo në hulumtime klinike është i kufizuar dhe në raste të caktuara efektete anëore paraqiten vetëm pas aprovimit të barit apo pas fillimit të përdorimit në masë (Kurokawa T. me bashkëpunëtorë 1996).

Të njëjtit autorë kanë përshkruar gjithashtu edhe faktin se pse duhet që secili shtet ta ketë qendrën e vet për farmakovigjilencë dhe ajo për shkak të ndryshimeve në prodhimin e barnave, shpërndarjen dhe përdorimin (psh indikacionet, dozimi dhe disponueshmëria) faktori gjenetik, dieta, tradita dhe njerëzit, përdorimi i barnave herbale që mund të kenë probleme toksikologjike etj. Në këtë mënyrë jo vetëm se është e rëndësishme të pasurit e një qendre të tillë por edhe bashkëpunimi shumë i ngushtë me komitetet për barna dhe terapi që duhet të ekzistojnë në kuadër të spitaleve në mënyrë që të minimizohet efektet e padëshiruara të cilat mund të jenë edhe fatale në raste të caktuara.

2.2 Konsumi i barnave dhe analizat farmakoeconomike

Pas proceseve që kanë të bëjnë me përzgjedhjen e barnave dhe sigurimin e qasjes së tyre ku u përshkruan disa nga faktorët të cilët ndikojnë në këtë pjesë të ciklit të menaxhimit të barnave ku barnat e caktuara të cilat bëhen pjesë e listës do të jenë ato të cilat do të jenë në dispozicion të profesionistëve shëndetësorë për tu përshkruar dhe dispensuar për pacientët. Pra me këtë rast fillon një fazë tjetër e ciklit të menaxhimit të barnave ajo e përdorimit apo konsumit të barnave. Konsumi i barnave të caktuara është indikator matës i cili është pjesë e rëndësishme e proceseve vendimmarëse në vendet e zhvilluara

dhe është pjesë e pashmangshme edhe e analizave farmakoekonomike në bazë të të cilave edhe bëhet procesi final vendimmarrës.

Orlewska E (2003) thekson se objektiva e përgjithshme e analizave farmakoekonomike është që të japë informata të qëndrueshme të cilat ndihmojnë në procesin e vendim marrjes në mënyrë që të arrihet eficiencë në ndarjen e mjeteve.

Në vitin 1993 Australia është bërë vendi i parë që ka përdorur analizat farmakoekonomike si pjesë e procesit të vendimmarrjes në rast se barnat e reja do të reimburseheshin nga qeveria apo jo dhe më vonë edhe shtetet tjera perëndimore filluan aplikimin e këtyre analizave në proceset vendimmarrëse sidomos në reimbursimin e barnave.

Shkolla Amerikane, Britanike dhe Skandinave do të jenë pjese shumë e rëndësishme e punimit pasi konceptet e farmakoekonomisë i kanë aplikuar në mënyrë shumë të suksesshme.

Askund më shumë se në vendet e zhvilluara analiza e kost-efektivitetit nuk është më e rëndësishme, kurse në rastin kur buxheti vjetër është aq i ultë sa 5 dollarë për person, efektiviteti është krucial dhe për këtë arsye OBSH ka zhvilluar programin CHOICE (Choosing Interventions that are Cost - Effective) që përmban informata si kostoja, vdekshmëria, kualiteti i jetës, por edhe analizat e kompleturara farmakoekonomike të secilit vend në botë (<http://www.who.int/choice/en/>) Muening (2008).

Integrimi i analizave farmakoekonomike në hulumtim dhe zhvillim si dhe në procesin e vendim marrjes duhet të lejojë kompanive që të bëjnë ndarje më racionale dhe kjo duhet të japë një përkrahje shumë të madhe për planifikimin e reimbursimit dhe vendimet finale për cmimet e barnave (Dimasi, me bashkëpunëtorë. 2001), kurse Bootman, JL.

1995 thekson se farmakoekonomia është përshkrimi dhe analiza e kostos dhe pasojave të produkteve dhe shërbimeve farmaceutike si dhe ndikimi në njerëz, sistemin shëndetësor dhe shoqërinë në përgjithësi.

Në shumë shtete të fuqishme perëndimore presionin e kostos së lartë të barnave kanë arritur ta amortizojnë me analiza të ndryshme farmakoekonomike në bazë të të cilave arrihen rezultate të favorshme në përdorimin e barnave adekuate – kost-efikase. Psh në Holandë për shkak të rritjes së presionit në buxhetin e shëndetësisë justifikimi adekuat për shpenzimet dhe investimet e ardhshme duhet të jetë shkencërisht i bazuar dhe kjo po bëhet jashtëzakonisht e rëndësishme dhe se nga perspektiva e qeverisë holandeze evaluimi farmakoekonomik në proceset vendim marrëse duhet të japë një mundësi të vërtetë për të prezantuar vlerën e vërtetë të barit krahasuar me koston e tij (Glick, H. 2005). Në anën tjetër kur shihet se shtetet e ndryshme bazojnë shpenzimet e barnave por edhe përzgjedhjen në bazë të këtyre analizave, por përveç kësaj në detaje kur analizohen grupet e caktuara të barnave shihet se shumë analiza të këtij lloji bëhen për grupin e citostatikëve pasi kanë kosto shumë të lartë dhe sipas autorëve Steven B. Zeliadt dhe David F. Penson (2007) në punimin e tyre theksojnë se është esenciale që të bëhet evaluimi i pasojave ekonomike të terapive kanceroze dhe të gjendet mënyra e përfshirjes së informatave ekonomike në proces për përcaktimin e terapisë optimale.

Për të arritur një balans në mes të kostos, kualitetit dhe qasjes është mjaft sfiduese, posaçërisht kur dihet se vlera e cila u dedikohet secilit element ndryshon varësisht nga perspektiva të cilën ia atribuojnë vendimmarrësit në sistemin shëndetësor (Bootman J.L. & Skrepnek, G. 2012).

Por në këtë rast duhet pasur kujdes pasi mund të ketë disa faktorë që ndikojnë në koston e përgjithshme më të lartë për një produkt. Pra mund të analizohen indikatorë të shumtë

siç janë doza, efektet anësore, kohëzgjatja e terapisë, kostoja totale e mjekimit, sasia e përgjithshme e nevojshme në bazë të numrit të pacientëve të cilët e kanë indikacionin e caktuar dhe kjo e bën këtë situatë mjaft komplekse në mënyrë që për proceset vendimmarrëse të përzgjedhjes së barnave dhe deri te përdorimi nga pacientët të zbatohen procedurat e caktuara të parapara. Në raste të caktuara kombinimi i indikatorëve të caktuar apo i analizave të ndryshme të konsumit të barnave dhe i atyre farmakoekonomike mund të sjellë informata të rëndësishme për vendimmarrje dhe kjo për arsye të evaluimit shkencor të të dhënave të cilat ndërlidhen jo vetëm me indikacionet apo diagnozën e caktuar por edhe me të dhëna si farmakokinetika, farmakodinamika, apo edhe elemente tjerë farmakologjik.

Gjithashtu shumë autorë kanë theksuar kompleksitetin e kësaj çështjeje ashtu si Ess, S. me bashkëpunëtorë 2003 që theksojnë se objektivat e politikave farmaceutike duhet të jenë shumëdimensionale dhe duhet të marrin parasysh çështjet që kanë të bëjnë me shëndetin publik, shpenzimet publike dhe incentivat shëndetësore, kurse niveli i çmimit dhe karakteristikat e konsumit përcaktojnë nivelin e përgjithshëm të shpenzimeve në një vend dhe këtë janë të ndryshme nga një vend në tjetrin.

Por natyrisht se reduktimi i kostos nuk duhet të jetë në dëm të kualitetit të shërbimit apo produktit të dhënë në shëndetësi që sipas Sanchez L (2011) thekson se kualiteti i kujdesit ndaj pacientit nuk duhet të kompromitet derisa tentohet të përmbajë kosto dhe se produktet dhe shërbimet të cilat jepen nga profesionistët shëndetësorë sot duhet të demonstrojnë vlerën farmakoekonomike – që është balansi ekonomik, humanitar si dhe përgjigjja klinike pasi që farmakoekonomia mund ta japë kuptimin sistematik të këtij kuantifikimi.

Më tej këto procese përveç se ndihmojnë proceset e përzgjedhjes së barnave ndihmojnë edhe në proceset të cilat i bëjnë kompanitë farmaceutikë për zbulimin e barnave të reja apo për faktin se nga shumë barna të cilat janë në proces e sipër në hulumtim dhe zhvillim janë pikërisht analizat farmakoekonomike ato të cilat përcaktojnë se cilat nga ato do të jenë më kost-efikase pra duke ndërlidhur jo vetëm koston por edhe përfitimin klinik për pacientët. Dhe më tej përdorimi i analizave të tilla vazhdon edhe më tej gjatë përdorimit të barnave.

Analizat farmakoekonomike janë tashmë shumë të përdorshme në praktikë dhe ka disa lloje. Në bazë të Rascati K. (2009) definon farmakoeknominë duke përshkruar se intervenimet e ndryshme në risit në shëndetësi përfshirë edhe risitë në fushën farmaceutike apo zbulimin e barnave të reja janë supreme por se jo gjithmonë këto intervenime japin ndryhime të mëdha nga një trajtim ekzistues dhe kjo zakonisht me kosto më të lartë, dhe është pikërisht farmakoekonomia ajo e cila përllëgarit nëse përfitimi i shtuar i një intervenimi të ri apo një bari të ri është i vlefshëm me koston shtesë të atij intervenimi. Më tej e njëjta autore përshkruan katër teoritë apo analizat kryesore farmakoekonomike të cilat janë të dhëna në tabelën e mëposhtme:

Tabela 8 Katër analizat kryesore farmakoekonomike (Burimi: Rascati K. 2009)

Metodologjia	Njësia matëse e koston	Njësia matëse e rezultatit
Analiza e koston dhe mnimizimit (Cost minimization analysis)	Vlerë monetare	Supozohet se është ekuivalente në grupet krahasuese
Analiza e koston dhe efektivitetit (Cost effectiveness analysis)	Vlerë monetare	Njësi natyrale (vite jete të përfituara, mm HG i shtypjes së gjakut etj)
Analiza e koston dhe përfitimit (Cost benefit analysis) dhe	Vlerë monetare	Njësi monetare
Analiza e koston dhe shfrytëzimit (Cost utility analysis)	Vlerë monetare	Vite jetese me kualitet të përmirësuar (Quality Adjusted Life Years)

Oehlrich M. (2011) thekson se përpjekjet për reduktimin e kostos në sistemin shëndetësor evropian komplementohen nga studimet farmakoekonomike dhe se orientimi kryesor i studimeve “tradicionale” farmakoekonomike mund të jetë përcaktues për furnizimin me barnat inovative, prandaj edhe këto lloje të caktuara të këtyre analizave paraqesin edhe mundësi për kompanitë farmaceutike. I njëjti autor thekson se kur bari është në treg dhe nuk mund të ketë ndryshime (në faktin e ndalimit të prodhimit) atëherë kompanitë farmaceutike detyrohen të alokojnë më shumë fonde për të provuar analiza farmakoekonomike dhe në shembullin e barit citostatik Trastuzumab prodhuesi ka shpikur gjithashtu edhe një skemë në bazë të së cilës do të shihej nëse tumori specifik është i ndjeshëm ndaj barit, apo në afatgjatë kur kompanitë kanë tentuar më të vetëdijshme për rrezikun dhe që ti tërheqin barnat për indikacione të vogla kjo bën që të aplikohen standardet e studimeve farmakoekonomike me nxitjen sipas nevojave të prodhuesve.

Pra shohim se në shumë studime analizohen caqe të caktuara që mund të japin analizat farmakoekonomike dhe ato të konsumit të barnave duke sqaruar edhe përdorimin e tyre që prej fazave të hulumtimit dhe zhvillimit të barnave por deri në atë të përdorimit racional të barnave nga profesionistët shëndetësorë.

Por jo gjithmonë kostoja apo analizat farmakoekonomike tregojnë rezultate pozitive ndaj këtyre barnave apo si në rastin e barit trastuzumab kur kost efiikasiteti varet nga shume faktorë apo siç kanë konkluduar autorët Hall me bashkëpunëtorë (2011) se kost efiektiviteti i barit trastuzumab mbetet i paqartë dhe varet nga dyshimet që lidhen me efektin klinik kurse paqartësia rreth kost efiektivitetet mund të reduktohet nga hulumtimet e mëtejme në kohëzgjatjen e efektit të trajtimit, posaçërisht të nëngrupeve

ku kjo mund të jetë me e shkurtë kurse përcjellja afatgjatë garanton dhe metodat matëse të kohëzgjatjes së trajtimit dhe efekteve toksike të cilat duhet të përcillen për analizat në të ardhmen. Pra krahasimi i barnave të caktuara tregon se edhe barnat të cilat janë më të vjetra mund të jenë kost-efikase dhe që të japin rezultatet e dëshiruara sipas indikacioneve klinike. Bari Trastuzumab është trajtim standard për sëmundjen HER 2 pozitive në sëmundjen e cila është adjuvante apo e avansuar kurse tani është vërtetuar se bari bevacizumab ka dhënë përfitim i kombinuar me kemoterapi dhe se analizat e bëra në aspektin farmakoekonomik kanë vërtetuar këtë gjë, pra përveç kostos këto barna janë në përgjithësi kost- efektive në vende të ndryshme me raport inkremental të kost efikasitetit në linjë me atë të shumë terapive të reimbursueshme Pallis me bashkëpunëtorë (2010).

Megjithëse flitet shumë për përdorimin e analizave farmakoekonomike ato në të vërtetë nuk janë të thjeshta dhe kërkojnë ekspertizë dhe profesionalizëm. Wholey me bashkëpunëtorë (2010) theksojnë se analizat e kost efektivitetit të cilat ndërlidhen me koston e një programi me rezultatet kyçe apo përfitimin kurse kost benefit analiza e shpie procesin edhe një hap para duke tentuar që të bëhet krahasimi i kostos në vlera monetare ndaj përfitimeve të programit dhe këto mund të aplikohen në çdo kohë gjatë zbatimit të programit dhe në këtë mënyrë mund të ndikojnë në vendimmarrje për vlerësimin e eficiencës së programit.

Van Oostenbrugge me bashkëpunëtorë (2005) thekson se nga perspektiva e qeverisë holandeze, përdorimi i evalumit farmakoekonomik në vendim-marrjen për reimbursim duhet të jetë një mundësi për kompanitë farmaceutike për të paraqitur vlerën e shtuar për barnat e reja kurse përdorimi i analizave farmakoekonomike të dhënave, kostos,

përfitimit dhe efektit të barnave duke i parë nga këndvështrimi social, ashtu që kjo pastaj të jetë jashtë konsideratave të ndikimit të vetëm të çmimit në buxhetin farmaceutik.

Të dyja niveli e çmimit dhe konsumi përcaktojnë nivelin total të konsumit të barnave në një vend të caktuar, dhe të dy faktorët ndryshojnë shumë nga një vend në tjetrin.

Megjithëse për këto teori ka edhe kundërthënie pasi ka autorë të cilët kundërshtojnë vlerësimet e bëra të cilat do të shkaktonin humbjet e disa barnave për arsye të vlerësimeve të tilla sidoqoftë vlerësimet farmakoeconomike janë bazë e vendimmarrjes në vendet e zhvilluara.

Autoret Zelizdt S dhe Penzon D (2007) theksojnë se edhe pse terapia adjuvante ADT e kombinuar me radioterapi është parë se janë favorizuese për pacientët me rrezik ndaj sëmundjeve të zhvilluara në mënyrë lokale kurse nuk ka pasur studime të cilat kanë shtjelluar se është e favorshme për pacientët me stat më pak të avansuar të sëmundjes dhe se është esenciale që të bëhet evaluim ekonomik i pasojave të terapisë në mënyrë që të influencohet informata ekonomike në procesin për përcaktimin e terapisë optimale.

Por në raste të caktuara megjithë tentimin e kryerjes së analizave farmakoeconomike të konsumit, apo analizat e ndryshme të buxhetit pacientët nuk mund të gjejnë shërim dhe kjo lidhet me disa lloje të sëmundjeve si kanceroze, HIV etj. Në këto raste autoritetet e ndryshme aplikojnë tearpi të avansuar për përmirësimin e kualitetit të jetës ashtu siç pohojnë autorët Lopez B me bashkëpunëtorë. (2009) se barnat për HIV/SIDA kanë ndikim të madh ekonomik për këndvështrimin e shoqërisë duke e rritur peshën e trajtimit farmaceutik ndaj kostos totale dhe duke ulur kështu vlerën e kostos së kujdesit të pacientëve të hospitalizuar.

Ess S me bashkëpunëtorë (2003) buxhetet e barnave duket se janë mjaft efektiv në reduktimin e shpenzimeve apo kufizimin e rritjes së këtyre shpenzimeve, kjo mund të administrohet lehtë dhe të sjellin sqarime në buxhet megjithatë implementimi duhet të kombinohet me inteligjencë dhe në koherencë me politikat tjera për të shmangur pasojat e utilizimit jodekuat të barnave esenciale dhe shëndetin në përgjithësi duke ardhur në përfundim se e kombinuar me çmimet referente dhe me secilin mjek në mënyrë individuale buxheti mund të jetë masë mjaft e mirë për të parandaluar fleksibilitetin e përshkrimit të barnave inovative duke pasur një buxhet të kufizuar.

2.3 Përdorimi racional konform edhe barnave të regjistruara

Organizata Botërore e Shëndetësisë në grupet e saj profesionale përfshin edhe grupin e analizave statistikore bazuar në metodologjinë e ATC klasifikimit përmes Dozave të Definuar Ditore (DDD), Dozave të definuara ditore për 1000 banorë në ditë (DID) apo edhe indikatorëve tjerë të ngjashëm që përfshijnë paketimin, koston e tyre etj.

Metodat e tilla fillimisht u bënë të njohura në shtetet skandinave dhe pastaj duke parë rezultatet mbreslënëse numri i shteteve të cilat i futën në përdorim u rrit dhe tani më janë analiza që përdoren nga vendet më të zhvilluara të botës. Një përparësi e përdorimit të tyre është edhe metoda krahasimore pasi duke pasur indikatorë unik dhe të definuar saktë, të dhënat e fituara nga analizat janë të krahasueshme mes vete dhe rezultatet gjithashtu duke i zgjeruar pastaj edhe me indikatorë të tjerë vital të një vendi si sëmundshmërinë analiza tjera të sëmundjeve, vdekshmërinë etj.

Sipas OBSH (2013) në vitin 1981 zyra rajonale e OBSH për Europë ka rekomanduar sistemin ATC/DDD për studimet internacionale të shfrytëzimit të barnave dhe kjo u bë

nga qendra ndërlidhëse për metodologji të statistikave të barnave e cila që nga viti 2002 funksionon në kuadër të Institutit Kombtar për Shëndetësi Publike të Norvegjisë. Në vijim të këtyre sqarimeve nga obsh theksohet se qëllimi i sistemit ATC/DDD është që të shërbejë si mjet për hulumtimet e shfrytëzimit të barnave në mënyrë që të përmirësohet kualiteti i përdorimit të barnave dhe një nga komponentat e kësaj është edhe analiza e konsumit të barnave e cila bëhet në nivel internacional duke përdorur këtë sistem.

Analizat e konsumit të barnave bazohen në klasifikimin e barnave konform ATC dhe DDD. ATC klasifikimi definohet sipas OBSH si klasifikimi anatomik terapeutik ku barnat janë të klasifikuara në grupe ose gjithsej në 14 grupe kryesore sipas tabelës së mëposhtme kurse DDD definohet si doza mesatare mbajtëse në ditë për një bar për indikacionin kryesor të tij të rriturit:

Tabela 9 Grupet kryesore të ATC klasifikimit sipas metodologjisë së përcaktuar nga OBSH

Grupi Group	Përshkrimi i domethënies së grupit Description of meaning of the group
A	Alimentary tract and metabolism Barnat që veprojnë në traktin digjektiv dhe metabolizëm
B	Blood and blood forming organs Barnat që veprojnë në gjak dhe organet gjak krijuese
C	Cardiovascular system Barnat që veprojnë në sistemin kardiovaskular
D	Dermatologicals Barnat dermatologjike
G	Genito-urinary system and sex hormones Barnat që veprojnë në sistemin urogjenital dhe hormonet seksuale
H	Systemic hormonal preparations, excluding sex hormones and insulins Barnat hormonale pa hormonet seksuale dhe insulinat
J	Anti-infectives for systemic use Barnat antiinfektive për përdorim sistemik
L	Antineoplastic and immunomodulating agents antineoplastikët dhe agjentët neromodulatorë

M	Musculo-skeletal system Barnat që veprojnë në sistemin muskulo-skeletal
N	Nervous system Barnat që veprojnë në sistemin nervor
P	Antiparasitic products, insecticides and repellents Barnat antiparazitare, insekticidet dhe repelentët
R	Respiratory system Barnat që veprojnë në sistemin respirator
S	Sensory organs Barnat që veprojnë në organet e shqisave
V	Various Barnat e ndryshme

Përdorimi i këtyre metodave natyrisht se ka bërë që të arrihen rezultate të ndryshme por në ananën tjetër ka bërë që të hapen edhe mundësi të reja por edhe aplikim më i drejtë i metodave të caktuara për arritjen e rezultateve më të sakta dhe në një studim të bërë nga autorët Teuvissee me bashkëpunëtorë (2001) utilizimi i barnave në vende ku mbahen pacientët e hospitalizuar mund të japë mekanizma për të vlerësuar trendin e përshkrimit e barnave eficiencën dhe kost efektivitetin e formularëve spitalorë dhe të ekzaminojë pjesët e caktuara të popullatës si fëmijët për të cilët mënyra e përshkrimit është e ndryshme në raport me përshkrimin për të rriturit.

Në këtë kontekst të metodave të utilizimit të barnave në funksion të analizimit dhe gjetjes së problemeve të caktuara gjithashtu bëhen shumë analiza dhe dalin indikatorë të ndryshëm të cilët të analizuar në detaje secili veç e veç ndikon në këtë përmirësim. Pra prej mënyrës së kryerjes së një hulumtimi të tillë e deri të mënyra e nxjerrjes së rezultateve ndikon edhe në nxjerrjen e përfundimeve logjike por edhe që do të ishin premtuese për ndikimin e tyre.

Në këtë mënyrë një shembull i cili tregon një krahasim të tillë është edhe mënyra e analizimit të çështjes nga autori Okasha D. me bashkëpunëtorë (2009) të cilët theksojnë

se për qëllime të standardizimit në hulumtimet e utilizimit të barnave, ne rekomandojmë vlerësimin e prevalencës në pikë të caktuar (point prevalence) në krahasim me atë në periudhë më të gjatë (period prevalence) kurse duke krahasuar metodat e ndryshme e përpunimit të të dhënave para prevalencës në pikë të caktuar kanë dhënë rezultate të ngjashme prandaj edhe nuk mund të rekomandohet ndonjëra po atjetra metodë specifike, megjithëse dozat e definuara ditore nuk duhet të përdoren për të vlerësuar (pikën e caktuar) të prevalencës së përdorimit të barit pasi që kjo masë është në mënyrë domethënëse e ndikuar nga regjimi i dozës së përshkruar.

Ngjashëm me këtë por në aspekte të ndryshem është edhe punimi nga Gregoire me bashkëpunëtorë (2006) ku theksojnë se disa nga metodat e hulumtimit të utilizimit të barnave që zakonisht bëhen në spitalet e Kanadasë nuk kanë qenë të mjaftueshme bërë përmirësimin e kualitetit të përshkrimit kurse në anën tjetër studimet e utilizimit të njëkohshme me feedback të drejtpërdrejtë nga përshkruesit janë treguar më efektive për të përmirësuar përshkrimin në raport edhe me indikimet për përdorim.

Gjithashtu e rëndësishme është që fokusi të zhvillohet në disa aspekte të cilat pra nuk lidhen drejtpërdrejt vetëm me koston por edhe me përdorimin racional dhe krijimin e rezistencës antimikrobike. Arrigan me bashkëpunëtorë (2007) theksojnë se mungesa e protokolleve të profilaksës ka rezultuar në rritje të shpenzimeve të antibiotikëve pa një përfitim të vërtetuar për pacientin dhe mund të ndikojnë apo të kontribuojë në infeksionet e vendit të operimit me organizma rezistent pas inë rezultatet e hulumtimit të tyre tregojnë se në 23% të rasteve kanë hasur infeksione të vendit të operimit e cila është ndërlidhur me kosto signifikante prej €133.84 për infeksion dhe kur kjo krahasohet me vendet të cilat kanë buxhet të kufizuar për shëndetësi ky rezultat është mjaft

domethënës. Të njëjtët autorë vijnë në përfundim se zbatimi i protokolleve profilaktike të një doze të vetme mund të pritët se do të ndikojë dhe rezultojë në kursime signifikante financiare dhe do të reduktojë koston e trajtimit të infeksioneve në vendin e operimit.

Në një studim tjetër nga Nienket me bashkëpunëtorë (2008) thekson e ndryshimet në konsumin e barnave koincidojnë në paraqitjen e rezistencës ndaj antibiotikëve dhe kjo e paraqitur në nivel vendi, më tej theksojnë se analizat regressive kanë treguar ndërlidhjen në mes të përdorimit të barnave antimikrobike dhe rezistencës dhe se rekomandimi kryesor i këtij hulumtimi është që të intervenohet për reduktimin e konsumit të antibiotikëve në nivel nacional të Europës. Të njëjtën gjë e kanë hulumtuar edhe shumë autorë të tjerë dhe kanë përfundime të ngjashme që të ulët përdorimi i antibiotikëve. Sipas Krivoy me bashkëpunëtorë (2007) Programet e ndryshme të intervenimit ndaj çështjes së konsumit të antibiotikëve duhet të fokusohen në përdorimin racional të antibiotikëve me qëllim që të minimizojnë emergjencat e ardhshme nga rezistenca bakterore apo edhe shpenzimet e të ardhmes ku rekomandohet që kjo të luftohet në aspekt multidisiplinar duke përfshirë kooperimin e infektologëve, infermiereve, farmacistëve si dhe personelit tjetër shëndetësor duke u fokusuar në përshkrimin racional të antibiotikëve dhe utilizimin e tyre për të minimizuar emergjencat e ardhshme të cilat do të derivonin nga përdorimi irracional.

Goosens me bashkëpunëtorë (2005) thekson se rezistenca e antibiotikëve është problem shumë i madh i shëndetit publik dhe përdorimi i antibiotikëve tani më njihet si presioni kryesor selektiv i cili ndikon në rezistencë, në hulumtim është treguar se shkalla e rezistencës është më e lartë në shtet të cilat kanë konsum më të madh të antibiotikëve dhe me siguri se kjo është e ndërlidhur me konsumin e lartë në shtetet e Europës lindore dhe jugore në krahasim me Europën veriore. Autorët përveç konsumit kanë studiuar

edhe ndryshimet dhe qasjen në përshkrim dhe kanë vërejtur sipas Adriaenssens me bashkëpunëtorë (2011) se diferencat e shteteve Europiane në nivel të përshkrimit dhe përdorimit dhe ndryshimeve ekstreme të përdorimit sezonal se disa grupe të antibiotikëve në shumë vende përshkruhen në formë të gabuar. Kurse Versporten me bashkëpunëtorë (2013) ka identifikuar disa mundësi për përmirësim kualitativ (psh reduktimin e konsumit të përgjithshëm të antibiotikëve, reduktimin e përdorimit të ko-amoksiklavit dhe azitromicinos në shtetet e europës Lindore dhe Jugore dhe të reduktojë përdorimin parenteral në shtet e formuara së fundmi) kurse politikëbërësve u rekomandohet përdorimi i këtyre të dhënave për të nxitur aksione, zhvillim dhe zbatim por edhe vlerësim të rregulloreve ekzistuese nacionale.

Në këtë mënyrë shohim se janë analizuar faktorët e ndryshëm të cilët ndikojnë në përdorim masiv apo përdorim irracional të barnave, pastaj janë bërë krahasime të ndryshme për llojet e caktuara të antibiotikëve, krijimin e rezistencës, përshkrimin dhe përdorimin e barnave në muaj të ndryshëm të vitit etj dhe të gjitha këto që të vihet në përfundime logjike të bazuara në evidencë në mënyrë që edhe të bëhet propzimi i masave apo hartimit të protokolleve dhe rregulloreve për përmirësim.

Në një studim ku ka filluar të përdoret rregullore e caktuar e cila ka vënë në pah përmirësime të këtij drejtimi është model i cili do të duhej të përdorej edhe më gjerë pasi dallimet kanë qenë signifikante. Kjo është përshkruar në një studim në Slloveni sipas autorëve Beovic B. me bashkëpunëtorë (2009) ku është aplikuar një politikë monitoruese dhe restriktive ku në reparte të caktuara është dashur aprovim i posaçëm për përshkrimin dhe është vërejtur se në monitorimin e bërë që nga viti 1998 deri në vitin 2005 në tri reparte janë vendosur rregulla të caktuara të përshkrimit dhe monitorimit të kotij

përshkrimi dhe ka rezultuar me një trend në ulje të rëndësishme të konsumit të antibiotikëve me dozat e definuara ditore për pacient në ditë dhe me kosto të antimikrobikëve për pacient dhe në këtë mënyrë kanë përfunduar se metoda e vendosur për monitorimin e përshkrimit është metodë efiçente për politikat e përshkrimit të antimikrobikëve. Një rezultat me të dhëna të rëndësishme i cili ngjashëm me autorët Beovic B me bashkëpunëtorë ka treguar se vënja e masave restriktive tregon rezultate shumë të mira në favor të përdorimit racional por edhe uljes së indikatorëve të rezistencës, koston, etj e cila është si përfundim i hulumtimit të bërë nga autorët Banter C. me bashkëpunëtorë (2003) me ç'rast komiteti multidisiplinar për trajtimin e antimikrobikëve dhe për zhvillimin e programit spitalor intervenues ka dhënë katër hapa për një periudhë gjashtëmujore të përbërë nga mbledhja e të dhënave në reparte; përgatitja e formës së recetës; edukimi dhe kontrolli i përshkrimit dhe me këtë rast kanë vërejtur një ndryshim drastik me ulje të koston apo me kursime në vlerë prej US\$ 913,236, ka pasur ulje të rezistencës ndaj antibiotikut Ceftriaxon, uljen e MRSA dhe është vërtetuar në përgjithësi se intervenimi i këtij ekipi është me rezultat të rëndësishëm dhe kost-efektiv në optimizimin e përshkrimit të antibiotikëve.

Në rastet e tilla kur ka probleme me përdorimin e barnave por edhe me mungesën e buxhetit sipas OBSH aplikohen metoda të ndryshme të cilat bëjnë kategorizimin e barnave të listës Esenciale sipas VEN analizës. Sipas Quick J. me bashkëpunëtorë (1997) – VEN analiza do të thotë kategorizimi i barnave në grupet Vitale – Esenciale dhe të Nevojshme dhe ky kategorizimi bëhet në mënyrë që në mungesë të buxhetit vihen prioritetet për përzgjedhjen, prokurimin dhe përdorimin sipas ndikimit të secilit bar individual në shëndet. I njëjti autor sqaron se që kur ky sistem u fut në përdorim në Sri Lanka në vitin 1981 shumë shtete e kanë adoptuar por edhe modifikuar në emërim pra

ngjashëm përoren kategorizimet por edhe me emra tjerë psh barna esenciale, barna bazike dhe barna komplemetare apo ka vende që përdorin vetëm dy kategori etj.

Pra duke qenë se në proceset e menaxhimit të barnave ka procese të ndryshme në këtë mënyrë edhe janë zhvilluar metoda por edhe kategorizime të ndryshme në bazë të cilave përveç arritjes në rezultat bëhen edhe vendimmarrjet e bazuara. Një tjetër mjet mjaft i rëndësishëm në menaxhment është edhe ABC analiza e cila aplikohet për të analizuar se cilët janë anëtarët apo në këtë rast barnat të cilat kanë ndikimin më të madh në buxhet. Sipas Quick me bashkëpunëtorë (1997) ABC analiza është mjet shumë i fuqishëm dhe i rëndësishëm në aspektin e buxhetit pasi tregon se si një numër relativisht i vogël i barnave përbën vlerën më të madhe të buxhetit dhe njihet edhe me emrin analiza Pareto, dhe ka përdorim në përzgjedhjen, prokurim, menaxhimin e distribuimit dhe përdorimin racional të barnave, kurse mënyra e realizimit të kësaj analize është se fillimisht bëhet kategorizimi i barnave të listës esenciale në bazë të sasisë, cmimit dhe vlerës së përgjithshme që at kapin për një vit. Pastaj bëhet kategorizimi duke filluar nga produktet me vlerën më të lartë. Përzgjidhen 20% e produkteve me vlerën më të lartë dhe në bazë të Ligjit Pareto këto përbëjnë rreth 80% të vlerës së përgjithshme.

Ngjashëm me këto është edhe analiza e ndikimit të buxhetit (budget impact analysis) e cila pra pas kategorizimit të barnave dhe caktimit të vlerës duke pasur parasysh sasinë e planifikuar të barnave nga institucionet shëndetësore dhe duke marrë parasysh indikatorët tjerë të vihet në përfundime të caktuara.

Por zhvillimi i politikave natyrisht se bëhet vetëm duke pasur evidence dhe duke zbatuar rezultatet më të mira të mundshme për një problematikë të caktuar në këtë kontekst për terrapinë rezistente në tuberkuloz pas disa analizimeve autorët Fitzpatrick and Floyd (2012) kanë arritur në përfundim se trajtimi i tuberkulozit rezistent mund të jetë kost-

efikas në vendet e pazhvilluara dhe vendet në zhvillim duke pasur të dhëna për kost efektivitetin relativ të pacientëve ambulatorë në krahasim me ata të hospitalizuar ku krahasimet janë bërë në vendet si Kina dhe India të cilat kanë numrin më të madhe të këtyre llojeve të rasteve dhe se vihet në përfundim se përveç një nevojë mirë të dokumentuar për hospitalizim për të arritur nivel të lartë të adhirehcës, pacientët me TB rezistent duhet të trajtohen me kujdes ambulator.

Pra nëse flasim për analizat e konsumit dhe për përdorimin irracional të barnave jo vetëm përdorimi i shtuar është problematik por edhe ai i cili nuk korresponдон me mesataren e përdorimit të shteteve të zhvilluara apo aty ku përdorimi i rregulloreve është i definuar për kohë të gjatë dhe zbatimi i tyre bëhet me përpikmëri. Sipas Bramnes J dhe Rossow I (2010) modeli i konsumit të përgjithshëm të barnave është në lidhje të ngushtë me mesataren e popullatës me ndryshim dhe prevalencën e individëve me rrezik të lartë sa i përket këtij ndryshimi në popullatë dhe në studimin e tyre që ka pasur qëllim të hulumtojë nëse konsumi i përgjithshëm mund të përdoret për analizimin e shitjeve të përgjithshme për të nxjerë të dhëna për përshkrimin e tepërt dhe në rastin e barit Carisoprodol (me potenciale për abuzim) është vërtetuar se ky model pikërisht jep këto të dhëna. Më tej këta autorë theksojnë se këto analiza të konsumit të barnave mund të japin rezultate të cilat mund të jenë shumë të rëndësishme edhe për marrjen e veprimeve rregullative dhe kjo edhe ka ndodhur pikërisht me këtë bar pas një diskutimi ku nga Agjencia e Barnave e Norvegjisë iu hoq Autorizimi për Marketing këtij bari (Gadeholt, 1995 – në Bramnes J dhe Rossow I (2010)), më tej edhe Agjencia Europiane e Barnave ka rekomanduar se të gjitha shtetet anëtare të Bashkimit European duhet të konsiderojnë këtë vendim apo edhe të konsiderojnë suspendimin e përkohshëm.

Në një studim nga Furst et Kocmur (2003) theksojnë se përdorimi i qetësueve dhe barnave hipnotike është mjaft i ulët (10,7 krahasuar me 31,8-44,6 DDD) dhe vijnë në përfundim se përdorimi i ultë i hipnotikëve është favorizues, i antidepressivëve i krahasueshëm kurse i antidepressivëve është shumë i ultë në Slloveni dhe në këtë mënyrë rekomandohet që të sillen rregullore për përshkrimin adekuat të këtyre llojeve të barnave.

Këndvështrim tjetër me këtë rast është edhe aspekti financiar i cili mund të ndikojë në konsumin e llojeve të ndryshme të barnave dhe që pastaj të ndërlidhet edhe me përzgjedhje ku sipas autorit Vogler me bashkëpunëtorë (2012) të cilët vijnë në përfundim se ekzistimi i lirimeve dhe rabateve për lloje të caktuara të barnave në nivel spitalor ndikon në vetitë specifike për product kurse nuk ka rabate të tilla për produktet për të cilat nuk ka alternative të terapeutike, kurse lirimet e mëdha janë vërejtur sidomos për barnat për të cilat pritet vazhdimi i terapisë edhe pas lëshimit nga ambienti spitalor pra në një mënyrë krijimi i një modeli specifik për përdorim. Mirëpo edhe në Itali duke analizuar të dhënat e konsumit të barnave janë bërë përpjekje për të marrë vendime të caktuara por që pas një kohe pas marrjes së vendimit nuk ka pasur ndonjë significance Andretta me bashkëpunëtorë (2005) të cilët sqarojnë se në vitin 1994 ka pasur ndryshime në reimbursimin e barnave në Itali sipas kriterëve të kost-efikasitetit dhe se qëllimi i hulumtimit të tyre ka qenë të shihet ndikimi i këtyre ndryshimeve në përdorimin e barnave antipsikotike me rezultat të hulumtimit prej vitit 1995 deri 2003 me rënie të përdorimit të agjentëve të gjeneratës së parë të antipsikotikëve (por jo nuk do të thote se kishte rënie të përgjithshme të këtij grupi) kurse është vërejtur rritje në grupin e barnave të gjeneratës së dytë të antipsikotikëve ku vijnë në përfundim se

ndryshimet në legjislacion nuk kishin pasur ndonjë ndikim në vetitë e përshkrimit të barnave antipsikotike në përgjithësi, dhe edhe pse rregullorja kishte ndryshuar në vitin 2001 përsëri nuk është vërejtur ndonjë ndryshim. Nga ky shembull shohim se përveç analizimit të të dhënave të cilat japin detaje të sakta për vetitë e përshkrimit por edhe përdorimit të grupeve të caktuara të barnave apo edhe llojeve të caktuara të secilit grup duhet që me kujdes të përcaktohen edhe masat e ndërrimit apo restriksionit në mënyrë që të vihet deri te rezultatet e dëshiruara. Një shembull i ngjashëm i ndryshimeve legjislative dhe ndikimit të tyre në konsumin e përgjithshëm është përshkruar edhe në studimin e bërë nga Ubeda me bashkëpunëtorë (2007) në Valencia të Spanjës të cilët sqarojnë se me vendosjen e sistemit të çmimeve referente dhe barnave gjenerike kostoja e barnave për DDD ka pasur një rënie të theksuar për grupin e barnave antidepressive por që përdorimi i këtij lloji të barnave është rritur që nga viti 2000 duke pasur rritje të vazhdueshme dhe kryesish e ndikuar në nëngrupin e barnave të inhibitorëve selektiv të rrimarrjes së serotoninës si dhe disa agjentëve tjerë të rinj.

Përmbledhje e kapitullit II

Në sektorin publik qasja në barna varet shumë nga proceset që janë të ndërlidhura me menaxhimin e listës esenciale pra prej formimit të saj dhe deri të dhënia e barnave për pacientët ku natyrisht se përfshihen edhe elementët e theksuar më lart. Listat e reja zakonisht sjellin edhe shpenzime të reja pasi aty vendosen barna të reja të cilat kanë zakonisht kosto më të lartë por në rastet ideale ato do të duhej të ishin me kosto-përfitim. Por ky kompleks i proceseve të ndërlidhura si rezultat final ka qasjen në barna për popullatën e përgjithshme pavarësisht sektort publik apo privat.

Hartimi i politikave nacionale dhe strategjive të bazuara në evidencë dhe në përvojat e shteteve të cilat e kanë kaluar këtë faze duke marrë parasysh faktorët e rëndësishëm të

cilët ndikojnë në këtë proces mund të fillojë të japë rezultate. Megjithëse në vazhdimësi sektori farmaceutik është në rritje kjo paraqet edhe një element shtesë për të cilin duhet pasur kujdes dhe jo vetëm në vendin tonë por ky është problem global i theksuar edhe nga autorë të ndryshëm.

Sipas kësaj që po theksohet shihet se përdorimi i barnave gjenerike, përcaktimi i llojeve të tyre, rritja e çmimit, rritja e sasive të përdorimit apo kohëzgjatjes së mjekimit, dhënia e lirimeve për barna specifike etj hyjnë në listën e faktorëve të cilët ndikojnë në qasjen në barna esenciale.

