

RAPORT VJETOR  
**2013**

**FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM  
TË KUJDESIT SHËNDETËSOR**

**Copyright** © FONDI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

***Materialet e paraqitura në këtë botim mbrohen nga e drejta e autorit dhe nuk mund të riprodhohen pa bërë të ditur me saktësi burimin dhe autorësinë.***

Maj 2014

**Bordi i Botimeve:**

**Margarit Ekonomi**

Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm

**Aurel Voda**

Këshilltar i Drejtorit të Përgjithshëm

**Albana Adhami**

Drejtoreshë e Drejtorisë së Shërbimit Parësor

**Dritan Ulqinaku**

Drejtor i Drejtorisë së Kontrollit Spitalor

**Përgatiti Etiola Kola**

Na kontaktoni në:

FONDI I SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

Rruga "Sami Frashëri", Lagjia 8, Tiranë.

Tel: +3554230984

Fax: +3554274953

# FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është i vetmi institucion publik dhe autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. FONDI financon shërbimet shëndetësore nga ofrues publikë dhe privatë, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

Raporti vjetor është një botim i Fondi të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Synimi i këtij botimi është informimi i publikut dhe i të gjithë aktorëve që japin dhe marrin shërbimin shëndetësor, në lidhje me aktivitetin vjetor të Institucionit.

Fjala e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dr. Astrit Beci.

<b>PJESA E PARË</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Rreth Fondit</b> .....	<b>9</b>
1.1. Vizioni.....	9
1.2. Misioni.....	9
1.3. Baza ligjore.....	9
<b>2. Menaxhimi i Fondit</b> .....	<b>10</b>
2.1. Si drejtohet Fondi.....	10
2.1.1. Kompetencat e Këshillit Administrativ.....	10
2.1.2. Kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm.....	11
2.2. Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2013.....	12
<b>3. Zbatimi i skemës së sigurimeve shëndetësore</b> .....	<b>13</b>
3.1. Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore.....	13
3.2. Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri.....	14
3.3. Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve.....	14
3.4. Masa e kontributit.....	15
<b>4. Burimet financiare</b> .....	<b>16</b>
4.1. Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2013.....	16
4.1.1. Kontributi nga buxheti i shtetit.....	18
4.1.2. Kontributi i sigurimeve shëndetësore.....	19
4.1.3. Të ardhura të tjera.....	29
<b>5. Financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor</b> .....	<b>20</b>
5.1. Financimi i shërbimit shëndetësor parësor.....	20
5.2. Financimi i shërbimit spitalor.....	21
5.3. Financimi i listës së barnave të rimbursueshme.....	22
<b>6. Shpenzime të tjera të Fondit</b> .....	<b>22</b>
6.1. Shpenzimet për investime.....	22
6.2. Shpenzimet administrative.....	22
6.3. Gjendja e likuiditeteve dhe fondi rezerve.....	23

<b>PJESA E DYTË</b> .....	<b>24</b>
<b>7. Përfitimet e Popullatës</b> .....	<b>24</b>
7.1. Shtrirja e skemës së sigurimeve shëndetësore/mbulimi shëndetësor.....	24
7.2. Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor.....	25
7.3. Paketat e shërbimeve në shërbimin spitalor.....	27
7.4. Lista e barnave të rimbursueshme.....	29
<b>PJESA E TRETË</b> .....	<b>30</b>
<b>8. Zhvillimi i sistemit të informacionit në funksion të përmirësimit të skemës së sigurimeve</b> .....	<b>30</b>
8.1. Infrastruktura.....	30
8.2. Sistemi i Informacionit në Shërbimin Shëndetësor Parësor.....	31
8.3. Sistemi eFarmaci.....	31
8.4. Sistemi i përlogaritjes së kostove spitalore.....	31
<b>9. Monitorimi i kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore</b> .....	<b>32</b>
9.1. Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore.....	32
9.2. Monitorimi i zbatimit të kontratave nga spitalet.....	33
9.3. Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike.....	34
<b>10. Përmirësimi i administrimit të Fondit</b> .....	<b>35</b>
10.1 Auditim i zyrave rajonale të Fondit. Raportet e Auditimit.....	35
<b>PJESA E KATËRT</b> .....	<b>36</b>
<b>11. Informimi i publikut</b> .....	<b>36</b>
11.1. Komunikimi me publikun përmes medias dhe mjeteve të tjera të informimit publik.....	36
<b>12. Bashkëpunimi me institucionet</b> .....	<b>36</b>
12.1. Bashkëpunimi ndërinstitucional.....	36
12.2. Marrëveshjet ndërkombëtare.....	37
12.3. Marrëdhëniet me partnerët ndërkombëtarë.....	37
<b>PJESA E PESTË</b> .....	<b>39</b>
<b>13. Qëllimet strategjike të Fondit</b> .....	<b>39</b>
13.1. Objektivat për vitin 2014.....	39

## Fjala e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dr. Astrit Beci.



### TË NDERUAR LEXUES!

Sistemi ynë shëndetësor përballet sot me sfida shumëplanëshe, në përmbushje të angazhimit të Qeverisë për ofrimin e kujdesit shëndetësor bazë për të gjithë popullatën. Ne synojmë mbulimin universal të popullatës me shërbim shëndetësor, akses në shërbimet shëndetësore për të gjithë qytetarët rezidentë, në mënyrë që, askush të mos ndihet i përjashtuar nga marrja e shërbimit shëndetësor bazë, vetëm prej faktit se nuk mund ta përballojë financiarisht këtë shërbim.

Duhet theksuar se, skema e sigurimeve shëndetësore gjatë vitit 2013, ka patur një rritje të konsiderueshme të shpenzimeve, kryesisht sa i takon rimbursimit të barnave. Fondi i Sigurimeve Shëndetësore shpenzon sot rreth 8.4 miliard lek të reja në vit vetëm për rimbursimin e barnave, ku për sëmundshmëri si diabeti, shpenzohen 1.1 miliard lek në vit, e megjithatë, treguesit cilësor janë ende larg niveleve optimale. Recetat me rimbursim që përfitojnë pacientët, janë rritur me 500 mijë vetëm gjatë vitit të fundit, duke arritur në 4.2 milion receta të rimbursueshme në vit.

Ritmet e rritjes së sëmundshmërisë, si dhe të parave që paguhen sot nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore për rimbursimin, janë të larta, por ne synojmë të kthejmë vëmendjen nga parandalimi i hershëm, ofrimi i shërbimeve me cilësi dhe financimin e shërbimeve sipas nevojave reale.

Zhvillimi i mjekësisë sot në Botë është një sfidë mes kosto-efektivitetit; mes shpenzimeve në rritje prej ritmeve kapluese të teknologjisë mjekësore dhe nevojës për mbulimin e sëmundshmërisë në rritje.

Në këtë përballje, në përpjekje për të aplikuar 'recetën e drejtë', ne po ndërmarrim disa hapa të rëndësishëm drejt mbulimit shëndetësor me shërbimet bazë. Fondi po merr të gjitha masat e duhura për të mbështetur projektin e Qeverisë për kontrollin bazë periodik të popullatës 40-65 vjeç, për ekzaminimet falas të kësaj grupmoshe. Ne kemi të gjithë besimin dhe angazhimin që me një menaxhim më të mirë të fondit, do të bëjmë të mundur këtë nismë madhore të Qeverisë dhe po përgatisim politikat për vazhdimin e saj edhe në të ardhmen. Mbështetur në vizionin e ri të Qeverisë për shërbimin shëndetësor dhe mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë, FONDI do të jetë blerës i shërbimeve shëndetësore në bazë të kostove të përcaktuara drejt, duke përdorur me efikasitet paratë publike në shërbim të kujdesit ndaj popullatës. Ne po vendosim një standard të unifikuar si në spitalet publike ashtu edhe në ato private, duke hapur rrugë ndryshimit të mënyrës së financimit të spitaleve, jo më sipas një buxheti historik, por sipas nevojave reale. Ky është një hap i rëndësishëm që po ndërmarrim, për politika më të drejta të mbulimit shëndetësor që duam të ndërtojmë.

Gjithashtu, Fondi do ti kushtojë një vëmendje të veçantë dixhitalizimit dhe fuqizimit të sistemit të informacionit si brenda Institucionit, ashtu edhe në sistemin tonë shëndetësor, pasi në këtë mënyrë, përpos shkurtimit të burokracive, por edhe kostove financiare, do të bëjmë të mundur aksesin më të saktë dhe të shpejtë të informacionit, e kësaj rritjen e transparencës.

Në këtë kuadër, vlen të përmendet inicitiva jonë për të kaluar nga përdorimi i librezës së shëndetit, tek karta e shëndetit. Projekti do të nisë të pilotohet shumë shpejt në disa qendra shëndetësore në Tiranë, për t'u shtrirë në të gjithë Shqipërinë. Ky projekt do të përmirësojë dukshëm cilësinë e punës së mjekëve dhe farmacistëve si dhe kontrollin e tyre. Ne do të kthejmë kështu, kohën dhe rolin e mjekut të familjes në funksion të shërbimit ndaj pacientëve, pasi ata nuk do të jenë më të detyruar të plotësojnë fletë libeze pa fund, por me një mjet të thjeshtë, kartën e shëndetit, pacientët do të marrin shërbim e duhur dhe mjeku do shfrytëzojë kohën për të vizituar sa më mirë pacientët, duke fituar dinjitetin dhe rolin që i takon.

Në fund, dëshiroj të theksoj vendosmërinë time, për të përfshirë në të gjitha këto procese, të gjithë aktorët e interesit - mjekët, infermierët, farmacistët, shoqatat e pacientëve - për të bashkëpunuar ngushtë dhe me institucionin politikbërës, që është Ministria e Shëndetësisë, në funksion të qëllimit tonë të përbashkët – një shërbimi cilësor për pacientët, sipas nevojave reale.

**Dr. ASTRIT BECI**  
**DREJTOR I PËRGJITHSHËM**



PJESA E PARË  
**RRETH FONDIT**

PJESA E DYTË  
**PËRFITIMET E POPULLATËS**

PJESA E TRETË  
**ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT  
NË FUNKSION TË PËRMIRËSIMIT  
TË SKEMËS SË SIGURIMEVE**

PJESA E KATËRT  
**INFORMIMI I PUBLIKUT**

PJESA E PESTË  
**QËLLIMET STRATEGJIKE  
TË FONDIT**



## 1. RRETH FONDIT

### 1.1. VIZIONI

Vizioni i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është krijimi i një ndjenje sigurie në përmbushjen e nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore.

FONDI, në funksion të rritjes së aksesit dhe përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor për popullatën, fokusohet në prirje të rëndësishme që lidhen me ndryshimet demografike dhe epidemiologjike; zhvillimet teknologjike, si dhe pritshmëritë në rritje të konsumatorit për akses në trajtimet mjekësore cilësore dhe bashkëkohore.

### 1.2. MISIONI

Fondi është i vetmi Institucion publik, autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri. Nisur nga kompetencat e parashikuara nga ligji, Fondi menaxhon skemën e sigurimeve shëndetësore, duke synuar të sigurojë fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale të popullatës, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, duke synuar mbulimin universal të popullatës. Fondi garanton përfitimet e sigurimeve shëndetësore për popullatën dhe qëndrueshmërinë e skemës së sigurimeve, e cila vepron në bazë të parimit të solidaritetit dhe barazisë.

### 1.3. BAZA LIGJORE

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor e ushtron veprimtarinë e tij bazuar në ligjin nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në republikën e Shqipërisë", i ndryshuar.

Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të miratuar nga Këshilli i Ministrave, sipas të cilit:

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është person juridik publik, autonom, me qendër në Tiranë dhe e shtrin veprimtarinë e tij në të gjithë vendin nëpërmjet zyrave vendore.

Fondi është i vetmi organ autonom publik, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. Fondi menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë.

Të ardhurat dhe shpenzimet kryhen sipas ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011 "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, dhe legjislacionit financiar në fuqi. Fondi menaxhon veprimtarinë e tij brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe.

Fondi, nëpërmjet organeve të tij drejtuese, ka të drejtë të hartojë dhe të nxjerrë vendime, udhëzime, urdhëresa, rregullore dhe akte të tjera administrative, në mbështetje dhe zbatim të akteve ligjore e nënligjore dhe të kompetencave që i janë dhënë.

## 2. MENAXHIMI I FONDIT

### 2.1. SI DREJTOHET FONDI

Fondi organizohet dhe funksionon mbi bazën e Statutit të Fondit, i cili miratohet nga Këshilli Administrativ. Fondi drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm. Përbërja e Këshillit Administrativ është prej 7 anetarësh, të cilët përfaqësojnë palët e interesuara në zhvillimin e skemës: personat që paguajnë kontribute, personat që përfitojnë shërbime si dhe shtetin. Këshilli zgjedh drejtorin e Përgjithshëm, me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të të gjithë anëtarëve të Këshillit Administrativ. Koha e ushtrimit të detyrës së drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet. Ndërsa koha e shërbimit të anëtarëve në Këshillin Administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës.