Konsumi i barnave të caktuara është indikator matës i cili është pjesë e rëndësishme e proceseve vendimmarëse në vendet e zhvilluara dhe është pjesë e pashmangshme edhe e analizave farmakoekonomike në bazë të të cilave edhe bëhet procesi final vendimmarrës.

Por në këtë rast duhet pasur kujdes pasi mund të ketë disa faktorë që ndikojnë në koston e përgjithshme më të lartë për një produkt. Pra mund të analizohen indikatorë të shumtë siç janë doza, efektet anësore, kohëzgjatja e terapisë, kostoja totale e mjekimit, sasia e përgjithshme e nevojshme në bazë të numrit të pacientëve të cilët e kanë indikacionin e caktuar dhe kjo e bën këtë situatë mjaft komplekse në mënyrë që për proceset vendimmarëse të përzgjedhjes së barnave dhe deri te përdorimi nga pacientët të zbatohen procedurat e caktuara të parapara. Ashtu që edhe sipas Sanchez L (2011) e cila thekson se kualiteti i kujdesit ndaj pacientit nuk duhet të kompromitet derisa tentohet të përmbajë kosto.

Pra shohim se në shumë studime analizohen caqe të caktuara që mund të japin analizat farmakoekonomike dhe ato të konsumit të barnave duke sqaruar edhe përdorimin e tyre

që prej fazave të hulumtimit dhe zhvillimit të barnave por deri në atë të përdorimit racional të barnave nga profesionistët shëndetësorë.

Në kontekst të përdorimit të metodave të utilizimit të barnave në funksion të analizimit dhe gjetjes së problemeve të caktuara gjithashtu bëhen shumë analiza dhe dalin indikatorë të ndryshëm të cilët të analizuar në detja secili veç e veç ndikon në këtë përmirësim. Pra prej mënyrës së kryerjes së një hulumtimi të tillë e deri të mënyra e nxjerrjes së rezultateve ndikon edhe në nxjerrjen e përfundimeve logjike por edhe që do të ishin premtuese për ndikimin e tyre

Pra në këtë mënyrë shohim se janë analizuar faktorët e ndryshëm të cilët ndikojnë në përdorim masiv apo përdorim irracional të barnave, pastaj janë bërë krahasime të ndryshme për llojet e caktuara të antibiotikëve, krijimin e rezistencës, përshkrimin dhe përdorimin e barnave në muaj të ndryshëm të vitit etj dhe të gjitha këto që të vihet në përfundime logjike të bazuara në evidencë në mënyrë që edhe të bëhet propzimi i masave apo hartimit të protokolleve dhe rregulloreve për përmirësim.

Nga shembjt e paraqitur më lart shohim se analizat e konsumit të barnave në shumë shtete perëndimore janë analiza bazë dhe të domosdoshme për proceset vendimmarrëse të cilat japin një pasqurë të saktë të trendeve të përshkrimit por edhe përdorimit të barnave të caktuara në një vend. Gjithashtu e rëndësishme është të thuhet se analizimi i të dhënave të konusmit të barnave paraqet edhe një mjet shtesë në ndryshimet të cilat mund të bëhen me legjislacion apo edhe me analiza tjera farmakoekonomike të cilat mund të sjellin ndryshime në trendin e përshkrimit apo të përdorimit të barnave.

Kurse jo më pak e rëndësishme ishte edhe fakti se si rezulttat i analizave të konsumit të barnave ka pasur edhe rast të tërheqjes se autorizimit për marketing për një bar të caktuar që do të thotë ndalimi i plotë i tregtimit të atij bari në një vend. Kjo tregon se

rëndësia e këtyre analizave është shumëdimensionale dhe se të dhënat ndikojnë drejtëpërdrejt në vendimmarrje, ndryshimin e rregulloreve, marrjen e vendimeve prandaj edhe ndikimin në shendetin publik të popullatës.

KAPITULLI III - METODAT DHE METODOLOGJIA E KËRKIMIT

3.1 Hyrje dhe shpjegime

Metodologjia e këtij hulumtimi është cilësore dhe një pjesë shumë e rëndësishme e të dhënave lidhen me barnat janë dokumenta të shkruara të cilat janë përzgjedhur dhe analizuar me kujdes duke përfshirë indikatorë të caktuar të cilët kanë qenë të ndërlidhur me temën e hulumtimit. Pjesa cilësore është e bazuar edhe në intervista përmes pyetësorëve dhe në analizimin e dokumentacionit të rëndësishëm të nxjerrë nga ky hulumtim në Ministrinë e Shëndetësisë, Qendrën Klinike Universitare të Kosovës si dhe Agjencinë e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale.

Në pjesën e analizës kualitative mostra e zgjedhur për intervista për shkak të problematikës është niveli menaxhues dhe pyetjet janë të zgjedhura si pyetje të hapura me qëllim që gjatë intervistës të krijohet mundësia e elaborimit dhe hyrjes në më shumë thellësi të problemit kurse pastaj të dhënat pastaj do të transferohen në format elektronik për analizë. Megjithatë arsyeja pse është përzgjedhur vetëm niveli menaxhues është se vetëm ata janë të përfshirë në procesin e menaxhimit të barnave dhe atë posaçërisht në disa nga fazat të cilat janë të rëndësishme për këtë hulumtim. Pra kjo pjesë e analizës është bërë me qëllim të forcimit të disa prej të gjeturave të cilat janë të ndërlidhura me këtë pjesë të ciklit të menaxhimit të barnave por të cilat nuk kanë të bëjnë me pacientët apo me personelin tjetër të spitaleve apo qendrave të mjekësisë familjare. Për këtë arsye numri i këtyre intervistave është i kufizuar.

Të dhënat tjera të cilat janë pjesë shumë e rëndësishme dhe pjesa kryesore e këtij hulumtimi kanë të bëjnë me marrjen e mostrës e cila përbën dokumeta relevante për një hulumtim retrospektiv, dokumenta të cilat ndërlidhen me proceset e ndryshme të listës esenciale, formimit të saj, raportimeve të shpenzimeve, publikime nga Ministria e Shëndetësisë apo institucione tjera relevante, dokumenta strategjike, dokumentat e importit të barnave të cilat tregojnë konsumin e përgjithshëm të barnave në Kosovë dhe të gjitha këto duke u fokusuar për shkak të natyrës së punimit në:

- Listën esenciale të barnave si dhe
- Planifikimet e barnave të ndryshme nga strukturat shëndetësore
- Dokumentat e importit dhe të konsumit të përgjithshëm të barnave nga AKPPM

Kurse krahasimet e të dhënave do të bëhen sipas:

- ATC - nivelit farmakoterapeutik,
- ATC, DDD dhe DID
- VEN dhe
- ABC analizat e barnave të caktuara

3.2 Hulumtimi kualitativ

Duke qenë se subjekt i këtij studimi janë të dhënat e grupeve të caktuara të barnave të cilat do të analizohen por edhe pjesa e cila do të krahasohet me këto të dhëna e barnave nga lista esenciale, me proceset e ndërlidhura me të si përzgjedhja dhe përdorimi e nxjerr në pah metodologjinë e cila duhet të jetë e bazuar në metodën kualitative e bazuar në intervista si dhe në mbledhjen dhe analizimin e dokumentacionit relevant lidhur me hulumtimin. Arsyeja për këtë është se pyetjet nuk janë rigjide por janë fleksibile dhe të hapura për nënpyetjet të cilat mund të lindin gjatë intervistës ashtu që të mund të hyhet

në më shumë detaje pra që pyetjet të jenë të pastrukturuara për ata të cilët janë njerëzit kyç që kanë të bëjnë me këto procese.

Hulumtimi kualitativ kërkon që të hulumtohen dhe mblidhen të dhënat (Lincoln & Guba 1985, Patton 1990). Dhe në asnjë mënyrë nuk do të thotë se hulumtimi kualitativ duhet të kufizohet vetëm në procesin e intervistimit apo grupeve të fokusit por përfshin një sërë veprimesh komplekse të cilat japin mundësi të analizimit të detajuar dhe të krijimit të koncepteve të caktuara të cilat mund ti nxjerrë hulumtuesi në këtë mënyrë këtë e theksojnë autorët Joubish M me bashkëpunëtorë 2011 se hulumtimi kualitativ përfshin edhe të dhënat tjera si observimi, raportet, protokolet etj. Kurse autorët (Zaharia, M me bashkëpunëtorë. 2008) theksojnë se hulumtimet kualitative tentojnë të pëndoren gjithnjë më shumë në hulumtimet akademike deri sa kostoja e tyre nuk është shumë e lartë kurse rezultati është shumë i përdorshëm për shumë hulumtues

Nga figura e mëposhtme shihen në një mënyrë të përmblëdhur tipologjia e mbledhjes së informatave për studimin kualitativ:

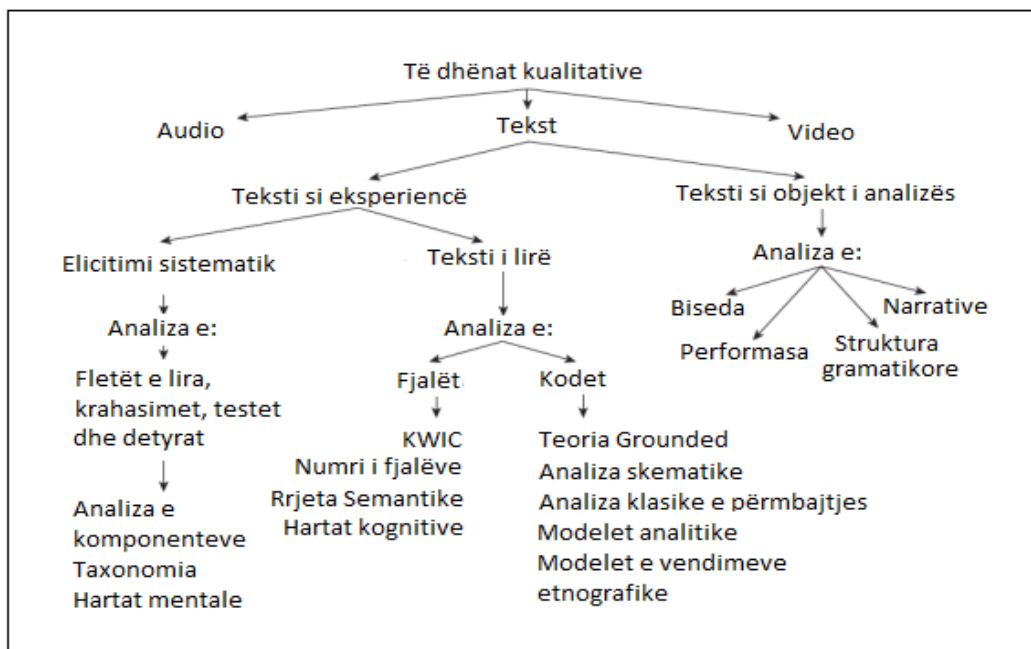


Figura 4 Tipologjia e hulumtimit kualitativ (Burimi: Ryan dhe Bernaud 2000 në Denzin dhe Lincoln 2005)

Një definicion më të zgjeruar për hulumtimin kualitativ e japin autorët Denzin dhe Lincoln 2005:

“Hulumtimi kualitativ është një aktivitet i cili e lokalizon vështuesin në botë. Përbëhet nga një seti materialeve praktike dhe interpretuese që e bëjnë botën të dukshme. Këto praktika e transformojnë botën. Këto e shndërrojnë botën në një seri të representimeve përfshirë shënimet nga terreni, intervistat, bisedat, fotografitë, regjistrimet dhe memot. Në këtë stad hulumtimi kualitativ përfshin qasje natyrore dhe të interpretueshme për botën. Kjo dmth se hulumtuesit kualitativ i studiojnë gjërat në qasje natyrore duke tentuar që ti japin kuptim, ti interpretojnë, fenomenet në mënyrë të kuptimit që njerëzit i sjell te to”.

Hulumtimi kualitativ do të ndihmojë në definimin e performansës kyçe të menaxhimit me njerëzit udhëheqës duke filluar nga departamenti farmaceutik i Ministrisë së Shëndetësisë, udhëheqësit e barnatores qendrore të Qendrës Klinike Universitare, udhëheqësit e Institutit të Onkologjise, mjekët e ndryshëm të cilën merren me patologjinë e kancerit, klinika tjera të cilat janë relevante në procesin e hartimit të listës esenciale etj. Arsyeja e përzgjedhjes së këtij niveli të menaxhimit është për faktin se vendimmarrja është e përcaktuar në këtë nivel dhe pikërisht zinxhiri i formimit të listës esenciale kalon në këtë mënyrë. Gjithashtu edhe proceset tjera të menaxhimit ndërlidhen pikërisht me këto struktura relevante.

3.3 Mostra

Pjesa tjetër e mostrës ka të bëjë me të dhënat e grupeve të caktuara të barnave të cilat do të analizohen që ndërlidhen me importin e tyre të përgjithshëm, të dhëna këto të cilat janë nga distributorët të ndërlidhura me proceset që kanë të bëjnë me AKPPM.

Kurse intervistat do të bëhen në nivel të:

- reparteve aty ku edhe është komunikimi i drejtpërdrejtë me pacientin ku edhe bëhet përshkrimi dhe ordinimi i terapisë në bazë të diagnozës së pacientit për indikacion të caktuar
- në vijim të reparteve janë intervistat me klinika të cilat janë përgjegjëse për më shumë reparte pra aty ku mbidhen të dhënat për numrin e përgjithshëm të pacientëve, patologjitë e tyre, barnat e përdorura, planifikimet, etj
- pas kësaj është barnatorja qendrore e cila i përmbledh të gjitha kërkesat e të gjitha klinikave dhe një filtrim kualitativ i të dhënave bëhet gjithashtu në barnatoren qendrore andaj edhe është pjesë shumë e rëndësishme e intervistimit.
- Niveli Ministror dhe i Agjencisë së Financimit Shëndetësor është ai ku përmbledhen të dhënat në nivel shteti, aty ku bëhet vendimmarrja finale për tu dërguar pastaj materialet për aprovim nga Sekretari i përgjithshëm dhe nga Ministri i Shëndetësisë apo ku edhe jepen rekomandimet për vendime të caktuar të cilët vendim ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në sektorin e barnave. Pra marrja e informatave relevante nga këto intervista jep të shëna të sakta që lidhen me procesin e menaxhimit të barnave në përgjithësi apo në përzgjedhjen e tyre në veçanti e që është edhe temë bosht e këtij hulumtimi.

Të dhënat tjera do të analizohen nga dokumentat strategjike apo publikimet siç u tha më lart. Këto të shëna plotësojnë pjesën kualitative të këtij hulumtimi pasi të dhënat nga këto dokumenta japin përgjigje të saktë lidhur me veprimet konkrete të zhvilluara në secilin nivel veç e veç të sistemit shëndetësor ku do të përfshihen:

- të dhënat e planifikimit dhe shpenzimeve të barnave nga lista esenciale në spitale përfshirë edhe Qendrën Klinike Universitare të Kosovës,
- pastaj të dhënat e konsumit të barnave,

- të dhënat e importeve të barnave për vitin 2014 të cilat do të analizohen për të nxjerrë përfundime edhe për importin e përgjithshëm të barnave për të parë përqindjen e caktuar të importit ndaj përdorimit spitalor por edhe trendin e përshkrimit nga e kaluara duke bërë në këtë mënyrë analiza por edhe duke nxjerrë përfundim lidhur me përdorimin racional të barnave
- të dhënat nga historitë e pacientëve për diagnozat e tyre dhe përshkrimin e barnave të caktuara për këto diagnoza (në raport me përshkrimin adekuat të barnave)
- analizimi i historive të caktuara të pacientëve lidhur me përdorimin e barnave në aspekt retrospektiv dhe krahasimi me krijimin e rezistencës
- analizimi i importeve të barnave në raport me koston e barnave

pra shohim se janë disa aspekte të caktuara të proceseve të menaxhimit të barnave të cilat në përmbledhje do të krahasohen edhe me pjesën e analizës kualitative.

3.4 Shkollat bazë të sistemeve të klasifikimit të barnave

Në mënyrë që të llogaritet shpenzimi i një bari ai duhet të klasifikohet në një lloj mënyre si dhe të ketë njësi matëse, dhe kjo edhe ka qenë pjesa nxitëse e cila ka sjellë deri te krijimi i sistemeve klasifikuese të barnave. Një nga mënyrat më të përdorura në sektorin farmaceutik për krahasimin e të dhënave të përdorimit të barnave janë metodat e përdorura duke filluar me klasifikimin e barnave fillimisht në grupe apo ndarja e barnave në grupe mund të bëhet sipas mënyrës së veprimit, indikacioneve të tyre apo strukturës kimike edhe pse secili sistemi i klasifikimit mund të ketë avantazhet apo dobësitë e veta varësisht nga qëllimi i përdorimit (WHO 2003).

Ekzistojnë dy shkolla apo dy sisteme kryesor të cilat sot janë në përdorim më të gjerë. Është sistemi Anatomik Terapeutik i cili është zhvilluar nga Asociacionit Hulumtues të Tregut të Farmacisë në Europë (European Pharmaceutical Market Research Association – EPHMRA) dhe sistemi Anatomik Terapeutik Kimik (Anatomic Therapeutic Chemical classification system) i cili është zhvilluar nga grupi për hulumtime të utilizimit të barnave (Drug Utilization Research Group – DURG) ka zhvilluar sistemin e klasifikimit Anatomik Terapeutik – ATC në vitin 1969 në Oslo si shtesë e klasifikimit fillestar të Asociacionit Hulumtues të Tregut të Farmacisë në Europë (European Pharmaceutical Market Research Association – EPHMRA) – WHO (2002).

3.4.1 Sistemi Anatomik Terapeutik sipas EphMRA

Sipas shkollës së parë apo sistemit të zhvilluar nga Asociacioni Hulumtues i Tregut të Farmacisë në Europë (EphMRA) barnat janë të klasifikuara në 16 grupe në tri apo katër nivele duke pasur për bazë sistemin anatomik të organizmit si dhe atë terapeutik të produktit dhe se kanë për bazë produktin dhe jo substancën kimike (EphMRA 2016). Sistemi ATC i krijuar nga EphMRA aktualisht është në përdorim nga kompania IMS e cila bën hulumtime statistikore të industrisë farmaceutike (WHO 2003).

3.4.2 ATC, DDD, DID në metodologjinë e hulumtimit kualitativ

Sistemi tjetër i ATC i cili ka shkurtesë të njëjtë e cila edhe mund të shkaktojë konfuzion është sistemi ATC i krijuar nga grupi për hulumtime të utilizimit të barnave (Drug Utilization Research Group – DURG) në vitin 1969 në Oslo. Ky sistem gjithashtu fillimisht bën klasifikimin në grupe, gjithsej 14 grupe sipas sistemit të organeve apo

sistemit anatomik, ku barnat janë të ndarë në pesë nivele të ndryshme për dallim nga sistemi i parë ku kishim tri apo katër nivele (WHO 2003).

ATC klasifikimi si metodologji fillishit ka filluar në shtetet skandinave dhe pastaj është përhapur edhe në vendet tjera dhe në parim në tri nivelet e para ka ngjashmëri me sistemin e zhvilluar nga EphMRA pasi që është bazuar në atë sistem por pastaj është modifikuar dhe i janë shtuar edhe dy nivelet katër dhe pesë dhe se aktualisht grupet e ndryshme janë duke punuar në mënyrë që të identifikojnë ndryshimet në tri grupet e para ashtu që ndoshta mund të arrihet edhe konsensus për unifikimin e tyre Strom, B. (2012).

DDD – apo dozat e definuara ditore janë indikator tjetër i cili së bashku me ATC klasifikimin. DDD definohet si doza mesatare mbajtëse në ditë për një bar për inikacionin kryesor të tij të rriturit dhe është përdorur si njësi matëse e barnave të cilat janë klasifikuar sipas ATC dhe në këtë mënyrë sistemi ATC/DDD është përhapur menjëherë në shumë shtete duke dhënë informata të rëndësishme në studimet e utilizimit të barnave (WHO 2002).

Më tej janë zhvilluar metoda të tjera të paraqitjes dhe analizimit të të dhënave si DID – apo dozat e definuara ditore në nivel të popullatës për 1000 banorë në ditë që krahason përdorimin e barnave në raport të popullatës dhe në rastin psh 10 DID të një bari do të thotë se 1% e popullatës e përdorin atë bar (WHO 2003). Pos këtyre tani përdoren edhe indikatorë të tjerë si PID (Packages për Inhabitant për day) pra llogaritjet e paketinmeve të barnave të caktuara, apo PDD (Prescribed Daily Dose) e cila përllogarit përshkrimin e barnave të caktuara.

Përodrimi i këtyre metodave sot është jashtëzakonisht i rëndësishëm edhe në vendet e zhvilluara ku është një nga mënyrat e sakta të krahasimit dhe të arritjes së rezultateve të

cilat vënë në pah edhe problemet e caktuara që kanë të bëjnë edhe me përshkrimin e barnave apo përdorimin e tyre nga pacientët.

Nga hulumtues të ndryshëm vazhdojnë të bëhen krahasime të këtyre sistemeve dhe se siç u tha ka edhe organizata prestigjioze të cilat merren me hulumtime të rëndësishme të industrisë farmaceutike si IMS që përdorin sistemin ATC të EphMRA apo edhe përdorimi në qendra të ndryshme spitalore ku sipas Tollier dhe Husson (2005) në studimin e tyre të bërë në një qendër spitalore në Francë kanë analizuar ndryshimet por edhe evoluimin e të dy sistemeve që bëhet nga viti në vit dhe pavarësisht mënyrave kompjuterike të krahasimit dhe evoluimit të tyre apo edhe sistemit bazik të ngjashëm, këto sisteme mbasin të ndryshme në strukturë por edhe në përdorim.

Prandaj duke qenë se zyrtarisht nga OBSH është sistemi i dytë i cili pranohet si sistem për klasifikimin dhe sistem për studimet e utilizimit të barnave duke qenë që edhe Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik në Norvegji ku edhe është krijuar dhe zhvilluar ky sistem është qendër referente botërore e OBSH për statistikën e barnave, edhe në këtë hulumtim analizat do të bazohen sipas këtij sistemi pra ATC të zhvilluar nga grupi për hulumtime të utilizimit të barnave (DURG) në Oslo.

Përmbledhje e kapitullit III

Metodologjia e këtij hulumtimi është cilësore dhe një pjesë shumë e rëndësishme e të dhënave lidhen me barnat janë dokumenta të shkruara të cilat janë përzgjedhur dhe analizuar me kujdes duke përfshirë indikatorë të caktuar të cilët kanë qenë të ndërlidhur me temën e hulumtimit. Pjesa cilësore është e bazuar në intervista përmes pyetësorëve dhe në analizimin e dokumentacionit relevant të nxjerrë nga ky hulumtim në Ministrinë e Shëndetësisë, Qendrën Klinike Universitare të Kosovës si dhe Agjencinë e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale

Metodologjia e përzgjedhur për këtë hulumtim jep mundësi që duke kombinuar internistat dhe dokumentat e rëndësishme të trajtuara për shkak të kompleksitetit të çshtjes edhe trajtimi të bëhet duke pasur këndvështrime të ndryshme. Në këtë mënyrë edhe përzgjedhja e nivelit të intervistimit ka qenë e kujdeshme dhe e bërë vetëm në nivelet e caktuara, aty ku edhe bëhet vendimmarrja për të parë rezultatet e drejtpërdrejta në trajtimin e çshtjes. Kurse analiza e rezultateve të intervistave është bërë duke përdorur mënyrën e posaçme të kodifikimit sipas vetive të përgjithshme.

Shpenzimet e barnave janë përlllogaritur duke shfrytëzuar metodologjinë e përcaktuar nga grupi për hulumtime të utilizimit të barnave (Drug Utilization Research Group – DURG) sipas sistemit të klasifikimit Anatomik Terapeutik – ATC dhe Dozave të Definaura Ditore - DDD, në raport të popullatës duke e paraqitur si DID.

KAPITULLI IV - ANALIZA E REZULTATEVE

4.1 Analiza e intervistave

Intervistat siç edhe u shpjegua me lart janë përgatitur në mënyrë gjysmë të strukturuar ashtu që pyetjet janë të renditura në atë mënyrë që intervistuesit i lihet mundësi që të kalojë nga njëra pyetje në tjetrën varësisht nga përgjigjet dhe gjithashtu vlen të theksohet se pyetjet janë lënë të hapura dhe kështu personi që intervistohet të ketë mundësinë e shprehjes duke krijuar mundësi të përshkrimit më të detajuar të çështjeve për të cilat është zhvilluar koncepti i pyetjeve – shtojca 1.

Më tej analiza e rezultateve të intervistimit u bë në mënyrë që u krijua një formë e posaçme e të gjitha përgjigjeve dhe aty ku kushte një **veti të përgjithshme** (general pattern) e cila ishte e ngjashme nga të intervistuarit ato përmbledheshin në një vend duke u përshkruar dhe analizuar më tej. Proceset në të cilat nuk ka pasur ndonjë veti të përbashkët janë analizuar të ndara nga të cilat janë nxjerrë rezultatet të cilat kanë qenë më të përafërta me aspektin e subjektit kërkimor. Në përgjithësi procesi i kodifikimit apo i përcaktimit të vetive të përgjithshme ka qenë i përshtatshëm për tu kryer duke qenë se në një pjesë të konsiderueshme të përgjigjeve kishte ngjashmëri esenciale duke krijuar kështu një koncept me krahasime të detajeve të procesit të ciklit të menaxhimit të barnave.

Në procesin e intervistimit u përfshinë 10 persona, nga të cilët 5 meshkuj dhe pesë femra të cilët kanë të bëjnë me procesin e menaxhimit të barnave, duke përfshirë profesionistë shëndetësorë në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës. Nga aspekti profesional në këtë proces janë përfshirë nga niveli i shkollimit të mesëm i mjekësisë, shkollimi i mesëm i farmacisë, fakulteti i farmacisë, fakulteti i mjekësisë, fakulteti ekonomik dhe kjo përfshirje e këtyre aspekteve profesionale u bë me qëllimin që të përfitohen rezultate

nga aspekte të ndryshme të procesit të menaxhimit. Për qëllim të aspektit të mbetjes së informatave anonime duke pasur parasysh specificitetin e proceseve, intervistat nuk janë regjistruar në ndonjë format elektronik por janë mbajtur shënime të detajuara për secilin proces. Fillimisht në procesin e intervistimit u kërkua që të bëhet përshkrimi i veprimtarive për të cilat është përgjegjës departamenti në të cilin është përgjegjës i intervistuari dhe u përshkruan detajet e përgjegjësisë dhe detyrave të punës në raport me procesin e menaxhimit të barnave.

Duke u përgjigjur në pyetjen “Si e perceptoni raportin barnatore qendrore – klinikë - repart -pacient dhe a mendoni se ka ngecje ne ndonje nga keto segmente te sistemit?” në të gjitha rastet u evidentua përgjigja se një kufizim i madh në këtë proces është **mungesa e ekzistimit të SISH** (sistemit informativ shëndetësor) në të gjitha hallkat e sistemit në mënyrë që përdoruesve tu jepte të dhëna në kohë reale të cilat do tu shërbenin shumë më lehtë në procesin e vendimmarrjes. Gjithashtu të dhënat të cilat do të nxirreshin nga një sistem i tillë do të ishin të përdorshme edhe për analiza të ndryshme të cilat do të mund të kërkoheshin. Mirpo u theksua edhe fakti se ngecja thelbësore është në raportin Repart-Pacient, pasi që **mungesa e farmacistëve klinik** është hallka kyçe që momentalsiht mungon dhe i duhet jashtëzakonisht shumë nivelit dytësor dhe tretësor të kujdesit shëndetësor. Pavarësisht kësaj gjithashtu u tha se ka raste kur pavarësisht mungesave të barnave ka probleme në këtë kontekst pasi që shpesh pacientët kanë reagime nga më të ndryshmet duke u ndikuar edhe nga disa media dhe në raste të caktuara mund të jenë edhe shumë agresive. Në këtë rast kjo edhe e vërteton teorinë nga Baicker K. (2006) i cili thekson se qëllimi i një strategjie kombëtare të barnave është që të krijohet një sistem nga profesionistët ku vendimet për shpenzime do të bëhen duke evaluuar në

mënyrë racionale koston ndaj benefitit dhe që afatgjatë do të alokoheshin mjetet në mënyrë më eficiente, përderisa të kuptuarit e faktit se pse mjetet nuk janë alokuar në mënyrë eficiente do të ishte hapi i parë për të arritur këtë qëllim.

Në pyetjen “Si behet planifikimi i barnave për vitin vijues” sqarohet nga të gjithë se procesi fillon nga repartet pra aty ku mjekët përshkruajnë barnat për pacientët e tyre. Ky përshkrim bazohet në literaturë por jo se ka ndonjë rregullore apo protokoll të aprovuar që për një diagnozë të caktuar të jepen alternativat e përshkrimit. Pra në mungesë të rregulloreve dhe protokolleve klinike profesionistët shëndetësorë shfrytëzojnë literaturën vendore por kryesisht ndërkombëtare dhe përvojën e tyre klinike në përshkrimin e barnave për pacientë. Në një nga rastet një nga profesionistët shëndetësorë ka theksuar se edhe nga mjekët do ta kishin më të lehtë në rast se do të kishin se ku të referoheshin në aspekt ligjor për përshkrimin e barnave në mënyrë që përzgjedhja për listën esenciale në një mënyrë do të ishte gati automatizuar. Gjithashtu kjo mënyrë e veprimit do të ishte edhe mbrojtëse për mjekët në rast të ndonjë konteksti ligjor pasi nëse janë përfillur dokumentat ligjor të aprovuar dhe nëse profesionisti shëndetësor ka përfillur të gjithë procedurat sipas përshkrimit atëherë do të ishte i mbrojtur nga ndonjë ndjekje penale eventuale.

Se “si behet raporti i konsumit të barnave (sipas nivelit të organizatës ku punoni)” përgjigjet ishin gjithashtu të shprehura në faktin se kjo kryhet në nivelet e ulëta pra repart dhe klinike në mënyrë manuale pasi sistemi informativ shëndetësor ende nuk është funksional deri te pacienti dhe se këto vështirësi bëjnë që puna të jetë shumë voluminoze dhe se margjina e gabimeve të jetë mjaft e madhe. Ajo se si barnat dërgohen

nga barnatorja qendrore është gjithashtu e përcjellë edhe me sistemin kompjuterik dhe kjo pjesë përcillet më lehtë por niveli ku është krucial për sistemin apo për përzgjedhjen dhe përdorimin racional apo edhe për analizat e utilizimit të barnave duhet të bëhet në mënyrë manuale.

Pra duke parë disa mangësi në këto procese natyrshëm vjen pyetja se “çka do të ndryshonit në këto dy procese” dhe se relevante për këtë punim është përgjigjja e drejtuar në atë se përveç kryerjes së SISH deri te pacienti me interes të veçantë do të ishte integrimi i disa llojeve të analizave si atyre të ndikimit të buxhetit, analizave të konsumit dhe atyre farmakoekonomike të përmbyllura me ato të utilizimit të barnave në mënyrë që të kemi një proces i cili në mënyrë të argumentuar do të sillte natyrshëm vendimmarrjen.

Për pjesën profesionale të diskutuar deri në këtë pjesë u fol duke neglizhuar faktin e limitimeve në buxhet por nëse diskutimi zgjerohet edhe në këtë segment atëherë në pyetjen “Sa mendoni se buxheti i dedikuar për listen esenciale i mbulon nevojat reale – dhe sa mendoni se do të duhej të ishte buxheti për listen Esenciale” shohim se raporti i buxhetit për shëndetësi në krahasim vetëm me shtetet e rajonit pa u krahasuar me mesataren e shteteve të BE e lë Kosovën shumë prapa sa i përket buxhetit dhe rrjedhimisht edhe nevojave reale të planifikimit të barnave. Sipas Planifikimit të këtij viti, me planifikim të mirëfilltë pas analizave të shpenzueshmërive vitet e kaluara, rezulton se buxheti i ndarë për barna dhe material medicinal-shpenzues, veçanërisht për nevojat e QKUK-së është mjaft e ultë që ekzakt mbulon 65% të nevojave ndërkah në Spitalet e përgjithshme dhe Qendrat e Shëndetit Mendor 80 deri 90%.

Buxheti i ndarë për Citostatikë është 4.5 milion euro, ndërsa Planifikimi real për një vit që do ti mbulonte 100% nevojat për citostatikë të LE është 6.4 milion euro. Në total planifikimi real pas shumë analizave për QKUK është rreth 15 milion euro për të gjitha barnat, material medicinal të LE, shërbimin e Hemodializës, Kardiologjinë me të gjitha shërbimet, Ortopedinë dhe Citostatikët, ndërsa buxheti i ndarë në total është 9.8 milion euro për QKUK dhe 15.3 milion euro për të gjithë ShSKUK, pra QKUK, Spitalet e Përgjithshme dhe Qendrat e Shëndetit Mendor. Par me një buxhet të tillë vështirë është të mbulohen të gjitha nevojat e pacientëve dhe duke marrë parasysh se nevojat janë gjithmonë në rritje kjo bën që gjithmonë të merren masa restriktive dhe në raste të caktuara pacientët orientohen që vetë ti sigurojnë barnat e caktuara për të cilat nuk ka pasur mundësi të kontraktimit apo furnizimit të rregullt. Duke analizuar të dhënat e vetive të përgjithshme shihet se ka disa ndryshime sa i përket mendësisë së planifikimit të barnave mirëpo pjesa më e madhe lidhet me raportin e produkteve të listës esenciale dhe jo në ndonjë çështje specifike e cila ndërlidhet me procesin e formimit të listës esenciale.

Megjithëse disa grupe të caktuara të barnave është vështirësi që të kontraktohen dhe të bëhet furnizimit në pyetjen “Sa mendoni se ka blerje të barnave esenciale nga pacientet spitalor të cilët dergohen në barnat private dhe nga kjo pjesë sa % të këtyre barnave do të ishin Vitale?” është treguar se nuk ka evidencë për të gjitha barnat e tilla por se ka filluar një proces i regjistrimit dhe se duhen analiza shtesë për të ardhur në përfundim për këtë çështje. Blerja e barnave nga pacientët e hospitalizuar apo familjarët e tyre zakonisht ndodh në barnat të cilat fatkeqësisht nuk janë të përfshirë në Listën Esenciale zyrtare (e cila ka mjaft shumë mangësi dhe të meta), por mund të ketë edhe barna apo

material të LE që momentalisht Institucioni nuk ka pasur në gjendje për arsye të ndryshme (buxheti i mangët sidomos në tremujorin e fundit të vitit, vonesa e dërgesave nga OE-të, mungesa e kontratave të barnave të LE. etj) Jo rrallëherë ka pasur neglizhenca të stafit të infermiereve të cilët i kanë referuar pacientët ti blejnë baranat dhe materialin që kemi pasur ne dispozicion qoftë në Barnatoren Qendrore, qoftë në Barnatoren Klinike. Në këtë kontekst ndryshim nga vetitë e përgjithshme kishte pjesa e raportuar nga infermiret me ç'rast veti e përgjithshme jepet në raport me përgjigjet e tyre kur në të gjitha ato raste shihet se përballja me mungesën e barnave esenciale i vë ato në plan të parë dhe në mënyrë të drejtpërdrejt që të përballen me pacientët apo familjarët e tyre dhe kjo në shumë raste sjell edhe te pakënaqësitë e ndryshme kurse mohohet fakti se mund të jetë dërguar dikush edhe për produkte të cilat mund të kenë qenë të qasshme përveç në rast të mosdijes. Megjithatë Lista Vitale këtë vit është përmbushur mjaft mirë dhe përqindja e blerjes së barnave dhe materialit nga pacientët e hospitalizuar këtë vit ka qenë më e ulta. Në këtë mënyrë edhe do të dihejshin më saktë nevojat reale të të gjithë pacientëve dhe se planifikimet për vitet në vijim do të ishin edhe me të sakta.

“Lista esenciale si formohet si proces?” është një pyetje për të cilën në vazhdimësi ka pasur kundërthënie por edhe replika nga profesionistë të ndryshëm shëndetësorë apo edhe nga mediat pasi në shumë raste këtij procesi është menduar ti jepet kahja se përzgjedhja kryesore bëhet duke u ndikuar nga kompanitë farmaceutike pasi në momentin kur bari hyn në listë ai pastaj i nënshtrohet proceseve të tenderimit për furnizim në të gjitha strukturat shëndetësore në vend pra menjëherë kërkesa për atë bar bëhet e rritur por kësaj i shtohet fakti se në momentin kur një bar është në listë esenciale pastaj kjo ndikon

që edhe në sektorin privat në mënyrë indirekte të ketë një ndikim pasi një pjesë e konsiderueshme e personelit shëndetësor është i punësuar në të dy pjesët e sektorit. Megjithatë nuk është vetëm kjo pjesë e ndërlidhur me procesin e përzgjedhjes së barnave pasi këtu hyjnë edhe analizat farmakoekonomike të cilat nuk aplikohen apo nuk janë aplikuar me rastin e formimit të listës esenciale aktuale. Pra është bërë një proces i cili është bazuar në përvojën profesionale të anëtarëve të komisionit të cilët kryesisht janë referuar nga kërkesat të cilat janë drejtuar nga repartet, megjithëse edhe në komision ka pasur ndërrime dhe në fund është aprovuar lista e cila është aktuale. Më tej në analizën e dokumentave të Ministrisë së shëndetësisë dhe barnatores qendrore vërehen konsumi dhe vlerat për anëtarë të caktuar dhe përdorimi i barnave të caktuara për pacientët si dhe ndikimi në nivel vendor.

“Çka do të ndryshonit në këtë proces të formimit të LE?” është pyetje ku është thënë se ka pasur disa grupe të konsulentëve ndërkombëtarë të cilët kanë mbajtur ligjerata dhe trajnime të shumta lidhur me procesin e menaxhimit të barnave dhe se janë shkruajtur shumë raporte me rekomandime por kruciale në këtë proces mbetet që si hap i parë të bëhet udhëzimi administrativ i cili duke u bazuar në udhërrëfyesit e OBSH të krijojë definimin e saktë të procedurave se si duhet të krijohet lista esenciale e barnave duke u bazuar në të gjithë indikatorët në bazë të të cilëve do të garantohej që pacientët të kenë qasje adekuate në barna të sigurta, cilësore dhe kost-efikase. Megjithëse në këtë rast ka pasur mendime të ndryshme për të cilat nuk ka ndonjë lidhshmëri apo dijeni të saktë në raport me proceset të cilat në vendet perëndimore apo ato të cilat përfillin rregullat sipas OBSH për formimin e listës esenciale andaj edhe kishte diskrepancë të mendimeve dhe

se vetia e përgjithshme në këtë rast është fakti se lista esenciale duhet të ndryshojë në tërë procesin e hartimit të saj.

“A mendoni se ka influence te komanive farmaceutike ne pershkrimin e barnave por edhe ne formimin e listes esenciale?” është pyetje e cila ka shkaktuar hezitim në përgjigje megjithëse lihet të kuptohet se përfaqësuesit mjekësorë vizitojnë profesionistët shëndetësorë si në tërë botën për të informuar të rejtat lidhur me produktet e ndryshme apo për produktet e reja lidhur me indikacionet, përdorimin, efektet anësore etj dhe në këtë rast në shumë raste edhe shfrytëzohet rasti për marketingun e barnave të caktuara në metoda të cilat edhe mund të jenë në pikëpyetje nëse janë konform etikës mjekësore dhe farmaceutike. Marketingu i barnave të caktuara me qëllim të përshkrimit duke ndikuar drejt për drejt në shëndetin e pacientëve është shumë i dëmshëm dhe sjell edhe probleme për të ardhmen.

Në pyetjen se “A ekzistojnë analiza të konsumit të barnave dhe ato farmakoekonomike që ndërlidhen me procesin e hartimit të listës Esenciale” thuhet se çdo vit bëhen raporte nga të gjithë shefat e barnatoreve qendrore lidhur me planifikimin për vitin vijues ku edhe tregohet konsumi aktual. Të gjitha këto materiale pastaj përcillen në një analizë të vetme por problemi qëndron në faktin se nuk dihet saktësia e këtyre raportimeve dhe se në dy analiza të botuara nga Ministria e Shëndetësisë është vërejtur një diskrepancë e theksuar në raste të caktuara të barnave ku planifikimi nga viti në vit ka qenë edhe +/- 500%. Pra megjithëse ekzistojnë disa të dhëna të cilat sigurisht se janë orientuese nuk ka një saktësi absolute të tyre. Vlen të thuhet se disa të dhëna janë publikuar lidhur me

konsumin e përgjithshëm të barnave në Kosovë por ato janë vlerat e importit që nuk do të thotë se gjithsesi janë konsumuar.