#### 2.1.1. KOMPETENCA TË KËSHILLIT ADMINISTRATIV:

- Zhvillon procedurën dhe vendos për zgjedhjen, emërimin apo shkarkimin e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit.
- Cakton përbërjen e anëtarëve të komisioneve teknike për hartimin e paketave shëndetësore.
- Miraton projektin e paketave të shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik dhe i dërgon në Ministrinë e Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave.
- Cakton rregullat për funksionimin e komisioneve teknike, për kontraktimin dhe shpërblimin e anëtarëve të tyre, si dhe për kriteret e hartimit të paketave të shërbimeve.
- Miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat e dhënësve të shërbimit, duke synuar stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve privatë dhe publikë ndaj komunitetit.
- Miraton mënyrën e pagesës së dhënësve të shërbimit shëndetësor dhe të stafit të tyre në institucionet shëndetësore publike të kontraktuara.
- Miraton rregullat e hartimit të Regjistrit të Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore, si dhe të përfshirjes së subjekteve në të.
- Miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor të paraqitur nga drejtori i Përgjithshëm.
- Miraton projektbuxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tri vitet e ardhshme.
- Miraton nivelet e pagave të punonjësve të Fondit si dhe kriteret për kontraktimin dhe shpërblimin e ekspertëve të jashtëm që kontribuojnë për Fondin.
- Miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit dhe përcakton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit.
- Aprovon projekt-statutin e Fondit, rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon ministrit të Shëndetësisë për t'i miratuar në Këshillin e Ministrave.
- Miraton rregullat dhe procedurën e funksionimit të komitetit të shqyrtimit administrativ të Fondit, të propozuara nga drejtori i Përgjithshëm.

- Miraton propozimin e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për anëtarësimin në organizma ndërkombëtarë në fushën e sigurimeve shëndetësore.
- Miraton rregullat dhe procedurat e zbatimit të paketave të shërbimit nga dhënësit e kontraktuar.
- Miraton kriteret e përfitimit të shërbimit të paketave, në mënyrë përjashtimore kur vërtetohet se rrezikohet shëndeti i pacientit, si dhe rastet e këtyre përfitimeve.
- Miraton rastet e rimbursimit të personave të siguruar, si dhe rregullat e procedurat e rimbursimit të personave të siguruar, që marrin shërbime nga dhënësit e shërbimit shëndetësor brenda vendit, që nuk kanë kontratë me Fondin, vetëm në mungesë të dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore.

## 2.1.2. KOMPETENCA TË DREJTORIT TË PËRGJITHSHËM

- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ, projektstatutin, rregulloret ekonomike, financiare, procedurale, të auditimit dhe të kontrollit, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;
- Drejton veprimtarinë e Fondit në përputhje me statutin, rregulloret dhe vendimet e miratuara nga Këshilli Administrativ;
- Miraton strukturën e brendshme, përshkrimet e punës së Drejtorisë së Përgjithshme dhe të zyrave vendore, si dhe rregulloret e organizimit dhe funksionimit të përgjithshëm të Fondit;
- Emëron e shkarkon nëndrejtorët e Përgjithshëm të Fondit; personelin e Drejtorisë së Përgjithshme, drejtuesit e drejtorive rajonale, agjencive;
- Propozon në Këshillin Administrativ politikat e zhvillimit të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Përfaqëson Fondin në marrëdhëniet juridike me të tretët, mediat, si dhe në komunikimin me personat e siguruar dhe dhënësit e shërbimit shëndetësor;
- Mund të ngrejë komisione ose komitete “ad hoc” për ta ndihmuar në kryerjen e funksioneve të tij;
- Përgatit raport vjetor në lidhje me financën, administrimin, kontraktimin, paketën e shërbimeve shëndetësore dhe popullsinë, mbuluar nga siguri shëndetësor i detyrueshëm, të cilin e paraqet në Këshillin Administrativ;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloren, si dhe kushtet dhe përmbajtjen e kontratave të sigurimit shëndetësor vullnetar;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloret mbi procedurat e verifikimit dhe të kontrollit të kërkesave për pagesë;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregullat dhe procedurën e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ në zyrën qendrore ose vendore;
- Këshillohet me specialistë të jashtëm për çështje që kanë të bëjnë me njohuri të veçanta;
- Lidh marrëveshje ndërinstitucionale për shkëmbimin në mënyrë të vazhdueshme të informacionit të nevojshëm për veprimtarinë e Fondit me entet private dhe publike;
- Lidh marrëveshje me institucione të huaja ose organizata joqeveritare në fushën e sigurimeve shëndetësore, sipas dispozitave ligjore në fuqi.

## 2.2. VENDIMET KRYESORE TË KËSHILLIT ADMINISTRATIV GJATË VITIT 2013

- Vendimi nr.1 datë 01.02.2013 "Për miratimin e buxhetit të ISKSH-së, për vitin 2013".
- Vendimi nr.2 datë 01.02.2013 "Për miratimin e komisionit të kontrollit për revizionimin e veprimtarisë së ISKSH-së për vitin 2012"
- Vendimi nr.5 datë 01.02.2013 "Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Instituti I Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre".
- Vendimi nr.14 datë 20.03.2013 "Për miratimin e Statutit të Fondit të Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor"
- Vendimi nr.15 datë 20.03.2013 "Për miratimin e projekt VKM "Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm"
- Vendimi nr.16 datë 20.03.2013 "Për miratimin e projekt VKM "Për kategoritë e individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore"
- Vendimi nr.27 date 29.08.2013 "Për miratimin e rezultatit financiar të ISKSH-së për vitin 2012"
- Vendimi nr.28 datë 29.08.2013 "Për miratimin e projektbuxhetit të FSDKSH-së, të vitit 2014 dhe programit buxhetor afatmesëm 2014-2016".
- Vendimi nr.29 datë 29.08.2013 "Për miratimin e Udhëzimit "Për disa ndryshime në Udhëzimin nr.9 date 31.07.2008 të Këshillit Administrativ, "Për mënyrën e pagesës dhe shpërblimit për punonjësit e qendrave shëndetësore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor" të ndryshuar.
- Vendimi nr.34 datë 08.10.2013 "Për emërimin e z.Astrit Beci në funksionin e drejtorit të përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor".
- Vendimi nr.35 datë 19.11.2013 "Për propozimin e disa ndryshimeve në ligjin nr.10383, datë 24.02.2011 "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë" të ndryshuar.
- Vendimi nr.37 datë 19.11.2013 "Kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit të barnave në listen e barnave që rimbursohen".
- Vendimi nr.38 datë 19.11.2013 "Për disa ndryshime në vendimin e Këshillit Administrativ nr.1 datë 01.02.2013 "Për miratimin e buxhetit të ISKSH-së për vitin 2013".
- Vendimi nr.45 datë 10.12.2013 "Për disa ndryshime në vendimin e Këshillit Administrativ nr.1 datë 01.02.2013 "Për miratimin e buxhetit të ISKSH-së, për vitin 2013".
- Vendimi nr.46 datë 10.12.2013 "Për miratimin e kontratave TIP mes Fondit, Farmacive dhe Agjensive Farmaceutike, Depove Importuese e Distributore të Barnave; si dhe kontratave trepaleshe ndërmjet Fondit-QSUT-Depo e Barnave; dhe Fondit-Spital Rajonal-Depo e Barnave për vitin 2014".

- Vendimi nr.47 datë 10.12.2013 “Për kriteret që duhet të plotësojnë farmacitë dhe agjencitë farmaceutike për lidhjen e kontratës me Fondin dhe procedurat për lidhjen e tyre”.
- Vendimi nr.48 datë 10.12.2013 “Për kriteret që duhet të plotësojnë depot e barnave për lidhjen e kontratës me Fondin dhe procedurat për lidhjen e tyre”.
- Vendimi nr.49, nr.51, nr.53, nr.55, datë 10.12.2013, respektivisht: “Për krijimin e komisionit teknik të hartimit të paketës së shërbimit të transplantit të Heparit/ Dializës/Transplantit të veshkave/ të shërbimeve të Kardiologjisë dhe Kardiokirurgjisë”.
- Vendimi nr.89 datë 24.12.2013 “Për miratimin e kontratës TIP mes Fondit dhe Qendrës Shëndetësore për vitin 2014”.
- Vendimi nr.90 datë 24.12.2013 “Për miratimin e kontratës TIP mes Fondit dhe Qendrës Shëndetësore të Specialiteteve për vitin 2014”.
- Vendimi nr.91 datë 24.12.2013 “Për miratimin e kontratës TIP mes Fondit dhe Qendrës Shëndetësore SOB të rajonit Tiranë për vitin 2014”.
- Vendimi nr.92 datë 24.12.2013 “Për miratimin e kontratës TIP mes Fondit dhe mjek RYDER për vitin 2014”.
- Vendimi nr.93 datë 24.12.2013 “Për miratimin e kontratave S/2014”.

### 3. ZBATIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

#### 3.1. PANORAMË E PËRGJITHSHME E SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

Skema e sigurimeve shëndetësore u krijua në bazë të Ligjit Nr. 7870, Datë 13.10.1994 “Për Sigurimet Shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”. Që prej krijimit, mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme si dhe pagesën e mjekut të familjes në sistemin publik.

Skema evoloi gradualisht, me zgjerimin e gamës së shërbimeve të mbuluara, duke kaluar nga financimi i padiferencuar, në pagesa për paketa shërbimesh shëndetësore.

Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model mix (Bismark dhe Beveridge), i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit.

Popullsia ekonomikisht aktive paguan sigurime shëndetësore, ndërsa fondet e buxhetit të shtetit (të cilat vijnë nga taksimi i përgjithshëm), mbulojnë popullatën joaktive dhe kategoritë në nevojë, duke duke i dhënë kështu skemës qasjen solidare.

Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e paguesit të vetëm, që është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, i cili e menaxhon skemën në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

FONDI përdor metodat e pagesës së shërbimeve shëndetësore, për të influencuar në rritjen e aksesit, parandalimin dhe përmirësimin e treguesve shëndetësorë të popullatës.

Mekanizëm i implementimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon:

Shërbimin parësor (përveç qendrave komunitare);

Shërbimin spitalor (përveç spitaleve psikiatrike);

Listën e barnave të rimbursueshme.

*Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:*

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

### 3.2. PARIMET E SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE NË SHQIPËRI

Skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor synon mbulimin shëndetësor të popullatës, përmes këtyre parimeve:

- Sigurimit të detyrueshëm dhe vullnetar;
- Solidaritetit;
- Aksesit të barabartë për të gjithë shtetasit;
- Efikasitetit dhe cilësisë në financimin e shërbimeve shëndetësore;
- Zgjedhjes së lirë të mjekut;
- Partneritetit (blerës–dhënës–përfitues).

### 3.3. KATEGORITË PËRFITUESE NGA SKEMA E SIGURIMEVE

Çdo shtetas që paguan kontribut për sigurim shëndetësor ose për të cilin paguan shteti, është i siguruar dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Libreza e shëndetit (së shpejti në përdorim Karta e Shëndetit) – është dokumenti i vetëm që vërteton se personi është i siguruar në skemën e sigurimeve shëndetësore.

Kategoritë aktuale të të siguruarve sipas masës së përfitimit janë:

ME PËRFITIM 100%	ME BASHKËPAGESË
Veteranë	Aktivë
Invalide lufte	Femije 1-14 vjeç
Invalide pune (gr. I,II)	Nxënës, studentë > 14 vjeç deri 25 vjeç
Fëmijë 0-12 muaj	Gra me leje lindje
Pensionistë	Të papunë
Të sëmurë me Ca	Të paaftë mendorë, fizik
Të sëmurë me TBC	Invalide të pjesshëm (gr. III,IV)
Jetimë	Të siguruar vullnetarë
Të verbër	
Raste të veçanta (Talasemia, Skleroza multiple, Transplantet, Deficit hormonit rritjes etj)	

### 3.4. MASA E KONTRIBUTIT

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri, si:

- të punësuarit;
- personat e vetëpunësuar;
- punonjësit e papaguar të familjes;
- persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3 dhe 4 të nenit 7 të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar.

Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuar.

Si bazë për llogaritjen e kontributit shërben paga bruto e personit të siguruar.

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

- personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- personat e regjistruar si të papunë - punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
- shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
- kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.

Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi, së bashku me miratimin e buxhetit vjetor. Ndërkohë që baza për llogaritjen e kontributit për punonjësit e vetëpunësuar është dyfishi i pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve. Paga minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve për të vetëpunësuarit në qytet dhe në fshat, përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Personat, që nuk përfshihen në asnjë prej grupeve të mësipërme, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6 (gjashtë) mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar. Pas përfundimit të periudhës së sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar, personat që nuk përfshihen në kategoritë, për të cilat kontribuon shteti, duhet të regjistrohen pranë Fondit për sigurim vullnetar brenda 3 (tre) muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 (një) vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor.

Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

Mbledhja e kontributetve bëhet nga organet tatimore, në përputhje me legjislacionin relevant në Shqipëri.

## 4. BURIMET FINANCIARE

### 4.1. BURIMET FINANCIARE TË SKEMËS GJATË VITIT 2013

Skema e sigurimeve shëndetësore financohet nga kontributet që vijnë nga buxheti i shtetit, kontributet shëndetësore të të siguruarve dhe burime të tjera.

Buxheti i FONDIT në total, përfshirë buxhetin e shërbimit spitalor, për vitin 2013, ishte 30.736 milionë lekë, ku të ardhurat e shpenzimet ishin të balancuara.