Megjithëse kemi disa të dhëna lidhur me raportet kthyes nga repartet përkatësisht klinkat e ndryshme në pyetjen se “A ka analiza të racionalizimit të terapisë apo për përdorimin racional të barnave?” thuhet se nuk ka analiza të këtij lloji por me përjashtim të disa rasteve të barnave onkologjike janë bërë disa përpjekje të caktuara që të shihet se sa mund të ndikojnë këto analiza në procesin e menaxhimit të barnave dhe rezultatet janë mbresëlënëse. Pra është arritur që të bëhet utilizim adekuat i barnave onkologjike dhe rezultati është se pacientët kanë përfitim pasi duke bërë racionalizim të terapisë është mundësuar edhe furnizimi më adekuat por edhe në aspektin shëndetësor është arritur një nivel optimal i përdorimit racional të barnave konform praktikave më të mira të farmakoterapisë. Në këtë rast janë përdorur edhe disa analiza të utilizimit nga vendet e zhvilluara si metoda krahasuese dhe këto kanë dhënë edhe kost efikasitet në përdorimin e këtyre llojeve të barnave.

“A mendoni se njihet në raste të caktuara keqpërdorimi i antibiotikëve pavarësisht krijimit të rezistencës antimikrobike?” – theksohet se është temë mjaft e ndjeshme dhe jo vetëm në Kosovë por në nivel global. Krijimi i rezistencës antimikrobike ka krijuar edhe vështirësi në trajtimin e sëmundjeve të caktuara dhe kjo lidhet pastaj me rastet e vdekjeve të pacientëve për të cilët nuk mund të gjendet shërim tjetër. Përdorimi i paevidentuar i antibiotikëve pa bërë analiza adekuate dhe i pakontrollur bën edhe që të ketë rritje të rezistencës antimikrobike. Në një publikim nga Raka, L. (2013) është theksuar se përdorimi i antibiotikëve në Kosovë është i pakontrolluar, nuk jepen me

recetë mjekësore dhe se influencimi i kompanive farmaceutike është shumë i shprehur në këtë drejtim kurse më tej thekson se nga analizat e bëra është evidentuar se përdorimi i antibiotikut Ceftriakson është më i larti në Europë. Pra duke parë se për këtë temë edhe ka analiza dhe publikime është vërejtur se mund të bëhen disa masa restriktive por ende nuk ka ndonjë vendim të shkruar lidhur me këtë çështje. Ky keqpërdorim i antibiotikëve pavarësisht faktorëve ndikon drejtpërdrejt edhe në mirëqenien e pacientëve qoftë në nivel të shëndetit por edhe në nivel financiar kur evidentohet se nuk ka pasur ndoshta nevojë të përdorimit të tillë. Pra në këtë rast për shkak edhe të publicitetit të çështjes kishte një veti të përbashkët unike pasi që në të gjitha rastet kishte një vetëdijësim lidhur me çështjen dhe se u theksua rreziku nga rezistenca antimikrobike megjithëse analizat e mëtejme do të shtjellojnë nëse ky vetëdijësim është ëvetëm formal apo ka treguar se ka pasur ndikim në këtë proces në aspektin cilësor të konsumit të barnave të grupit të antibiotikëve.

“A mendoni se formimi i komitetit për barna dhe terapi do të ndikonte që të minimizoheshin këto raste apo format tjera të monitorimit – ndonjë shembull nga ndoshta ndryshimet në monitorimin e barnave në Institutin e Onkologjisë?” – në një mënyrë përgjigjet janë uniforme edhe në këtë rast duke theksuar se çdo grup i profesionistëve i formuar i cili do të analizonte çështje të caktuara natyrisht se do të sillte të mira lidhur me proceset dhe sidomos në nivel të një komiteti për barna dhe terapi kur dihet se këto komitete zakonisht janë multidisiplinare dhe përfshijnë farmacistët, farmakologët, infektologët, specialistet e mikrobiologjisë dhe specialistë të fushave tjera relevante varësisht nga analiza e kërkuar. Një përgjigje më e detajuar përfshinte detajet e proceseve të ndërmarra të gjitha në kuadër të një përfshirje profesionale të

profesionistëve duke theksuar se në Klinikën e Onkologjisë mjekësore monitorimi i barnave bëhet nga farmacisti përgjegjës (kërkesat për citostatikë bëhen me fletëdhëshmi dhe raporte të bashkëngjitura të pacientëve. Terapia tabletare shënohet nga farmacistja me të gjitha të dhënat e pacientit dhe datën e marrjes (secili pacient obligohet ta marrë terapinë bazuar në këto të dhëna).

Në kuadër të kontrollit të shpenzimeve të citostatikëve tabletare ky kontroll po bëhet përmes nje regjistri elektronik te realizuar nga stafi i BQ-së respektivisht farmacistja përgjegjëse e Barnatores së Klinikës së Onkologjisë. Kontrolli i produkteve të shtrenjta venoze (si Trastuzumab, Bevacizumab, Rituximab etj) po bëhet me regjistrimin e flakoneve të boshatisura në ditën e fundit të muajit nga komisioni. Pas evidentimit të shisheve bëhet krahasimi i daljes së këtyre flakoneve nga Barnatorja e Klinikës dhe flakoneve të zbrazëta. Vlen të theksohet se janë formuar komisione të monitorimit, mbikqyrjes dhe kontrollit të shpenzimeve të barnave dhe materialit medicinal në të gjitha repartet dhe klinikat e QKUK-së. Së fundmi komisioni (gjithashtu përbërë nga farmacistët, së paku dy dhe teknikët e farmacisë) kanë monitoruar edhe shtatë barnatoret e Spitaleve të Përgjithshme dhe të gjitha Shërbimet Profesionale të Shëndetit mendor lidhur me pranimin, deponimin dhe distribuimin e barnave. Pra një grup i tillë profesional duke punuar në bazë të një planprogrami adekuat mund të ketë ndikim shumë të madh në proceset e menaxhimit të barnave në nivel spitalor, kjo gjithashtu mbështetet edhe me faktin se vetëm në nivel të klinikës së onkologjisë duke u bërë disa analiza janë arritur rezultate shumë të mira dhe një hulumtim i tillë më i madh dhe më i strukturuar do të ishte vërtetë i mirëseardhur.

“Blerja e barnave – për pacientet ambulator a mendoni se duhet të bëhet nga spitalet?”

është proces jo shumë i këndshëm për profesionistët shëndetësorë pasi që në ato raste duhet të detyrohen familjarët e pacientëve zakonisht që të orientohet në barnatoret private zakonisht afër institucioneve shëndetësore për të siguruar pjesën e terapisë e cila mungon në spitale, dhe shpesh edhe për materialin shpenzues medicinal. Kjo në shumicën e rasteve është për shkak të buxhetit jo të mjaftueshëm për barna por nuk përjashtohen edhe keqmenaxhimi dhe proceset problematike tenderuese. Barnatorja Spitalore sipas UA/14-2013 definohet: qarkullues i produkteve dhe pajisjeve medicinale që bën shpërndarjen dhe përgaditjen e produkteve për pacientët e shtrirë në spital (UA:14-2013)

Barrë shtesë dhe problem sfidues edhe gjatë planifikimeve (veçanërisht në QKUK), përbën terapia specifike-për pacientët jashtëspitalor: për trajtimin e hemofilisë (faktori VIII, IX, hepatiteve (peginterferon), terapia hormonale (Octreotid, Somatropinë), imunosupresoret (Mycophenolate, Cyclosporine, Tacrolimus etj.) ku planifikimi real vjetor në bazë të numrit të pacientëve është 1.8 milion €.

Është kërkuar që edhe kjo terapi (veçanërisht pra terapia specifike për pacientët jashtëspitalor) të sigurohet nga Departamenti Farmaceutik i Ministrisë së Shëndetësisë sikurse sigurohen Terapia antiretrovirale (UNICEF), Terapia antituberkulare (Fondi global) pastaj terapia për Skleroze multiple, Sindromen Gaucher, që sigurohen nga DF/MSh. Por se në përgjithësi është e përmbledhur në faktin se Protokolet terapeutike janë bazë për hartim të një LE zyrtare të mirëfilltë, por edhe një segment i rëndësishëm për stabilizim të gjendjes së sektorit farmaceutik

Lista Esenciale zyrtare është jo adekuate sepse mangësi dhe të meta mjaft të mëdha në hartim, duhet të merren inputet nga ekspertë të lëmive të ndryshme por edhe të

krahasohet kjo listë me vendet e rajonit, e pse jo të merren edhe këshilla nga ekspertë ndërkombëtar Nevojat për buxhet shtesë për barna dhe material medicinal përveç buxhetit të aprovuar nga AFSH që është mjaft i limituar veçanërisht për QKUK, krahasuar me nevojat reale për ofrimin e shërbimeve efikente dhe cilësore janë evidente Edhe kategorizimi i produkteve në LE sipas VEN analizës nuk ka përkuar me realitetin, pasi shumë barna vitale nuk janë kategorizuar të tilla dhe anasjelltas. Ka shumë produkte në LE të cilat nuk planifikohen dhe për të cilat nuk ka fare kërkesa pra janë në LE si numër, gjë që kanë zgjeruar këtë listë me produkte të panevojshme ndërkaq shumë barna të tjera kërkohen dhe po të njëjtat nuk janë në Listën Esenciale. Nga të gjithë drejtorët e klinikave është kërkuar unanimitet që të shqyrtohet në tërësi LE konform incidencës së sëmundjeve dhe protokoleve terapeutike.

Duke marrë parasysh buxhetin e limituar në dispozicion për mbulimin e nevojave të të gjitha shërbimeve me barna dhe material medicinal, të argumentuar nga kërkesat e klinikave dhe spitaleve, që kanë reduktuar dukshëm planifikimet për të iu përafëruar kornizve të aprovuara buxhetore nga AFSH, është rekomanduar rishikimi i PV me analizë të mirëfilltë të mjeteve të ndara për të gjitha kategoritë: barna dhe material mjekësor, citostatikë, material terapeutik e diagnostik për kardiologji, elektrostimulues/pacemaker, material osteosintetik për Ortopedi, produkte për Hemodializë etj, gjë që plotësisht arsyetojnë kërkesat që tejkalojnë buxhetin e aprovuar nga AFSH/MSH. Në QKUK janë krijuar shumë shërbime të reja, si: Kardiokirurgjia, Emergjencia Pediatrike, Hemodializa e fëmijëve/Dializa peritoneale, Instituti i Psikiatriisë Forenzike, është rifunksionalizuar Laboratori i Kateterizimit të Zemrës 24/7, ndërkohë që numri i pacientëve të transplantuar në Nefrologji apo numri i pacientëve me sëmundje malinje në Onkologji është në rritje. Buxheti edhe më i ultë në dispozicion, i

ndarë këtë vitë për barna dhe material shpenzues nuk mund të ofroj një furnizim të qëndrueshëm, në krahasim me gamën e gjerë të shërbimeve që tashmë ofrohen në QKUK.

Në një mënyrë më lart janë përshkruar vetitë e përgjithshme të intervistave të analizuara por në disa raste janë cituar sqarimet të cilat janë dhënë për procese të caktuara në barnatoren qendrore apo në nivel të spitaleve në përgjithësi nga profesionistët shëndetësorë.

4.2 Analiza e grupeve të barnave

Dokumeta tjera të rëndësishme të cilat japin informata relevante lidhur me proceset e përdorimit të barnave janë edhe dokumentat e importit të barnave të cilat kryhen në departamentin e Licencimit në AKPPM. Nga këto dokumeta në mënyrë indirekte shihet konsumi i përgjithshëm i barnave dhe kur kjo shihet edhe duke e analizuar dhe krahasuar në mënyrë retrospektive atëherë mund të nxirren përfundime të bazuara.

Analiza e importit të barnave është bërë në programin Excel ku në formë databaze janë përdorur indikatorë të ndryshëm me të cilët edhe bëhen krahasimet edhe me shtetet tjera europiane të cilat i publikojnë këto lloje të analizave.

Metodologjia e përdorur bazohet në klasifikimin ATC të barnave. Sipas OBSH-në (ATC) në sistemin e klasifikimit anatomik terapeutik kimik, substancat aktive janë të ndara në grupe të ndryshme sipas organit apo sistemit të organeve në të cilat ato veprojnë dhe vetive të tyre terapeutike, farmakologjike dhe kimike, për më tepër, barnat janë të ndara në katërmëdhjetë grupe kryesore (niveli 1), sipas grupit farmakologjik/terapeutik nëngrupet nivelet 2, 3 dhe nivele 4 dhe niveli 5 është substanca kimike. Më tej u zhvillua DDD (Doza e definuar ditore - si doza ditore mesatare mbajtëse e një produkti) dhe DID (doza ditore mesatare mbajtëse e një produkti për një banor në ditë) të cilat përdoren për studimet e utilizimit të barnave dhe gjithashtu që përdoren edhe për analizat e këtij punimi.

Analiza e detajuar e të dhënave të përfshira ka edhe indikatorë të tjerë të ndryshëm që janë të nevojshëm për rezultatet përfundimtare. Duke përfshirë sasinë e përgjithshme në

mg të substancës, dozën e definuar ditore të produktit, periudhën kohore të konsumit që është bërë dhe të popullsisë në tërësi.

Të dhënat janë mbledhur në formatin Excel për shkak të mungesës së formave të tjera të sistemit të cilat do të ishin më të lehta për analizë. Ndër grupet të cilat janë përzgjedhur janë grupi i barnave të traktit digjektiv, grupi i barnave të cilat ndikojnë në sistemin kardiovaskular, antibiotikët, barnat antikanceroze, barnat që ndikojnë në sistemin nervor dhe barnat të cilat ndikojnë në sistemin e frymëmarrjes.

Tabela 10 Konsumi i barnave sipas viteve në vlerë monetare

ATC	2011	2012	2013	2014	2015
A	€ 3,953,356.69	€ 4,214,758.82	€ 5,370,286.30	€ 7,073,189.27	€ 8,013,416.31
B	€ 3,126,789.49	€ 3,586,624.34	€ 5,271,581.68	€ 4,000,675.72	€ 3,955,521.03
C	€ 5,005,867.79	€ 6,157,479.13	€ 7,544,137.34	€ 8,918,517.57	€ 7,836,272.98
D	€ 687,594.93	€ 730,276.17	€ 888,347.26	€ 1,173,571.63	€ 1,402,060.32
G	€ 1,160,436.61	€ 903,461.87	€ 1,218,809.61	€ 1,586,877.08	€ 1,597,516.51
H	€ 578,537.91	€ 1,111,313.49	€ 849,340.44	€ 1,391,151.34	€ 1,193,780.59
J	€ 5,933,897.49	€ 6,633,846.17	€ 5,858,454.79	€ 7,225,227.56	€ 6,411,858.12
L	€ 3,520,675.07	€ 7,058,046.99	€ 5,599,616.78	€ 4,009,818.53	€ 6,578,764.48
M	€ 2,775,551.02	€ 3,162,375.31	€ 3,225,483.48	€ 3,240,033.44	€ 3,130,027.44
N	€ 3,347,573.45	€ 4,579,009.76	€ 4,009,770.25	€ 5,022,268.89	€ 4,401,501.11
P	€ 16,552.32	€ 10,480.32	€ 4,958.20	€ 12,088.00	€ 22,360.88
R	€ 1,809,119.99	€ 1,549,654.46	€ 2,114,487.41	€ 3,178,497.89	€ 2,094,414.44
S	€ 845,073.54	€ 435,632.81	€ 516,548.09	€ 704,431.45	€ 555,328.12
V	€ 117,002.04	€ 76,545.60	€ 288,283.15	€ 307,671.57	€ 188,409.45
	€ 32,878,028.35	€ 40,209,505.23	€ 42,760,104.78	€ 47,844,019.93	€ 47,381,231.79

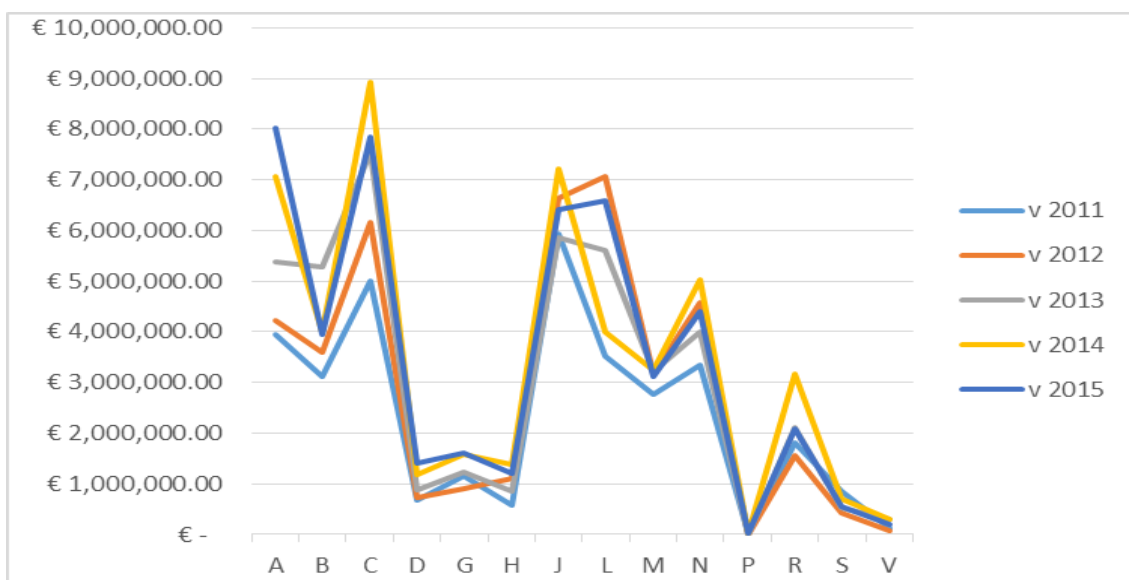


Figura 5 Paraqitja grafike e konsumit të barnave sipas vlerës monetare në periudhën 2011-2015

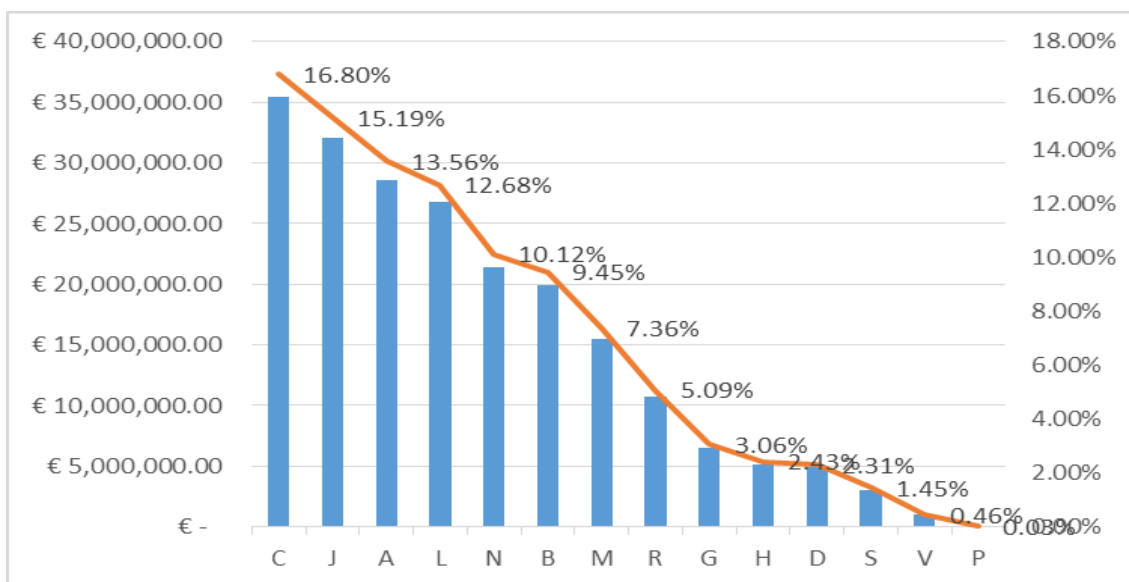


Figura 6 Paraqitja grafike e konsumit të barnave sipas vlerës monetare në periudhën 2011-2015 kumulative

4.2.1 Barnat e grupit A

Nga analiza e konsumit të barnave ku janë të përfshira të gjitha grupet e barnave janë përzgjedhur disa nga grupet për analizë të mëtejme në detaje ku është tentuar që të analizohen detajet dhe faktorët të cilët kanë ndikuar që të arrihen këto rezultate.

Barnat e grupit A të cilat janë konsumuar në periudhën 2011 – 2013 janë përdorur në Kosovë në krahasim me të gjitha grupet tjera me pjesëmarrje prej 15.01% përgjatë pesë vitesh sipas tabelës së mëposhtme:

ATC	DID						
	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	Përqindja
A	41.73	41.44	50.14	73.26	62.71	269.27	15.01%
B	32.04	51.91	57.23	42.28	45.13	228.60	12.75%
C	86.36	97.13	110.06	129.08	123.71	546.34	30.46%
D	0.32	0.01	0.04	0.20	0.79	1.36	0.08%
G	4.81	3.34	6.85	71.63	10.52	97.15	5.42%
H	7.58	5.94	7.03	11.18	11.11	42.83	2.39%
J	24.45	26.81	19.62	28.79	38.83	138.50	7.72%
L	0.96	0.48	0.40	0.76	0.96	3.55	0.20%
M	25.33	35.92	30.06	36.06	45.72	173.08	9.65%
N	26.41	22.42	25.50	33.36	52.36	160.04	8.92%
P	0.04	0.03	0.01	3.58	35.69	39.35	2.19%
R	23.21	14.43	17.32	20.80	16.65	92.41	5.15%
S	0.58	0.00		0.27	0.08	0.94	0.05%
V	0.00	0.00	0.02	0.08	0.01	0.12	0.01%
	273.81	299.86	324.28	451.33	444.24	1793.52	100.00%

Tabela 11 Konsumi i barnave për periudhën 2011-2013 sipas DID dhe në përqindje

Sipas nivelit të dytë të ATC klasifimit sipas asaj që është prezantuar në tabelën 12 nëngrupi A02 është i shpenzuar në nivel të 107.52 DID apo 39.93% e konsumit të përgjithshëm të të gjitha nëngrupeve të nivelit 2 të grupit A. Nëngrupi A02 paraqet barnat të cilat përdoren për çrregullimet e ndërlidhura me aciditetin. Ky nëngrup pasohet

nga nëngrupi A10 i cili paraqet barnat të cilat përdoren në diabet me 81.69 DID apo 30.34% e shpenzimit nga grupi A për periudhën pesë vjeçare përderisa këto dy nëngrupe përbëjnë 70.27% e konsumit të përgjithshëm të grupit A të paraqitur për periudhën kohore pesëvjeçare.

Tabela 12 Konsumi i barnave të grupit A sipas nivelit të dytë të ATC

ATC	DID						Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	
A01	0.11	0.07	0.11	0.20	0.25	0.74	0.27%
A02	19.21	21.06	16.73	27.90	22.62	107.52	39.93%
A03	3.2	2.36	1.89	6.68	1.74	15.87	5.89%
A04	0	0	0	0.00	0.01	0.01	0.00%
A05	0.03	0.01	0.02	0.04	0.04	0.14	0.05%
A06	0.91	2.18	0.57	1.96	2.26	7.88	2.93%
A07	0.45	0.57	0.78	2.27	0.96	5.03	1.87%
A09				0.00	0.00	0.00	0.00%
A10	11.38	9.85	21.44	17.31	21.71	81.69	30.34%
A11	5.91	4.73	7.86	15.79	12.51	46.80	17.38%
A12	0.08	0.07	0.08	0.02	0.09	0.34	0.12%
A14					0.06	0.06	0.02%
A16	0.43	0.53	0.65	1.09	0.47	3.17	1.18%
A	41.71	41.43	50.13	73.26	62.71	269.23	100.00%

Duke i krahasuar këto rezultate me konsumit e klasës së njëjtë të barnave në Norvegji shihet një ngjashmëri në atë se nëngrupet A10 dhe A02 gjithashtu janë konsumuar më së shumti edhe në Norvegji por edhe në Kroaci. Dallimi shihet në faktin se nëngrupi A10 është konsumuar më shumë apo barnat që përdoren në diabet në krahasim me nëngrupin A02 për barnat të cilat përdoren për trajtimin e çrregullimeve acidike, kurse përqindjet e rezultateve të Kroacisë dhe Norvegjisë megjithatë kanë ngjashmëri të përdorimit të dy grupeve të para më të përdorura me dallim të buxhetit të përgjithshëm. Sipas Konsumit të Barnave në Norvegji, publikimi i vitit 2013 nëngrupi A10 paraqitet me 600.7 DID që është në mënyrë signifikante shumë herë më e lartë se shpenzimet të cilat janë bërë në

Kosovë për barnat e përdorura në diabet me 21.44 DID në vitin 2013 apo edhe shpenzimet e barnave në Kroaci të nëngrupit A10 me 63.28 DID për vitin 2013 apo tri her më shumë se në Kosovë kurse nëngrupi A02 40.83 apo dy herë më shumë se në Kosovë.

Apo nëse krahasojmë grupin A për vitin 2013 ka pasur 50.14 DID ndaj 1741.4 DID në vitin 2013 në Norvegji apo 137.06 DID në Kroaci. Ky proporcion është shumë i dallueshëm e cila gjithashtu paraqitet edhe me nëngrupin A16 në Norvegji që përbën 9.61% të konsumit të përgjithshëm të grupit A kurse në Kosovë përbën vetëm 1.6%.

Duke analizuar me kujdes grupin e barnave të cilat përdoren për trajtimin e çrregullimeve të traktit digjektiv dhe metabolizmin, e dhëna se një nëngrup i caktuar i produkteve në një shtet të caktuar përbën 9.61% të konsumit të përgjithshëm të atij grupi kurse në Kosovë konsumi përbën një ndryshim statistikisht signifikant përbën një tregues të rëndësishëm i cili duhet të trajtohet më tej.

Nga të dhënat e Konsumit të barnave në Norvegji nga grupi A dhe nëngrupi A16 shohim se përdorimi më i madh i atribuohet barnave si në tabelën e mëposhtme:

Tabela 13 Konsumi i disa prej barnave të grupit A në Norvegji (Burimi: Konsumi i Barnave i Norvegjisë 2013)

ATC		2011	2012	2013
A16	BARNAT TJERA TË TRAKTIT DIGJESTIV	108.8	112	129.2
A16A		108.8	112	129.2
A16AA		20	22.8	23.7
A16AA04	Merkaptamina (2g)	5.8	7.2	6.1
A16AA06	Betain (6g)	14.2	15.6	17.6
A16AB		50.2	52.8	57.1
A16AB02	Imiglucerase (300 U)	3.4	3.2	4.3
A16AB03	Agalsidase alfa (1 mg)	35.1	31.8	25
A16AB04	Agalsidase beta (5 mg)	5	9.9	19.9
A16AB05	Laronidase (1 TU)	1.9	1.6	1.9
A16AB07	Alglukosidase alfa (0.1 g)	2.1	3.4	3.5
A16AB10	Velaglucerase alfa (300 U)	2.7	2.9	2.5

A16AX		38.6	36.4	48.4
A16AX03	Fenilbutirat Natriumi (20 g)	0.8	0.6	0.2
A16AX04	Nitisinon (20 mg)	29.9	27.4	37.9
A16AX05	Sinkacetat (20 mg)	5.4	5.6	7.6
A16AX06	Miglustat (0.3 g)	2.5	2.8	2.7

Betaine sipas BNF (2014) përdoret për trajtimin vetëm specialistik të indikacionet e homocistinurisë (çrregullim i trashguar i cili nuk e lejon organizimin për përpunimin e aminoacidit Metionin). Sipas të dhënave të konsumit të barnave të Norvegjisë për vitin 2013, kjo është shpenzuar në masën 17.6 DID apo rreth 1% e konsumit të përgjithshëm të barnave të grupit A. Pra kemi një produkt individual i cili përbën 1% të përdorimit të përgjithshëm të barnave të atij grupi në Norvegji dhe i cili në Kosovë nuk është i regjistruar fare. Në këtë rast profesionistët shëndetësorë të fushës dhe politikëbërësit duhet trajtuar çështjen me kujdes me të dhënat e sëmundshmërisë për të pasur rezultat final. Në anën tjetër mund të kemi rastin e përdorimit të ndonjë bari në ndonjë shtet (si psh antimalarikët në vendet ku ka Malarie) dhe që ato të mos jenë të nevojshme në një vend tjetër si psh në Kosovë deri sa nuk ka epidemi të tillë edhe përdorimi i atyre barnave do të jetë zero. Por në rastet kur sëmundshmëria e një indikacioni është presente dhe trajtimi nuk është adekuat analizat e konsumit janë tregues shumë i rëndësishëm. Produktet e tilla si Imiglucerase (300 U), Agalsidase alfa (1 mg), Agalsidase beta (5 mg) gjithashtu kanë konsum të ndjeshëm në Norvegji dhe nuk janë të regjistruara si edhe produkti Nitisinon (20 mg) me konsum prej 37.9 DID apo 2.1% e produkteve të këtij grupi dhe që përdoret po ashtu te disa sëmundje të cilat kanë të bëjnë me çrregullimet metabolike të përpunimit të amino acidit tirozinë. Me këtë rast duke krahasuar edhe çmimet e këtyre barnave sipas BNF 66 shihet se janë barna shumë të kushtueshme dhe kjo është edhe një e dhënë shumë e rëndësishme për proceset sidomos atyre që kanë të bëjnë me politikëbërjen në reimbursimin e barnave dhe planifikimet adekuate duke qenë

se përzgjedhja e barnave si proces bazik i ciklit të menaxhimit ndikon drejtpërdrejt edhe në proceset e përshkrimit dhe përdorimit të barnave e që pastaj ndikon në shëndetin publik të popullatës.

Tabela 14 Shpenzime të barnave të grupit A në Norvegji sipas DID për nivelin 2 të ATC (Burimi: Drug Consumption in Norway 2009-2013, Konsumi i barnave Kroaci 2013)

	Norvegji			Kroaci
	DID			
ATC 2	V 2011	V 2012	V 2013	V 2013
A10	555.6	596.4	600.7	63.28
A02	475.3	442.4	415.3	40.83
A16	155.9	164.9	167.5	0.8
A06	146.8	152.3	161.9	6.39
A07	152.5	160.1	159.8	2.47
A12	91.2	101.1	107.1	1.32
A04	43.9	44.9	43.9	0.06
A03	35.3	37.5	38.6	3.83
A09	24.8	24.1	24.5	0
A08	37.2	13.9	12.5	0.03
A05	8.5	9.1	9.6	0.36
A11				10.26
A01				7.43
	1727	1746.7	1741.4	137.06

Sipas Nivelit të tretë të ATC ku janë paraqitur vetëm anëtarët e përzgjedhur që kanë shpenzime më të larta në konsumin për periudhën pesë vjeçare me tri nëngrupet më të përdorura të nivelit 3 të ATC të grupit A ku vetëm 3 anëtarë përbëjnë 84.14% e shpenzimit të përgjithshëm të grupit A:

1. A02B – Barnat për ulcerën peptike dhe sëmundjen e refluksit gastro ezofageal
28.99 DID
2. A10B – barnat që përdoren për uljen e nivelit të glukozës në gjak pa insulina
9.12 DID
3. A11G – Acidi Askorbik (Vitamina C) përfshirë edhe kombinimet
6.09 DID

Tabela 15 DID për konsumin e barnave të caktuara të grupit A në nivelin 3 të ATC

ATC	DID						Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	
A02B	19.01	20.74	16.41	27.50	22.32	105.98	39.36%
A10B	11.33	9.8	21.39	15.99	18.02	76.53	28.42%
A11G	5.22	3.94	7.72	15.08	12.09	44.05	16.36%
A10A				1.32	3.69	5.00	1.86%
A06A	0.91	2.18	0.57	1.96	2.26	7.88	2.93%
A03F	1.9	0.76	0.74	0.73	0.87	5.01	1.86%
A03A	0.88	0.97	0.72	0.40	0.34	3.32	1.23%
A16A	0.43	0.53	0.65	1.09	0.47	3.17	1.18%
A07A	0.37	0.4	0.64	2.11	0.81	4.33	1.61%
A11C	0.31	0.78	0.13	0.39	0.04	1.65	0.61%
A03B	0.33	0.53	0.33	5.54	0.21	6.95	2.58%
A	41.73	41.44	50.14	73.26	62.71	269.27	100.00%

Duke vazhduar analizën për secilin anëtar apo secilin bar individual të këtij grupi A shihet se Omeprazoli dominon së bashku me barnat Glibenklamid, Acidin askorbik (vitamina C), Metformin dhe Ranitidinë për periudhën pesë vjeçare në Kosovë sipas tabelës 16:

Tabela 16 Barnat e konsumuara më së shumti nga grupi A siaps nivelit 5 të ATC

ATC	DID						Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	
A	41.73	41.44	50.14	73.26	62.71	269.27	
Omeprazol	7.86	8.67	8.65	7.21	10.41	42.80	15.89%
Ascorbic acid	4.9	3.64	7.4	14.88	11.91	42.73	15.87%
Glibenclamide	6.14	2.89	10.64	3.91	3.37	26.95	10.01%
Ranitidine	4.93	4.59	2.22	10.72	3.10	25.56	9.49%
Metformin	3.18	3.61	6.09	5.54	7.01	25.44	9.45%
Glimepirid	1.8	2.55	4.48	6.24	6.73	21.80	8.10%
Pantoprazole	1.76	2.79	3.17	6.32	4.73	18.77	6.97%
Lansoprazol	3.34	2.9	1.64	2.36	2.35	12.59	4.68%
Hyoscine Butyl.	0.33	0.53	0.29	5.52	0.12	6.79	2.52%

Bisacodyl	0.88	1.87	0.38	1.57	1.58	6.29	2.33%
Metoclopramid	1.7	0.6	0.57	0.39	0.50	3.75	1.39%
Famotidine	1.03	1.26	0.46	0.30	0.31	3.36	1.25%
Alpha lipoic Ac.	0.43	0.53	0.65	1.06	0.42	3.09	1.15%
Nifuroxazide	0.32	0.35	0.6		1.76	3.03	1.12%
Drotaverine	0.68	0.6	0.3	0.08	0.02	1.68	0.62%

Duke marrë parasysh se në analizat e konsumit të barnave dhe ndryshimeve të madha të paraqitura për vitet 2011-2015 në Kosovë dhe në Norvegji për të njëjtën periudhë gjithashtu duhet të përfshihen edhe disa indikatorë të tjerë të cilët kanë të bëjnë me ndryshimet gjeografike, statistikat e popullsisë, strukturën moshore të popullsisë etj. Në rast se analizojmë strukturën moshore të popullsisë në Kosovë shohim se popullsia e Kosovës është shumë e re sipas të dhënave të Agjencisë së Statistikave të Kosovës me një moshë mesatare prej 29 vite apo e paraqitur edhe në diagramin e mëposhtëm:

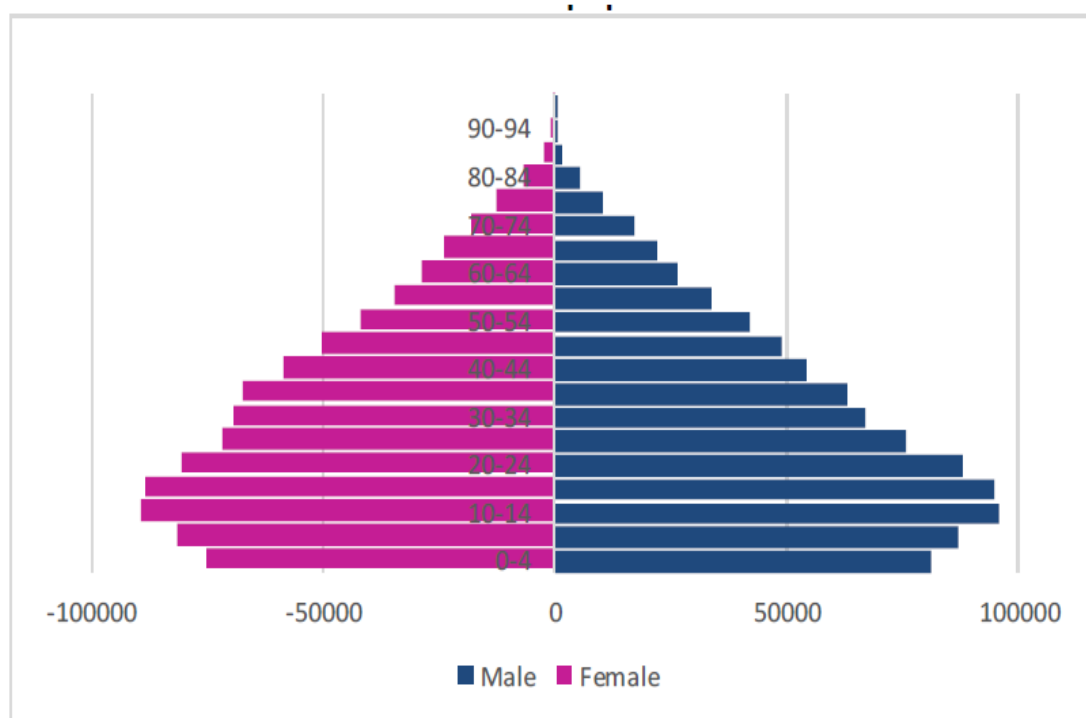


Figura 7 Piramida e popullsisë në Kosovë për vitin 2013 - Burimi: Agjencia e Statistikave të Kosovës)

apo e shprehur në formë tabelare:

Tabela 17 Popullsia e Kosovës sipas grup moshës dhe gjinisë 1971, 1981, 2011, 2013 - Burimi Regjistrimi i popullsisë, ekonomive familjare dhe banesave ne Kosove 2011 kurse viti 2013 është vlerësim nga ASK

Moshë	1971			1981			2011			2013		
	F	M	%	F	M	%	F	M	%	F	M	%
0-14	253716	276952	42.67	314885	341102	41.53	235172	252405	28.02	71961	76227	8.21
15-59	302866	311654	49.41	396490	425187	52.02	538920	543495	62.21	722858	744495	81.26
60+	50156	48349	7.92	52213	49516	6.44	89833	80000	9.76	101510	88801	10.54
Gjithsej	1243693			1579393			1739825			1805852		

Pra nga tabela shohim se vetëm rreth 10% është popullsia e moshuar apo mbi 60 vjeç, që supozohet se është ajo e cila është pjesa më e madhe e atyre që janë të predispozuar për sëmundshmëri dhe rrjedhimisht edhe për përdorimin e barnave që sipas Schwierz 2015 në vendet e EU është e paraqitur si në grafikun e mëposhtëm:

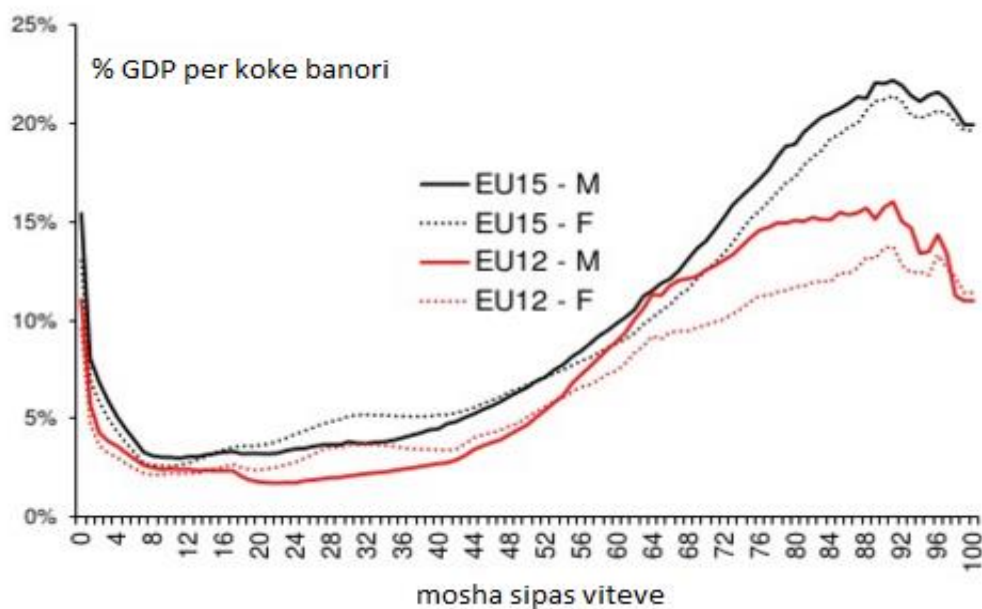


Figura 8 Paraqitja grafike e përdorimit të barnave sipas moshës - Burimi Schwierz 2015)

Kjo do të thotë se në këtë rast Kosova ka përparësi sa i përket përdorimit të barnave pasi ka popullatë të re, mirëpo asesi kjo nuk do të thote se përdorimi i grupeve të veçanta të barnave bëhet siaps standardeve të farmakoterapisë. Si ilustrim i paraqitur duke e

krahasur ndryshimin shumë të madh të përdorimit të barnave në përqindje të popullatës duke krahasuar DID me Norvegjinë apo shtetet tjera të rajonit, mirëpo megjithatë vlen të theksohet se krahasimi kryesor nuk është vetëm në buxhetin e përgjithshëm por edhe në nëngrupet e caktuara të barnave të përdorura dhe krahasimet në mes secilit bar individual për sëmundje të caktuara.