Buxheti i shërbimit spitalor, në mbështetje të ligjit Nr. 119/2012, "Për buxhetin e vitit 2013", neni 5, u parashikua të detajohet e përdoret me vendim të Këshillit të Ministrave. Buxheti për shërbimin spitalor vazhdon të lëvrohet nëpërmjet degëve të thesarit në rrethe.

Të ardhurat në total janë realizuar në vlerën 30,611.6 milione lekë, ose 99.6 % ose rreth 126.5 milionëlekë më pak se programimi. Në krahasim me vitin 2012, të ardhurat faktike në total janë rritur 6 % ose në vlerë absolute, rreth 1,643 milionë lekë.

Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore rezultojnë me rritje në masën 13 %, ose 826.9 milionë lekë.

Transferta nga buxheti i shtetit për shërbimin parësor, ka pësuar një rritje prej 3 %, ose 310 milionë lekë.

Transferta për shërbimin spitalor, është rritur me 4% ose në vlerë absolute 515 milionë lekë.

Në mënyrë grafike, realizimi i të ardhurave për vitin 2013, krahasuar me vitin 2012,



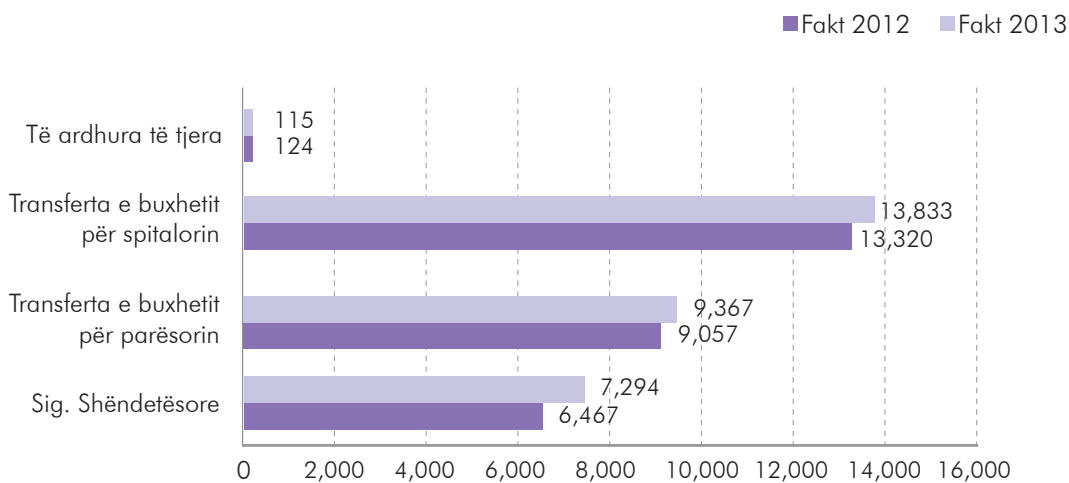
TË ARDHURAT

NË MIJE LEKË

TË ARDHURAT	PROGRAMIM	FAKT NË MIJË LEKË	REALIZIMI %	PESHË SPECIFIKE NË FAKT
Kontributi i sigurimeve shëndetësore	7,190,000	7,294,006	101.4 %	23.8 %
Transferta e buxhetit të shtetit për Shërbimin Parësor	9,366,780	9,366,780	100 %	30.6%
Transferta e buxhetit të shtetit për Shërbimin Spitalor	14,059,220	13,835,537	98.4 %	45.2%
Të ardhura të tjera	120,000	115,372	96.1%	0.4 %
TOTALI	30,736,000	30,611,695	99.6 %	100.0%

paraqitet :

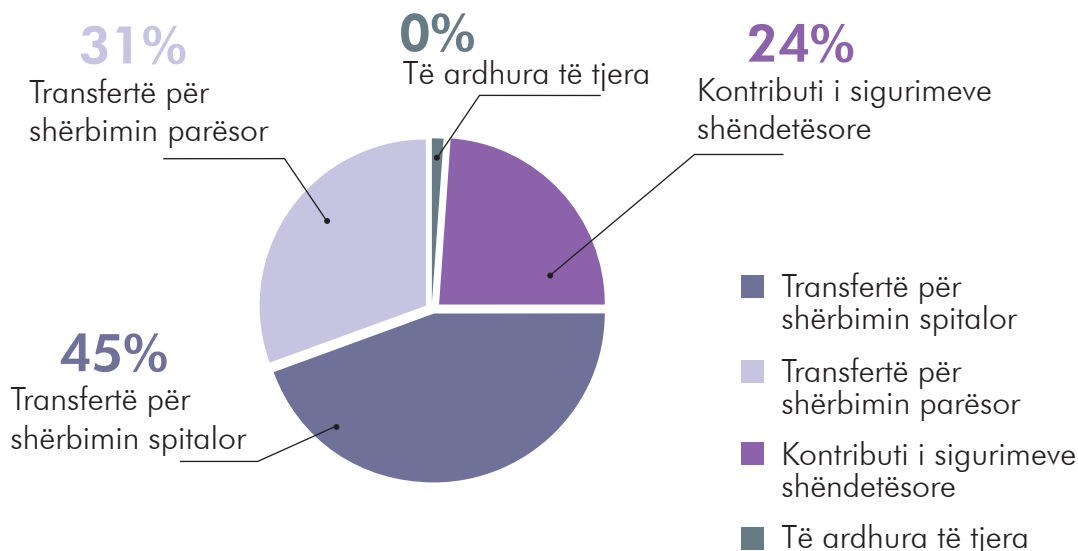
REALIZIMI I TË ARDHURAVE PËR VITIN 2013 KRAHASUAR ME 2012  
(NË MILION LEKË)



Në strukturën e të ardhurave të vitit 2013, peshën specifike më të lartë e zënë të ardhurat nga kontributi i shtetit me 75.8 %.

Kontributet e sigurimeve shëndetësore zënë rreth 23.8 %, ndërsa të ardhurat e tjera zënë rreth 0.4%.

PESHA SPECIFIKE E TË ARDHURAVE



4.1.1. KONTRIBUTI NGA BUXHETI I SHETIT

Kontribuesi më i madh i skemës është shteti, pasi 75.8% të të ardhurave, vijnë nga buxheti i shtetit (përmes taksimit të përgjithshëm).

Transferta nga buxheti i shtetit për Shërbimin Parësor - zë 30.6 % të totalit të të ardhurave të FSDKSH-së të realizuara në fakt për vitin 2013.