4.2.2 Barnat e grupit C

Barnat e grupit C të konsumuara në periudhën 2011-2015 janë grupi i barnave më të përdorura në Kosovë të cilat përbëjnë rreth 16 % të konsumit të përgjithshëm nga të gjitha 14 grupet e ATC klasifikimit.

Sipas nivelit 2 të ATC, siç është prezantuar në tabelën 18 nëngrupi C09 përbën 278.85 DID apo 51.04% e konsumit të përgjithshëm të grupit C për periudhën pesëvjeçare. Grupi C09 paraqet agjentët të cilët ndikojnë në sistemin renin angiotensin.

Tabela 18 DID për konsumin e barnave të grupit C sipas nivelit 2 të ATC

ATC	DID					Gjithsej	Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015		
C	86.36	97.13	110.06	129.08	123.71	546.34	
C01	3.96	2.27	1.3	4.26	4.51	16.30	2.98%
C02	0.75	0.75	0.73	0.45	0.33	3.02	0.55%
C03	8.39	14.4	19.26	15.22	11.45	68.72	12.58%
C04	2.52	1.1	1.55	1.09	0.98	7.24	1.33%
C05	0.13	0.2	1.59	0.24	0.36	2.52	0.46%
C07	8.55	7.89	10.18	13.27	12.04	51.93	9.51%
C08	12.34	9.75	11.39	15.87	15.35	64.70	11.84%
C09	43.97	52.05	53.7	69.23	59.89	278.85	51.04%
C10	5.76	8.7	10.36	9.44	18.79	53.05	9.71%
Gjithsej	86.36	97.13	110.06	129.08	123.71	546.34	100.00%

Duke krahasur këto rezultate me konsumin e grupit të njëjtë në Norvegji shihet se ka një ngjashmëri në nëngrupin C09 pasi edhe atje është nëngrupi më i përdorur por me një dallim pasi atje është i regjistruar me 647.4 DID e cila është 12 herë më e lartë se përdorimi i agjentëve që ndikojnë në sistemin renin – angiotensin në vitin 2013 në Kosovë. Apo në krahasim me grupin C për vitin 2013 në Kosovë me 110.06 DID krahasuar me 1595.8 DID në vitin 2013 në Norvegji kurse në Kroaci me 354.65 DID.

Një fakt tjetër interesant është ai se nëngrupi C10 (agjentët modifikues të lipideve) në Kosovë është vetëm një e pesta e nivelit 2 të ATC të grupit C me konsum prej 10.36 DID në vitin 2013 apo 24. 82 DID në tri vite krahasur me nëngrupin C10 në Norvegji me 375.2 DID në vitin 2013 apo 1215.2 DID për tri vite kurse në Kroaci për vitin 2013 me 53.54 DID – tabela 19. Nga tabela 19 gjithashtu shohim se dallimet Kroaci Norvegji janë shumë të vogla në këtë grup por edhe në nëngrupe gjë e cila ndryshon në rastin e Kosovës dhe përveç buxhetit edhe këtu kemi dallime sa i përket nëngrupeve të përdorura të barnave. Kjo do të thotë se për trajtimin e indikacioneve të caktuara protokollet terapeutike të vendeve me të cilat është bërë krahasimi janë të harmonizuara përderisa ka ngjashmëri në përdorimin e përgjithshëm në përqindje të nëngrupeve terapeutike të barnave kurse në rastin e Kosovës këtu ka ndryshim dhe kjo po ashtu ndodh edhe për shkak të mungesës së protokolleve të cilat orientojnë profesionistët shëndetësorë për përshkrimin e terapisë për një indikacion të caktuar.

Tabela 19 Krahasimet e konsumit të barnave Kroaci, Norvegji dhe Kosovë për vitin 2013 (Burimi: Konsumi i barnave 2013 Norvegji, Konsumi i barnave 2013 Kroaci)

	Norvegji	Kroaci	Kosovë
	DID		
C	411.71	354.65	110.06
C09	141.29	108.20	53.70
C10	120.75	53.54	10.36
C08	57.15	78.61	11.39
C03	38.54	44.77	19.26
C07	37.71	33.85	10.18
C01	12.00	24.23	1.30
C02	4.17	11.12	0.73
C04	0.10	0.33	1.55
C05	0.00	0.00	1.59

Sipas nivelit 3 të ATC janë treguar vetëm agjentët e caktuar të cilat kanë numra të konsumit për tri vite me 5 nëngrupet më të konsumuara të grupit C të cilët përbëjnë 75% të konsumit të përgjithshëm të grupit C:

1.	C09B – ACE Inhibitorët - kombinimet	74.66 DID
2.	C09A - ACE Inhibitorët	51.15 DID
3.	C03C – Diuretikët e ansës	32.12 DID
4.	C08C – Bllokuesit selektiv të kanaleve të kalciumit	31.49 DID
5.	C07A – Agjentët Beta Bllokues	26.59 DID

Tabela 20 DID për konsumin e disa barnave të grupit C sipas nivelit 3 të ATC

ATC	DID					Gjithsej	Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015		
C	86.36	97.13	110.06	129.08	123.71	546.34	
C01	3.96	2.27	1.30	4.26	4.51	16.30	2.98%
C01A	2.04	0.33	0.52	1.30	0.01	4.21	0.77%
C01B	1.21	0.57	0.47	1.56	1.27	5.07	0.93%
C01D	0.61	0.65	0.00	0.09	3.10	4.46	0.82%
C01E	0.09	0.72	0.30	1.02	0.00	2.13	0.39%
C02	0.75	0.75	0.73	0.45	0.33	3.02	0.55%
C03	8.39	14.40	19.26	15.22	11.45	68.72	12.58%
C03A	0.96	1.31	1.50	0.76	1.23	5.76	1.05%
C03C	6.57	12.32	13.23	12.83	8.70	53.65	9.82%
C03D	0.85	0.77	4.52	1.62	1.28	9.03	1.65%
C04	2.52	1.10	1.55	1.09	0.98	7.24	1.32%
C04A	2.52	1.10	1.55	1.09	0.98	7.24	1.32%
C05	0.13	0.20	1.59	0.24	0.36	2.53	0.46%
C05B	0.06	0.07	1.41	0.06	0.07	1.67	0.31%
C05C	0.07	0.13	0.18	0.17	0.29	0.85	0.15%
C07	8.55	7.89	10.18	13.27	12.04	51.93	9.51%
C07A	8.55	7.89	10.15	13.27	12.04	51.90	9.50%

C08	12.34	9.75	11.39	15.87	15.35	64.71	11.84%
C08C	11.75	8.91	10.84	15.04	14.87	61.40	11.24%
C08D	0.59	0.85	0.55	0.83	0.48	3.31	0.61%
C09	43.97	52.05	53.70	69.23	59.89	278.85	51.04%
C09A	16.57	17.35	17.22	20.67	14.95	86.77	15.88%
C09B	21.55	25.89	27.22	32.69	28.66	136.01	24.89%
C09C	2.06	2.47	2.31	3.50	5.72	16.07	2.94%
C09D	3.78	6.34	6.94	12.38	10.57	40.00	7.32%
C10	5.76	8.70	10.36	9.44	18.79	53.05	9.71%
C10A	5.76	8.70	10.36	9.44	18.78	53.04	9.71%

Duke vazhduar analizimin e secilit agjent apo secilit bar individual shihet se ACE inhibitorët të kombinuar apo të pastër së bashku me diuretikët janë dominues në konsumin e përgjithshëm për periudhën pesë vjeçare në Kosovë e cila shihet në tabelën 21:

Tabela 21 Barnat më të konsumuara nga grupi C sipas nivelit 5 të ATC

ATC	DID					Gjithsej	Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015		
C	86.36	97.13	110.06	129.08	123.71	546.34	
Lisinopril + Hct	9.01	14.21	11.33	20.95	17.70	73.20	13.40%
Amlodipine	10.29	8.14	10.07	13.60	12.44	54.54	9.98%
Furosemide	6.57	12.3	13.05	12.61	8.61	53.14	9.73%
Enalapril + Hct	11.45	9.31	8.93	8.86	7.40	45.96	8.41%
Enalapril	9.82	8.85	5.74	9.35	8.37	42.13	7.71%
Losartan + Hct	3.76	6.07	6.66	10.42	9.01	35.92	6.58%
Atorvastatin	4.51	6.73	7.56	6.81	8.58	34.19	6.26%
Lisinopril	3.66	5.66	10.65	4.42	3.75	28.14	5.15%
Ramipril	3.11	3.11	3.35	5.50	2.19	17.26	3.16%
Bisoprolol	2.08	2.23	3.14	3.21	3.52	14.18	2.60%
Metoprolol	2.76	2.05	2.16	3.06	2.33	12.37	2.26%
Losartan	1.99	1.97	2.01	1.99	3.59	11.55	2.11%
Ramipril + hct	0.95	1.88	2.74	2.83	3.03	11.43	2.09%
Atenolol	1.73	0.99	0.69	2.60	3.21	9.22	1.69%
Spirolactone	0.51	0.77	4.04	1.58	1.10	8.01	1.47%
Nebivolol	0.5	0.78	2.22	2.91	1.45	7.86	1.44%

Carvedilol	1.25	1.53	1.31	1.29	1.29	6.67	1.22%
Rosuvastatine	0.17	0.65	1.59	1.29	2.26	5.96	1.09%
Hydrochlorthiazide	0.96	1.05	1.5	0.76	1.23	5.51	1.01%
Amiodarone	1.21	0.57	0.47	1.56	1.23	5.04	0.92%
Nifedipine	1.38	0.35	0.43	0.50	0.98	3.65	0.67%
Simvastatin	0.88	0.84	0.54	0.63	0.41	3.30	0.60%

Megjithatë përdorimi i përgjithshëm i barnave mund edhe të krahasohet me të dhënat për sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë dhe në këtë rast duke analizuar këto të dhëna të publikuara nga Agjencia e Statistikave e Kosovës shohim se sëmundjet e sistemit kardiovaskular janë shkaktari numër një i vdekjeve në Kosovë - tabela e mëposhtme:

Tabela 22 Rangimi i dhjetë grupeve të shkaqeve të vdekjeve në Kosovë për vitin 2012 – (Burimi: Agjencia e Statistikave e Kosovës)

Nr	KNS - 10	Diagnoza	%
1	I00-I99	Sëmundjet e sistemit të qarkullimit të gjakut	57.9
2	C00-D48	tumoret	13.7
3	R00-R99	Simptomat, shenjat dhe rezultatet jonormale klinike dhe laboratorike të paklasifikuara gjetiu	13.0
4	J00-J99	Sëmundjet e sistemit të frymëmarrjes	4.1
5	P00-P96	Disa gjendje me origjinë në periudhën perinatale	4.0
6	V01-Y98	Shkaktarët e jashtëm të sëmundshmërisë dhe metabolike	2.5
7	E00-E90	Sëmundjet endokrine, të ushqyeshmërisë dhe metabolike	0.9
8	Q00-Q99	Keqformimet e lindura, deformitetet dhe anomalitë kromozomale	0.9
9	N00-N99	Sëmundjet e sistemit urogjenital	0.9
10	G00-G99	Sëmundjet e sistemit nervor	0.7
		Sëmundjet tjera	1.4
		Gjithsej	100.0

Sëmundjet e sistemit kardiovaskular duke pasur një përqindje kaq të lartë të vdekshmërisë (si shkak i vdekjes) domosdoshmërisht duhet të paraqesin prioritet nacional për të menduar në ndryshimet e shpërndarjes, apo edhe përshkrimit dhe trajtimit të sëmurëve që vuajnë nga këto sëmundje duke u fokusuar në parandalimin e këtyre sëmundjeve duke i luftuar shkaktarët e këtyre sëmundjeve. Në aspektin e

parandalimit rol kyç zë përdorimi i barnave të grupit C sipas ATC dhe me këtë rast në aspektin edhe të konsumit por edhe atë farmakoekonomik vërehen ndryshimet e mëdha në krahasim me shtetet si Kroacia dhe Norvegjia, ndërsa kur analizohen faktorët të cilët mund të ndikojnë që ky ndryshim të jetë kaq i madh shihet se disa ndryshime të rëndësishme mund të bëhen në nivel të politikëbërës dhe të caktimit të vendimeve të caktuara me të cilat mund të fillojnë ndryshimet e menjëhershme në sistemin shëndetësor (pra këtu flasim për ndryshimet të cilat mund të bëhen pa pasur nevojë për investime të mëdha monetare apo infrastrukturore të cilat edhe mund të marrin vite të tëra)

4.2.3 Barnat e grupit J

Barnat e grupit J sipas ATC klasifikimit janë antibiotikët dhe përdorimi i tyre është bërë mjaft i diskutueshëm sidomos për faktin se në bazë të hulumtimeve dhe publikimeve të bëra ka rezultuar me përdorim jo adekuat të tyre.

Barnat e grupit J përbëjnë rreth 15.19% të konsumit të përgjithshëm pesë vjeçar, apo të krahasur për nga vlera DID duke qenë prej 19.62 DID më e ulëta në vitin 2013 deri në 26.47 DID e regjistruar në vitin 2011 kurse në aspektin monetar 15% deri 18% e konsumit të përgjithshëm nga të gjitha 14 grupet e barnave sipas klasifikimit të ATC. Ky grup është grup mjaft profitabil në aspektin monetar duke qenë i dyti për nga përqindja sipas grupeve të para të ATC ku pas barnave të grupit C apo atyre kardiovaskulare që përbëjnë rreth 16% të konsumit të përgjithshëm në vlerë monetare, grupi i antibiotikëve është i dyti – shtojca 5.

Sipas nivelit të dytë të ATC nga nëngrupet e këtij grupi të paraqitur në tabelën 23 shohim se është grupi J01 ai i cili përbën sasinë më të madhe apo 99% të grupit J me 114.03 DID për periudhë pesë vjeçare dhe pikërisht ky nëngrup do të analizohet më tej. Krahasuar me Norvegjinë në vitin 2013 gjithashtu ky nëngrup përbën konsumin prej 19.27 DID ngjashëm me atë në Kosovë.

Tabela 23 DID të grupit J sipas nivelit 2 të ATC

ATC	DID					Gjithsej	Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015		
J01	24.22	26.47	18.94	21.7	22.70	114.03	97.45%
J02	0.03	0.01	0.01	0.01	0.01	0.07	0.06%
J04	0		0.26	0.37	0.35	0.98	0.84%
J05	0.03	0.12	0.03	0.19	0.22	0.59	0.50%
J06	0.05	0.02	0.1	0.03	0.08	0.28	0.24%
J07	0.12	0.18	0.28	0.23	0.25	1.06	0.91%
J	24.45	26.8	19.62	22.53	23.61	117.01	100.00%

Në krahasimin sipas nivelit të tretë të ATC për grupin J shohim se nëngrupi J01C apo Antibiotikët beta laktamik të grupit të penicilinave është nëngrupi kryesor dhe me konsumin më të madh duke përbërë rreth 50% të konsumit të përgjithshëm të grupit J e ngjashme edhe me faktin se në Norvegji ky nëngrup përbën rreth 44% të këtij grupi.

ATC	2011	2012	2013	2014	Gjithsej
J	24.22	26.47	18.94	21.70	91.32
J01	24.22	26.47	18.94	21.70	91.32
J01A	0.73	0.24	0.47	0.79	2.23
J01C	11.51	13.76	10.18	11.15	46.60
J01D	4.31	4.90	4.10	4.59	17.89
J01E	1.30	0.54	0.66	0.91	3.40
J01F	1.88	1.53	1.35	1.68	6.44
J01G	0.25	0.85	0.20	0.22	1.52
J01M	3.49	4.48	1.93	1.90	11.80
J01X	0.75	0.17	0.05	0.46	1.43

Tabela 24 DID sipas nivelit të tretë të ATC për grupin J

ATC		2011	2012	2013	2014	Gjithsej
J		24.45	26.81	19.62	22.52	93.40
J01CR02	Amoxicillin dhe inhib. i enzi.	3.19	3.31	3.50	4.97	14.96
J01CA04	Amoxicillin	6.41	7.76	5.22	4.47	23.86
J01DD04	Ceftriaxon	0.62	1.08	1.09	1.80	4.59
J01MA02	Ciprofloxacina	3.09	2.52	1.33	1.29	8.22
J01FA09	Claritromycin	0.88	0.79	0.39	1.15	3.20
J01EE01	Sulfametoksazol dhe Trimetoprim	1.30	0.54	0.66	0.91	3.40
J01DC04	Cefaklor	1.30	1.00	1.27	0.89	4.46
J01CE02	Fenoksi metil penicilinë	0.53	0.46	0.56	0.85	2.40
J01DB01	Cefaleksinë	1.76	1.60	0.98	0.82	5.17
J01AA02	Doksiciklinë	0.73	0.24	0.47	0.78	2.23
J01DC02	Cefuroksim	0.15	0.70	0.44	0.46	1.75
J01CA01	Ampicilinë	1.19	1.40	0.78	0.42	3.79
J01DD08	Cefiksim	0.40	0.48	0.25	0.40	1.53
J01MA12	Levofloksacinë	0.02	1.68	0.36	0.39	2.46
J01FA10	Azitromicinë	0.28	0.35	0.44	0.38	1.46

Tabela 25 DID e dia prej barnave sipas nivelit të pestë të ATC për grupin J

Nga tabela sipas nivelit 5 të ATC shohim se bari Amoksicilinë dhe inhibitor i enzimave është më i përdoruri nga grupi i antibiotikëve me gjithsej 4.97 DID për vitin 2014 apo 22% e përshkrimit të përgjithshëm të antibiotikëve pasur nga amoksicilina me 4.47 DID për vitin 2014 apo 19.8% e numrit të përgjithshëm të antibiotikëve pasuar nga bari ceftriaxon me 1.8 DID apo 8% të përshkrimit të përgjithshëm të antibiotikëve si antibiotik parenteral. Dhe pikërisht në këtë rast kur e krahasojmë me Norvegjinë këtu përdorimi është mjaft i kufizuar dhe atje përbën vetëm 0.03 DID për vitin 2013 apo Kroaci për po të njëjtin vit me 0.15 DID. Ky është një fakt i përdorimit racional të barnave duke pasur restriksione në përdorimin e llojeve të caktuara të barnave përderisa në grupet tjera kishte një diskrepancë signifikante në përdorimin shumë më të madh të demonstruar në Norvegji apo Kroaci në rastin e barit ceftriaxon shohim një diskrepancë në anën e kundërt kur në Kosovë ka përdorim shumë më të madh.

Tabela 26 Konsumi i disa antibiotikëve sipas DID në Kosovë

	2011	2012	2013	Gjithsej
	DID			
J	24.45	26.81	19.62	70.88
Amoxicilline	5.47	5.61	3.72	14.80
Amoxicilline + Clavulanic acid	3.19	3.31	3.50	9.99
Ciprofloxacin	2.99	2.36	1.33	6.68
Amoxicillin	0.94	2.14	1.50	4.58
Cefaclor	1.30	1.00	1.27	3.57
Cefalexine	1.40	1.17	0.59	3.17
Ceftriaksone	0.58	1.01	1.06	2.65
Ampicilline	1.07	1.02	0.48	2.56
Levofloxacin	0.02	1.68	0.36	2.07
Phenoxy Methyl Penicilin	0.53	0.46	0.56	1.55
Sulfam + Trimet	0.80	0.15	0.51	1.46
Doxycycline	0.73	0.24	0.47	1.44
Clarithromycine	0.50	0.68	0.19	1.36
Cefuroxime	0.15	0.70	0.44	1.29

Cefalexin	0.35	0.43	0.39	1.17
Gentamicine	0.14	0.82	0.19	1.15
Azithromycine	0.24	0.34	0.39	0.98
Sulphamethoxazole + trimet	0.49	0.31	0.15	0.95
Cefiksime	0.27	0.44	0.22	0.93
Ampicilin sulbactam	0.08	0.76	0.09	0.93
Apicillin	0.12	0.38	0.30	0.81
Pipemidic acid	0.33	0.22	0.21	0.76
Erithromycin	0.23	0.25	0.24	0.71
Clarithromycin	0.38	0.12	0.20	0.69
Metronidazole	0.66			0.66

Duke analizuar anëtarët ose barnat e veçanta mund të shohim disa detaje të cilat tregojnë rritje të konsumit të ndonjë bari në krahasim me përdorimin e tij në rajon apo në vendet tjera të zhvilluara. Një shembull është produkti Ceftriaxon i cili ka përdorim të theksuar në praktikën klinike por edhe ambulantore. Ky është produkt i cili i përket antibiotikëve të gjeneratës së tretë të Cefalosporinave e cila klasë sidomos në grupin e produkteve parenterale ka përdorim të kufizuar klinik dhe nëse krahasojmë të dhënat nga konsumi i barnave të Norvegjisë shohim se ky produkt përdoret në masën 0.03 DID në vitin 2013 krahasur me Kosovën me 1.06 DID në vitin 2013 duke qenë kështu shumë herë më i përdorur krahasur me grupet tjera të cilat rekomandohen posaçërisht kur është e nevojshme si psh grupi i penicilinave. Fenoksimetilpenicilina ka konsum prej 0.56 DID në Kosovë për dallim prej Norvegjisë me 4.23 DID në vitin 2013. Me këtë rast duke i krahasura këto të dhëna shohim se përdorimi i formave orale të barnave është i favorizuar në Norvegji krahasur me Kosovën ku kemi përdorim shumë të theksuar të formave parenterale – rasti i produktit ceftriaxon. Kjo gjithashtu do të thotë shpenzim shumë i madh për shkak të kostos shumë më të lartë të produkteve parenterale mirëpo edhe përdorim jo racional i antibiotikëve ose keqpërdorim i theksuar i këtyre llojeve duke shkaktuar kështu probleme të cilat janë kërcënuese për popullatën. Në fakt shumë

shtete perëndimore e kanë cilësuar si kërcënim global ku sipas qendrës për parandalimin e sëmundjeve çdo vit në SHBA vdesin rreth 23000 persona nga rezistenca e baktereve - Strategjia nacionale për luftimin e rezistencës antimikrobike SHBA 2015 si strategji për luftimin e këtij kërcënimi global deri sa në SHBA përveç instituteve shkencore të specializuara është edhe presidenca ajo e cila në nivel të sigurisë kombëtare e ka trajtuar këtë çështje. Me këtë rast duke analizuar të dhënat e konsumit të barnave në Kosovë, dhe duke analizuar edhe produktet tjera orale të cilat mund të përdoren në bazë të literaturës apo edhe studimeve farmakoeconomike shohim se në këtë drejtim mund të ketë përmirësime të shumta.

Në një studim Yaqub A & Khan Z (2005) kanë arritur në përfundim se me përdorimin e Amoksicilinës/klavulanatit ka pasur kursime domethënëse duke e krahasur me antibiotikun Ceftriakson dhe theksojnë se përderisa në rastin e hulumtimit të tyre efikasiteti klinik për trajtimin e Pneumonisë ka qenë i krahasueshëm atëherë përdorimi i antibiotikut më të lirë gjithmonë duhet të vendoset si terapi. Të njëjtit autorë theksojnë se studimi i tyre gjithashtu ka ngjashmëri edhe me studimet e bëra nga autorë të tjerë në Britani dhe SHBA si Hendrickson dhe North të cilët kanë studiuar përfitimin ekonomik të krijuar nga ndërrimi i terapisë intravenoze me Ceftriaxon në atë të Cefpodoximit (oral – nga goja) dhe kanë demonstruar kursime prej \$46.05 gjithashtu kanë shkurtuar kohën e hospitalizimit që ka kursyer \$827 të tjera dhe me këtë rast përderisa kishte përmirësim klinik ekuivalent dhe të krahasueshëm është treguar përfitimi shumë i madh ekonomik i ndërrimit të terapisë. Prandaj duke krahasur analizat e konsumit të cilat japin rezultatet e barnave të caktuara dhe krahasimi i tyre me analiza farmakoeconomike duke përfshirë të dhënat shkencore edhe të aspektit farmakologjik dhe klinik është domethënës në procesin e vendimmarrjes së ordinimit të terapisë.

Krahasimet e barnave të caktuara duke marrë parasysh analizat farmakoekonomike të barnave të caktuara kanë treguar se varësisht prej indikacioneve të caktuara edhe një produkt mund të jetë dominant ndaj tjetrit pavarësisht se në bazë të studimeve farmakologjike përdorimi i tyre tregon farmakokinetikë të njejtë. Duke analizuar përdorimin apo indikacionet e përdorimit të produktit Imipenem, ertapenem dhe Piperacilin/Tazobactam janë dhënë shumë rezultate të caktuara por edhe rekomandime varësisht nga grup mosha por edhe aspekti i licencimit të barit për indikacionet e caktuara.

Në studimin nga Saltoglu, N. me bashkëpunëtorë (2010) duke analizuar aspektet farmakoekonomike të përdorimit të antibiotikëve Piperacilin/Tazobactam ndaj Imipenem/Cilastatin vijnë në përfundim se Piperacilina me Tazobactam është superiore ndaj Imipenemit me Cilastatin në trajtimin e infeksioneve të lëkurës te pacientët Diabetik - te rastet e moderuara deri të rënda. Ngjashëm me këtë edhe autorët Dietrich E me bashkëpunëtorë (2001) theksojnë kost – efikasitetin e përdorimit të Piperacilinës me Tazobactam por në rastin e trajtimit të infeksioneve intra-abdominale dhe ky kursim gjithashtu bëhet edhe më i theksuar pasi edhe relapset janë më të pakëta por edhe kostoja e terapisë ditore në përgjithësi. Kurse autorët Vural, S. me bashkëpunëtorë theksojnë superioritetin e Piperacilinës ndaj Imipenemit si terapi empirike në rastet e popullatës pediatrike kurse ka efikasitet të ngjashëm dhe të sigurt në rastet e terapisë empirike të episodave febrile neutropenike. Në studimin e zgjeruar për rolin e Piperacilinës me Tazobactam nga autorët Young dhe Plosker (2001) gjithashtu theksohet se me këtë produkte reduktohet kostoja e përgjithshme e trajtimit te infeksionet e rënda bakterore duke e rritur suksesin e trajtimit dhe duke reduktuar kohëzgjatjen e qëndrimit në spital në krahasim me antibakterorët tjerë kurse ka treguar dominancë në trajtimin e

infeksioneve intraabdominale, episodeve febrile te pacientët me neutropeni, infeksionet e lëkurës dhe indeve të buta prandaj edhe rekomandohet përdorimi i Piperacilinës me Tazobactam si terapi empirike e rendit të parë për infeksionet e moderuara deri të rënda bakterore. Mirëpo në anën tjetër ka artikuj të cilët për çështje të caktuara nuk e favorizojnë Piperacilinën por ndonjë produkt tjetër si në studimin nga autorët Jansen J. me bashkëpunëtorë (2009) të cilët vijnë në përfundim se në rastet e infeksioneve intraabdominale të fituara në komunitet produkti ertapenem është dominant ndaj Piperacilinës me Tazobactam në rastin e Holandës. Kështu ka mënyra të ndryshme të evaluimit dhe të krahasimit të produkteve të caktuara.

Në këtë mënyrë duke krahasuar tabelën 6 gjatë shtrimit të problemit si edhe analizave të konsumit shohim se në asnjë aspekt farmakoekonomik nuk mund të mbështetet përdorimi aq masiv i Imipenemit ndaj llojeve tjera që do të duhej të përdreshin posaçërisht në raste të caktuara dhe me përkujdesje strikte profesionale. Në këtë mënyrë është arritur që në shërbimin spitalor të krijohen mekanizma kontrollues të cilët duke përfillur rekomandimet nga hulumtimet shkencore të arrijnë që edhe të krijojnë kursime por edhe efikasitet në trajtimin e pacientëve.

4.2.4 Barnat e grupit L

Konsumi i barnave antikanceroze në Kosovë është i bazuar në 60 lloje të barnave sipas emrit gjenerik apo INN apo 119 lloje të ndryshme të barnave sipas emrit të mbrojtur, barna që posedojnë Autorizimin për Marketing në Kosovë dhe të cilat janë të prodhuara nga 41 prodhues të ndryshëm (AKPPM 2015). Të dhënat janë mbledhur nga depot me shumicë të barnave – importuesit për periudhën 2011-2013 si pjesë e këtij hulumtimi dhe pasi janë publikuar si analizë kjo ka qenë arsyeja që është bërë për tri vite referencë në mënyrë që të përfitohet edhe trendi i përshkrimit të barnave (Jakupi A. 2014), kurse pjesa e konsumit të vitit 2014 dhe 2015 janë mbledhur në vazhdim të hulumtimit dhe ende janë të pabotuara.

Më tej analizimi i produkteve nga Lista esenciale është e bazuar në të dhënat e Ministrisë së Shëndetësisë për përdorimin e këtyre barnave nga spitalet, lista esenciale e barnave citostatike e aprovuar nga Minsitri i Shëndetësisë e cila gjithashtu është publike, krahasimet nga publikimi i analizës së listës esenciale sipas VEN dhe ABC analizës, analizat tjera të disa prej këtyre barnave si krahasimi me buxhetin e përgjithshëm të Ministrisë së Shëndetësisë.

Përdorimi i VEN dhe ABC analizës kanë nxjerrë në pah disa nga problemet e theksuara të këtij procesi. Sipas Quick me bashkëpunëtorë (1997) VEN sistemi përcakton prioritetet për përzgjedhjen, prokurimin dhe përdorimin sipas ndikimit në shëndet të secilit bar, kështu barnat e grupit V janë barnat vitale të cilat janë jetëshpëtuese ra që janë kruciale për dhënien e shërbimeve bazike shëndetësore, grupi E apo barnat esenciale – ato barna të cilat janë efektive ndaj formave më pak të signifikante të sëmundjeve por që nuk janë vitale dhe grupi N i barnave (nonessential apo neccessary)

joesenciale apo të nevojshme ato të cilat kanë një kosto shumë të lartë për avantazh marginal terapeutik f.630.

Barnat e grupit L përbëjnë një grup të veçantë të barnave pasi që janë për trajtimin e sëmundjeve kundër kancerit. Janë barna shumë të kushtueshme dhe shpesh herë nuk janë jetëshpëtuese por në një mënyrë zgjasin vitet e jetës por edhe përmirësojnë kualitetin e jetës.

Sipas nivelit 3 të ATC shihet se në vlerë monetare barnat e nëngrupit L01X – Agjentët tjerë neoplastik janë dukshëm më të përdorur apo më të kushtueshëm pasuar nga grupi L03A – Imunostimuluesit, tabela 27.

Tabela 27 Konsumi i barnave antikanceroze sipas nivelit 3 të ATC në periudhën 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej
L	€ 3,520,675.07	€ 7,058,046.99	€ 5,599,616.78	€ 4,009,818.53	€ 6,578,764.48	26,766,921.85
L01A	€ 20,223.00	€ 94.00	€ 67,077.50	€ 46,908.20	€ 1,094,868.40	1,229,171.10
L01B	€ 498,921.00	€ 8,274.50	€ 645,970.96	€ 187,825.56	€ 228,125.94	1,569,117.96
L01C	€ 15,408.50	€ 148,798.58	€ 99,606.34	€ 172,046.38	€ 187,107.67	622,967.47
L01D	€ 1,883.00		€ 4,785.36	€ 16,971.78	€ 14,185.32	37,825.46
L01X	€ 2,283,178.70	€ 5,007,110.81	€ 3,425,442.10	€ 2,536,169.16	€ 3,514,315.63	16,766,216.40
L02A	€ 1,812.10	€ 197.65	€ 95,416.00	€ 62,922.85	€ 102,999.81	263,348.41
L02B	€ 31,075.70	€ 31,991.10	€ 37,733.12	€ 34,905.30	€ 53,929.39	189,634.61
L03A	€ 660,980.07	€ 1,795,018.90	€ 1,111,209.80	€ 864,737.20	€ 1,256,841.60	5,688,787.57
L04A	€ 7,193.00	€ 66,561.45	€ 112,375.60	€ 87,332.10	€ 126,390.72	399,852.87
Gjithsej	€ 3,520,675.07	€ 7,058,046.99	€ 5,599,616.78	€ 4,009,818.53	€ 6,578,764.48	26,766,921.85

Edhe në vitin 2014 shihet një trendi ngjashëm i përdorimit të këtyre barnave mirëpo me disa ndryshime pasi nëngrupet L01B, L01X dhe L03A kanë ulje nga vitet paraprake dhe kjo më së miri shihet në figurën e mëposhtme.

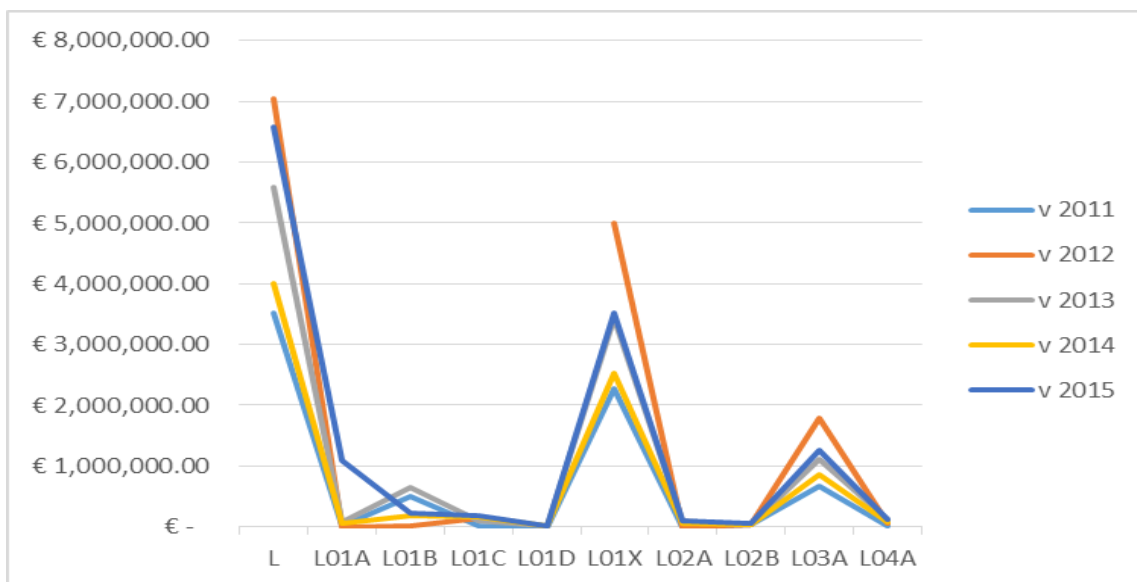


Figura 9 Konsumi i barnave të grupit L në nivelin 3 të ATC në vlerë monetare për pesë vite referencë

Krahasimi i këtyre rezultateve me rezultatet e publikuara në Norvegji nuk janë të ngjashme nëse krahasohen grupet apo nëngrupet e barnave më të përdorura duke krahasuar konsumin e nëngrupit L01X me 61.8% të tërë grupit L kurse në Norvegji nëngrupi L01X përbën 22% të tërë grupit L. Dallim domethënës në këtë grup përbën nëngrupi më i përdorur në Norvegji L04A – Imunosupresantët me 55% të totalit krahasuar me Kosoven ku i njëjti nëngrup përbën vetëm 2% të këtij grupi L për vitin 2013. Rezultate të ngjashme janë edhe në referencën prej tri vitesh kurse në vitin 2014 shihet një rritje e vogël e konsumit të këtij nëngrupi në përqindje por që përsëri është shumë domethënëse në krahasimin 3.12% e grupit L me 22% të grupit L në Norvegji.

Në rast se analizohen shpenzimet e barnave nga ky grup në përqindje me gjithsej shpenzimet për barna esenciale shohim se grupi L paraqet për vitet 2011-2013 ka zënë 75% të buxhetit të përgjithshëm përderisa kjo kur krahasohet me shtetet si Australia që nga buxheti i përgjithshëm i barnave ndan 8% apo Zelanda e Re 9% për citostatikë (Banka Botërore 2014) atëherë shohim se kjo paraqet një diskrepancë të skajshme me planifikimin adekuat që do të duhej të ishte. Kjo diferencë e cila shihet në shpenzimet e citostatikëve duke mos analizuar faktorët të cilët kanë sjellë në këtë gjendje na tregon se me doemos duhet që të kemi një mbikëqyrje adekuate dhe jo vetëm të citostatikëve por të të gjitha barnave në përgjithësi.

Duke vazhduar analizimin e secilit produkt brenda këtij grupi shohim diferenca të cilat përputhen me procesin e përzgjedhjes nga personat përgjegjës të autoritetit kompetent. Por se a janë këto përzgjedhje adekuate dhe a kanë përfillur rregullat e përgjithshme të definicionit si barna esenciale duke përfshirë këtu edhe analizat farmakoeconomike është çështje më vete.

Tabela 28 Konsumi i disa prej barnave të grupit L sipas nivelit të 5 të ATC

	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej
L	€ 3,520,675.07	€ 7,058,046.99	€ 5,599,616.78	€ 4,009,818.53	€ 6,578,764.48	26,766,921.85
Trastuzumab	€ 718,750.00	€ 2,878,408.00	€ 559,685.40	€ 1,061,195.36	€ 1,086,179.62	6,304,218.38
Rituximab	€ 738,562.50	€ 853,500.00	€ 811,215.00	€ 412,000.00	€ 341,700.00	3,656,977.50
Bevacizumab	€ 519,750.00	€ 644,850.00	€ 1,422,450.00	€ 28,125.00	€ 301,000.00	3,416,175.00
Interferon beta 1 b	€ 286,481.07	€ 742,213.90	€ 463,160.00	€ 379,766.20	€ 190,380.00	2,062,001.17
Peginterferon Alfa 2a	€ 271,800.00	€ 878,250.00	€ 409,600.00	€ 330,000.00	€ 148,500.00	2,038,150.00
Imatinb Mesilat		€ 119,050.00	€ 321,077.85	€ 590,368.95	€ 250,670.47	1,281,167.27
Capecitabine	€	€	€	€	€	

	472,500.00	20.50	613,020.00	63,570.00	30,680.00	1,229,790.50
Sorafenib	€ 257,616.00	€ 386,423.81	€ 211,102.00	€ 154,500.25	€ 182,596.94	1,192,239.00
Temozolamide	€ 20,223.00		€ 21,600.00	€ 41,600.00	€ 1,076,052.60	1,159,475.60
Peginterferon alfa 2B			€ 6,000.00		€ 353,634.28	859,634.28
Filgastrim	€ 90,000.00	€ 161,805.00	€ 211,860.00	€ 98,970.00	€ 28,537.50	591,172.50
Docetaxel	€ 10,350.00	€ 115,000.00	€ 43,113.84	€ 42,899.20	€ 97,373.88	308,736.92
Vemurafenib			€ 53.85	€ 72,695.00	€ 186,930.00	259,678.85
Goserelin	€ 1,416.80		€ 95,416.00	€ 54,817.85	€ 92,094.85	243,745.50
Mycophenolate mofetil			€ 29,970.00	€ 51,300.00	€ 106,013.40	187,283.40
Erlotinib		€ 85,375.00		€ 76,500.00	€ 20,400.00	182,275.00
Gemcitabine	€ 23,580.00	€ 8,254.00	€ 24,768.00	€ 37,454.56	€ 62,306.12	156,362.68
Oxaliplatin	€ 19,880.00	€ 29,004.00	€ 34,004.00	€ 33,423.20	€ 30,760.00	147,071.20
Pemetrexed				€ 75,820.00	€ 65,404.80	141,224.80
Herbal mix		€ 31,030.00	€ 55,820.00	€ 26,420.00	€ 20,160.00	133,430.00
Paclitaxel	€ 2,691.00		€ -	€ 65,929.94	€ 51,857.02	120,477.96
Interferon alfa-2a	€ 12,699.00	€ 12,750.00	€ 13,500.00	€ 48,000.00	€ 27,000.00	113,949.00
Tocilizumab		€ 43,524.00	€ 60,480.00			104,004.00
Tamoxifen	€ 8,555.70	€ 21,641.10	€ 15,112.00	€ 17,970.00	€ 23,838.70	87,117.50
Carboplatine	€ 465.00		€ 24,024.00	€ 33,371.52	€ 26,240.00	84,100.52
Anastrozole	€ 10,100.00	€ 3,150.00	€ 22,621.12	€ 16,935.30	€ 29,768.69	82,575.11
Sunitinib				€ 44,374.40	€ 22,187.20	66,561.60
Cyclosporine		€ 17,302.00	€ 13,300.00	€ 18,872.10	€ 7,651.90	57,126.00
Cisplatin	€ 1,796.00		€ 17,040.00	€ 4,557.80	€ 23,384.90	46,778.70
Ifosfamide			€ 40,297.50	€ 1,375.30	€ 1,913.70	43,586.50
Irinotecan	€ 900.00		€ 500.00	€ 12,705.68	€ 26,234.40	40,340.08
Tacrolimus		€ 5,400.00	€ 8,625.60	€ 17,160.00	€ 7,507.50	38,693.10
Etoposide	€ 367.50		€ 672.50	€ 32,191.04	€ 4,193.10	37,424.14
Doxorubicin	€ 908.00		€ 3,480.00	€ 16,861.78	€ 10,690.52	31,940.30

Fludarabine			€ 7,447.96	€ 6,736.58	€ 13,493.52	27,678.06
Asparaginase	€ 24,750.00					24,750.00
Pertuzumab		€ 10,500.00	€ 10,500.00			21,000.00
Triptorelin	€ 395.30	€ 197.65		€ 8,105.00	€ 7,900.20	16,598.15
Dacarbazine			€ 2,430.00	€ 1,470.00	€ 12,295.80	16,195.80
BCG Vaccine			€ 4,089.80	€ 8,001.00	€ 2,990.00	15,080.80
Vismodegib			€ 13,680.00			13,680.00
Tretinoin				€ 7,672.00	€ 4,094.90	11,766.90
Aflibercept				€ 3,000.00	€ 8,032.20	11,032.20
Cetuximab					€ 9,034.40	9,034.40
Vincristin	€ 2,000.00	€ 2,768.58		€ 135.00	€ 3,516.07	8,419.65
Cyclophosphamide		€ 94.00	€ 2,750.00	€ 2,462.90	€ 2,106.30	7,413.20
Exemestane		€ 7,200.00			€ 72.00	7,272.00
5 fluorouracil	€ 2,480.00		€ 735.00	€ 4,000.00	€ -	7,215.00
Leflunomide	€ 7,193.00				€ 2.00	7,195.00
Bicalutamide	€ 6,000.00					6,000.00
Letrozole	€ 5,700.00				€ 250.00	5,950.00
Bacterial lysate					€ 5,799.82	5,799.82
Hydroxycarbamide				€ 1,680.00	€ 3,905.00	5,585.00
Azathioprine					€ 5,215.92	5,215.92
Methotrexate	€ 361.00			€ 244.42	€ 4,605.70	5,211.12
Bleomycine			€ 1,305.36	€ 110.00	€ 3,494.80	4,910.16
Vinorelbin				€ 4,180.00	€ -	4,180.00
Interferon alfa-2b			€ 3,000.00			3,000.00
Busureline					€ 2,650.00	2,650.00
Chlorambucil					€ 2,500.00	2,500.00
Tegafur					€ 1,360.00	1,360.00
Vinblastin				€ 291.20	€ 973.20	1,264.40

Nga tabela shohim se vetëm disa prej barnave janë ato që kanë vlera shumë të larta por gjithashtu shohim edhe variacionet nga viti në vit në porositë e tyre si psh barin trastuzumab në vitin 2011 konsumi ka qenë € 718 mijë në vitin 2012 - €2.8 milion kurse në vitin 2013 € 559 mijë. Në vitin 2014 shohim se përsëri vlera e të njëjtit ka rritje në mbi €1 Milion. Nga tabela shohim se vlera për një njësi-ampullë e këtij produkti kap shumë prej € 1550.00.