Transferta nga buxheti i shtetit për Shërbimin Parësor (programimi fillestar dhe ndryshimi i bërë në fund të vitit), është arkëtuar tërësisht. Për vitin 2013, janë arkëtuar nga ky burim 9.366.7 milionë lekë. Sipas programit fillestar shuma e transfertës ishte 9,166 milion lekë, por me VKM "Për rishpërndarje fondesh buxhetore, brenda programeve të miratuara për Ministrinë e Shëndetësisë për vitin 2013", ndryshoi shuma e transfertës së buxhetit të shtetit për Kujdesin Parësor, duke u shtuar me 200 milion lekë. Transferimet janë bërë çdo muaj, në përputhje me grafikun e përcaktuar, si dhe bazuar në raportimet përkatëse të FSDKSH-së, në zbatim të udhëzimeve të Ministrisë së Financave.

Transferta nga buxheti i shtetit për Shërbimin Spitalor - zë 45.2 % të totalit të të ardhurave të FSDKSH-së, të realizuara në fakt për vitin 2013.

Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2013, u miratua me VKM nr.1, datë 1.02.2013, "Për disa ndryshime në vendimin e KM nr.140 datë 17.02.2010, "Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimit të kujdesit shëndetësor".

Po kështu, gjatë vitit, ky buxhet pësoi ndryshime me vendim të Këshillit Administrativ. Ndryshimet u bënë ndërmjet buxhetit të spitaleve. Nga ana e KA gjatë vitit, është shpërndarë pjesa e buxhetit rezervë të spitaleve, në shumën totale 100.8 milionë lekë, rezervë e cila plotësoi kërkesat e spitaleve për mbulimin e efekteve financiare nga rritja e pagave.

Në total, për mbulimin e shpenzimeve të shërbimit spitalor sipas buxhetit të rishikuar kishim një fond prej 14.059 milionë lekë. Ky fond është 5% më i lartë se ai i programuar për vitin 2012.

#### 4.1.2. KONTRIBUTI NGA SIGURIMET SHËNDETËSORE

Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore zënë 23.8% të totalit të të ardhurave të FSDKSH-së, të realizuara në fakt për vitin 2013.

Shuma e kontributeve të sigurimeve shëndetësore, të transferuar në llogarinë e FONDIT për vitin 2013 është 7.294 milion lekë, nga të cilat 7,233 milion lekë të ardhura të siguruara nga Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve dhe 61 milion lekë nga kontributi i fermerëve.

Vazhdon të mbetet i palikuiduar detyrimi i prapambetur i vitit 2012, i ISSH ndaj FONDIT, në shumën 215.4 milion lekë.

Përsa i përket të ardhurave nga kontributet shëndetësore të fermerëve, të cilat arkëtohen nga vetë agjensitë e ISSH-së në rrethe e rajone, ato janë realizuar rreth 66% nga 45 % që janë realizuar një vit më parë. Nga ky zë, janë transferuar në llogaritë e FSDKSH-së 60.9 milion lekë, nga 96 milionë lekë të programuara. Ky mosrealizim sipas ISSH-së, vjen për shkak se fluksi më i madh i sigurimit të fermerëve është muaji dhjetor dhe transferimi i shumave përkatëse bëhet gjatë muajit Janar.

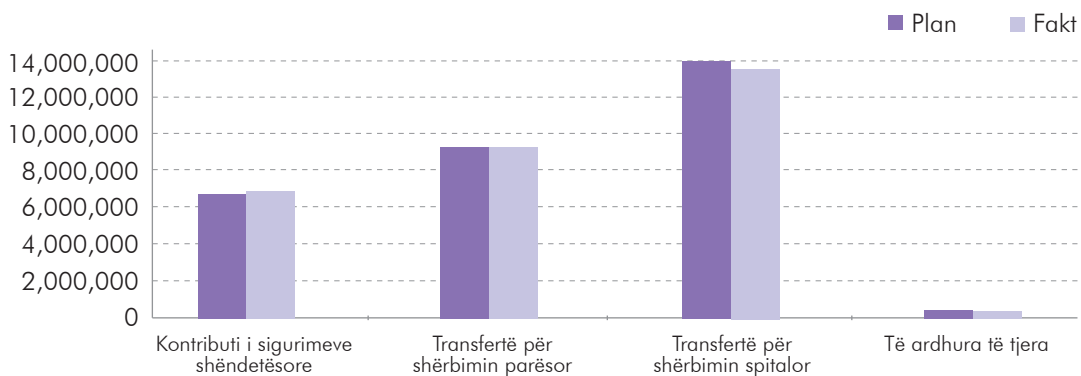
#### 4.1.3. TË ARDHURA TË TJERA

Të ardhurat e tjera të skemës, përbejnë 0.4 % të totalit të të ardhurave të FONDIT për vitin 2013. Janë arkëtuar gjithsej 115 milion lekë, nga 120 milion lekë të programuara, ose 5 milion lekë më pak se programimi. Nga analiza rezulton se 49 % e këtyre të ardhurave ose 56.7 milion lekë, janë realizuar nga bashkëpagesa, 29 % ose 33.8 milionë lekë nga dëmet ekonomike dhe kushtet penale të vendosura nga strukturat e kontrollit të FONDIT në subjektet me kontratë (mjekë të qendrave shëndetësore, subjektet farmaceutike), 5 % ose 5.5 milion lekë nga interesat bankare dhe pjesa tjetër nga shitja e shtypshkrimeve, kryesisht libreza shendeti.

Vetëm 7 % ose 7.7 milionë lekë janë arkëtuar nga sigurimet shëndetësore vullnetare.

Shuma e këtyre të ardhurave në total për vitin 2013, në krahasim me të ardhurat e realizuara gjatë vitit 2012 është 4 milionë më pak.

#### REALIZIMI I TË ARDHURAVE SIPAS ZËRAVE (PROGRESIVI)



## 5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

FONDi ka financuar gjatë vitit 2013 shërbimin shëndetësor parësor, atë spitalor, rimbursimin e barnave etj, me një vlerë totale prej 30,145.3 milion lekë.

Me realizim në nivelin 100 %, paraqiten shpenzimet për rimbursimin e barnave dhe shpenzimet për Spitalin e Durrësit. Financimi i shërbimit spitalor u realizua në masën 98.4% dhe 95.5 % financimi i shërbimit të kujdesit parësor. Në buxhetin total, përfshihen dhe shpenzimet administrative, investimet etj.

Financimi për shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe shpenzime të tjera është rritur gjatë vitit 2013 në vlerën 1,379 milionë lekë, ose 104.8%. Nga 28,766.6 milionë lekë të shpenzuara gjatë vitit 2012, në vitin 2013 janë shpenzuar 30,145.3 milionë lekë.

*Nga buxheti total i Fondit, prej 30,145.3 milion lekë, për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor janë përdorur 29,493 milion lekë.*

FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR	000/LEKË
Financimi i shërbimit shëndetësor parësor	6,524,945
Financimi i shërbimit spitalor	14,548,599
Financimi i listës së barnave të rimbursueshme	8,420,333
<b>TOTALI</b>	<b>29,493,877</b>

### 5.1. FINANCIMI I SHËRBIMIT SHËNDETËSOR PARËSOR

Financimi i shërbimit shëndetësor parësor ka qenë i qëndrueshëm gjatë vitit 2013. Janë 415 Qendra Shëndetësore (QSH) të kontraktuara me Drejtoritë Rajonale të FONDIT, të cilat përfshijnë 1600 mjekë familjeje (MF).