Në tabelë po ashtu shohim se anëtari i i këtij grupi – produkti Bevacizumab (vlera për njësi sipas tabelës është € 309.00) në vitin 2011 dhe 2012 kishin konsum përafërsisht të ngjashëm me një diferencë jo shumë të madhe përkatësisht € 519,750.00 dhe € 644,850.00 kurse në vitin 2013 një konsum prej € 1,422,450.00, në vitin 2014 vlera e të njëjtit është € 28.000. Diferencë signifikante shihet edhe te produkti Capecitabine (vlera për njësi sipas tabelës 16 është € 2.33) ku në vitin 2012 vlera e porosisë ishte vetëm € 20 kurse në vitin 2011 € 472,500.00 kurse në vitin 2013 € 613,020.00 kurse në vitin 2014 përsëri ka rëni në € 63.000.

ABC analiza citostatiket									
N r	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza & Vellimi	V	E	N	sasia 12 muaj	Çmimi Njesi/€	Vlera
1	TRASTUZUMA B	konc.per sol per inf	440mg	V			1320	€ 1,550.00	€ 2,046,000.00
2	BEVACIZUMA B	konc.per sol per inf	400mg/16 ml		E		6400	€ 309.00	€ 1,977,600.00
3	IMATINIB MESYLATE	tbl	400mg		E		12600	€ 98.30	€ 1,238,580.00
4	RITUXIMAB	konc.per sol per inf	500mg		E		600	€ 1,145.00	€ 687,000.00
5	CAPECITABIN E	tbl	500 mg	V			210000	€ 2.33	€ 489,300.00
6	SORAFEMIB	tbl	200mg		E		10800	€ 36.50	€ 394,200.00

7	ERYTHROPOE TIN BETA	shiringe e mbushur/sol	30000 IU	V			1800	€ 165.00	€ 297,000.00
8	IBANDRONAT E	konc.per sol per inf	6mg	V			2160	€ 125.00	€ 270,000.00
9	PEMETREXED	plv per konc.per sol	500 mg			N	240	€ 990.00	€ 237,600.00
10	GOSERELIN	implant, sh. e mbushur	10.8 mg	V			480	€ 302.00	€ 144,960.00
11	DO CETAXEL	konc. dhe tretes per sol per inf	40mg/ml, 2ml	V			4800	€ 23.73	€ 113,904.00
12	FILGRASTIM	sol per inf	48 MIU	V			3000	€ 36.00	€ 108,000.00
13	RITUXIMAB	konc.per sol per inf	100mg		E		400	€ 230.00	€ 92,000.00
14	TEMOZOLAMI DE	caps	250 mg	V			1680	€ 50.86	€ 85,444.80
15	PEMETREXED	plv per konc.per sol	100 mg			N	240	€ 220.00	€ 52,800.00

Tabela 29 ABC analiza e 15 citostatikëve të porositur në vlerat më të larta monetare (Burimi: Ministria e Shëndetësisë 2013)

ABC analiza citostatiket									
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza & Vellimi	V	E	N	Sasia 12 muaj	Çmimi Njesi/€	Vlera
38	HYDROXICAR BAMIDE	caps	500mg			N	10000	€ 0.15	€ 1,500.00
39	TIOGUANINE	tbl	40mg			N	200	€ 2.50	€ 500.00
40	CALCIUM FOLINAT	sol per inj	10mg/ml, 5ml	V			80	€ 4.20	€ 336.00
41	METHOTREXA T	tbl	2.5mg	V			1500	€ 0.13	€ 195.00
42	METHOTREXA T	sol per inj	50mg/ml, 1ml	V			60	€ 3.19	€ 191.40
43	ASPARAGINAS E	sol per inj	10MIU, 10ml				36	€ 2.00	€ 72.00
44	BLEOMICIN	plv per sol per inf	15IU	V			0	€ 26.60	€ -
45	CITARABIN	sol per inj	100mg/ml , 1ml			N	0	€ 3.50	€ -
46	CYCLOPHOSP HAMID	plv per sol	200mg	V			0	€ 2.59	€ -
47	CYCLOPHOSP HAMID	plv per sol	1000mg	V			0	€ 5.69	€ -
48	DAUNORUBICI N	plv per inj	20mg			N	0	€ 12.23	€ -
49	5 FLUOURACIL	sol per inj	50 mg/ml, 5ml	V			0	€ 1.68	€ -
50	IRINOTECAN	konc.per sol	20mg/ml,	V			0	€	€

		per inf	5ml					18.00	-
51	6 MERCAPTOPU RIN	tbl	50mg			N	0	€ 1.50	€ -
52	MELFALAN	tbl	2mg			N	600		€ -
53	PACLITAXEL	konc.per sol per inf	100mg	V			0	€ 16.00	€ -
54	PACLITAXEL	konc.per sol per inf	30mg	V			0	€ 6.30	€ -
55	PROCARBAZIN E	tbl	50mg			N	0		€ -
56	SODIUM CLODRONAT	caps	800 mg			N	0	€ 3.94	€ -
57	SODIUM CLODRONAT	konc.per sol per inf	60mg/ml, 5ml			N	0	€ 15.86	€ -
58	VINCRISTIN	sol per inj	1mg/ml, 1ml	V			0	€ 8.50	€ -

Tabela 30 ABC analiza e 20 citostatikëve të porositur në vlerat më të ulëta monetare ose me vlera zero (Burimi: Ministria e Shëndetësisë 2013)

Tabela 29 dhe 30 paraqesin jo vetëm vlerat e këtyre produkteve, sasinë e planifikuar si dhe vlerën totale brenda një viti por edhe kategorizimin VEN, kategorizim ky i cili rekomandohet nga OBSH për vendet të cilat nuk kanë buxhet të mjaftueshëm për furnizimin me të gjitha barnat e nevojshme andaj ky kategorizim i cakton prioritetet sipas asaj se cili produkt është më vital.

Nga tabelat 29 dhe 30 shohim se produktet të cilat kanë vlera të ulëta për një ampullë psh € 2, €3 apo të ngjashme nuk janë porositur fare nga instituti onkologjik në vitin 2012 por tendenca e porosive është në barnat që për një ampullë kushtojnë me mija Euro. Nga tabela 29 shohim se 15 produktet e fundit të listës esenciale të renditura sipas ABC analizës (renditja sipas shumës së vlerës së porositur brenda një viti) kanë vlerë zero të porosisë kurse pesë produktet e radhës për nga fundi i kësaj liste në total kapin shumën prej € 2572 që është më pak se dy ampulla nga anëtari i parë i kësaj liste.

Nga VEN dhe ABC analiza e citostatikëve shihet se 8 produkte të kategorizuara si vitale përbëjnë 22.22% të produkteve Vitale të listës esenciale të citostatikevë të cilat nuk janë

porositur fare nga autoriteti kompetent apo këto produkte përbëjnë 13.79% të të gjitha produkteve të Listës esenciale të cilat nuk janë porositur.

Po ashtu sipas tabelës 4 produkti paclitaxel (me numër rendor 53 dhe 54) i cili në listën esenciale është i përfshirë në dy doza të cilat janë 30 mg dhe 100 mg shihet se ka vlerë zero të porosive, produkt ky që ka një vlerë mjaft të ulët apo në mënyrë signifikante më të ulët se produktet tjera të cilat përdoren për indikacione të njëjta. Nga grupi i taksaneve Docetaxeli dhe Paclitaxeli kanë qenë komponentë kyçe e kemoterapisë që prej viteve të 90-ta zakonisht të dhëna pas kemoterapisë me bazë antracikline Weber Foster (2014). Më tej në të njëjtin punim theksohet se sipas udhërrëfyesve nuk është e specifikuar se cili nga taksanet është i preferuar pasi janë konsideruar si të ngjashëm për nga efektiviteti megjithëse me efekte anësore të ndryshme por edhe me kosto të ndryshme e cila është vërtetuar në bazë të analizave farmakoekonomike paclitaxeli që përdoret një herë në javë dhe docetaxeli 3 javor janë kost-efektiv ndaj paclitaxelit 3 javor por nëse krahasohen paclitaxeli me docetaxelin është parë se më shumë jetë janë shpëtuar me paclitaxel por me kosto më të lartë.

Bazuar në këto duke dhënë një regjim i cili propozon fillimisht përdorimin e antraciklineve, gjithashtu shohim se si përfaqësues i antraciklineve produkti daunorubicin me numër rendor 48 nga tabela 4 gjithashtu ka vlerën zero të porosive.

Këto ndryshime të tilla shihen edhe te anëtarët tjerë të këtij grupi gjë që bën të propozohet që autoriteti kompetent duhet të marrë masa serioze për të vendosur vendime të cilat do të bënin që procesi i selektimit por dhe planifikimit të këtyre barnave të jetë i vazhdueshëm dhe duke përfillur rregulloret për barnat esenciale si dhe analizat farmakoekonomike të cilat sipas Pallis me bashkëpunëtorë (2010) nga të gjitha opsionet e terapisë alternative do të përmirësojnë vendim-marrjen në mënyrë që të optimizohet

përdorimi i burimeve edhe ashtu të limituara të cilat janë të dedikuara për trajtimin e kancerit dhe për kujdesin shëndetësor të këtyre pacientëve.

Edhe nga analizat farmakoekonomike të barnave nga grupi i citostatikëve shohim se janë dhënë rezultate të cilat tregojnë dominancën e ndonjë produkti ndaj të tjerëve mirëpo analizat e konsumit të barnave kanë treguar se në Kosovë ka pasur ndryshime drastike me përdorimin e llojeve të ndryshme të barnave nga ky grup dhe ajo posaçërisht është varur nga buxheti i ndarë për këtë qëllim kurse nuk është demonstruar ndonjë fakt tjetër shkencor i cili do të sillte bazën për vendimmarrje që ka bërë që deri në vitet 2012 – 2013 të ketë kërkesa të vazhdueshme në rritje të cilat e tejkalonin vlerën prej € 10 milion. Me këtë rast për këtë grup të barnave si grup i kushtueshëm por edhe grup i barnave që përdoren për pacientët me sëmundje kanceroze me prognozë aktualisht jo të mirë (në tërë botën) ka pasur përpjekje por edhe rekomandime për ndryshime (raporti i bankës botërore për menaxhimin e barnave spitalore) por edhe ndryshime në nivelin menaxhues të personelit.

Në këtë rast duket të theksohet edhe fakti se në Institutin e Onkologjisë nuk ka ndonjë qendër të përgatitjes së barnave nga e cila në mënyrë profesionale do të mund të trajtohej çështja e proceseve të distribuimit por edhe përdorimit racional të tyre. Kjo edhe më tej mbështetet me faktin e theksuar në procesin e intervistimit kur një nga rekomandimet kishte qenë menaxhimi i proceseve të cilat janë të ndërlidhura me barnat nga farmacistët spitalorë të cilët gjatë viteve të kaluara nuk kanë qenë prezent në klinikat e QKUK duke e cilësuar si “Mirpo u theksua edhe fakti se ngecja thelbësore është në raportin Repart-Pacient, pasi që **mungesa e farmacistëve klinik** është hallka kyçe që momentalsiht mungon dhe i duhet jashtëzakonisht shumë nivelit dytësor dhe tretësor të kujdesit

shëndetësor” që do të ishte edhe një hap përpara drejt një menaxhimi më të mirë të ciklit të menaxhimit të barnave.

Në tabelën në vijim paraqitet planifikimi i vitit 2016 për citostatikët apo për barnat e grupit L dhe me këtë rast shohim se ka ndryshim shumë të madh me planifikimet në të kaluarën por edhe me shpenzimet e bëra në vitet 2011- 2013.

Tabela 31 Planifikimi i citostatikëve për vitin 2016 (Burimi Ministria e Shëndetësisë 2016)

INN emri	Forma farmaceutike	Doza dhe vellimi	Sasia 2016	Çmimi	Vlera
TRASTUZUMAB	konc.per sol per inf	440mg	780	€ 1,470.00	€ 1,146,600.00
BEVACIZUMAB	konc.per sol per inf	400mg/16ml	760	€ 1,095.00	€ 832,200.00
RITUXIMAB	konc.per sol per inf	500mg	550	€ 1,088.00	€ 598,400.00
IMATINIB MESYLATE	tbl	400mg	6954	€ 85.00	€ 591,090.00
PEGINTERFERON ALFA 2a	shiringe e mbushur	180 mcg	1848	165.00	€ 304,920.00
SORAFEMIB	tbl	200mg	5154	€ 35.49	€ 182,915.46
IBANDRONATE	konc.per sol per inf	6mg	2430	€ 69.00	€ 167,670.00
GOSERELIN	implant, sh. e mbushur	10.8 mg	541	€ 263.00	€ 142,283.00
RITUXIMAB	konc.per sol per inf	100mg	548	€ 218.50	€ 119,738.00
FILGRASTIM	sol per inf	48 MIU	1980	€ 59.00	€ 116,820.00
MYCOPHENALAT MOFETIL	caps	250 mg	184140	0.48	€ 88,387.20
PEMETREXED	plv per konc.per sol	500 mg	86	€ 826.85	€ 71,109.10
CAPECITABINE	tbl	500mg	153300	€ 0.41	€ 62,853.00
CIPROTERONE ACETAT	tbl	50mg	72000	€ 0.759	€ 54,648.00
CARBOPLATINE	sol per inf	10mg/ml, 45ml	1890	€ 24.20	€ 45,738.00
PACLITAXEL	konc.per sol per inf	100mg	2700	€ 14.50	€ 39,150.00
ERYTHROPOETIN BETA	shiringe e mbushur/sol	30000 IU	180	€ 157.00	€ 28,260.00
CICLOSPORINE	caps	50 mg	50000	0.49	€ 24,500.00

Duke bërë krahasimet e të dhënave të konsumit të barnave të grupit L në vitin 2012 sipas tabelës 29 shohim ndryshime domethënëse. Produkti Trastuzumab në vitin 2012 kishte qenë i planifikuar në sasi prej 1320 njësi apo vlerë prej € 2 milion për dallim prej vitit 2016 kur kërkesa është 780 njësi apo € 1.146 milion, më tej produkti Bevacizumab në vitin 2012 kishte qenë i planifikuar në 6400 njësi në vlerë prej € 1.977 milion kurse planifikimi i vitit 2016 është 760 njësi apo vlerë prej € 0.832 milion. Nëse shohim vlerat e € 6.438 milion në vitin 2012 kurse në vitin 2016 planifikimi i të gjitha barnave të këtij grupi është € 4.9 milion, ose thënë më së thjeshti me vetëm tri barnat e planifikuara në vitin 2012 është tejkaluar buxheti i planifikuar për vitin 2016.

Sipas raportit të bankës botërore ishte rekomanduar që përshkrimi i barnave të mos bëhej vetëm për indikacionet e caktuara por të aplikoheshin edhe analiza të caktuara të cilat do të përcaktonin stadin e sëmundjes dhe në bazë të stadit edhe të përcaktohej citostatiku i caktuar në këtë mënyrë duke shmatur përdorimin joadekuat të citostatikëve dhe në anën tjetër duke racionalizuar terapinë por edhe duke kursyer buxhetin. Gjithashtu disa rekomandime tjera të cilat ishin dhënë kishin qenë përdorimi i barnave të cilat janë gjenerike duke shmangur kështu përdorimin e barnave të patentuara (aq sa lejohej), ndryshimet tjera në prokurim apo edhe rekomandime tjera të cilat ndërlidhen me rastet individuale. Edhe në shqyrtimin e literaturës në pjesën e cila ndërlidhet me analizat farmakoekonomike është theksuar se integrimi i analizave farmakoekonomike në hulumtim dhe zhvillim si dhe në procesin e vendim marrjes duhet tu lejojë kompanive që të bëjnë ndarje më racionale dhe kjo duhet të japë një përkrahje shumë të madhe për planifikimin e reimbursimit dhe vendimet finale për cmimet e barnave Dimasi, me bashkëpunëtorë. (2001), poashtu edhe dhe në shembullin e barit citostatik Trastuzumab u vu në pah se prodhuesi ka shpikur gjithashtu edhe një skemë në bazë të

së cilës do të shihej nëse tumori specifik është i ndjeshëm ndaj barit, apo në afatgjatë kur kompanitë kanë tentuar më të vetëdijshme për rrezikun dhe që ti tërheqin barnat për indikacione të vogla kjo bën që të aplikohen standardet e studimeve farmakoekonomike me nxitjen sipas nevojave të prodhuesve.

Pra shohim se në shumë studime analizohen caqe të caktuara që mund të japin analizat farmakoekonomike dhe ato të konsumit të barnave duke sqaruar edhe përdorimin e tyre që prej fazave të hulumtimit dhe zhvillimit të barnave por deri në atë të përdorimit racional të barnave nga profesionistët shëndetësorë. Duke analizuar të dhënat e “numrave” nga vitet paraprake si dhe duke përfilluar standardet e farmakoterapisë por edhe rekomandimet e profesionistëve të angazhuar nga banka botërore posaçërisht për barnat në institutin e onkologjisë, si dhe vendosjen e rregullave të caktuara për ciklin e menaxhimit të barnave me një transparencë adekuate dhe në fund aplikimin e protokolleve të caktuara terapeutike në bazë të të cilave edhe bëhet përshkallëzimi dhe aplikimi i indikatorëve të caktuar në bazë të të cilëve vendoset terapia u arrit që sipas të dhënave të vitit 2015 dhe planifikimit të vitit 2016 konsumi i këtyre barnave në vlerë monetare të jetë rreth € 6 milion (duke përfshirë edhe donacionet e pranuar) (raporti i planifikimit të barnave 2016 SHSKUK) dhe duke pasur një përqindje prej mbi 90% të furnizmit të pacientëve në nevojë për këto barna.

4.2.5 Barnat e grupit N

Barnat e grupit N përbëjnë barnat të cilat ndikojnë në sistemin nervor të organizmit. Përbëjnë një grup shumë të rëndësishëm të barnave por që konsumi i tyre në Kosovë jep disa të dhëna të cilat duhet të shqyrtohen me kujdes.

Gjatë periudhës 2011-2013 përdorimi i barnave të këtij grupi përbën 74.33 DID e cila është 8.27% e konsumit të përgjithshëm të barnave – tabela 10.

ATC	2011	2012	2013
N	DID		
Kosovë	26.41	22.42	25.50
Mali i zi	109.72	107.58	107.20
Serbia	145.80	164.70	165.80
Kroacia	148.21	148.40	155.05
Norvegjia	3458.60	3598.80	3563.70

Tabela 32 Konsumi i barnave të grupi N në periudhën 2011-2013 sipas DID (Burimi: Konsumi i barnave Kroaci, Serbi, Mali i Zi dhe Norvegji)

Sipas nivelit 2 të ATC, siç është prezantuar në tabelën 25 nëngrupi N02 përbën 33.37 DID apo 544% të konsumit të përgjithshëm të grupit N sipas nivelit 2 të ATC. Grupi N02 paraqet agjentët analgjezikë.

Tabela 33 Konsumi i barnave të grupit N gjatë periudhës 2011-2013 siaps DID

ATC	Pershkrimi	DID					Gjithsej	Përqindja
		2011	2012	2013	2014	2015		
N02	Analgjezikët	11.27	10.22	11.87	17.21	13.49	64.06	49.33%
N06	Psikoanaleptikët	3.34	5.3	5.5	5.82	4.63	24.59	18.94%
N03	Antiepileptikët	7.8	3.71	3.96	3.03	3.38	21.88	16.85%
N05	Psikoleptikët	3.5	2.54	3	1.76	2.64	13.45	10.35%
N07	Agjentët tjerë	0.2	0.25	0.7	1.48	1.07	3.70	2.85%
N04	Antipakinsonikët	0.3	0.33	0.46	0.46	0.55	2.10	1.62%
N01	Anestetikët		0.07		0.01	0	0.08	0.06%
Gjithsej N		26.41	22.42	25.49	29.78	25.77	129.86	100.00%

Duke krahasur këto rezultate me konsumin e grupit të njëjtë në Norvegji shihet se ka një ngjashmëri në nëngrupin N02 pasi edhe atje është nëngrupi më i përdorur por me dallimin se atje për periudhën 2011-2013 është i regjistruar me 3271.9 DID e cila është shumë herë më e lartë se përdorimi i agjentëve analgjezikë për të njëjtën periudhë 2011-2013 në Kosovë. Apo në krahasim me grupin N për vitin 2013 në Kosovë me 25.5 DID krahasuar me 3563.7 DID në vitin 2013 në Norvegji. Një fakt tjetër është ai se nëngrupi i dytë më i përdorur është N06 (psikoanaleptikët) në Kosovë sipas nivelit 2 të ATC të grupit N me konsum prej 5.5 DID në vitin 2013 apo 14.14 DID në tri vite krahasur me nëngrupin N06 në Norvegji me 526.2 DID në vitin 2013 apo 1615.2 DID për tri vite. Nga tabela 26 shohim se në Norvegji nëngrupi N06 është i katërti për nga përdorimi dhe se nëngrupi i dytë më i përdorur në periudhën tri vjeçare 2011-2013 është nëngrupi N05 me gjithsej 1940.5 DID (650.3 DID në vitin 2013) që përbën 18.27% të përdorimit të përgjithshëm të grupit N krahasuar me Kosovën ku nëngrupi N05 është i katërti me vetëm 12% të përdorimit me 9.04 DID për periudhën tri vjeçare 2011-2013 apo (3 DID në vitin 2013).

ATC	2011	2012	2013	Gjithsej	Përqindje
	DID				
N02	1072.3	1102.3	1097.3	3271.9	30.81%
N05	625.7	664.5	650.3	1940.5	18.27%
N07	535.6	607	630.1	1772.7	16.69%
N06	541.3	547.7	526.2	1615.2	15.21%
N03	412.6	412.9	389.2	1214.7	11.44%
N04	138.2	136.5	140.6	415.3	3.91%
N01	132.9	127.9	130	390.8	3.68%
	3458.6	3598.8	3563.7	10621.1	100%

Tabela 34 Konsumi i grupit N në Norvegji në periudhën 2011-2013 (Burimi:Konsumni i barnave në Norvegji)

Sipas nivelit 3 të ATC janë treguar vetëm agjentët e caktuar të cilat kanë numra të konsumit për pesë vite me 5 nëngrupet më të konsumuara të grupit N të cilët përbëjnë 69.31% të konsumit të përgjithshëm të grupit N:

- | | |
|--|-----------|
| 1. N02B – Analgjezikët dhe antipiretikët tjerë | 60.42 DID |
| 2. N03A – Antiepileptikët | 21.88 DID |
| 3. N06A – Antidepresivët | 20.54 DID |
| 4. N05A – Antipsikotikët | 11.92 DID |
| 5. N06B – Psikostimuluesit | 02.59 DID |

Tabela 35 Konusmi sipas nivelit 3 të ATC në periudhën 2011-2013 në Kosovë

N	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej
	DID					
	26.41	22.42	25.50	29.78	25.77	129.87
N01		0.07		0.01	0.00	0.09
N01B		0.07		0.01	0.00	0.09
N02	11.27	10.22	11.87	17.21	13.49	64.06
N02A	0.08	0.08	0.13	0.22	0.30	0.81
N02B	11.18	10.1	9.98	16.94	12.23	60.42
N02C	0.01	0.03	1.77	0.05	0.96	2.82
N03	7.8	3.71	3.96	3.03	3.38	21.88
N03A	7.8	3.71	3.96	3.03	3.38	21.88
N04	0.30	0.32	0.47	0.46	0.55	2.10
N04A	0.18	0.27	0.23	0.15	0.24	1.06
N04B	0.13	0.05	0.24	0.31	0.31	1.04
N05	3.5	2.54	3	1.76	2.64	13.45
N05A	3.3	2.33	2.82	1.31	2.16	11.92
N05C	0.2	0.21	0.18	0.41	0.19	1.19
N06	3.34	5.3	5.5	5.82	4.63	24.59
N06A	3.04	3.64	5.14	4.78	3.94	20.54
N06B	0.3	1.65	0.36	0.17	0.11	2.59
N06D		0	0	0.87	0.59	1.46
N07	0.2	0.25	0.7	1.48	1.07	3.70
N07A	0	0.01	0		0.02	0.03
N07C	0.19	0.24	0.7	1.14	1.05	3.33

Duke vazhduar analizimin e secilit agjent apo secilit bar individual shihet se Paracetamoli është dominues në konsumin e përgjithshëm për periudhën tri vjeçare në Kosovë e cila shihet në tabelën 24:

Tabela 36 Konsumi i barnave të grupit N sipas nivelit 5 të ATC në Kosovë në periudhën 2011-2013

ATC	DID					Gjithsej
	2011	2012	2013	2014	2015	
N	26.41	22.42	25.5	33.36	52.36	146.15
Paracetamol	9.92	9.12	8.96	10.55	10.62	49.03
Fluoxetine	0.82	1.06	1.41	1.59	1.20	6.07
Carbamazepine	3.23	1.69	0.69	1.45	1.05	6.00
Escitalopram	0.1	0.61	1.1	1.42	1.62	4.85
Metamizol	0.86	0.5	0.58	0.88	1.04	3.74
Amitriptyline	0.43	0.31	0.31	0.73	0.17	2.97
Piracetam	0.3	1.65	0.36	0.12	0.02	2.41
Betahistine	0.17	0.2	0.7	0.22	0.47	1.76
Olanzapine	0.25	0.33	0.32	0.36	0.44	1.69
Acetylsalicylic acid	0.29	0.3	0.35	0.24	0.49	1.60
Risperidone	0.2	0.3	0.34	0.30	0.45	1.59
Sertaline	0.26	0.39	0.19	0.30	0.30	1.47
Paroxetine	0.23	0.26	0.24	0.22	0.08	1.04
Tramadol	0.08	0.08	0.13	0.22	0.30	0.81
Levedopa + Carbidopa	0.13	0.03	0.23	0.10	0.10	0.60
Sulpiride	1.31	1.31	1.42	0.19	0.18	0.37
Biperiden	0.18	0.27	0.22	0.15	0.22	0.37
Fluphenazine	0.04	0.14	0.05	0.06	0.11	0.33
Venlafaxine	0.17	0.14	0.1	0.14	0.18	0.32
Citalopram	0.95	0.78	1.62	0.16	0.14	0.30
Mirtazapine	0.08	0.09	0.14	0.12	0.17	0.29
Clozapine	0.15	0.03	0.65	0.09	0.15	0.24

4.2.6 Barnat e grupit R

Barnat e grupit R të përdorura në periudhën 2011- 2013 përdoren në Kosovë në nivel të 5.09% nga konsumi i përgjithshëm i 14 grupeve të barnave siaps ATC.

Sipas nivelit 2 të ATC i paraqitur në tabelën 37 shihet se nëngrupi R03 paraqet 45.56 DID apo 49.30% të konsumit të grupit R të barnave. Nëngrupi R03 paraqet barnat të cilat përdoren për trajtimin e çrregullimeve obstruktive të rrugëve të frymëmarrjes

Tabela 37 DID për barnat e grupit R sipas nivelit 2 të ATC klasifikimit

ATC	DID					Gjithsej	Përqindja
	2011	2012	2013	2014	2015		
R01	2.41	1.77	1.85	3.62	4.43	14.08	15.24%
R02		0.01	0.06	0.19	0.09	0.35	0.38%
R03	14.7	8.09	10.24	7.51	5.02	45.56	49.30%
R05	2.5	2.15	2.07	2.36	1.41	10.49	11.35%
R06	3.61	2.42	3.1	7.06	5.69	21.88	23.68%
R07				0.05	0.00	0.05	0.06%
Gjithsej R	23.22	14.44	17.32	20.80	16.65	92.43	100.00%

Krahasimi i këtyre rezultateve me konsumin e klasës së njëjtë të barnave në Norvegji shihet së është i ngjashëm pasi edhe atje nëngrupi R03 është më i konsumuari në vitin 2013 por me 63.59 DID e cila është shumë më e madhe se konsumi i këtij grupi në Kosovë që për vitin 2013 ka qenë 10.24 DID. Apo nëse paraqesim grupin R për vitin 2013 në Kosovë me 17.32 DID krahasuar me 188.2 DID në vitin 2013 në Norvegji apo 54.32 DID për vitin 2013 në Kroaci. Krahasimi i proporcioni të këtij nëngrupi është i ngjashëm pasi nëngrupi R03 është 60% e konsumit të përgjithshëm nga grupi R krahasuar me 56.12% në Norvegji për vitin 2013. Një fakt tjetër interesant është se nëngrupi R01 (përgatesat për hundë) në Kosovë janë vetëm 25% e nivelit 2 të ATC për grupin R me konsum prej 1.85 DID në vitin 2013 apo 6.83 DID për periudhën tri vjeçare

kurse në Norvegji është nëgrupi i dytë me 430.7 DID në vitin 2013 apo 1255.5 DID për periudhën tri vjeçare.

Tabela 38 Konsumi i barnave të grupit R sipas nivelit të 2 të ATC në Kosovë, Kroaci dhe Norvegji (Burimi: konsumi i barnave Norvegji, Kroaci)

	Norvegji	Kroaci	Kosovë
	DID 2013		
R	188.2	54.32	17.32
R03	63.59	21.61	10.24
R06	62.76	19.08	3.10
R01	51.02	7.68	1.85
R05	10.83	5.95	2.07
R02	0	0	0.06
R07	0	0	0

Sipas nivelit të tretë të ATC për pesë vite konsum ku janë treguar vetëm agjentët e caktuar me konsumin më të madh për periudhën tri vjeçare me tri nënklasat më të përdorura që përbëjnë 80% e konsumit të përgjithshëm nga grupi R:

1. R03A – Agonistët e alfa dhe beta-adrenoreceptorëve 49.09 DID
2. R06A – Antihistaminat për përdorim sistemik 21.44 DID
3. R01A – Dekongjestantët dhe përgatesat tjera për hundë 14.68 DID

Tabela 39 DID për konsumin e agjentëve të caktuar nga grupi R sipas nivelit 3 të ATC

ATC	DID					Gjithsej
	2011	2012	2013	2014	2015	
R	23.21	14.43	17.32	20.80	16.65	104.07
R03	14.7	8.09	10.24	7.51	5.02	57.00
R03A	12.83	6.62	9.55	4.60	3.72	49.09
R03B	0.4	0.26	0.23	2.49	0.80	4.40
R03C	0.03	0.06	0.01	0.18		0.28
R03D	1.44	1.16	0.45	0.25	0.50	3.24
R06	3.61	2.42	3.1	7.06	5.69	21.44
R06A	3.61	2.42	3.1	7.06	5.69	21.44
R05	2.5	2.15	2.07	2.36	1.41	10.53

R05C	1.91	1.56	1.61	1.77	1.02	7.90
R05D	0.59	0.59	0.45	0.59	0.39	2.63
R01	2.41	1.77	1.85	3.62	4.43	14.69
R01A	2.41	1.77	1.85	3.62	4.42	14.68
R01B					0.01	0.01
R01F					0.00	0.00
R02		0.01	0.06	0.19	0.09	0.35
R02A		0.01	0.06	0.19	0.09	0.35
R07				0.05	0.00	0.05
R07A				0.05	0.00	0.05

Në vazhdim të analizimit për secilin bar veç e veç shihet se bari Salbutamol dominon në konsum së bashku me loratadinën dhe cetirizinën si barna antihistaminike për periudhën tri vjeçare sipas tabelës 39:

Tabela 40 Barnat më të konsumuara nga grupi R për periudhën tri vjeçare sipas nivelit 5 të ATC

ATC	DID					Gjithsej
	2011	2012	2013	2014	2015	
Salbutamol	12.51	6.39	8.41	2.24	2.87	5.11
Loratadine	2.42	1.62	1.52	2.68	2.68	5.35
Cetirizine	1.11	0.74	0.82	1.71	0.75	2.45
Oxymethazoline	1.44	0.44	0.66	1.31	1.13	2.44
Aminophylline	1.3	0.63	0.14	0.10	0.14	0.24
Carbocysteine	1.01	0.48	0.44	0.71	0.62	1.33
Formoterol	0.3	0.19	1.11	0.93	0.76	1.69
Naphasoline	0.8	0.37	0.23	0.91	1.42	2.34
Acetylcysteine	0.23	0.58	0.44	0.32	0.18	0.50
Pholcodin	0.38	0.35	0.39	0.36	0.23	0.59
Xylomethazoline		0.67	0.4	0.84	1.11	1.95

4.3 Diskutim

Nga intervistat e realizuara në aspektin e informatave cilësore lidhur me proceset vendimmarrëse të listës esenciale shihet një vullnet shumë i madh për realizimin e detyrave të punës në kontekst të zbatimit të plotë të normave pozitive ligjore në Republikën e Kosovës mirëpo një kufizim në këtë aspekt është mungesa e sistemit të informimit shëndetësor, rregulloreve, udhëzimeve administrative, protokolleve terapeutike etj të cilat do ta definonin saktë punën në aspekt profesional dhe si rezultat i një mënyrë të tillë të punës do të reflektohej edhe në proceset e përzgjedhjes së barnave dhe përdorimit racional të barnave. Gjithashtu një proces shumë i rëndësishëm i cili është pjesë e mungesave është edhe procesi i monitorimit të procesit profesional të përshkrimit të barnave nga profesionistët shëndetësor konform diagnozave apo analizave të sëmundshmërisë së popullatës në nivel spitalor duke krijuar kështu një databazë të përshkrimit në mënyrë që të bëhej një analizë kualitative. Ky proces do të ishte procs i cili do të mund të zhvilohej në kuadër të sistemit të informimit shëndetësor duke u krijuar një bashkëpunim në mes të Institutit të Farmakologjisë, Institutit Kombëtar të Shëndetit Publik dhe Agjencisë së Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale në mënyrë edhe të analizave krahasuese me importin e barnave nga importuesit dhe distributorët dhe duke i marë informatat edhe nga barnatoret dhe në këtë mënyrë do të mund të krijoheshin të dhëna farmakoepidemiologjike.

Procesi i raporteve të planifikimit të barnave do të ishte gjithashtu një proces i cili do të mund të monitorohej duke aplikuar sistemin e ATC klasifikimit të barnave dhe në bazë të informatave të cilat do të duhej të ishin të popullzuara nga protokollat terapeutike gjithashtu do të mund të kishte raporte të shpenzimeve në kohë reale dhe atë duke përdorur edhe metodat e njohura spitalore të shpenzimit si DDD/100 ditë.

Nga analiza e dokumentave tjera të mbledhura gjatë procesit të hulumtimit dhe analizimit të detajuar të elementeve të caktuara të të dhënave shihet se në mungesë të një plani strategjik dhe të rregulloreve të cilat në mënyrë strikte do ti përcaktonin veprimet, ka ngecje në procesin e menaxhimit ët listës esenciale dhe kjo vërehet në të gjitha segmentet e ciklit të menaxhimit. Duke qenë se cikli i parë i menaxhimit të barnave është përzgjedhja natyrisht se kjo përbën një barrë më të madhe në këtë proces pasi në mungesë të një përzgjedhjeje adekuate pastaj në tërë zinxhirin barten pasojat nga procesi i parë si shtese edhe e problemeve që mund të ndodhin pavarësisht kësaj në secilën pjesë të zinxhirit. Duke qenë se përzgjedhja e barnave nuk është proces i thjeshtë por përbën në vete shumë faktorë të cilët duhet të përfshihen dhe që secili faktor përbën një varg vetish të ndryshme të cilat kërkojnë analiza të detajuara dhe ekspertizë, proceset e zhvilluara deri tani janë treguar se nuk kanë pasur aplikim të drejtë apo një metodologji të bazuar në evidencë në mënyrë që të arrihet në vendimin final. Prandaj edhe theksohet fakti se deri te rezultate të bazuara në evidencë do të mund të arrihej duke shfrytëzuar sistemet e caktuara të utilizimit të barnave dhe duke kombinuar apo krahasur informatat apo të dhënat e këtyre analizave nga profesionistët shëndetësorë. Në këtë mënyrë do të mund të kishte edhe kontroll por edhe do të mund të arriheshin rezultate në përdorimin racional të barnave e cila gjë e konfirmon edhe teorinë apo përfundimet e autorëve Gregoire me bashkëpunëtorë (2006) ku theksojnë se disa nga metodat e hulumtimit të utilizimit të barnave që zakonisht bëhen në spitalet e Kanadasë nuk kanë qenë të mjaftueshme bër të bërë përmirësimin e kualitetit të përshkrimit kurse në anën tjetër studimet e utilizimit të njëkohshme me “feedback” të drejtpërdrejtë nga përshkruesit janë treguar më efektive për të përmirësuar përshkrimin në raport edhe me indikimet për përdorim.

Kurse sa i përket analizimit të dokumentacinit të cilat kanë të bëjnë me konsumin e barnave duke krahasur këtë me pjesën e cila ndërlidhet me barnat e caktuara nga lista esenciale por edhe me konsumin e përgjithshëm dhe krahasimet me konsumin e vendeve të ndryshme ka pasur të dhëna të cilat duhet paraqitur të ndara sipas grupeve të analizuara në mënyrë që të krijohet një koncept më i qartë sipas grupeve të barnave të ndara sipas ATC.

Konsumi i përgjithshëm i grupit A të barnave të klasifikuar sipas ATC tregon se është në përdorim në mënyrë domethënëse më të ulët se përdorimi i të njëjtit grup në Norvegji dhe Kroaci. Këta numra të DID indikojnë se proporcioni i cili eliminon krahasimin sipas buxhetit është shëndeti në Norvegji krahasur me Kosovën. Jo vetëm që konsumi i përgjithshëm është në mënyrë domethënëse i ndryshëm por gjithashtu edhe nëngrupet nuk janë të njëjta që është një tregues shumë i rëndësishëm për vendim marrësit në mënyrë që të bëhen përmirësime në procedura të cilat rezultojnë në fund me konsum përfshirë këtu protokollet e trajtimit dhe mbikëqyrjen e këtyre proceseve. Fakti i krahasimit me këto dy shtete është për të eliminuar çështjet të cilat kanë të bëjnë me buxhetin duke marrë parasysh se Norvegjia ka një buxhet ndër më të lartit në Europë apo edhe të problemeve të cilat ndërlidhen me ndryshimet e popullatës qoftë për shkak të vendosjes gjeografike apo tjetër. Megjithë krahasimin e strukturës moshore e cila gjithashtu luan rol në përdorimin e barnave që paraqet një përparësi për rastin e Kosovës duke pasur një popullsi shumë të re megjithatë kjo nuk e arsyeton dallimin e nëngrupeve apo llojeve të caktuara të barnave të klasifikuara sipas niveleve 3, 4 dhe 5 të ATC për trajtimin apo parandalimin e sëmundjeve të caktuara.

Më tej u pa edhe rasti kur një nëngrup A16 – produktet tjera të traktit digjestiv dhe metabolizmit i cili përbën gati 10% të konsumit të përgjithshëm të grupit A në Norvegji,

në Kosovë kishin konsum prej vetëm 1.6% të grupit të njëjtë A. Në një mënyrë ndërlidhja e faktorëve të ndryshëm të cilët ndikojnë në përdorimin e barnave dhe përshkrimin e tyre nga profesionistët shëndetësorë mund të ndërlidhet gjithashtu edhe me analizat e konusmit të cilat në mënyrë indirekte të kombinuara me indikatorë të tjerë të përzgjedhur japin të dhëna të cilat pashmangshëm ndikojnë në shëndetin publik. Me këtë rast shohim se problematika e përdorimit të barnave mund të jetë e natyrave të ndryshme dhe në rast të analizimit të grupeve dhe nëngrupeve të caktuara shohim edhe dukuri për të cilat më herët nuk ka pasur ndonjë evidencë ajo që një nëngrup i caktuar të përdoret aq pak ose barna të caktuara nga ai grup fare nuk kanë konsum, kurse ai nëngrup në një shtet të zhvilluar si Norvegjia përbën afërsisht rreth 10% të konsumit të përgjithshëm të atij grupi të barnave. Në mënyrë që të evitohen këto probleme duhet që fillimisht ato të evidentohen dhe të kuptohen siç pohon autori i cituar edhe në seksionin e literaturës Baicker K. (2006) se qëllimi i një strategjie kombëtare të barnave është që të krijohet një sistem ku **vendimet për shpenzime do të bëhen duke evaluuar në mënyrë racionale koston ndaj benefitit** dhe që afatgjatë do të alokoheshin mjetet në mënyrë më eficiente, përderisa **të kuptuarit e faktit se pse mjetet nuk janë alokuar në mënyrë eficiente do të ishte hapi i parë për të arritur këtë qëllim** me tej thuhet se objektivat e politikave farmaceutike janë multidimensionale dhe duhet të marrin parasysh çështjet të cilat janë të ndërlidhura me shëndetin publik, konsumin publik dhe çështjet industriale. Pra në hulumtime të mëtejme të kësaj fushe mund të dalin argumente të ndryshme të cilat lidhen me sëmundshmërinë ku edhe mund të ketë krahasime të ndryshme por mungesa totale e një nëngrupi paraqet një temë e cila duhet të analizohet dhe diskutohet në nivele të larta të vendimmarrjes.

Disa nga barnat e grupit A janë shumë të rëndësishme për shëndetin publik të popullatës apo për një segment të caktuar të popullatës dhe përderisa këta numra janë në mënyrë domethënëse më të ultë në krahasim prej 10 DID me 1000 DID në situata të tilla duhet bërë edhe shumë hulumtime tëreja në grupe të përbashkëta punuese për të bërë përmirësimet e duhura.

Pra me këtë rast shohim se ka një diferencë shumë të madhe në sasinë e barnave të përdorura në raport me popullatën. Pra nuk flasim për çmime apo për buxhet por për raportin e përdorimit të mg të barnave të përdorura në një pjesë të popullatës dhe kjo difference është tregues i faktit se kjo sasi e përdorur është mungesë e përdorimit racional të barnave apo mungesë e trajtimit të indikacioneve të ndryshme të cilat pastaj rezultojnë edhe me sëmundje dhe deri në ato me pasoja fatale. Fakti se përdorimi është kaq i ulët gjithashtu ka disa faktorë të cilët mund të analizohen dhe nëse lidhemi te barnat esenciale është kompetencë shtetërore ajo që të caktohen kushtet favorizuese për furnizimin me barnat adekuatë të cilat kanë cilësi efikasitet dhe siguri por që edhe janë kost – efikase dhe në këtë kontekst edhe theksohet në seksionin e literaturës nga autori Goodman B me bashkëpunëtorë (2014) thekson se shpenzimet në sektorin farmaceutik po rriten me shpejtësi dhe kjo po rezulton me faktin që në disa vende është e pamundur që të sigurohen fondet për disa nga barnat e reja të cilat edhe kanë çmime të larta, dhe një mënyrë potenciale që të dilet nga kjo është marrja e masave të cilat do të favorizojnë që e preferueshme të jetë përshkrimi i barnave gjenerike dhe jo atyre të patentuara aty ku nuk cënohet kujdesi shëndetësor, duke përfshirë këtu edhe adresimin e çështjeve që cilat ndërlidhen me barnat gjenerike nëse ato ekzistojnë. Kurse një nga mënyrat që të arrihen përmirësime janë edhe format e ndryshme të bashkëpunimit që theksohet edhe nga OBSH në analizat e saja se progres i duhur në një numër të shteteve po arrihet në kuptim

të qasjes në barna esenciale përmes bashkëpunimit të ngushtë në mes të qeverisë, kompanive farmaceutike dhe shoqërisë civile përfshirë konsumatorët duke punuar së bashku për të siguruar qasje universale për barnat esenciale ku roli i kompanive farmaceutike duke nisur nga ato multinacionale deri te ato gjenerike, prodhuesit dhe distributorët që është kritike në këtë përpjekje.

Në rastin e konsumit të përgjithshëm nga grupi C sipas ATC klasifikimit që është grupi më i përdorur në krahasim me grupet tjera të barnave shihet një situatë e ngjashme me Norvegjinë si një nga shtetet me GDP/kokë banori shumë të lartë dhe me buxhetin për shëndetësi ndër më të lartit në Europë (IMS Health 2008) kurse sa i përket grupit kryesor por më tej ndryshimet janë evidente qoftë në krahasimin me Norvegjinë qoftë në atë me Kroacinë kurse sa i përket ndryshimeve të nëngrupeve të Kroacisë dhe Norvegjisë ato janë fare të vogla në këtë kontekst.

Duke bërë krahasimin në mes të dy shteteve që janë me me së shumti buxhet dhe atë me më së paku buxhet në Europë por edhe me krahasim me një shtet të ndërmjetëm si Kroacia (dhe me veti të përafërta me Kosovën sa i përket popullatës, sistemit dhe pozitës gjeografike) jep një pasqyrë se trendi i përshkrimit të barnave të grupit C ka dallime në nëngrupe dhe se këto dallime janë më të mëdha në sasi të përdorura dhe atë në mënyrë domethënëse.

Kjo gjithashtu mund të ndërlidhet me faktin se disa nga nëngrupet të cilat përdoren shumë janë të natyrës parandaluese (e cila pritet që të parandalojë problemet kardiovaskulare si infarkti i miokardit, infarkti i trurit, pushimi i zemrës etj) dhe të cilat lehtë mund të lidhen me jetëgjatësinë e pritshme e cila sipas Agjencisë së Statistikave të Kosovës është 72 vite kurse në Norvegji sipas Eurostat është 82 vite kurse në Kroaci po ashtu sipas Eurostat është 77.9 vite. Kjo ndërlidhet edhe me faktin se në Kosovë sipas të

dhënave nga Agjencia e Statistikave e Kosovës është paraqitur se sëmundjet kardiovaskulare janë shkaktari kryesor i vdekjeve në Kosovë prandaj në këtë mënyrë duke krahasuar të dhënat e gjetura mund të konkludohet se disa nga faktorët të cilët janë të rëndësishëm për luftimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë janë parandalimi dhe trajtimi i vazhdueshëm nën monitorim të kujdesshëm të personelit shëndetësor, pastaj edhe diagnostikimi me kohë dhe në këtë mënyrë investimi në masat e parandalimit duke përfshirë barnat për trajtimin e shkaktarëve të sëmundjve kardiovaskulare që janë paraqitur gjithashtu me numra shumë të ultë të DID do të ishte hapi i parë i intervenimit nga politikëbërësit dhe vendimmarrësit.

Duhet të theksohet edhe fakti se shkalla e lartë e papunësisë dhe mungesa e fondit për sigurime shëndetësore dhe në këtë mënyrë e reimbursimit të barnave e bën shumë të vështirë për pacientët që të përballojnë përdorimin e vazhdueshëm të produkteve medicinale parandaluese apo terapive kronike që mund të jetë një nga arsyet e dallimit të të dhënave të konsumit.

Në rastin e konsumit të barnave antibiotikë apo të grupit J sipas ATC klasifikimit ka një dallim tjetër sa i përket krahasimit dhe ai është në faktin se lloje të caktuara të antibiotikëve kanë përdorim me diskrepancë domethënëse në krahasim me Norvegjinë veçse në këtë rast është Norvegjia ajo që ka konsum të ultë. Pra në rastin e barnave ku duhet kujdes i shtuar për të parandaluar rreziqet e mëtejme si psh krijimin e rezistencës antimikrobike, i kushtohet kujdes të veçantë përdorimit të këtyre llojeve të barnave dhe krijohen politika restriktive në mënyrë që nga përshkrimi të ketë kufizime por edhe të dhënia e tyre në barnatore përmes recetës. Nga të dhënat e analizuara shihet se barnat e grupit J paraqesin një mesatare relativisht të mirë dhe duke pasur trend përmirësimi nga viti 2012 në atë 2013 por një problem i theksuar është fakti se nëngrupet e caktuara të

antibiotikëve janë në disproporcion me praktikat më të mira apo me parimet e farmakoterapisë racionale. Kjo edhe më shumë theksohet për faktin se në Kosovë ende nuk aplikohet dhënia e barnave përmes recetës mjekësore ashtu që edhe qytetarët mund ti marrin në barnatore pa asnjë problem edhe në rastet kur ndoshta nuk do të duhej ti përdornin si psh te ftohjet apo problemet e grykës.

Hulumtimet për përdorimin jo racional të antibiotikëve dhe rezistencën gjithashtu janë trajtuar nga shumë autorë dhe sipas Goosens me bashkëpunëtorë (2005) rezistenca e antibiotikëve është problem shumë i madh i shëndetit publik dhe përdorimi i antibiotikëve tani më njihet si presioni kryesor selektiv i cili ndikon në rezistencë, në hulumtim është treguar se shkalla e rezistencës është më e lartë në shtet të cilat kanë konsum më të madh të antibiotikëve dhe me siguri se kjo është e ndërlidhur me konsumin e lartë në shtetet e Europës lindore dhe jugore në krahasim me Europën veriore. Kurse vendosja e politikave restriktive gjithashtu është hulumtuar dhe zbatuar në vende të ndryshme dhe kjo gjithashtu është demonstruar edhe sipas një studimi në Slloveni sipas autorëve Beovic B. me bashkëpunëtorë (2009) ku është aplikuar një politikë monitoruese dhe restriktive ku në reparte të caktuara është dashur aprovim i posaçëm për përshkrimin dhe është vërejtur se në monitorimin e bërë që nga viti 1998 deri në vitin 2005 në tri reparte janë vendosur rregulla të caktuara të përshkrimit dhe monitorimit të këtij përshkrimi dhe ka rezultuar me një trend në ulje domethënëse të konsumit të antibiotikëve me dozat e definuara ditore për pacient në ditë dhe me kosto të antimikrobikëve për pacient dhe në këtë mënyrë kanë arritur në përfundim se metoda e vendosur për monitorimin e përshkrimit është metodë efiçiente për politikën e përshkrimit të antimikrobikëve. Rasti i antibiotikëve dhe krahasimi me Norvegjinë dhe Kroacinë na tregon se barnat e caktuara përdoren në mënyrë relativisht korrekte apo

niveli është i ngjashëm për dallim prej grupeve tjera të analizuar kur dallimet janë edhe qindra fish në përdorim. Ky është një tregues mjaft shqetësues i cili duhet të trajtohet dhe të merren masa konkrete në mënyrë që jo vetëm të merren barnat pa kurrfarë kriteri por edhe për marjen e tyre të përcaktohen kriteret strikte dhe të zbatohen duke pasur një proces të detajuar edhe të mbikëqyrjes dhe të masave tjera të nevojshme.

Gjithashtu duhet të theksohet fakti se nga studimet farmakoeconomike ka rezultate të cilat favorizojnë përdorimin e barnave orale përkundrejt atyre parenterale për trajtimin e sëmundjeve të caktuara dhe sidomos në rastin e produktit Ceftriaxon si antibiotik nga grupi i cefalosporinave të gjeneratës së tretë apo edhe barnave të tjera të këtij grupi duke favorizuar përdorimin e amoksisilinës apo barnave orale nga grupi i penicilinave edhe në rast të disa formave të pneumonive. Kjo do të thotë se barnat e caktuara nga grupi i antibiotikëve kanë përdorim masiv dhe të gabuar duke paraqitur keqpërdorim të skajshëm dhe duke rrezikuar rritjen e rezistencës antimikrobike e cila nga ekspertët botëror po cilësohet si kërcënim global i shekullit 21. Në këtë mënyrë duke analizuar të dhënat nga hulumtimi mund të nxirren rezultate dhe rekomandime të cilat do të ndikojnë në ndërrimin e vetive të përshkrimit të barnave të caktuara duke rritur efikasitetin dhe rezultatet dhe duke mos e cënuar në asnjë mënyrë kualitetin e shërbimeve apo kujdesit shëndetësor.

Konsumi i përgjithshëm i barnave të grupit L sipas klasifikimit të ATC është shumë specifik pasi shihen se ka ndryshime domethënëse jo vetëm në krahasim me shtetin e Norvegjisë si shtet me buxhetin më të madh në Europë për kokë banori për shëndetësi krahasur me Kosovën me buxhetin më të ultë për kokë banori por edhe brenda vetë grupit të këtyre barnave të përdorura në Kosovë. Krahasimi i kësaj mënyrë bëhet duke krahasuar përqindjet e barnave brenda të njëjtit grup pavarësisht sasisë së përdorur e cila

mund të flasë për fuqinë blerëse apo patologjitë e ndryshme. Diferencat e mëdha në konsumin e barnave antikanceroze në aspektin sasior mund të konsiderohen si mungesë e buxhetit të dedikuar për barna në Kosovë, kurse diferenca në përqindje e grupeve të barnave të përdorura në periudha të ngjashme kohore si psh në përdorimin e imunosupresantëve mund të konsiderohet si indikacion për trajtim të mëtejshëm të procesit të menaxhimit të barnave duke përfshirë këtu të gjitha hallkat e menaxhimit të përshkruara më parë. Kjo u theksua edhe gjatë analizës ku në rastin e përshkruar dallim domethënës në këtë grup përbën nëngrupi më i përdorur në Norvegji L04A – Imunosupresantët me 55% të totalit krahasuar me Kosoven ku i njëjti nëngrup përbën vetëm 2% të këtij grupi L për vitin 2013. Në këtë rast apo në raste kur ka diferenca të tilla në përqindje është shumë e rëndësishme që të kemi sqarime shtesë pasi nuk kemi të bëjmë vetëm me koston apo me influencën e kompanive farmaceutike por edhe me shëndetin publik. Në anën tjetër duke krahasuar përqindjet e shpenzuara për citostatikët në raport me barnat tjera por edhe krahasimi me shtetet tjera tregon se për proceset që kanë të bëjnë me ciklin e menaxhimit të barnave të listës esenciale duhet patjetër të kushtohet kujdes i posaçëm por edhe ndryshime rrënjësore në tërë procesin.

Me këtë rast kemi një problematikë vërtet për të cilën duhet diskutim serioz apo mendim kritik rreth mënyrës racionale të përshkrimit të barnave dhe sipas obsht pikërisht qëllimi i sistemit ATC/DDD është që të shërbejë si mjet për hulumtimet e shfrytëzimit të barnave në mënyrë që të përmirësohet kualiteti i përdorimit të barnave dhe një nga komponentat e kësaj është edhe analiza e konsumit të barnave e cila bëhet në nivel internacional duke përdorur këtë sistem.

Duhet theksuar se niveli i lartë i papunësisë dhe mungesa e sigurimit shëndetësor pra reimburseimit të barnave, bën që pacientët të kenë vështirësi të shumta për të siguruar ato.

Mirëpo futja e tyre në listën esenciale të barnave ka bërë që më shumë pacientë të përfitojnë e në anën tjetër për shkak të problemeve tjera që lidhen me furnizimin të këtyre mungesa të tyre. Trajtimi i përzgjedhjes së barnave për të qenë në listën esenciale dhe në dispozicion të pacientëve si proces kompleks i ciklit të menaxhimit të barnave është trajtuar edhe në pjesën e literaturës dhe autorë të ndryshëm janë marrë me këtë problematikë por edhe shumë organizata të rëndësishme të sektorit të shëndetësisë dhe deri në atë të futjes së pikave të caktuara në programe strategjike si ajo e cakut 8^e sipas OBSH nga Qëllimet e Zhvillimit të Mileniumit që pranon nevojën për përmirësimin e pranisë së barnave me çmime të arsyeshme për pjesën e varfër të botës ku disa shtete kanë bërë progres substancial në drejtim të rritjes së qasjes në barna esenciale dhe terapi për të luftuar sëmundje të ndryshme si HIV/SIDA, malaria, tuberkulozi, por që në vendet në zhvillim qasja në barna nuk është adekuate.

Megjithatë trajtimi i kësaj situate komplekse është mjaft e vështirë pasi siç theksojnë autorët (J.L.Bootman & Skrepnek, G. 2012) për të arritur një balans në mes të kostos, kualitetit dhe qasjes është mjaft sfiduese, posaçërisht kur dihet se vlera e cila u dedikohet secilit element ndryshon varësisht nga perspektiva të cilën ia atribuojnë vendimmarrësit në sistemin shëndetësor

Nga tabela e barnave të grupit L shohim se vetëm disa prej barnave janë ato që kanë vlera shumë të larta por gjithashtu shohim edhe variacionet nga viti në vit në porositë e tyre si psh barin trastuzumab në vitin 2011 konsumi ka qenë € 718 mijë në vitin 2012 - €2.8 milion kurse në vitin 2013 € 559 mijë. Këto ndryshime të tilla shihen edhe te anëtarët tjerë të këtij grupi gjë që bën të propozohet që autoriteti kompetent duhet të marrë masa serioze për të vendosur vendime të cilat do të bënin që procesi i selektimit

por dhe planifikimit të këtyre barnave të jetë i vazhdueshëm dhe duke përfillur rregulloret për barnat esenciale si dhe analizat farmakoekonomike.

Pikërisht kjo theksohet edhe nga autori Dimasi me bashkëpunëtorë (2001) se integrimi i analizave farmakoekonomike në hulumtim dhe zhvillim si dhe në procesin e vendim marrjes duhet tu lejojë kompanive/organizatave që të bëjnë ndarje më racionale dhe kjo duhet të japë një përkrahje shumë të madhe për planifikimin e reimbursimit dhe vendimet finale për çmimet e barnave.

Diferencatifikante në procesin e porosisë të barnave bevacizumab, trastuzumab, capecitabinë etj shihen si procese të cilat nuk janë të koordinuara, kanë diferenca shumë të mëdha të cilat kanë ndodhur në periudhë kohore brenda një viti, tregojnë mungesë të përdorimit të saktë të protokolleve terapeutike apo edhe keqmenaxhim të procesit të menaxhimit të barnave.

Kjo gjithashtu shihet edhe në bazë të analizave të cilat janë bërë me VEN kategorizimin ku 22.22% e barnave të kategorizuara si vitale kane vlerë të porosisë zero e cila mund të konsiderohet si mungesë jashtëzakonisht e lartë e përgjegjësisë profesionale duke qenë se barnat vitale konsiderohen si të domosdoshme për dhënien e kujdesit shëndetësor jetëshpëtues. Në këtë kontekst të keqmenaxhimit mund të shihet edhe fakti se janë 15 produkte nga lista esenciale e citostatikëve apo 25.86% e produkteve të cilat kanë vlerë zero të porosisë, e që kur kjo shihet në kontekst të ABC analizës shihet se cmimet e këtyre produkteve nuk kapin shumën mbi € 26 për ampullë për dallim prej produkteve me vlerë prej mbi € 1000 për ampullë të cilat porositë i kanë në shumë të cilat janë shumë të larta e të cilat në total zënë pjesën më të madhe të buxhetit të dedikuar për barna nga lista esenciale.

Mbetet për tu analizuar disa çështje me rëndësi në këtë proces duke pasur dy prej tyre parasysh si procesin e selektimit të barnave të cilat do të jenë në Listën Esenciale dhe pastaj procesi i planifikimit adekuat të tyre në kuadër të listës. Nga kjo që po shihet është se në indikacione të ndryshme ka protokolle të ndryshme për trajtimin e tyre apo regjime të ndryshme por vendim marrja se cili protokoll do të përdoret duhet të jetë e bazuar në evidence dhe në analiza farmakoekonomike por edhe në atë që theksojnë autorët Teuvisse me bashkëpunëtorë (2001) se utilizimi i barnave në vende ku mbahen pacientët e hospitalizuar mund të japë mekanizma për të vlerësuar trendin e përshkrimit të barnave eficiencën dhe kost efektivitetin e formularëve spitalorë dhe të ekzaminojë pjesët e caktuara të popullatës si fëmijët për të cilët mënyra e përshkrimit është e ndryshme në raport me përshkrimin për të rriturit. Në këtë kontekst duke analizuar të dhënat të cilat janë mbledhur sipas planifikimit të vitit 2016 shihet se ka pasur një ndryshim të rëndësishëm në drejtim të përfilljes së rregulloreve por edhe udhërrëfyesve të ciklit të menaxhimit të barnave si dhe protokolleve terapeutike për përdorimin e barnave onkologjike dhe posaçërisht atyre barnave të cilat kishin zënë buxhetin apo pjesën më të madhe të buxhetit jo vetëm të citostatikëve por të buxhetit të përgjithshëm të barnave. Me këtë rast shohim gjithashtu se në bazë të të dhënave të konsumit të barnave dhe duke përfillur edhe të dhënat nga analizat farmakoekonomike të barnave onkologjike dhe rekomandimet për përdorimin e barnave për indikacione të caktuara është arritur që në planifikimin e vitit hipoteza e këtij hulumtimi duke arritur që në bazë të shifrave ekonomike të vihen në pah problemet e shumta të sistemit apo të planifikimit adekuat të barnave nga lista esenciale. Kjo pastaj ka bërë që të nxitet reagimi nga strukturat udhëheqëse duke kërkuar ndihmën edhe të faktorit ndërkombëtar në këtë rast të bankës botërore, ndryshimet menaxheriale në strukturat udhëheqëse të institutit dhe

me këtë rast të bëhen edhe ndryshimi në procesin e përzgjedhjes si dhe përshkrimit të barnave esenciale dhe në këtë rast të barnave onkologjike.

Kosnumi i përgjithshëm i barnave të grupit N tregon një ndryshim shumë të madh me atë të Norvegjisë por edhe me atë të Kroacisë dhe kjo në një mënyrë është shumë shqetësuese pasi marrë parasysh faktin se Kosova është një vend i cili ka dalë nga lufta ka vetëm 16 vite, manifestimi i sëmundjeve të sistemit nervor dhe në këtë mënyrë edhe përdorimi i barnave që përdoren për trajtimin e këtyre sëmundjeve do të duhej të ishte shumë më i madh. Pra ngjashëm si edhe te grupet tjera parimi është i njëjti se kemi të bëjmë me analizë proporcionale pasi DID jep numrin e mg të përdorur për 1000 banorë në një vit dhe rezultati nuk ndryshon pavarësisht se mund të ketë më shumë popullatë. Mirëpo dallimi aq i madh i numrave sipas tabelës 24 jo vetëm me Norvegjinë por edhe me shtetet e rajonit tregon se është domosdoshmëri analiza e mëtejme e sëmundshmërisë dhe e përshkrimit të këtyre barnave nga profesionistët shëndetësorë.

Duke shqyrtuar literaturën shkencore për vendet e ngjashme si Kosova dhe manifestimin e sëmundjeve të sistemit nervor posaçërisht sindromën e çrregullimit të stresit post-traumatik shohim se në vende të tilla ka predispozitë që numri i të prekurve nga kjo sindromë të jetë më i madh.

Në një hulumtim nga autorët Matanov A me bashkëpunëtorë (2013) të cilin e kanë bërë me refugjatët nga Ballkani kanë vërejtur se sindroma e stresit post-traumatik ka pasur ndikim shumë të madh negativ me proceset e kualitetit të jetës së këtyre personave dhe prandaj vijnë në përfundim se personat e prekur nga lufta janë persona me predispozita të stresit post-traumatik dhe prandaj duhet të ketë trajtim të menjëhershëm të simptomave të stresit post-traumatik por edhe intervenime sociale.

Në një punim nga Silove B me bashkëpunëtorë 2014 ka sqaruar se pas një hulumtimi disa vjeçar në Timorin Lindor ka pasur rritje të konisderueshme të atyre që kanë rezultuar me stresin post-traumatik prej 2.3% në 2014 deri në 16.7% në 2010. Ngjashëm me këtë edhe në Evropë është bërë një hulumtim nga autorët Burri, A. dhe Maercker, A. (2014) të cilët kanë sqaruar se pjesa më e madhe e personave me sindromën e stresit post-traumatik është në popullatën më të moshuar në Europë dhe kjo lidhet me faktin se ata në një mënyrë kanë qenë pjesë e luftërave qoftë direkte apo indirekte. Por jo vetëm popullat por edhe pjesëtarët e luftës si edhe gazetarët mund të jenë të predispozuar në këto probleme dhe në këtë mënyrë edhe në punimin nga Levaot, Y. me bashkëpunëtorë (2013) thekson se gjithashtu edhe gazetarët kanë treguar se pas pjesëmarrjes në luftëra kanë një përqindje të tyre që paraqesin sindromën e stresit post-traumatik

Si rezultat i këtyre problemeve **Jeffrey P. Harrison, Lynn F. Satterwhite**, and Walter Ruday, Jr. (2010) vlerësojnë se politikëbërësit duhet të jenë të kujdesshëm dhe të vlerësojnë nëse stresi postraumatik mund të trajtohet me shërbime parandaluese, kujdes në shtëpi, apo me shërbime për pacientë të hospitalizuar në mënyrë që të ketë një alokim më të mirë të shërbimeve mjekësore dhe një bashkëpunim në mes të tërë pjesëmarrësve të kësaj çështjeje në mënyrë që të lehtësohet kujdesi i stresit posttraumatik

Prandaj propozohen masa të tilla si të intervenimeve të parakohshme parandaluese (kujdesi traumatik, terapia fizikale, diagnostikimi i hershëm i stresit posttraumatik) dhe programet shëndetësore parandaluese (për ndaljen e pirjes së duhanit, abuzimit të alkoolit, kontrollin e peshës, reduktimin e stresit etj.) apo shkaktarë të problemeve të shumta në projeksion mbi 20 vjeçar, Geiling J, Rosen JM, Edwards RD. 2012

Në këtë mënyrë duke parë se kjo është çështje e trajtuar nga shumë autorë dhe në vende të ndryshme të botës shohim se të dhënat e paraqitura nga analiza e konusmit të barnave

nuk korespondojnë me situatën reale në Kosovë duke ditur përjetimet e mëdha shumëvjeçare dhe atë jo vetëm të periudhës së luftës 1998-1999 por edhe atë të viteve të 90-ta të cilat Kosova ka qenë nën okupim. Barnat e grupit N pra të sistemit Nervor paraqesin një dallim shumë të madh në përdorim psh në grupin e psikoanaleptikëve nga 5 DID në vitin 2013 në Kosovë me 1500 DID në Norvegji në vitin 2013.

Konsumi i përgjithshëm i grupit R të barnave sipas ATC klasifikimi tregon se është shumë më i ultë se grupi i njëjtë i barnave i përdorur në Norvegji. Këta numra apo DID tregojnë proporcionin e barnave të përdorura pavarësisht buxhetit apo pasurisë që mund ta ketë Norvegjia dhe e eliminojnë krahasimin me buxhet pasi marrin parasysh konsumin në dozë në raport me popullatën. Një ngjashmëri në mes të dy vendeve që kanë buxhetin më të lartë dhe më të ulët në Europë jep një pasqyrë të trendit të përshkrimit që është i ngjashëm sipas nivelit 1 të ATC por me sasi e cila dallon në mënyrë signifikante e cila po ashtu ka dallim shumë të madh edhe me Kroacinë.

Sa i përket analizave të konsumit të barnave ka disa faktorë të cilët shihen se ndikojnë që Kosva të ketë një dallim aq të madh me Norvegjinë si shtet por kur analizohen konsumi i barnave i shteteve të afërta gjeografikisht me Kosovën si Kroacia apo edhe Serbia, Mali i zi dhe Bosna e hercegovina shihet se përsëri të dhënat e konsumit lënë Kosovën shumë prapa në konsum. Këto të dhëna tregojnë se pavarësisht faktit se Kosova ende nuk ka sistem të sigurimit shëndetësor dhe në të dhënat e konsumit në Kosovë ka disa limitime por edhe fakti që popullësia është shumë e re dhe siç u pa edhe në pjesën më të madhe ajo që nuk pritet që duhet të konsumojnë barna megjithatë ky dallim i strukturës së barnave në përqindje është tregues se ka disa çështje për të cilat duhet që politikëbërësit jo vetëm me seriozitet por edhe me prioritet ti trajtojnë dhe të fillojnë zgjidhjen e tyre.

Pra në një mënyrë shohim se ka shumë faktorë të cilët mund të ndikojnë në të qenit në situata të tilla kur proceset kanë ngecje apo janë me probleme të caktuara të cilat reflektohen në fund në shendetin publik.

KAPITULLI V - PËRFUNDIMI

5.1 Përfundimi

Në shumë vende të botës proceset të cilat kanë të bëjnë me barnat si në kuptimin e përzgjedhjes apo edhe të furnizimit qoftë në sektorin publik por edhe në atë privat janë teme e diskutimit për faktin se shpenzimet e barnave gjithmonë janë në rritje dhe atë në rritje më të madhe se që të hyrat apo në krahasim me rritjen e buxhetit të një shteti.

Shtete të ndryshme kanë buxhete shumë të mëdha dhe nga këto buxhete ndajnë një përqindje shumë të madhe për shëndetësi duke shkuar edhe në 15 – 20% e buxhetit të përgjithshëm.

Pra si çështje fillestare në këto procese dhe e përshkruar edhe nga autorë të ndryshëm si problem global i theksuar edhe në shqyrtimin e literaturës sipas autorëve Ess, S me bashkëpunëtorë (2003) të cilët duke analizuar të dhënat nga sektori shëndetësor në Europë vinë në përfundim se në njëzet vitet e fundit shpenzimet në sektorin farmaceutik por edhe atë shëndetësor **në përgjithësi janë rritur aq shumë dhe më shpejt se rritja e produktit nacional të përgjithshëm në të gjitha shtetet europiane andaj edhe qëllimi duhet të jetë rishikimi i politikave nga qeveritë duke aplikuar masa reduktuese apo së paku ngadalësuese të rritjes së shpenzimeve në sektorin farmaceutik dhe këto politika mund të kenë cak industrinë, qarkulluesit me shumicë dhe pakicë por edhe pacientët.**

Duke marrë parasysh se në shtetet e BE ka një mesatare prej 10-11% të ndarë për shëndetësi nga buxheti i përgjithshëm dhe kur kihet parasysh se buxhetet e tyre janë shumë të mëdha pastaj kjo e kalkuluar për kokë banori del se është psh Zvicra dhe Norvegjia me rreth € 6000 për kokë banori në vit krahasur me Kosovën me rreth € 85 në

vit për shëndetësi dhe kur kihet parasysh ky krahasim se me çfarë buxheti duhet të 'luftojmë' për shëndet dhe që të merren masa, por edhe kur bëjmë krahasimet dhe shohim gjithashtu se çështjet e furnizimit me barna janë çështje të diskutueshme edhe në shtetet që kanë buxhetet aq të larta tregon se vërtetë duhet pasur një strategji serioze për parandalimin e dukurive negative në tërë këtë proces dhe jo vetëm dukurive negative por edhe pjesës profesionale e cila ka të bëjë me rritjen e shpenzimeve të përgjithshme në nivel shtetëror. Fakti se industria farmaceutike është gjithmonë në kërkim të barnave të reja pra në proceset e hulumtimit dhe zhvillimit duke tentuar gjithmonë zbulimin e barnave për trajtimin e sëmundjeve të caktuara si HIV/SIDA, Tuberkulozi, Malaria, Citostatikët apo edhe për sëmundjet tjera për përmirësimin e terapive ekzistuese me barna me rezultate farmakologjike më të mira me më pak efekte anësore etj që zakonisht vijnë me çmime më të larta e në shumë raste në mënyrë signifikante më të larta sjell situatën që politikëbërësit të ndjekin apo edhe të adoptojnë procedura të caktuara të cilat janë restriktive ndaj këtyre implikimeve të cilat do të ishin të papërballeshme financiarisht por që do të duhej të kishin një evaluim për kost-përfitimin.

Mirëpo krijimi i një mënyre të caktuar të punës sikur edhe krijon një lloj të të menduarit apo të ndërrijes për çështjet të ndryshme edhe sikur krijon një pajtim me situatën se problemet e caktuara janë të tilla kurse fillimi i analizimit të tyre dhe nxjerrja e rezultateve fillon të nxisë mënyrat e ndryshme të të menduarit dhe gjetjes së zgjidhjeve.

Me këtë rast nga analizat e listës esenciale ndarjes sipas VEN e cila ndarje është e rekomanduar për shtetet me buxhete të ulëta për shëndetësi u pa se në raste të caktuara cikli i menaxhimit të barnave nuk është përfillur nga zyrtarët përgjegjëse në qendrat spitalore dhe në këtë mënyrë kanë dështuar furnizimet e rregullta. Këtu përfshihen

situata të ndryshme duke përfshirë të gjitha fazat e ciklit të menaxhimit që nga përzgjedhja e barnave duke u ndikuar apo duke mos i përfillur kriteret e caktuara qoftë për faktin se nuk janë të zyrtarizuara apo edhe për mungesën e dijenisë dhe deri te përdorimi apo te administrimi për pacientët kur edhe në këtë fazë mund të bëhen ndryshime cilësore në procesin e menaxhimit. Në vazhdim të kësaj edhe ABC analiza si analizë e ndikimit të buxhetit e realizuar për sistemin shëndetësor në Kosovë ka vënë në pah gjithashtu edhe elemente të tjera ku në shumë raste ka pasur ndryshime shumë të mëdha në procesin e menaxhimit të barnave dhe kjo sigurisht se ka qenë më e theksuar në rastin e citostatikëve ku furnizimet për barnat me vlera më të ulëta as që janë kërkuar kurse te ato me kosto të lartë kanë qenë të vazhdueshme me gjithë diskrepancat nga viti në vit. ABC analiza e produkteve medicinale nxjerr në pah gjithashtu edhe diskrepancën tjetër e cila ndërlidhet me përzgjedhjen e barnave të ndryshme dhe kur analizohen detajet vijmë në rezultate të cilat u treguan edhe në rastin e Kosovës kur 15 nga 58 lloje apo 25% e barnave të grupit të citostatikëve brenda vitit të caktuar nuk janë porosituar fare nga profesionistët e zinxhirit menaxhues (për arsye të ndryshme të cilat mund të jenë që nga kostoja e ultë dhe deri te arsyet profesionale) por që nxjerr menjëherë pyetjen e përzgjedhjes së tyre kur dihet se lista esenciale është e po atij viti kur edhe u bë ABC analiza. Në këtë mënyrë në bazë të indikatorëve të caktuar dalin në pah problemet e sistemit apo të zinxhirit menaxhes por të cilat kanë ndikim në shëndetin publik dhe me këtë rast proceset vendim marrëse përsëri do të ishte e mirëseardhur që të bëhen duke u bazuar në evidencë.

Më tej analizat e konsumit të barnave të cilat janë shumë të rëndësishme për të përcjellë trendin e përshkrimit të barnave por edhe për analizat e utilizimit të barnave dhe kjo gjithashtu edhe në definicionin e sistemit të ATC/DDD nga OBSH ku theksohet se

qëllimi i sistemit ATC/DDD është që të shërbejë si mjet për hulumtimet e shfrytëzimit të barnave në mënyrë që të përmirësohet kualiteti i përdorimit të barnave dhe një nga komponentat e kësaj është edhe analiza e konsumit të barnave e cila bëhet në nivel internacional duke përdorur këtë sistem.

Pra përcjellja dhe analizimi i detajuar i konsumit të barnave tregon me saktësi për përdorimin e barnave në një vend të caktuar sjell rezultate të cilat duke u krahasur me literaturën shëndetësore dhe farmaceutike por edhe duke u krahasuar me analizat e konsumit të vendeve të ndryshme me qëllim të përmirësimit të kualitetit të përshkrimit dhe deri të përdorimit të barnave nga pacientët.

Analizat e konsumit të barnave të grupeve të caktuara kanë treguar gjithashtu rezultate nga më të ndryshmet prej faktit të përdorimit të sasive të kufizuara të barnave në nivel të popullatës, pastaj përdorimit joracional në mes të nëngrupeve të caktuara, apo mungesës së tërësishme të barnave të ndonjë nëngrupi i cili mund të përbëjë një përqindje të konsiderueshme në një vend tjetër si në rastin tonë ku në Norvegji zinte rreth 10% të konsumit të atij grupi. Në anën tjetër analizohen faktorët tjerë të cilët ndërlidhen me faktin e përdorimit të grupeve të caktuara dhe nëngrupeve të tyre duke parë kështu ndryshime në vetitë e përshkrimit. Analizat e tilla japin rezultate të cilat janë lehtë të krahasueshme por duke mos i anashkaluar faktorët tjerë të cilët janë faktori i moshës në Kosovë (që është favorizues për përdorimin më të ultë të barnave) apo faktorët e sëmundshmërisë të cilët mund të largojnë përdorimin e barnave të caktuara, apo edhe mungesën e reimbursimit të barnave nga fondi i sigurimit të barnave. Megjithatë përjashtimisht këtyre faktorëve ndryshimet signifikante në përdorimin e barnave janë indikator i masave serioze të cilat duhet të ndërmerren nga nivelet më të larta menaxhuese të Ministrisë së Shëndetësisë.

Në një mënyrë ndërlidhja e faktorëve të ndryshëm të cilët ndikojnë në përdorimin e barnave dhe përshkrimin e tyre nga profesionistët shëndetësorë mund të ndërlidhet gjithashtu edhe me analizat e konusmit të cilat në mënyrë indirekte të kombinuara me indikatorë të tjerë të përzgjedhur japin të dhëna të cilat pashmangshëm ndikojnë në shëndetin publik. Pastaj edhe rastet e ngjashmërive në konsum deri në nivelin e tretë të ATC dhe pastaj në anëtarët e ndryshëm si në rastin e antibiotikëve ku për dallim kishte përdorim shumë më të madh të llojeve të caktuara të antibiotikëve. Rezultatet e tilla nxisin hulumtime të ndryshme pastaj të këtyre çështjeve por edhe veprime konkrete e që pastaj shihen rezultatet si në rastin e autorëve Beovic B. me bashkëpunëtorë (2009) ku është aplikuar një politikë monitoruese dhe restriktive ku në reparte të caktuara ka rezultuar me një trend në ulje signifikante të konsumit të antibiotikëve me dozat e definuara ditore për pacient në ditë dhe me kosto të antimikrobikëve për pacient.

Në anën tjetër plotësimi i këtyre të dhënave edhe me elemente shtesë të analizave të ndryshme të bëra me metodologjitë e njohura nga organizata të ndryshme dhe prestigjioze nxjerr në pah edhe faktorë të tjerë të cilët mund të përmirësohen. Me këtë rast duke përfshirë në këto të dhëna edhe analizat farmakoekonomike, rezultatet tregojnë për përmirësime signifikante në sistemin shëndetësor apo në përdorimin racional të barnave e cila gjë ka mundur që për sëmundje të caktuara të përdoren barna cilësore, të sigurta por edhe kost-efikase pra duke u arritur që me buxhet më të ultë të trajtohen numri i caktuar i pacientëve dhe të kenë të rezultatet e dëshiruara dhe në këtë mënyrë të trajtohet numër më i madh i pacientëve. Kjo mënyrë e punës u dokumentua se përdoret edhe në shtetet më të zhvilluara psh në Holandë për shkak të rritjes së presionit në buxhetin e shëndetësisë justifikimi adekuat për shpenzimet dhe investimet e ardhshme duhet të jetë shkencërisht i bazuar dhe kjo po bëhet jashtëzakonisht e rëndësishme dhe se

nga perspektiva e qeverisë holandeze evaluimi farmakoekonomik në proceset vendim marrëse duhet të japë një mundësi të vërtetë për të prezantuar vlerën e vërtetë të barit krahasuar me koston e tij (Glick, H. 2005).