*Mënyra e financimit të Kujdesit Parësor:*

*Pagesa 80% - bazohet në kapitacion (numër banorësh)*

*Pagesa per aktivitet 10% - bazohet në numrin mesatar ditor të vizitave nga mjekët e QSH.*

*Pagesa bonus 10% - bazohet në indikatorët e cilësisësi:*

- % e pacientëve të vizituar
- kosto mesatare e trajtimit për 4 diagnoza të zgjedhura
- % e fëmijëve 0-1 vjeç të vizituar, % e femijeve 0-14 vjeç të vaksinuar
- % e grave shtatzëna të vizituara në 3mujin e parë
- % e të sëmurëve me hipertension dhe diabet të stabilizuar
- % e grave të depistuar me Ca mamme

FINANCIMI I KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR	6,524,945
Buxhet fiks (80%)	5,441,793
Buxhet për aktivitet (10%)	652,794
Bonus (10%)	430,358

Financimi i Kujdesit Parësor për vitin 2013, krahasuar me një vit më parë, është rritur me 278.6 milionë lekë ose 4.4%, nga të cilat:

- I. buxheti fiks është rritur me 210.9 milionë lekë ose 4%,
- II. buxheti për aktivitet është rritur me 35.8 milionë lekë ose 5.8 %,
- III. buxheti për bonus është rritur me 31.8 milionë lekë ose 7.9%.

Financimi përsa i përket numrit të vizitave nga mjekët e përgjithshëm e të familjes në shkallë Republike për vitin 2013 paraqitet në nivelin e 96.4% të planit , ose 5.8 % me shume se viti 2012, ndërsa treguesi i cilësisë apo bonusi është realizuar rreth 64 % ose 8 % më shume se në të njëjtën periudhë të vitit të kaluar.

Shpenzimet për financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor zënë 21.6 % të totalit të shpenzimeve faktike të FSDKSH-së për vitin 2013.

## 5.2. FINANCIMI I SHËRBIMIT SPITALOR

Financimi kryesor për kujdesin shëndetësor, shkon për shërbimin spitalor, i cili financohet me një mënyrë tjetër nga ajo e Qendrave Shëndetësore – buxhet historik që kalon nëpërmjet Degës së Thesarit në Ministrinë e Financave.

Nga analiza e të dhënave, rezulton se pjesën kryesore të totalit të shpenzimeve, e zënë shpenzimet për shërbimin spitalor me 45.2 % të totalit të shpenzimeve. Transferata për spitalorin është rritur gjatë vitit 2013 me 4% ose në vlerë absolute 515 milionë lekë.

Pas ndarjes fillestare të përcaktuar me vendim të Këshillit të Ministrave për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor, buxheti spitalor pësoi ndryshime me vendim të Këshillit Administrativ(KA). Ndryshimet u bënë ndërmjet buxhetit të spitaleve. Nga ana e KA gjatë vitit është shpërndarë pjesa e buxhetit rezervë të spitaleve në shumën totale 100.8 milionë lekë, rezervë e cila plotësoi kërkesat e spitaleve për mbulimin e efekteve financiare nga rritja e pagave.

Krahasuar me 2012 kemi një rritje prej 4% të shpenzimeve në fakt për shërbimin spitalor. Shpenzimet për paga janë rritur me 1.4 % ose 96.8 milionë lekë, shpenzimet për sigurime me 29.4 milionë lekë dhe shpenzimet për mallra e shërbime me 388.7 milionë lekë.

FINANCIME PËR SHËRBIMIN SPITALOR	13,835,537
Paga (600)	6,568,617
Sigurime (601)	1,077,724
Mallra e shërbime (602)	6,189,196

Spitali i Durrësit ka një tjetër formë financimi, jo nëpërmjet degës së thesarit, por drejtpërdrejt nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor. Shpenzimet për Spitalin Durrës për vitin 2013 ishin 713 milion lekë, me një rritje ndaj vitit 2012 prej 4 %, ose 28 milionë lekë me shumë.

### 5.3. FINANCIMI I LISTËS SË BARNAVE TË RIMBURSUESHME

Gjatë vitit 2013, rimbursimi i barnave arriti në 8,420.3 milion lekë ose rreth 540 milion lek më shumë se një vit më parë.

Ashtu siç ishte parashikuar, ritmet e pranimit dhe likuidimit të listëtreguesve në krahasim me vitin 2012, u rritën: Kështu, nëse për vitin 2012 pranohehin e likujdohehin mesatarisht 656.6 milion lekë rimbursim në muaj, gjatë vitit 2013 kjo shifer ishte mesatarisht 665 milionë lekë në muaj.

Shpenzimet e rimbursimit kanë zënë 51.6 % të totalit të shpenzimeve faktike të FSDKSH-se për vitin 2013, me një rritje prej 6.85 % ndaj faktit të vitit 2012.

Gjatë vitit 2013 lista e barnave të rimbursueshme përbehej nga 426 barna ose 1135 alternativa barnash.

## 6. SHPENZIME TE TJERA TE FONDIT

SHPENZIME TË TJERA TË FONDIT	13,835,537
Shpenzimet për investime	6,389
Shpenzimet administrative	645,109
Gjendja e likuiditeteve në fund të periudhes	3,941,215
Nga gjendja e likuiditeteve, fondi rezervë	3,084,300

### 6.1. SHPENZIMET PËR INVESTIME

Plani i investimeve për vitin 2013 u realizua 31.9 %, ose nga 20 milionë lekë të planifikuara u shpenzuan 6.3 milionë lekë. Plani fillestar i investimeve ishte parashikuar në vlerën e 100 milionë lekëve, por gjatë vitit, u bë rishikimi i këtij plani, duke e reduktuar atë në 20 milionë lekë, për arsye të mosrealizimeve të konstatuara në zërin ndërtim-montime.