Siç u tha edhe gjatë diskutimit në këtë hulumtim u arrit që të vërtetohet se të dhënat e analizuara të barnave në aspektin e “numrave” në bazë të të dhënave të konsumit të barnave dhe duke përfillur edhe të dhënat nga analizat farmakoekonomike të barnave onkologjike të sjellin deri te ndryshimet cilësore në përdorimin e këtyre barnave dhe kjo gjithashtu duke përfillur edhe rekomandimet për përdorimin e barnave për indikacione të caktuara është arritur që në planifikimin e vitit 2016 të vërtetohet hipoteza e këtij hulumtimi duke arritur që në bazë të shifrave ekonomike të vihen në pah problemet e shumta të sistemit apo të planifikimit adekuat të barnave nga lista esenciale. Kjo pastaj ka bërë që të nxitet reagimi nga strukturat udhëheqëse duke kërkuar ndihmën edhe të faktorit ndërkombëtar në këtë rast të bankës botërore, ndryshimet menaxheriale në strukturat udhëheqëse të institutit dhe me këtë rast të bëhen edhe ndryshimi në procesin e përzgjedhjes si dhe përshkrimit të barnave esenciale dhe në këtë rast të barnave onkologjike.

Duke analizuar faktorë të ndryshëm të cilët janë shumë të rëndësishëm për ciklin e menaxhimit me barna dhe arritja e rezultateve të caktuara kanë vënë në pah problematikën e theksuar të menaxhimit dhe është parë që luftimi i dukurive të ndryshme është bërë i mundur vetëm pasi janë nxjerrë në pah rezultatet dhe kur janë identifikuar faktorët e ndaljes apo ngadalësimit të një procesi të caktuar.

Metodat e caktuara të cilat përdoren në vende të ndryshme të botës dhe që gjithashtu edhe tregojnë trendin e caktuar të përdorimit qoftë të produkteve medicinale apo edhe procedurave të ndryshme të shërbimeve në sektorin shëndetësor kanë bërë që të

analizojnë edhe më tej faktorët që kanë ndikuar në rezultatet e ndryshme të cilat janë arritur. Në këtë mënyrë analizimi i çështjeve të caktuara me indikatorë të cilët ndërlidhen në aspektin profesional dhe menaxhues në funksion të arritjes së vendimmarrjes por edhe të arsyetimit profesional për ndikimet e caktuara është bazë esenciale për funksionalitet të plotë të zinxhirit apo të tërësisë së proceseve për të cilat kryhet hulumtimi apo precesi vendimmarës.

Në këtë mënyrë evidenca e krijuar në procese të ndryshme menaxhuese duke përdorur indikatorë signifikant si në rastin e menaxhimit të barnave shihet se ndikimi i analizave të ndryshme si VEN, ABC, ndikimi i buxhetit, farmakoekonomike por edhe ato të konsumit të barnave kanë treguar se vërtetojnë hipotezën për faktin se *mund të sjellin deri te ndryshimet cilësore në përshkrimin dhe përdorimin e barnave, duke bërë që të nxitet procesi i cili do të shpinte në krijimin e protokolleve adekuate terapeutike dhe kështu do të rezultonte me një liste adekuate esenciale me përfitim për shëndetin publik të popullatës* dhe kjo është vërtetuar në raste të caktuara ka pasur përmirësime signifikante në drejtim të përmirësimit të ciklit të menaxhimit të barnave që nga përzgjedhja e barnave adekuate esenciale kualitet, siguri, dhe kost efikasitet duke qenë në çdo kohë të qasshme për popullatën apo për pacientët në nevojë, prokurim adekuat, shpërndarje adekuate dhe deri në përdorimin racional.

5.2 Mundësitë dhe kufizimet

Në këtë studim një kufizim do të jetë qasja ndaj të dhënave por edhe mendësia për fillimin e procesit për nevojën e ndryshimit të një mënyre të punës që tash sa kohë kryhet në një drejtim të caktuar. Kjo do të përbënte një rezistencë ndaj ndryshimit pavarësisht rezultateve kualitative të cilat mund të pasojnë. Në këtë rast nuk bën pa e përmendur faktin se industria farmaceutike është një industri shumë e përfolur për interesat e caktuara që në këtë rast do të mund të ndikonin në vonimin e proceseve të cilat në mungesë të të dhënave marrin kahje të cilat në raste të caktuara edhe janë jo transparente. Në këtë studim tentohet të studiohet cikli i menaxhimit të barnave por vetëm në dy faza të tij, në përzgjedhje të barnave dhe përdorimin e tyre dhe nuk do të bëhet për prokurimin dhe shpërdarjen. Fokusimi do të jetë në menaxhimin kost efektiv të buxhetit aktual dhe jo analiza për lartësinë apo mungesën e buxhetit.

Mostra e përzgjedhur nuk ka të bëjë me industrinë duke qenë se ndikimi financiar do të mund të sillte rezultate të gabuara kurse analiza kuantitative do të ishte e paefekt pasi nuk kemi të bëjmë me një proces masiv por me një proces vendim marrës i cili pastaj shtrin efektin në tërë sistemin shëndetësor.

Një kufizim tjetër i cili duhet të përmendet është fakti se të dhënat e konsumit të barnave janë të dhënat zyrtare të cilat janë mbledhur në gjatë punës në AKPPM pra ku merren lejet e importit në mënyrë zyrtare kurse pjesa e cila është jo zyrtare nuk ka të dhëna dhe për kohën e analizës në mungesë të legjislacionit farmaceutik adekuat një pjesë e konsiderueshme ka mundur të bëjë pjesë në këtë segment informal. Mungesa e këtyre të dhënave mund të ndikojë në rezultatet e konsumit që duke i nxjerrë si të tilla mund të jenë për një përqindje më të ulëta se sa që është konsumi i përgjithshëm real i barnave në Kosovë.

5.3 Hulumtime të mëtejme

Analizat e konsumit të barnave dhe ato farmakoekonomike mund të zgjerohen dhe të ndërlidhen edhe me aspektet tjera të farmakoepidemiologjisë dhe farmakologjisë në përgjithësi.

Analizimi farmakoekonomik i secilit produkt me ndikim në listën esenciale mund të ishte hap me rëndësi që mund të sillte rezultate të cilat mund të ndikojnë në ndryshime rrënjësore të vetive të përshkrimit të barnave.

Duke u bazuar në gjetjet nga ky hulumtim, analiza mund të vazhdohet në drejtim të hulumtimit të sëmundjeve të caktuara dhe ndërlidhjes së përdorimit të barnave për ato sëmundje apo diagnoza të caktuara.

Ndryshime të cilat ishin evidente gjatë rezultateve të këtij hulumtimi u panë sidomos në rastin e produkteve të cilat përdoren për trajtimin e sëmundjeve të sistemit nervor dhe me këtë rast një hulumtim më i detajuar i cili do të përfshinte analiza të detajuara të sëmundshmërisë, problemeve të stresit posttraumatik por edhe aspektet tjera psikiatrike dhe psikologjike të ndërlidhura me specifikat e barnave të përdorura për trajtimin e tyre gjithashtu do të ishin të rëndësishme për sistemin shëndetësor në Kosovë.

Gjithashtu krahasimet e sëmundshmërisë dhe specifikave të tjera me shtetet e ndryshme sidomos ato të rajonit me karakteristika të ngjashme të popullësisë mund të sjellin deri te rezultatet të cilat mund të japin rekomandime për ndryshime të rëndësishme të sektorit shëndetësor të cilat mund të kenë ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin publik të popullatës.

LITERATURA

- Adriaenssens N., Coenen S., Versporten A., Cizman M., (2011) European surveillance of antimicrobial consumption (ESAC): outpatient macrolide, lincosamide and streptogramin (MLS) use in Europe (1997-2009). *Journal of antimicrobial chemotherapy*. 66(6). f. 37-45
- Agjencia Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale (2015) Lista e produkteve të cilat posedojnë Autorizimin për marketing të lëshuar nga AKPPM. Marrë nga: <https://cloud.akppm.com/public.php?service=files&t=78a707139c6df6e395f7bcd0787f00ca>. Parë për herë të fundit më 07.10.2015
- Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale (2015) Barnatoret e licencuara në Republikën e Kosovës. Marrë nga: <https://cloud.akppm.com/public.php?service=files&t=c7dea1dac27efc3778f50c5e99efbeb0>. Parë për herë të fundit më 5.4.2015.
- Agjencia e Statistikave e Kosovës (2015). Popullësia në Kosovë. Marrë nga <https://ask.rks-gov.net/>. Parë për herë të fundit më 05.04.2015.
- Agjencia e Statistikave e Kosovës (2015). Gratë dhe Burrat në Kosovë. Marrë nga <https://ask.rks-gov.net/>. Parë për herë të fundit më 12.10.2015.
- Agjencia e Statistikave e Kosovës (2015). Vlerësim, popullsia në Kosovës. Marrë nga <https://ask.rks-gov.net/>. Parë për herë të fundit më 12.10.2015.
- Agjencia e Statistikave e Kosovës (2015). Parashikimi i popullsisë së Kosovës 2011 - 2061. Marrë nga <https://ask.rks-gov.net/>. Parë për herë të fundit më 12.10.2015.
- Agjencia e Statistikave e Kosovës (2015). Shkaqet e vdekjeve në Kosovë 2012 - 2013. Marrë nga <https://ask.rks-gov.net/>. Parë për herë të fundit më 12.10.2015.
- Andretta M., Ciuna A., Corbari L., Cipriani A., Barbui (2005) Impact of regulatory changes on first- and second-generation antipsychotic drug consumption and expenditure in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40(1). f.71-77
- Arrigan M., Halley B., Hughes P., McMenamin L., O'Sullivan K., (2007) Pharmacoeconomic Analysis of Peri-Surgical Antibiotics and Surgical Site Infections in Livingstone General Hospital, Zambia. *Trinity Student Medical Journal*. 8(1). f. 71-75

- ATC classifications (2013) Norwegian Institute of Public Health . Marrë nga http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/. Parë më 10 Qershor 2013
- Bantar C., Sartori B., Vesco E., Heft C., Sau M., Salamone F., Oliva M., (2003) A Hospitalwide Intervention Program to Optimize the Quality of Antibiotic Use: Impact on Prescribing Practice, Antibiotic Consumption, Cost Savings, and Bacterial Resistance. *Clinical Infectious Disease Journal*. 37(2). f. 180-187
- Beovic B., Kreft S., Seme K., Cizman M., (2009) The impact of total control of antibiotic prescribing by infectious disease specialist on antibiotic consumption and cost. *Journal of chemotherapy*. 21(1). f.46-51
- Bernard Bégaud, Ulf Bergman, Hans-Georg Eichler, Hubert G. M. Leufkens & Peter J. Meier (2002) Drug reimbursement: Indicators of inappropriate resource allocation. *Journal of Clinical Pharmacology*. 54 (1). f. 528 – 532
- BNF 66 (2014) Betaine Indications. Pharmaceutical Press. London. UK
- Bigdeli M., Peters D., Wagner A (2014) Medicines in Health Systems: Advancing access, affordability and appropriate use. WHO.
- Blank, P., Dedes, K. And Szucs, T. (2010) Cost Effectiveness of Cytotoxic and Targeted Therapy for Metastatic Breast Cancer, A Critical and Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 28 (8), f.629-647.
- Baicker, K. (2006) Improving incentives in Health Care Spending. *Business Economics*. 41(2), f.21-25.
- Blank, P., Dedes, K. And Szucs, T. (2010) Cost Effectiveness of Cytotoxic and Targeted Therapy for Metastatic Breast Cancer, A Critical and Systematic Review. *Pharmacoeconomics*. 28 (8), f.629-647.
- Bramnes J dhe Rossow I (2010) Can the total consumption of a medicinal drug be used as an indicator of excessive use? The case of carisoprodol. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 17(2). f.168–180.
- Burri A dhe Maercker A (2014) Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Research*. 28(1). f.407
- Cheng, J. (2002) Cardiovascular Pharmacotherapy. CRC Press. Boca Raton, New York, London, Washington.

- Council of Europe (2001) Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices.
- Cravens, D., Piercy N., Baldauf, A. (2009) Management framework guiding strategic thinking in rapidly changing markets. *Journal of Marketing Management*. 25(1-2), f. 31-49.
- Denzin N. & Lincoln Y. (2005) The Sage Handbook of qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dipiro, J. (2003) Encyclopedia of Clinical Pharmacy. Taylor and Francis. New York-London
- DiMasi, J., Caglarcan, E. And Wood-Armany, M (2001) Emerging Role of Pharmacoeconomics in the Research and Development Decision-Making Process. *Pharmacoeconomics*. 19 (7), f.753-766
- Dietrich, E., Schubert, B., Ebner, W and Daschner F (2001) Cost Efficacy of Tazobactam/Piperacillin versus Imipenem/Cilastatin in the Treatment of Intra-Abdominal Infection. *Pharmacoeconomics*. 19 (1). f.79-94
- Enyinda, Ch. & Szmerekovsky, J. (2008) Sense and Respond Supply Chain: A Prescription for Mitigating Vulnerability in the U.S. Pharmaceutical Value Chain. *The Journal of Global Business*. 2(2), f. 95-103.
- EphMRA (2015) Anatomical Therapeutic Guidelines 2015. Marrë nga http://www.ephmra.org/user_uploads/atcguidelines2016final.pdf. Parë më 12.03.2016.
- Ess, S., Schneeweiss S. and D. Szucs, Th. (2003) European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure. *Pharmacoeconomics* 21 (2). f.89-103
- Eurostat (2015) Statistics on life expectancy at birth – Marrë nga: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00025>. Parë më 05.04.2015.
- Fitzpatrick and Floyd (2012) A Systematic Review of the Cost and Cost Effectiveness of Treatment for Multidrug-Resistant Tuberculosis. *Pharmacoeconomics*. 30(1). f. 63-80.
- Furst et Kocmur (2003) Use of psychiatric drugs in Slovenia in comparison to Scandinavian countries. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 12(5). f. 399-403

- Geiling J, Rosen JM, Edwards RD. (2012) Medical costs of war in 2035: long-term care challenges for veterans of Iraq and Afghanistan. *Military medicine* 177(11), f. 1235-44
- Glick, H. (2005) Pharmacoeconomics. Wyeth Global Positioning Program
- Glick, H., Miller, C.C and Cardinal, L.B. (2005) The allocation of prestigious positions in organizational science: Accumulative advantage, sponsored mobility, and contest mobility. *Journal of Organizational Behavior*, 26, f. 489-516
- Godman B., Wettermark B., Woerkom M., Fraeyman J., Alvarez-Madrazo S., Berg Ch., Bishop I., Bucsics A., Campbell S., Finlayson A., Fürst J., Garuoliene K., Herholz H., Kalaba M., Laius O., Piessnegger J., Sermet C., Schwabe U., Vlahović-Palčevski V., Markovic-Pekovic V., Vončina L., Malinowska K., Zara C., and Gustafsson L. (2014). *Front Pharmacology Journal*. 17(5). f.106-110
- Goossens H., Ferech M., Stichele V., Elseviers M., ESAC project group (2005) Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 365 (9459) f. 579 – 587.
- Gregoire J., Jocelyne M., Potvin L., Chabot I., Verreault R., Milot A., (2006) Effect of drug utilization reviews on the quality of in-hospital prescribing: a quasi-experimental study. *Biomed Central Journal*. 6(33).
- Hogerzeil, H me bashkëpunëtorë (2005) Drug supply management. WHO publications & Kumarian Press. Geneva.
- Holloway K dhe Green T. (2003) Drug and Therapeutic Committee. A practical guide. WHO and MSH. France.
- Hoxha, R., Krasniqi, Sh., Jakupi, A. (2011) Regjistri i Barnave 2. Shqata Farmaceutike e Kosovës, Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë.
- Hall, P., Hulme C., McCabe Ch., Oluboyede Y., Round, J., and Cameron D. (2011) Updated Cost-Effectiveness Analysis of Trastuzumab for Early Breast Cancer A UK Perspective Considering Duration of Benefit, Long-Term Toxicity and Pattern of Recurrence. *Pharmacoeconomics*. 29 (5). f.415-432
- Harvey me bashkëpunëtorë (2000) Pharmacology. Lippincot. USA
- Instituti Kombëtar i Shëndeti Publik (2013) Analiza e morbiditetit të popullatës së Kosovës për vitin 2011. Marrë nga: <http://www.niph->

- kosova.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=6&view=view.download&catid=3&cid=58. Parë për herë të fundit më 22 Maj 2014.
- IMS Health (2008) – Pharmaceutical Market Europe
- Izvješće o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj u 2011. Halmed 2014. Marë nga <http://www.halmed.hr/Novosti-i-edukacije/Publikacije-i-izvjesca/Izvjesca-o-potrosnji-lijekova/>. Parë për herë të fundit më 24.09.2015.
- Izvješće o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj u 2012. Halmed 2014. Marë nga <http://www.halmed.hr/Novosti-i-edukacije/Publikacije-i-izvjesca/Izvjesca-o-potrosnji-lijekova/>. Parë për herë të fundit më 24.09.2015.
- Izvješće o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj u 2013. Halmed 2014. Marë nga <http://www.halmed.hr/Novosti-i-edukacije/Publikacije-i-izvjesca/Izvjesca-o-potrosnji-lijekova/>. Parë për herë të fundit më 24.09.2015.
- Izvješće o prometu lijekova u Republici Hrvatskoj u 2014. Halmed 2015. Marë nga <http://www.halmed.hr/Novosti-i-edukacije/Publikacije-i-izvjesca/Izvjesca-o-potrosnji-lijekova/>. Parë për herë të fundit më 24.09.2015.
- Jakupi, A. (2008) Analiza e produkteve të Listës Esenciale për vitin 2010. Shoqata farmaceutike e Kosovës. Prishtinë
- Jakupi, A. (2014) Konsumi i barnave në Kosovë 2011-2013. Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale. Prishtinë Kosovë.
- Jakupi, A. me bashkëpunëtorë (2014) Regjistri i Barnave 3. Agjencia e Kosovës për Produkte dhe Pajisje Medicinale. Prishtinë Kosovë.
- Jansen J., Kumar R. dhe Carmeli Y. (2009) Cost-Effectiveness Evaluation of Ertapenem versus Piperacillin/Tazobactam in the Treatment of Complicated Intraabdominal Infections Accounting for Antibiotic Resistance. *Value in Health*. 12(2). f.234-244.
- Jeffrey P. Harrison, Lynn F. Satterhite, and Walter Ruday, Jr. (2010) The Financial Impact of Post Traumatic Stress Disorder on Returning US Military Personnel,, *Journal of health care finance*, 36(4), f. 65–74
- J Lyle Bootman, William F McGhan, dhe Raymond J Townsend (1995) Pharmacoeconomics: historical perspective. *Ann Pharmacotherapy* 40(3), f.518-9
- J.L.Bootman & Skrepnek, G. (2012) Achieving value: The role of pharmacoeconomics. *Pharmaceuticals Policy and Law* 14. f.3–6

- Jakupi, A. (2011) Pharmaceutical Management of the Essential List of Medicines, Kosovo Case. Lambert Academic Publishing. Germany.
- Joubish M, Khuram M, Ajiash A, Syeda F dhe Kaydar F (2011) Paradigms and good qualitative research. *World applied Sciences Journal*. 12(11). f.2082-2087.
- Kansky A and Sinkovic A (2003). Excessive use of drugs and adverse events: epidemiologic and pathogenetic aspects. *Acta dermatovenerologica Alpina, Panonica et Adriatica Ljubljana*. 12(4). f. 143-150
- Krivoy N., Wissam A., Yaron B. & Salim H., (2007) Antibiotic prescription and cost patterns in a general intensive care unit. *Pharmacy Practice*. 5(2) f.
- Kurokava T me bashkëpunëtorë (1996) SAFETY MONITORING of MEDICINAL PRODUCTS Guidelines for setting up and running a Pharmacovigilance Centre. WHO Upsala. Sweeden.
- Levaot Y, Sinyor M, Feinstein A (2013) Trauma and psychological distress observed in journalists: a comparison of Israeli journalists and their Western counterparts. *The Israel Journal of Psychiatry Related Sciences*. 50(2). f.118-21.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Lopez B., Moreno O., Perestelo L., Serrano P., (2009) The economic costs and health-related quality of life of people with HIV/AIDS in the Canary Islands, Spain. *BioMed Central Ltd*. 9. f.55
- Lu C., Degnan D., Soumerai S., Pearson P (2008) Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: A critical review of the literature – 2001–2007. *Biomedical Central*. 7(8). f.75
- Matanov A, Giacco D, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Schützwohl M, Priebe S. (2013) Subjective quality of life in war-affected populations. *Bio Med Central Public Health*. 2(13) f.624
- Ministria e Shëndetësisë (2015) Ligji 04/L-125 për Shëndetësi
- Ministria e Shëndetësisë (2015) Ligji 04/L-150 për Odat e Profesionistëve Shëndetësorë
- Ministria e Shëndetësisë (2015) Ligji 04/L-190 për Produkte dhe Pajisje Medicinale
- Ministria e Shëndetësisë (2015) Ligji 02/L-128 për Narkotik, Substanca Psikotrope dhe Prekursorë

- Ministria e Shëndetësisë (2005) Udhëzim Administrativ 11/2005 Themelimi dhe organizimi i Departamentit të Farmacisë. Marrë nga: <http://msh-ks.org/legjislacioni/udhezimet-administrative/23-2005.html?lang=sq>. Parë më 13.6.2013.
- Ministria e Shëndetësisë (2007) Udhëzim Administrativ 11/2007. Deponimi, Distribrimi dhe dispenzimi i produkteve farmaceutike nga lista esenciale. Marrë nga: <http://msh-ks.org/legjislacioni/udhezimet-administrative/25-2007.html?lang=sq>. Parë më 13.6.2013
- Ministria e Shëndetësisë (2013) Analiza e Listës esenciale për vitin 2013 sipas VEN dhe ABC analizës. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë Kosovë.
- Ministria e Shëndetësisë (2015) – Lista esenciale e barnave. Prishtinë Kosovë.
- Ministria e Shëndetësisë (2015) – Shpenzimet e barnave për vitin 2015 Prishtinë Kosovë.
- Ministria e Shëndetësisë (2015) - Planifikimi i barnave për vitin 2016 Prishtinë Kosovë.
- Ministria e Shëndetësisë (2015) - Udhëzimi Administrativ 7/2000 – Për themelimin e Agjencisë së Kosovës për rregullativën e Barnave AKRB –së (tash AKPPM)
- Muening P., (2008) Cost Effectiveness Analyses in Health, a practical approach. Jossey Bass. Ca.USA.
- Nobrega, O., Marques, A., Gomes, A., Oliveira, M., Naves, J., Sylver, L., (2007) Retail prices of essential drugs in Brazil: an international comparison. *Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 22(2), f.118-123
- Oehlrich M. (2011) The growing role of pharmacoeconomic evaluations and their impact on the European pharmaceutical industry. *Pharmaceuticals Policy and Law*. 13. f. 29–40
- Orlewska E, Mierzejewski (2003) Project of Polish guidelines for conducting pharmacoeconomic evaluations in comparison to international health economic guidelines. *European Journal of Health Economics*. 4(4). f.296-303.
- Okasha D., Kassis I., Haddad S., Krivoy (2009). General medications utilization and cost patterns in hospitalized children. *Pharmacy Practice*. 7(1). f. 54-58
- Patton, M. Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

- Pallis me bashkëpunëtorë (2010) Pharmacoeconomic considerations in the treatment of breast cancer. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. 2. f. 47–61
- Promet i potrosnja lekova na Republiku Srbije. Alims 2011. Marë nga <http://www.alims.gov.rs/latin/o-agenciji/publikacije/>. Parë më 17.10.2015.
- Promet i potrosnja lekova na Republiku Srbije. Alims 2012. Marë nga <http://www.alims.gov.rs/latin/o-agenciji/publikacije/>. Parë më 17.10.2015.
- Promet i potrosnja lekova na Republiku Srbije. Alims 2013. Marë nga <http://www.alims.gov.rs/latin/o-agenciji/publikacije/>. Parë më 17.10.2015.
- Potrosnja lijekova. Uloga i značaj praćenja potrošnje lijekova. Agencija za Ljekove I Medicinska Sredstva Crne Gore, Calims 2011. Marë nga https://www.calims.me/Portal/faces/dinamickeStrane?_afLoop=4190106575472438¶mS=79¶mPut=+%3E+Publikacije++%3E++¶mRender=1&_adf.ctrl-state=101lbtp17x_58. Parë më 17.10.2015.
- Potrosnja lijekova. Uloga i značaj praćenja potrošnje lijekova. Agencija za Ljekove I Medicinska Sredstva Crne Gore, Calims 2012. Marë nga https://www.calims.me/Portal/faces/dinamickeStrane?_afLoop=4190106575472438¶mS=79¶mPut=+%3E+Publikacije++%3E++¶mRender=1&_adf.ctrl-state=101lbtp17x_58. Parë më 17.10.2015.
- Potrosnja lijekova. Uloga i značaj praćenja potrošnje lijekova. Agencija za Ljekove I Medicinska Sredstva Crne Gore, Calims 2013. Marë nga https://www.calims.me/Portal/faces/dinamickeStrane?_afLoop=4190106575472438¶mS=79¶mPut=+%3E+Publikacije++%3E++¶mRender=1&_adf.ctrl-state=101lbtp17x_58. Parë më 17.10.2015.
- Quick me bashkëpunëtorë (1997) Managing Drug Supply. Management Sciences for Health & WHO.. Connecticut. USA. Kumarian Press
- Rascati, K. (2008) Essentials of Pharmacoeconomics. Lippincot, Williams and Wilkins. USA
- Rudholm (2005) Pharmaceutical insurance and the demand for prescription pharmaceuticals in Västerbotten, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 33(1). p. 50–56.
- Sande-Bruinsma, Nienke, van de., Grundmann, Hajo. Verloo, Didier. Tiemersma, Edine W. Monen, Jos., Goossens, H., Ferech, M., Cizman, Milan. Müller-Premru,

- Manica. ;Kolman, Jana. (2008) Antimicrobial drug use and resistance in Europe. *Emerging infectious diseases*; 14(11), p.1722-1730
- Steven B. Zeliadt dhe David F. Penson (2007) Pharmacoeconomics of Available Treatment Options for Metastatic Prostate Cancer. *Pharmacoeconomics*. 25(4), p.309.
- Sagsahug S. me bashkëpunëtorë. (2013) Drug Consumption in Norway 2008 – 2012. National Institute of Public Health. Norway.
- Sagsahug S. me bashkëpunëtorë. (2013) Drug Consumption in Norway 2009 – 2013. National Institute of Public Health. Norway.
- Saltoglu N, Dalkiran A, Tetiker T, Bayram H., Tasova Y., Dalay C. and Sert M. (2010) Piperacillin/tazobactam versus imipenem/cilastatin for severe diabetic foot infections: a prospective, randomized clinical trial in a university hospital. *Clinical Microbiology and Infection*. 16(8). f.1252-1257
- Schwierz Ch (2015) Assessing the fiscal sustainability of health and long term care: the EU methodology. European Commission.
- Silove D, Liddell B, Rees S, Chey T, Nickerson A, Tam N, Zwi AB, Brooks R, Sila LL, Steel Z (2014) Effects of recurrent violence on post-traumatic stress disorder and severe distress in conflict-affected Timor-Leste: a 6-year longitudinal study. *Lancet Global Health*. 2(5). f.293-300
- Strom, B., Kimmel, S., Henessy, S., (2012) *Pharmacoepidemiology*. Wiley Blackwell. USA
- Teeuwisse M., Klungel O., Verschuren W., Porsuis A., Boer A., (2001) Comparison of different methods to estimate prevalence of drug use by using pharmacy records. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54, f.1181-1186
- The White House (2015) The National Action Plan For Combating Antibiotic Resistant Bacteria.
- Trask Sanchez L (2011) *Pharmacoeconomics: Principles, Methods, and applications*. The McGraw-Hill Companies. USA.
- Tollier, C. dhe Husson, I. (2005) ATC and EphMRA Classifications: Evolution from 1996 to 2003 and Comparative Analysis. *Itherapie*. 60 (1). f. 47-56.
- Ubeda A, Cardo E, Sellés N, Broseta R, Trillo JL, Fernández-Llimós F. (2007) Antidepressant utilization in primary care in a Spanish region: impact of generic and

- reference-based pricing policy (2000-2004). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42(3). f.181-188
- Van Oostenbrugge, M., Jansen, R., Mur, K. And Kooijman H. (2005) Penny and Pound Wise Pharmacoeconomics from a Governmental Perspective. *Pharmacoeconomics*. 23 (3). p.219-226
- Versporten A., Bolokhovets G., Ghazaryan L me bashkëpunëtorë (2013) Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *The Lancet Infectious Diseases*. 14(5) f.381-387.
- Vogler S., Zimmermann N., Leopold Ch., Habl C., and Mazag J., (2013) Discounts and Rebates Granted for Medicines for Hospital Use in Five European Countries. *The Open Pharmacoeconomics & Health Economics Journal*. 5, f. 1-10
- Vural,S., Erdem, E., Gulec, S., Yildirmak Y. and Kebudi R. (2010) Imipenem–cilastatin versus piperacillin–tazobactam as monotherapy in febrile neutropenia. *Pediatrics International*. 52, f.262–267
- WHO (2002) ATC/DDD classification system. WHO Drug Information. 16(3). f.233-234.
- WHO (2003) Introduction to Drug Utilization Research. Oslo Norway.
- WHO (2014) Structure and Principles of ATC classification. Marrë nga http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/. Parë më 5.4.2015.
- WHO (2015) Essential Medicines and Health Products. Marrë nga: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>. Parë më 15.09.2015.
- WHO (2015) Essential Medicines. Marrë nga: http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/. Parë më 09.04.2015.
- Webber-Foster R, Kvizhinadze G, Rivalland G, Blakely T (2014). Cost-effectiveness analysis of docetaxel versus paclitaxel in adjuvant treatment of regional breast cancer in New Zealand. *Pharmacoeconomics*. 32: f.707–724
- Weinberg R, Bhat N., Vogenberg F., (2005) Engaging Physicians in Cost Savings Initiatives, Eliminating medication cost bias in the selection of inpatient medications. *The physician executive*. 31(1). f. 12-20
- Wholey J., Hatry, H. and Newcomer, K. (2010) Handbook of practical program evaluation. John Wiley & Sons. USA.

- World Bank (2014) Republic of Kosovo – Report on Review of Oncology Formulary
- World Bank (2015) data on budget for health. Marrë nga <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. Parë më 12.09.2015.
- Yaqub A & Khan Z (2005) Comparison of early intravenous to oral switch amoxicillin/clavulanate with parenteral ceftriaxone in treatment of hospitalized patients with community acquired pneumonia. *Pakistan Journal of Medicinal Sciences*. 21 (3) f. 259-266
- Young M dhe Plosker G (2001) Piperacillin/Tazobactam A Pharmacoeconomic Review of its Use in Moderate to Severe Bacterial Infections. *Pharmacoeconomics*. 19 (11). f.1135-1175
- Zaharia, M., Grundev, D., Stancu, A. (2008) Qualitative research methods; a comparison between focus groups and interviews. *Annals of the University of Oradea, Economic Science Series*. 17(4), f.1279-1283.
- Zeliadt S dhe Penson D. (2007) Pharmacoeconomics of Available Treatment Options for Metastatic Prostate Cancer. *Pharmacoeconomics*. 25 (4). f.309-327

SHTOJCA

Shtojca 1 Pyetjet për procesin e intervistimit

1. Fusheveprimi dhe roli ne raport me barnat esenciale i: barnatores qendrore/ departamentit të farmacisë/ afsh/ klinikes/ repartit
2. Si e perceptoni raportin bq-klinike-repart-pacient dhe a mendoni se ka ngecje ne ndonje nga keto segmente te sistemit?
3. Si behet planifikimi i barnave për vitin vijues
4. Si behet raporti i konsumit të barnave (sipas nivelit te organizates ku punoni)
5. Cka do te ndryshonit ne keto dy procese
6. Sa mendoni se buxheti i dedikuar per listen esenciale i mbulon nevojat reale – dhe sa mendoni se do te duhej te ishte buxheti per listen Esenciale
7. Sa mendoni se ka blerje te barnave esenciale nga pacientet spitalor te cilet dergohen ne barnatoret private dhe nga kjo pjese sa % teketyre barnave do te ishin Vitale?
8. Lista esenciale si formohet si proces
9. Cka do te ndryshonit ne këtë proces të formimit të LE
10. A mendoni se ka influence te komanive farmaceutike ne pershkrimin e barnave por edhe ne formimin e listes esenciale
11. A ekzistojnë analiza të konsumit të barnave dhe ato farmakoekonomike që ndërliiden me procesin e hartimit të listës Esenciale
12. A ka analiza të racionalizimit të terapisë apo për përdorimin racional të barnave
13. A mendoni se njihet ne rase te caktuara keqperdorimi i antibiotikeve pavaresisht krijimit te rezistences antimikrobike
14. A mendoni se formimi i komitetit per barna dhe terapi do te ndikonte qe te minimizoheshin keto raste apo format tjera te monitorimit – ndonje shembull nga ndoshta ndryshimet ne monitorimin e barnave ne Institutin e Onkologjise?
15. Blerja e barnave – per pacientet ambulantore a mendoni se duhet te behet nga spitalet
16. Ndonje koment

Shtojca 2 Lista Esenciale

Lista Esenciale e nivelit primar, sekondar dhe terciar te kujdesit shëndetësor - Barnat					
Anestetiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza & Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ATRACURIUM BESYLATE	sol per inj	10mg/ml, 5ml	i.v	M03AC04
2	ATROPINE SULPHATE	sol per inj	1mg/ml, 1ml	i.v & i.m	A03BA01
3	BUPIVACAINE HCL	sol per inj	5mg/ml, 10 ml	epidural	N01BB01
4	EPHEDRINE SULPHATE	sol per inj	50 mg/ml, 1ml	i.m & iv	A08AA56
5	ETOMIDATE	sol per inj	2mg/ml, 10ml	i.v	N01AX07
6	FENTANYL	sol per inj	50mcg/ml; 2ml	i.m & i.v	N01AH01
7	KETAMINE	sol per inj	50mg/ml, 10ml	i.m & i.v	N01AX03
8	LIDOCAINE 2%	sol per inj	20mg/ml, 2ml	i.v	N01BB02
9	MIDAZOLAM	sol per inj	1mg/ml, 5ml	i.m & i.v	N05CD08
10	NALOXONE	sol per inj	0.4mg/ml, 1ml	i.m & iv	V03AB15
11	NEOSTIGMINE METHYLSULPHATE	sol per inj	2.5 mg/ml, 1ml	i.m & iv	N07AA01
12	PANCURONIUM BROMID	sol per inj	2mg/ml, 2ml	i.v	M03AC01
13	PRALIDOXIM (PAM)	plv per sol per inj	1g, 10ml	iv	V03AB04
14	PROPOFOL	emulsion	10mg/ml, 20ml	i.v	N01AX10
15	PROTAMIN SULPHATE	sol per inj	10 mg/ml, 5ml	i.v	V03AB14
16	ROCURIONIUM BROMIDE	sol per inj.	10mg/ml, 5ml	i.v	M03AC09
17	ROPIVACAINE HCL	sol per inj	2mg/ml, 10ml	epidural	N01BB09
18	SEVOFLURAN	sol	250ml	inhalim	N01AB08
19	SUXAMETHONIUM CHLORIDE	sol per inj	50 mg/ml, 2ml	i.m & i.v	M03AB01
20	THIOPENTAL SODIUM	plv per sol per inj	500mg	i.v	N01AF03
21	VECURIONIUM	plv per sol per inj	2mg/ml, 2ml	iv	M03AC03
Analgetiket, Antipiretiket dhe Anti-inflamatorët					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	FENTANYL patch	patch	500mcg		N02AB03
2	FENTANYL sublingual	tbl	300mcg	sublingual	N02AB03
3	DICLOFENAC SODIUM	sol per inj	25mg/ml, 3ml	i.m & i.v	M01AB05
5	MORPHINE	sol per inj	10mg/ml, 2ml	i.m, i.v & sc	N02AA01
6	PARACETAMOL	supp	150mg	rectal	N02BE01
	PARACETAMOL	sol	120mg/5ml; 60-	oral	N02BE01
8	PARACETAMOL	tbl	500mg	oral	N02BE01
9	PARACETAMOL	sol per inj	500 mg	i.m & i.v	N02BE01
10	TRAMADOL	sol per inj	50mg/ml; 2ml	i.m & i.v	N02AX02
Antialergjikët					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ADRENALINE	sol per inj	1mg/ml, 1ml	s.c, i.m & i.v	C01CA54

2	CHLOROPIRAMINE	sol per inj	10mg/ml, 2ml	i.m&i.v	R06AC03
3	LORATADINE	tbl	10 mg	oral	R06AX27
4	DESLOTRATIDINE	sir	0.5mg/ml, 60-200ml	oral	R06AX27
5	NORADRENALIN	sol per inj	2mg /ml, 1ml	i.v	C01CA03
Antikonvulsantet dhe Antiepileptiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	CARBAMAZEPINE	tbl	200mg	oral	N03AF01
2	<u>CARBAMAZEPINE</u>	<u>sir</u>	<u>200mg/5ml - 100ml</u>	<u>oral</u>	<u>N03AF01</u>
3	DIAZEPAM	klizma	1mg/ml, 5ml	rectal	N05BA01
4	DIAZEPAM	sol per inj	5mg/ml, 2ml	i.m&i.v	N05BA01
5	PHENOBARBITAL	tbl	100mg	oral	N03AA02
6	PHENOBARBITAL	sol per inj	100mg/ml, 2ml	i.m&i.v	N03AA02
7	PHENOBARBITAL	tbl	15mg	oral	N03AA02
8	SODIUM VALPROATE	tbl	500mg	oral	N03AG01
9	SODIUM VALPROATE	susp	200mg/5ml, 100-200ml	oral	N03AG01
Anti-infektivet					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	AMPICILIN+CLOKSACILIN+LACTOBACIL	susp.	125mg/5ml, 100 ml	oral	J01CR01
2	AMIKACIN	sol per inj	500mg/ml	i.m&i.v	J01GB06
3	AMOXICILLIN + ACID CLAVULANIC	plv per susp	250mg+62.5mg/5ml, 60-100ml	oral	J01CR02
4	ACICLOVIRE	plv per sol per inf	250 mg	i.v.	J05AB01
5	AMPICILLIN	plv per sol per inj	500 mg	i.m&i.v	J01CA01
6	<u>AMOXICILLIN</u>	plv per sol per inj			
7	<u>BACITRACIN + NEOMYCIN SULPHATE</u>	<u>pulv</u>			J01RA97
8	BENZYL PENICILLIN	plv per sol per inj	1 MIU	i.m&i.v	J01CE01
9	CEFTRIAXONE	plv per sol per inj	250 mg	i.m&i.v	J01DD04
10	CEFTRIAXONE	plv per sol per inj	1000 mg	i.m&i.v	J01DD04
11	CEPHAZOLIN	plv per sol per inj	1000 mg	i.m&i.v	J01DB04
12	CIPROFLOKSACIN	sol per inf	200mg/100ml, 100ml	i.v	J01EE01
13	COLISTIN	sol per inj	1MIU		
14	ERYTHROMICIN	gran.per susp	250mg/5ml, 100-150ml	oral	J01FA01
15	<u>ERYTHROMICIN</u>	<u>sol per inj.</u>	<u>500mg</u>	<u>i.m&i.v</u>	<u>J01FA01</u>
16	FLUCONAZOLE	sol per inj	2mg/ml	i.v	J02AC01
17	FLUCONAZOLE	plv per susp	50mg/5ml	oral	J02AC01
18	GENTAMYCIN	sol per inj	40 mg/ml	i.m&i.v	J01GB03
19	IMIPINEM+CILASTATIN E	plv per sol per inj	500mg + 500mg	i.v	J01DH51
20	METRONIDAZOLE	sol per inf	5mg/ml,100ml	i.v	G01AF01
21	PEGINTERFERON ALFA	shiringe e mbushur	180 mcg	s.c	L03AB04

	2a	/sol per inj			
22	PEGINTERFERON ALFA 2b	shiringe e mbushur/plv & sol per inj	150 mcg/ml	s.c	L03AB10
23	PIPERACILIN + TAZOBACTAM	plv per sol per inj	4gr + 0.5 g	i.v	J01CR05
24	PROCAINEBENZYL PENICILLIN + Benzylpenicilin	plv per sol per inj	800.000 IU	I.m	J01CE09
25	RIBAVIRIN	caps/tbl	200mg	oral	J05AB04
26	<u>RIBAVIRIN</u>	<u>sol per inj</u>	<u>1.2g</u>	-	<u>J05AB04</u>
27	SULFAMETHOXAZOLE + TRIMETHOPRIM	susp	200mg + 40mg/5ml, 50ml-100ml	oral	J01EE01
28	TENOFOVIRE	tbl			
29	VANCOMYCIN	plv per sol per inj	500 mg	i.v	J01XA01
Antituberkularet					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ACID 4 AMINOSALICIK	granula	60%	oral	J04AA01
2	CAPREOMYCIN	plv per inj	1gr	i.m & i.v	J04AB30
3	CYCLOSERIN	caps	250 mg	oral	J04AB01
4	ETAMBUTOL	tbl	100mg	oral	J04AK02
5	ETAMBUTOL	tbl	400mg	oral	J04AK02
6	ETIONAMID	tbl	250 mg	oral	J04AD03
7	IZONIAZID	tbl/thyeshme	100mg	oral	J04AC01
8	IZONIAZID	tbl	300mg	oral	J04AC01
9	LEVOFLOXACIN	tbl	250 mg	oral	J01MA12
10	PYRAZINAMID	tbl/thyeshme	150mg	oral	J04AK01
11	PYRAZINAMID	tbl	400mg	oral	J04AK01
12	RIFAMPICIN + IZONIAZID	tbl	60 mg + 30 mg	oral	J04AM02
13	RIFAMPICIN + IZONIAZID	tbl	60 mg + 60 mg	oral	J04AM02
14	RIFAMPICIN + IZONIAZID	tbl	150mg + 75 mg	oral	J04AM02
	RIFAMPICIN + IZONIAZID + PYRAZINAMID	tbl	60 mg + 30 mg + 150mg	oral	J04AM05
16	TUBERKULIN PURIFIED PROTEIN DERIVATIVE, (PPD-S)	sol per diag.	5TU/0.1ml, 0.1 ml	s.c	V04CF01
17	STREPTOMYCIN	plv per sol per inj	1g	i.m & i.v	J01GA01
Antiparkinsoniket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	LEVODOPA+CARBIDOP A	tbl	250mg+25mg	oral	N04BA02
2	TRI-HEXYPHENIDYL	tbl	2mg	oral	N04AA01
	<u>BENZERAZID</u>				
Antianemiket dhe barnat tjera per trajtimin e semundjeve te gjakut					

Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
2	DARBEPOETIN ALFA	shiringe e mbushur/sol per inj	30mcg	s.c & i.v	B03XA02
3	ERYTHROPOETIN BETA	sol per inj	2000 IU	i.v.	B03XA01
4	FERRIC HYDROXIDE	sol per inj	20 mg / ml	i.v.	B03AB04
5	FAKTORI VIII	plv per sol	500 IU	i.v	B02BD02
6	FAKTORI IX	plv per sol	500 IU	i.v	B02BD04
7	<u>ANTI-INHIBITOR COAGULANT COMPLEX</u>	<u>sol per inj</u>	<u>500 I.U</u>	<u>i.v</u>	-
Kardiovaskularet					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ACID ACETYLSALICYLIC	tbl	100mg	oral	N02BA01
2	ADENOSINE	sol per inj	3mg/ml	i.v	C01EB10
3	AMIODARONE	tbl	200mg	oral	C01BD01
4	AMIODARONE	sol per inj	50mg/ml	i.v	C01BD01
5	CAPTOPRIL	tbl	25 mg	oral	C09AA01
6	ENALAPRIL	tbl	10mg	oral	C09AA02
7	<u>LOSARTAN</u>	<u>tbl</u>	<u>50mg</u>	<u>oral</u>	<u>C09CA01</u>
8	FENOFIBRATE	caps	160mg	oral	C10AB05
	<u>ATORVASTATINE</u>	tbl	10mg	oral	C10AA05
9	DIGOXIN	sol per inj	250mcg/ml	i.v	C01AA05
10	DOPAMINE	sol per inj	40mg/ml	i.v	C01CA04
11	GLYCERYL TRINITRATE	tbl	500 mcg	sublingual	C05AE01
12	GLYCERYL TRINITRATE	sol per inj	5mg/ml	i.v	C05AE01
13	HEPARINE	sol per inj	5000IU/ml, 5 ml	iv.&i.m.	B01AB01
14	HYDRALAZINE	tbl	25mg	oral	C02DB02
15	HYDRALAZINE	sol per inj	20mg/1ml, 1ml	i.v	C02DB02
16	LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN	shiringe e mbushur/sol per inj	<u>2000IU-6000 IU/0.4ml</u>	s.c &i.v	B01AB51
17	METOPROLOL	tbl	100mg	oral	C07AB02
18	METOPROLOL	sol per inj	1mg/ml, 5ml	iv	C07AB02
19	METHYLDOPA	tbl	250 mg	oral	C02AB01
-	<u>STREPTOKINASE</u>	<u>sol per inj</u>	<u>1.5MIU</u>	<u>i.v</u>	<u>B01AD01</u>
20	RETEPLASE	plv dhe sol per inf	10 U	i.v	B01AD07
-	<u>ACENOCOUMAROL</u>	<u>tbl</u>	<u>4mg</u>	<u>oral</u>	<u>B01AA07</u>
21	VARFARINE	tbl	3 mg	oral	B01AA03
22	VERAPAMIL	sol per inj	2.5mg/ml, 2ml	i.v	C08DA01
-	<u>DOBUTAMINE</u>	-	-	-	-
Dermatologjiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
2	CLORPIRAMIN	ung	1%,20gr	extern	D04AA09

3	POVIDON JOD	sol	10%,1 l	extern	D08AG02
4	SILVERSULFADIAZINE	cream	1%	extern	D06BA01
Diuretiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	FUROSEMIDE	tbl	40mg	Oral	C03CA01
2	FUROSEMIDE	sol per inj	10mg/ml, 2ml	i.m&i.v	C03CA01
	<u>SPIRONOLAKTON</u>	<u>tbl</u>	<u>25mg</u>	<u>oral</u>	<u>C03DA01</u>
3	MANITOL	sol per inf	20%	i.v	B05BC01
Gastrointestinale					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	HYOSCINE BUTYLBROMIDE	sol per inj	20mg/ml; 1ml	s.c,i.v&i.v	A03BB01
2	INFLIXIMAB	plv per inf.	100mg	i.v	L04AB02
3	MESALAZINE	tbl	400mg	oral	A07EC02
4	METOCLOPRAMIDE	sol per inj	5mg/ml, 2ml	i.m&i.v	A03FA01
5	NIFUROXAZIDE	sol	40mg/ml	oral	A07AX03
	<u>NIFUROXAZIDE</u>	<u>sol</u>	<u>44mg/ml</u>	<u>oral</u>	<u>A07AX03</u>
	<u>NIFUROXAZIDE</u>	<u>tbl</u>	<u>100mg</u>	<u>oral</u>	<u>A07AX03</u>
6	ORAL REHIDRATATION SALT	plv	28g	oral	A02AD01
7	PANCREALIPAZE	caps	25000 UI	oral	A09AA02
8	PANTOPRAZOL	tbl	40 mg	oral	A02BC02
	<u>PANTOPRAZOL</u>	<u>sol per inj</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
9	RANITIDIN	sol per inj	25mg/ml; 2ml	i.m&i.v	A02BA02
10	<u>OCTREOTID</u>	plv per inj	20mg	s.c &i.m	H01CB02
Hormonet dhe Antidiabetiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ANALOG INSULINE ME VEPRIM TE SHPEJTE	shiringe e mbushur/sol per inj	100 I.U/ml; 3ml	s.c.	A10AB06
2	ANALOG INSULINE ME VEPRIM TE ZGJATUR	shiringe e mbushur/sol per inj	100 I.U/ml; 3ml	s.c.	A10AE04
3	DEXAMETHASONE	sol per inj	4mg/ml, 1ml	i.m	H02AB02
4	INSULINE ME VEPRIM TE SHKURTER insuline e tretshme	shiringe e mbushur/sol per inj	100 I.U/ml; 3ml	s.c; i.m &.iv	A10AB01
5	INSULINE BIFAZIKE ISOPHANE 25-30/70-75 (insuline e tretshme25%-30% + insuline isophane 70%-75%) !!!	shiringe e mbushur/sol per inj	100IU/ml; 3ml	s.c	A10AD01
6	INSULINE ME VEPRIM TE NDERMJETEM insuline isophane	shiringe e mbushur/sol	100IU/ml; 3ml	s.c	A10AC01
7	L-THYROXINE 50	tbl	50mcg	oral	H03AA01
8	METHYLPREDNISOLON E	sol per inj	40mg/ml, 1ml	i.m&i.v	H02AB04
9	METFORMIN	tbl	850mg	oral	A10BA02

10	PROPYLTHIOURACIL	tbl	50mg	oral	H03BA02
11	SOMATROPIN	shiringe e mbushur/sol per inj	5mg/1.5 ml, 1.5ml	s.c	H01AC01
	<u>HYDROCORTISONE</u>	<u>tbl</u>	<u>20mg</u>	<u>oral</u>	-
	<u>HYDROCORTISONE</u>	<u>sol per inj</u>	<u>100mg/2ml</u>	-	-
	SOMATROPIN	shiringe e mbushur/sol per inj	5mg/1.5 ml, 1.5ml <u>?</u>	s.c	H01AC01
	<u>GLUCAGON</u>	<u>sol per inj</u>	<u>1mg</u>	s.c; i.m & .iv	<u>H04AA01</u>
Preparatet Gjinekologjike					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	DIDROGESTERONE	tbl	10 mg	oral	G03DB02
2	METHYLERGOMETRINE	sol per inj	0.2mg/ml, 1ml	i.m	G02AB01
3	METRONIDAZOL + MICONAZOL + LACTOBACILLUS	tbl vag	500mg+100mg+ 50mg	vaginal	G01AF01
4	MISOPROSTOL	tbl	100 mcg	oral	A02BB01*
5	OXYTOCIN	sol per inj	10 IU/ml, 1ml	i.m & i.v	H01BB02
Kontraceptivet					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	Verejtje
1	ETHINYLESTRADIOL + LEVONORGESTREL	tbl	30mcg + 150mcg	oral	G03AA07
2	LEVONORGESTREL	tbl	1.5mg	oral	G03AD01
3	KONDOM (BCD)	/	/	pajisje kontr.barrier	/
4	MEDROXYPROGESTERONE ACETATE	susp.steril per inj	150mg/ml,1ml	i.m	G03AD02
5	PAJISJE INTRAUTERINE (IUD)	/	/	intrauterine	G02BA
Kujdesi Neonatal					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	CAFFEINE CITRAT	sol per inf	20mg/ml, 1ml	i.v	N06BC01
2	PORACTANT ALFA ??	susp intratrak.	80mg /ml, 1.5 ml	intratrakeal	R07AA02
Preparatet oftalmologjike					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	BETAMETHAZON+CHLORAMPHENICOL	sol	0.2% + 0.5% - 5 ml	per sy	S01AA01
2	BETAXALOL	sol	0.25% - 5ml	per sy	SO1ED02
3	KANAMYCIN MONOSULPHATE	sol	6.2mg/ml, 5ml	per sy	S01AA24
4	DEXAMETHASON + GENTAMICYN	ung	0.3mg + 5.0 mg - 2.6g	per sy	S01BA01
5	PROXYMETACAINE HYDROCHLORIDE	sol	0.5% , 10 ml	per sy	S01HA03
6	TROPICAMID	sol	0.1% - 5 ml	per sy	S01FA06
7	TETRACYCLIN	ung	1% - 5 g	per sy	S01AA09

8	<u>CIPROFLOXACIN</u>	<u>sol</u>	<u>0.3% - 5ml</u>	<u>per sy</u>	<u>S01AX13</u>
Psiko-terapeutiket					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	AMITRIPTYLINE	tbl	25mg	oral	N06AA09
2	ALPRAZOLAM	tbl	0.25mg	oral	N05BA12
3	BIPERIDINE	tbl	4mg	oral	N04AA02
4	BIPERIDINE	sol per inj	5mg/ml, 1ml	im	N04AA02
5	CLOZAPINE	tbl	100mg	oral	N05AH02
6	CHLORPROMAZINE	tbl	25mg	oral	N05AA01
7	CHLORPROMAZINE	tbl	100mg	oral	N05AA01
8	DIAZEPAM	tbl	5mg	oral	N05BA01
9	FLUPHENAZINE	sol per inj	25mg/ml, 1- 5ml	i.m	N05AB02
10	FLUOXETINE	caps	20mg	oral	N06AB03
11	INTERFERON BETA -1 b	shiringe e mbushur/plv per sol	250mcg/ml	sc.&im.	L03 AB 08
12	HALOPERIDOL	tbl	5mg	oral	N05AD01
13	HALOPERIDOL	sol per inj	5mg/ml, 1ml	i.m&i.v	N05AD01
14	HALOPERIDOL	sol per inj	50mg/ml, 1ml	i.m&i.v	N05AD01
15	LORAZEPAM	sol per inj	4mg/ml	i.m/i.v.	N05BA06
16	OLANZEPINE	tbl	10mg	oral	N05AH03
17	RISPERIDON	tbl	2mg	oral	N05AX08
Trakti Respirator					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	AMINOPHYLLINE	sol per inj	25mg/ml, 10ml	i.m&i.v	R03DA05
2	BECLOMETHASONE	plv per inh.	250mcg/doze, 201 doza	inhalim	R03BA01
-	<u>AMBROXSOL</u>	<u>sir</u>	<u>30mg/5ml</u>	<u>oral</u>	<u>R05CB06</u>
3	SALBUTAMOL	sol	2mg/5ml, 100-200ml	oral	R03CC02
4	SALBUTAMOL	plv per inh.	100mcg/doze, 201 doza	inhalim	R03AC02
5	SALBUTAMOL	sol	5mg/ml, 10ml	inhalim	R03CC02
	INDACATEROL				
Fluidet dhe zevendesuesit e elektroliteve					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ALBUMINET	sol per inf	20%, 50 ml	i.v	B05AA01
2	DEXTROSE	sol per inf	5% ,100ml	i.v	B05CX01
3	DEXTROSE	sol per inf	5%, 500 ml	i.v	B05CX01
4	DEXTROSE	sol per inf	10%,500ml	i.v	B05CX01
5	DEXTROSE	sol per inf	20%	i.v.	B05CX01
6	DEXTROSE	sol per inj	50%, 10ml	i.v	B05CX01
7	KALIUM CHLORIDE	sol per inf	7.4%, 20ml	i.v	B05XA01

8	FAT EMULSION (EMULSION I LIPIDEVE)	sol per inf	20%, 500ml	i.v	B05BA02
9	HYDROXIETHYL STARCH (HES/HAES) NE NaCl 0.9%	sol per inf	500ml	i.v.	B05AA07
10	MAGNEZIUM SULPHATE	sol per inj	50%, 10ml	iv	B05XA05
11	NATRIUM CHLORIDE	sol per inf	0.45% , 500ml	i.v.	B05XA03
12	NATRIUM CHLORIDE	sol per inf	0.9% , 100ml	i.v	B05XA03
13	NATRIUM CHLORIDE	sol per inf	0.9% ,500ml	i.v	B05XA03
14	NATRIUM CHLORIDE	sol per inf	3% , 500ml	i.v.	B05XA03
15	RINGER SOLUTION	sol per inf	500ml	i.v	B05BA10
16	SODIUM BICARBONATE	sol per inj	8.4%, 20ml- 50ml	i.v	B05CB04
17	UJE PER INJEKSION	sol steril	5ml	i.v & i.m	VO7AB
18	USHQIM ENTERAL	sol	200-500ml	oral	V06CA
19	USHQIM PARENTERAL TPN ?	sol per inf	20ml	i.v.	B05BA
Vitaminat dhe Mineralet					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	ACID ASCORBIC	sol per inj	500mg/5ml	i.m&i.v	A11GA01
2	ACID FOLIC				
3	HYDROXOCOBALAMI N	sol per inj	1000mcg/ml, 1ml	i.m	B03BA03
4	PHYTOMENADIONE	sol per inj	10 mg/ml ,1ml	i.v&i.m	B02BA01
5	Ca GLUCEPTATE	sol per inj	10%, 5ml	im	A12AA03
Immunoglobulinat dhe vaksinat					
		Forma farmaceutike dhe			
Nr	Emri Gjenerik	perberja	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	IMUNOGLOBULIN IgIV 5S	pluhur per inf.	2.5 g	i.v	J06BA02
2	ANTI-TETANUS IMUNOGLOBULIN	sol per inj.	500 IU	i.m.	J06AA03
3	ANTIVENOM IMUNOGLOBULI N	sipas nevojes	sipas nevojes	i.v	J06BB01
4	ANTI D IMUNOGLOBULIN	sol per inj	2.5 IU	i.m	J06BB02
5	RABIES VAKSINA	plv and sol per inj.	250 IU/ml	i.m	J07B G01
6	VAKSINA KUNDER ETHEVE TE VERDHA	susp i stabilizuar i virusit 17D	1000LD_50/0.5 ml	i.m &s.c	J07BL
7	VAKSINA KUNDER ETHEVE TIFOIDE	antigj. polisacarid te salmonella tifi	25mcg/0.5 ml	i.m	J07AP
8	VAKSINA KUNDER MENINGJITIT	antigjen korp. i ACW136 Y	50mcg/0.5 ml	i.m & s.c	J07AH
9	VAKSINA KUNDER GRIPIT	A(H3N2),A(H1N1) dhe B	0.5 ml	i.m	J07BB
10	VAKSINA KUNDER GRIPIT (PEDIATRI)	A(H3N2),A(H1N1) dhe B	0.25 ml	i.m	J07BB
11	VAKSINE E KONJUGUAR KUNDER	1,4,5,6B,7F,9V,14, 18C,19F, 23F	0.5 ml	i.m	J07AL02

	PNEUMOKOKUT (PCV)				
12	VAKSINA BCG	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.d	J07A
13	VAKSINA DTP	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.m	
14	VAKSINA DaPT -Hib-IPV	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.m	J07CA
15	VAKSINA KUNDER HEPATITIT	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.m	J07BC
16	VAKSINA DT	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.m	J07A
17	VAKSINA OPV	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	orale	J07BF
18	VAKSINA Td	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.m	J07A
19	VAKSINA MMR	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	s.c	J07A
20	VAKSINA TT	sipas kalendarit te imunizimit	sipas nevojës	i.m	J07AM
21	<u>VAKSINA HPV</u>				
ARV terapia					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	EFFAVIRENZ	tbl	600mg	oral	J05AG03
2	LAMIVUDINE + ZIDOVUDINE	tbl	150 mg +300 mg	oral	J05AR01
3	LOPINAVIR +RITONAVIR	tbl	200 mg+ 50 mg	oral	J05A E08
4	NEVIRAPINE	tbl	200 mg	oral	J05AG01
5	SULPHATE ABACAVIR	tbl	300 mg	oral	J05AF06
6	DIDANOSINE	tbl	400 mg	oral	J05AF02
7	TENOFOVIRE + EMTRICITABINE	tbl	245-300 mg + 200mg	oral	J05AR03
Imunosupresantet					
Nr	Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	ATC
1	CICLOSPORINE	caps	25 mg	oral	L04AA01
2	CICLOSPORINE	caps	50 mg	oral	L04AA01
3	CICLOSPORINE	sol.	100 mg/1ml; 50ml	oral	L04AA01
4	MUCOPHENALAT MOFETIL	caps	250 mg	oral	LO4AA06
5	TACROLIMUS	caps	1mg	oral	L04AD02
Nr	Hemodializa Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza&Vellimi	Aplikimi	Verejtje
1	KONCENTRAT PLUHUR I BIKARBONATEVE Dry On-Line Bicarbonate Concentrates NaHCO3	konc . pluhur	650 gr bibag	hemod.	B05ZA
2	KONCENTRAT PLUHUR I ACIDIT Dry Acid Concentrates Composition of ready-to-use dialysis	konc. Pluhur Composition of ready-to-use dialysis fluid	litres of conc/box 100	hemod.	B05ZA

	fluid: Na mmol/L = 140.00 , K mmol/L = 3.00 , Ca mmol/L = 1.50 , Mg mmol/L = 1.00 , Cl mmol/L = 110.00 , HCO ₃ mmol/L = 32.00 , Acetate mmol/L = 6.00 , Glucose g/L = 1				
3	KONCETRAT PLUHUR I ACIDIT Dry Acid Concentrates Composition of ready-to-use dialysis fluid: Na mmol/L = 140.00 , K mmol/L = 2.00 , Ca mmol/L = 1.75 , Mg mmol/L = 1.00 , Cl mmol/L = 109.50 , HCO ₃ mmol/L = 32.00 , Acetate mmol/L = 6.00	konc. Pluhur Composition of ready-to-use dialysis fluid:	litres of conc/box 100	hemod.	B05ZA
4	KONCENTRAT PLUHUR I ACIDIT Dry Acid Concentrates Composition of ready-to-use dialysis fluid: Na mmol/L = 140.00, K mmol/L = 2.00 , Ca mmol/L = 1.50 , Mg mmol/L = 1.00 , Cl mmol/L = 109.00 , HCO ₃ mmol/L = 32.00 , Acetate mmol/L = 6.00	konc. Pluhur	litres of conc/box 100	hemod.	B05ZA
5	KONCENTRAT I LENGSHEM I BIKARBONATEVE 8.4% Liquid Bicarbonate Concentrat 8,4% (Canisters of 10 L) Composition of the concentrate: Na mmol/L = 1000 , HCO ₃ mmol/L '= 1000	konc. i lengshem	Theoret. osmol.mosm/L = 2000	hemod.	B05ZA
6	NaCl (SALT)	tbl.	25 kg (box)	hemod.	A12CA01
7	SOLUCION PER DIALIZE PERITONEALE Solution for peritoneal dialysis, single use doble bag system made of non-PVC material for all system components, central control switch to regulate all treatment steps, Composition: 1.75 mmol Calcium and 1.5% glucose	sol. per dialize peritoneale	2000ml	d.periton.	B05D
8	SOLUCION PER DIALIZE PERITONEALE Solution for peritoneal dialysis, single use doble bag system made of non-PVC material for all system components, central control switch to regulate all treatment steps,	sol. per dialize peritoneale	2000ml	d.periton.	B05D

	Composition: 1.75 mmol Calcium and 4.25% glucose				
9	SOLUCION PER DIALIZE PERITONEALE Solution for peritoneal dialysis, single use doble bag system made of non-PVC material for all system components, central control switch to regulate all treatment steps, Composition: 1.75 mmol Calcium and 2.3% glucose	sol. per dialize peritoneale	2000ml	d.periton.	B05D
10	SEVELAMER CARBONATIS				
Nr	Citostatiket - Emri Gjenerik	Forma farmaceutike	Doza & Vellimi	ATC Kodi	
17	ANASTRAZOL	tbl	1mg	L02BG03	
43	ASPARAGINASE	sol per inj	10MIU, 10ml	L01XX02	
28	BCG	plv per sol per perdorim	81-100mg	L03AX03	
2	BEVACIZUMAB	konc.per sol per inf	400mg/16ml	L01XC07	
44	BLEOMICIN	plv per sol per inf	15IU	L01DC01	
40	CALCIUM FOLINAT	sol per inj	10mg/ml, 5ml	V03AF03	
5	CAPECITABINE	tbl	500mg	L01BC06	
20	CARBOPLATINE	sol per inf	10mg/ml, 45ml	L01XA02	
32	CHLORAMBUCIL	tbl	2mg	L01AA02	
21	CIPROTERONE ACETAT	tbl	50mg	G03HA01	
16	CISPLATIN	plv per sol per inj	50mg	L01XA01	
45	CITARABIN	sol per inj	100mg/ml, 1ml	L01BC01	
46	CYCLOPHOSPHAMID	plv per sol	200mg	L01AA01	
47	CYCLOPHOSPHAMID	plv per sol	1000mg	L01AA01	
26	DACARBAZIN	plv per sol per inf	200mg	L01AX04	
48	DAUNORUBICIN	plv per inj	20mg	L01DB02	
11	DOCETAXEL	konc. dhe tretes per sol	40mg/ml, 2ml	L01CD02	
22	DOXORUBICIN	plv per inj	50mg	L01DB01	
29	DOXORUBICIN	plv per inj	10mg	L01DB01	
7	ERYTHROPOETIN BETA	shiringe e mbushur/sol	30000 IU	B03XA01	
31	ETOPOSIDE	sol per inf	100mg	L01CB01	
12	FILGRASTIM	sol per inf	48 MIU	L03AA02	
27	FLUDARABIN	tbl	10mg	L01BB05	
35	FLUDARABIN	plv per sol per inj	50 mg	L01BB05	
33	5 FLUOURACIL	sol per inj	50mg/ml, 10ml	L01BC02	
49	5 FLUOURACIL	sol per inj	50 mg/ml, 5ml	L01BC02	
19	GEMCITABIN	plv per sol	1000mg	L01BC05	
24	GEMCITABIN	plv per sol	200 mg	L01BC05	
10	GOSERELIN	implant, sh. e mbushur	10.8 mg	L02AE03	

38	HYDROXICARBAMIDE	caps	500mg	L01XX05	
8	IBANDRONATE	konc.per sol per inf	6mg	M05BA06	
18	IBANDRONATE	tbl	50mg	M05BA06	
30	IFOSFAMIDE	plv per inj	1g	L01AA06	
3	IMATINIB MESYLATE	tbl	400mg	L01XE01	
25	INTERFERON ALFA 2a	sol/sh. e mbushur	3 MIU/5ml	L03ABO4	
50	IRINOTECAN	konc.per sol per inf	20mg/ml, 5ml	L01XX19	
51	6 MERCAPTOPYRIN	tbl	50mg	L01BB02	
52	MELFALAN	tbl	2mg	L01AA03	
36	MESNA	tbl	400mg	VO3AF01	
41	METHOTREXAT	tbl	2.5mg	L01BA01	
42	METHOTREXAT	sol per inj	50mg/ml, 1ml	L01BA01	
23	OXALIPLATIN	konc.per sol per inf	100mg	L01XA03	
53	PACLITAXEL	konc.per sol per inf	100mg	L01CD01	
54	PACLITAXEL	konc.per sol per inf	30mg	L01CD03	
9	PEMETREXED	plv per konc.per sol	500 mg	L01BA 04	
15	PEMETREXED	plv per konc.per sol	100 mg	L01BA04	
55	PROCARBAZINE	tbl	50mg	L01XB01	
4	RITUXIMAB	konc.per sol per inf	500mg	L01XB02	
13	RITUXIMAB	konc.per sol per inf	100mg	L01XB02	
56	SODIUM CLODRONAT	caps	800 mg	M05BA02.	
57	SODIUM CLODRONAT	konc.per sol per inf	60mg/ml, 5ml	M05BA02.	
6	SORAFEMIB	tbl	200mg	L01XE05	
34	TAMOXIFEN	tbl	20mg	L02BA01	
14	TEMOZOLAMIDE	caps	250 mg	L01AX03	
39	TIOGUANINE	tbl	40mg	L01BB03	
1	TRASTUZUMAB	konc.per sol per inf	440mg	L01XC03	
37	VINBLASTIN	sol per inj	1mg/ml, 10ml	L01CA01	
58	VINCISTIN	sol per inj	1mg/ml, 1ml	L01CA02	

Shtojca 3 Konsumi i barnave i grupit A në vlerë monetare mbi 500.000 € për periudhën 2011-2015

ATC	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej
A	€ 3,953,356.69	€ 4,214,758.82	€ 5,370,286.30	€ 7,073,189.27	€ 8,013,416.31	€ 28,625,007.39
Pantoprazol	€ 211,015.03	€ 441,992.40	€ 396,123.81	€ 895,256.92	€ 515,904.43	€ 2,460,292.60
Ranitidine	€ 548,030.44	€ 293,428.98	€ 214,587.94	€ 862,561.29	€ 313,796.26	€ 2,232,404.91
Insulin Aspartat	€ 17,136.00	€ 64,260.00	€ 391,268.10	€ 274,543.20	€ 1,406,920.00	€ 2,154,127.30
Insulin Human		€ 221,697.10	€ 364,081.51	€ 679,340.65	€ 718,338.60	€ 1,983,457.86
Metformin	€ 228,791.18	€ 260,546.67	€ 421,460.78	€ 391,472.62	€ 438,967.57	€ 1,741,238.82
Omeprazol	€ 347,801.75	€ 309,279.18	€ 407,453.34	€ 360,255.25	€ 302,558.57	€ 1,727,348.09
Human insulin	€ 454,000.00	€ 207,303.70	€ 509,502.42		€ 377,883.00	€ 1,548,689.12
Nifuroxazide	€ 77,698.75	€ 92,830.92	€ 187,051.50	€ 625,053.60	€ 224,823.20	€ 1,207,457.97
Metoclopramid	€ 40,020.04	€ 60,200.54	€ 57,075.14	€ 53,024.43	€ 742,416.78	€ 952,736.93
Lansoprazol	€ 225,707.45	€ 169,606.25	€ 128,490.18	€ 155,138.09	€ 189,111.76	€ 868,053.73
Imiglucerase	€ 54.14	€ -	€ 171.46	€ 345,118.00	€ 379,008.00	€ 724,351.60
Simethicone	€ 111,574.74	€ 126,784.60	€ 158,744.08	€ 180,350.84	€ 141,596.05	€ 719,050.31
Glibenclamide	€ 109,053.30	€ 58,346.00	€ 245,472.45	€ 154,820.61	€ 144,710.91	€ 712,403.27
Lactobacillus	€ 123,582.00	€ 83,858.50	€ 179,710.48	€ 151,406.50	€ 76,178.00	€ 614,735.48
Gliclazide	€ 116,195.68	€ 146,195.56	€ 260,811.66	€ 3,403.32	€ 44,635.90	€ 571,242.12
Alpha lipoic Ac.	€ 86,911.80	€ 98,219.94	€ 117,319.00	€ 140,298.80	€ 79,222.14	€ 521,971.68
Glimepirid				€ 313,123.40	€ 191,855.51	€ 504,978.91

Shtojca 4 Konsumi i barnave i grupit C në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015

ATC	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej
C	€ 5,005,867.79	€ 6,157,479.13	€ 7,544,137.34	€ 8,918,517.57	€ 7,836,272.98	€ 35,462,274.82
Lisinopril + HCT	€ 1,052,713.84	€ 1,581,329.07	€ 1,239,053.64	€ 2,347,088.91	€ 1,976,062.95	€ 8,196,248.41
Losartan + Hct	€ 287,740.05	€ 499,112.17	€ 544,670.88	€ 914,317.12	€ 845,400.15	€ 3,091,240.38
Enalapril + HCT	€ 564,306.44	€ 460,304.50	€ 467,454.14	€ 499,405.09	€ 394,746.64	€ 2,386,216.81
Atorvastatin	€ 385,763.30	€ 491,427.77	€ 467,043.90	€ 394,146.96	€ 399,099.74	€ 2,137,481.67
Lisinopril	€ 225,260.70	€ 388,116.17	€ 476,680.40	€ 318,077.30	€ 274,846.60	€ 1,682,981.17
Enalapril	€ 317,151.11	€ 242,407.30	€ 257,321.27	€ 325,309.40	€ 269,594.57	€ 1,411,783.65
Amlodipine	€ 236,230.83	€ 207,849.31	€ 291,038.53	€ 315,164.57	€ 220,112.39	€ 1,270,395.63
Calcium dobesilate	€ 14,414.62	€ 37,874.40	€ 1,034,773.20	€ 33,758.00	€ 26,192.00	€ 1,147,012.22
Carvedilol	€ 234,952.25	€ 246,903.95	€ 210,144.90	€ 217,405.38	€ 213,043.85	€ 1,122,450.33

Furosemide	€ 101,563.76	€ 240,737.76	€ 262,211.66	€ 213,414.00	€ 168,524.06	€ 986,451.24
Bisoprolol	€ 115,540.75	€ 149,374.40	€ 183,964.85	€ 216,879.55	€ 217,605.70	€ 883,365.25
Nebivolol	€ 66,876.00	€ 103,597.50	€ 238,608.60	€ 307,058.42	€ 159,826.38	€ 875,966.90
Ramipril + HCT	€ 78,225.78	€ 168,076.65	€ 211,962.38	€ 209,680.60	€ 202,288.35	€ 870,233.76
Metoprolol	€ 171,249.18	€ 129,936.65	€ 163,266.97	€ 226,232.16	€ 147,949.16	€ 838,634.12
Losartan	€ 120,267.72	€ 120,371.90	€ 97,512.35	€ 117,286.43	€ 222,220.09	€ 677,658.49
Heparin	€ 94,722.60	€ 70,605.00	€ 161,337.80	€ 102,775.00	€ 168,953.60	€ 598,394.00
Rosuvastatin	€ 22,415.00	€ 90,369.40	€ 153,612.55	€ 126,441.14	€ 161,587.30	€ 554,425.39
Ramipril	€ 71,006.80	€ 84,099.30	€ 93,611.30	€ 191,192.20	€ 77,075.64	€ 516,985.24

Shtojca 5 Konsumi i barnave i grupit J në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	%
J	€ 5,933,897.49	€ 6,633,846.17	€ 5,858,454.79	€ 7,225,227.56	€ 6,411,858.12	€ 32,063,284.13	78.82%
Ceftriaxone	€ 627,905.82	€ 1,086,983.56	€ 1,151,299.22	€ 1,097,031.85	€ 905,263.45	€ 4,868,483.89	15.18%
Amoxicilline + Clavulanic acid	€ 703,528.64	€ 685,264.49	€ 680,864.10	€ 918,704.05	€ 479,654.73	€ 3,468,016.02	10.82%
Amoxicillin	€ 593,684.87	€ 565,471.70	€ 395,816.06	€ 493,084.10	€ 614,982.78	€ 2,663,039.51	8.31%
Cefaclor	€ 630,463.40	€ 464,643.56	€ 359,444.60	€ 541,217.44	€ 400,181.42	€ 2,395,950.42	7.47%
Ciprofloxacin	€ 490,735.29	€ 313,163.94	€ 243,133.18	€ 256,917.71	€ 271,435.78	€ 1,575,385.90	4.91%
Gentamicine	€ 77,213.52	€ 846,875.95	€ 107,020.80	€ 89,121.44	€ 201,983.34	€ 1,322,215.06	4.12%
Azithromycine	€ 223,553.50	€ 285,397.28	€ 319,640.65	€ 348,570.20	€ 137,623.85	€ 1,314,785.48	4.10%
Vaccine influenza	€ 190,920.00	€ 318,268.00	€ 294,560.00	€ 220,950.00	€ 240,950.00	€ 1,265,648.00	3.95%
Phenoxy Methyl Penicilin	€ 225,176.04	€ 191,736.09	€ 217,510.10	€ 361,241.62	€ 67,413.28	€ 1,063,077.13	3.32%
Cefixime	€ 194,859.40	€ 110,363.84	€ 117,300.00	€ 246,839.50	€ 364,025.18	€ 1,033,387.92	3.22%
Cefalexine	€ 312,757.67	€ 251,420.12	€ 129,174.66	€ 211,982.89	€ 118,022.10	€ 1,023,357.44	3.19%
Clarithromycine	€ 207,925.00	€ 166,695.90	€ 86,187.78	€ 224,153.09	€ 233,752.00	€ 918,713.77	2.87%
Ampicilline	€ 183,485.80	€ 193,373.70	€ 99,278.30	€ 90,612.70	€ 191,885.28	€ 758,635.78	2.37%
Cefuroxime	€ 46,520.20	€ 170,416.44	€ 124,889.85	€ 148,438.38	€ 58,133.40	€ 548,398.27	1.71%
Vaccine Polio Sabin			€ 37,260.00	€ 129,600.00	€ 360,975.00	€ 527,835.00	1.65%
Sultamicilin	€ 27,322.80	€ 254,824.27	€ 30,109.63	€ 106,629.75	€ 105,665.07	€ 524,551.52	1.64%

Shtojca 6 Konsumi i barnave i grupit L në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015

ATC	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	%
L	€ 3,520,675.07	€ 7,058,046.99	€ 5,599,616.78	€ 4,009,818.53	€ 6,578,764.48	€ 26,766,921.85	88.88%
Trastuzumab	€ 718,750.00	€ 2,878,408.00	€ 559,685.40	€ 1,061,195.36	€ 1,086,179.62	€ 6,304,218.38	23.55%
Rituximab	€ 738,562.50	€ 853,500.00	€ 811,215.00	€ 412,000.00	€ 841,700.00	€ 3,656,977.50	13.66%
Bevacizumab	€ 519,750.00	€ 644,850.00	€ 1,422,450.00	€ 28,125.00	€ 801,000.00	€ 3,416,175.00	12.76%
Interferon beta 1 b	€ 286,481.07	€ 742,213.90	€ 463,160.00	€ 379,766.20	€ 190,380.00	€ 2,062,001.17	7.70%
Peginterferon Alfa 2a	€ 271,800.00	€ 878,250.00	€ 409,600.00	€ 330,000.00	€ 148,500.00	€ 2,038,150.00	7.61%
Imatinb Mesilat		€ 119,050.00	€ 321,077.85	€ 590,368.95	€ 250,670.47	€ 1,281,167.27	4.79%
Capecitabine	€ 472,500.00	€ 20.50	€ 613,020.00	€ 63,570.00	€ 80,680.00	€ 1,229,790.50	4.59%
Sorafenib	€ 257,616.00	€ 386,423.81	€ 211,102.00	€ 154,500.25	€ 182,596.94	€ 1,192,239.00	4.45%
Temozolamide	€ 20,223.00		€ 21,600.00	€ 41,600.00	€ 1,076,052.60	€ 1,159,475.60	4.33%
Peginterferon alfa 2B			€ 6,000.00		€ 853,634.28	€ 859,634.28	3.21%
Filgastrim	€ 90,000.00	€ 161,805.00	€ 211,860.00	€ 98,970.00	€ 28,537.50	€ 591,172.50	2.21%

Shtojca 7 Konsumi i barnave i grupit N në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	%
N	€ 3,347,573.45	€ 4,579,009.76	€ 4,009,770.25	€ 5,022,268.89	€ 4,401,501.11	€ 21,360,123.46	54.82%
Paracetamol	€ 933,917.95	€ 1,032,341.29	€ 1,096,105.20	€ 1,160,628.50	€ 1,197,850.47	€ 5,420,843.41	25.38%
Paracetamol + Propyphenazon + Coffein	€ 323,598.00	€ 321,601.30	€ 93,632.00	€ 256,936.45	€ 237,616.59	€ 1,233,384.34	5.77%
Risperidon	€ 49,452.88	€ 849,233.00	€ 78,191.20	€ 70,944.60	€ 56,597.26	€ 1,104,418.94	5.17%
Paracetamol pseudoephedrine Chlorpheniramin	€ 86,210.55	€ 171,972.53	€ 141,251.68	€ 409,194.68	€ 96,754.60	€ 905,384.04	4.24%
Carbamazapine	€ 117,477.20	€ 181,239.30	€ 91,999.90	€ 189,026.80	€ 137,237.36	€ 716,980.56	3.36%
Paracetamol + psdeudoephedrine + chlorphenamine	€ 74,266.20	€ 123,334.17	€ 123,184.72	€ 144,726.74	€ 247,654.54	€ 713,166.37	3.34%
Olanzapine	€ 103,258.14	€ 130,830.15	€ 116,001.92	€ 105,559.95	€ 105,892.00	€ 561,542.16	2.63%
Metamizol	€ 109,314.75	€ 96,224.14	€ 104,889.00	€ 105,229.90	€ 135,108.56	€ 550,766.35	2.58%
paracetamol Pseudoephedrine Chlombeniramin	€ 15,720.17	€ 51,692.60	€ 160,509.06		€ 275,100.00	€ 503,021.83	2.35%

Shtojca 8 Konsumi i barnave i grupit R në vlerë monetare mbi 100.000 € për periudhën 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Gjithsej	%
R	€ 1,809,119.99	€ 1,549,654.46	€ 2,114,487.41	€ 3,178,497.89	€ 2,094,414.44	€ 10,746,174.19	45.51%
Salbutamol	€ 288,116.12	€ 90,625.90	€ 165,065.57	€ 357,170.89	€ 130,177.11	€ 1,031,155.59	9.60%
Benzalkonium chloride + cetylpiridinum	€ 179,710.04	€ 130,852.30	€ 133,125.08	€ 220,379.30	€ 153,708.34	€ 817,775.06	7.61%
Oxymethazoline	€ 114,143.00	€ 113,515.00	€ 119,368.60	€ 230,315.08	€ 187,117.04	€ 764,458.72	7.11%
Formoterol	€ 121,804.00	€ 55,700.00	€ 213,000.00	€ 91,310.00	€ 158,549.70	€ 640,363.70	5.96%
Carbocysteine	€ 152,660.65	€ 96,309.14	€ 79,276.70	€ 161,099.48	€ 98,984.18	€ 588,330.15	5.47%
Surfactant			€ 9,392.80	€ 345,711.40	€ 187,035.78	€ 542,139.98	5.04%
Loratadine	€ 38,820.69	€ 114,242.25	€ 108,439.45	€ 166,155.99	€ 79,116.56	€ 506,774.94	4.72%