### 6.2. SHPENZIMET ADMINISTRATIVE

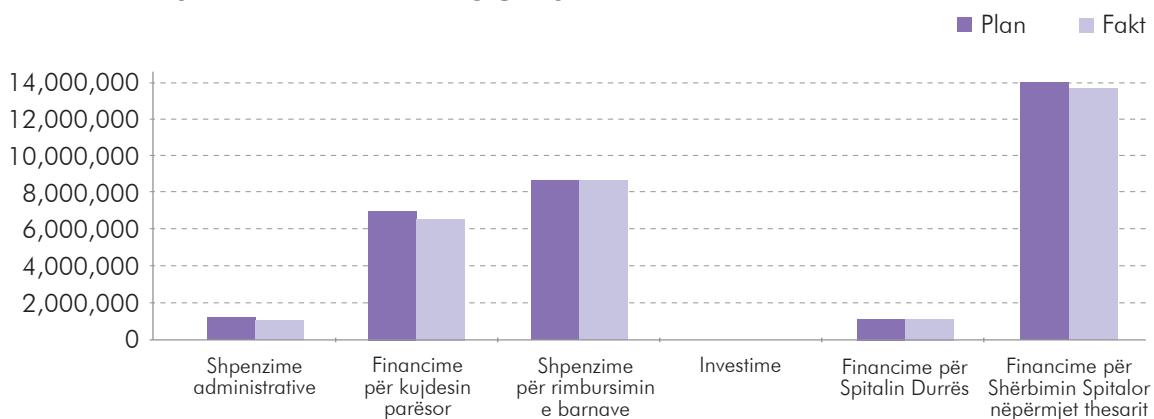
Në vitin 2013, shpenzimet administrative të FSDKSH-së kapin vlerën e 645.1 milionë lekë, ose 93.2 % të programit vjetor të rishikuar, ose 13.3 milionë lekë më shumë se vitin e kaluar.

Të gjitha Drejtoritë Rajonale si dhe Drejtoria Qendrore si njësi shpenzuese kanë ruajtur kufijtë e planifikuara të shpenzimeve si për pagat, sigurimet shoqërore e mallra e shërbime.

### 6.3. GJENDJA E LIKUIDITETEVE DHE FONDI REZERVË

Në llogaritë bankare të drejtorisë qendrore e drejtorive rajonale rezultojnë një gjendje likuiditetesh prej 3,941.2 milionë lekë, ose 466 milionë lekë më shumë nga fillimi i vitit. Nga kjo vlerë 3084.3 milionë lekë janë në llogarinë speciale të fondit rezervë pranë Bankës Shqipërisë.

#### REALIZIMI I SHPENZIMEVE NË PROGRESIV



## 7. PËRFITIMET E POPULLATËS

Ligji nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, zgjeroi mundësitë e përfitimit të shërbimeve nga popullata, përmes procesit të kontraktimit nga ana e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, si të shërbimeve publike ashtu edhe të atyre private.

Sigurimi i detyrueshëm financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:

- Vizitat mjekësore pa pagesë - në institucionet shëndetësore publike që financohen nga sigurimi shëndetësor dhe në respektim të sistemit të referimit;
- Vizitën falas në banesë - kur gjendja shëndetësore e të sëmurit nuk mundëson paraqitjen në institucionin shëndetësor;
- Ekzaminimet mjekësore në institucionet shëndetësore publike-falas ose me bashkepagesë; (Ekzaminimet unikalë terciare jepen me rimbursim në masën 90% dhe bashkëpagesë nga personat e siguruar 10%).
- Trajtimet mjekësore në institucionet publike /private me kontratë;
- Rimbursimi i plotë ose i pjesshëm i barnave në varësi të kategorisë.

Më konkretisht për barnat, personat e siguruar, ose nuk paguajnë fare ose kanë një pagesë të pjesshme që shkon deri në 50 % (për qind) të çmimit të barnave, por jo më shumë.

Kategoritë si: pensionistë, invalidë të plotë, fëmijë 0 - 12 muaj, të sëmurë me CA, TBC, të verbër përfitojnë falas alternativën e parë të çdo bari të përfshirë në listë. Kategoritë si: veteranë dhe invalidë të luftës, përfitojnë falas në masën 100 % të gjitha barnat e listës së rimbursueshme si dhe të gjitha barnat e tjera të regjistruara në Republikën e Shqipërisë.

### 7.1.SHTRIRJA E SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE/MBULIMI SHËNDETËSOR

Gjatë vitit 2013 janë futur në skemën e sigurimeve të kujdesit shëndetësor nëpërmjet pajisjes me librezë shëndeti, 149 mijë persona, ndërsa kanë përfituar mesatarisht gjatë vitit rreth 350 mijë persona. Libreza e shëndetit është l vetmi dokument që provon se personi është l siguruar dhe shtrirja e skemës përfshin jo vetëm sistemin parësor, por nivelet e shërbimit si më poshtë:

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



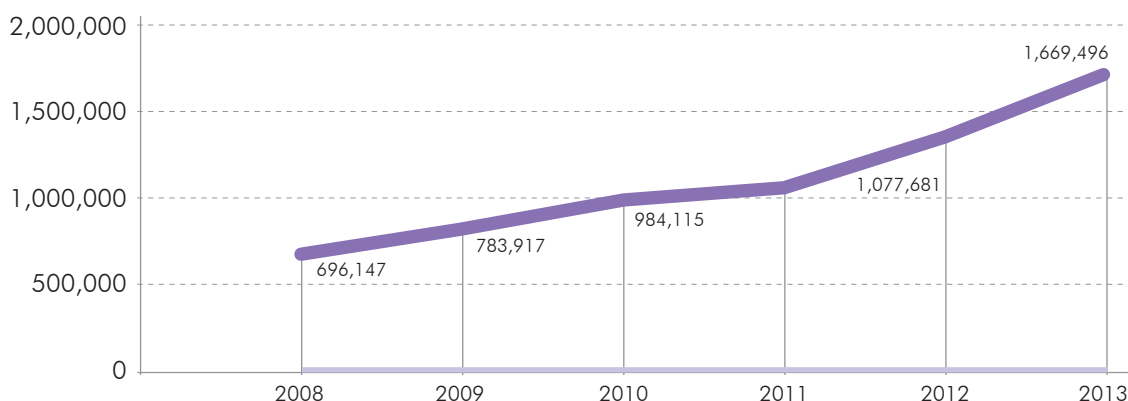
## 7.2. PAKETA E SHËRBIMEVE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Paketa e shërbimeve të cilën Fondi kontraktonte me Qendrat Shëndetësore, përfshin 7 shërbime:

- Kujdesi në rastet e urgjencës
- Kujdesi Shëndetësor për fëmijët
- Kujdesi Shëndetësor për të rriturit
- Kujdesi Shëndetësor për gratë dhe shëndeti riprodhues
- Kujdesi Shëndetësor për të moshuarit
- Kujdesi shëndetësor mendor
- Promocioni dhe edukimi shëndetësor

Për vitin 2013 janë paraqitur për herë të parë për vizitë tek mjeku në QSH rreth 1,669,496 persona ose 290 mijë persona më shumë se në vitin 2012. Trendi i personave të paraqitur për vizitë në QSH gjatë viteve 2008 – 2013 paraqitet në grafikun e mëposhtëm:

ECURIA E PVHP 2008-2013



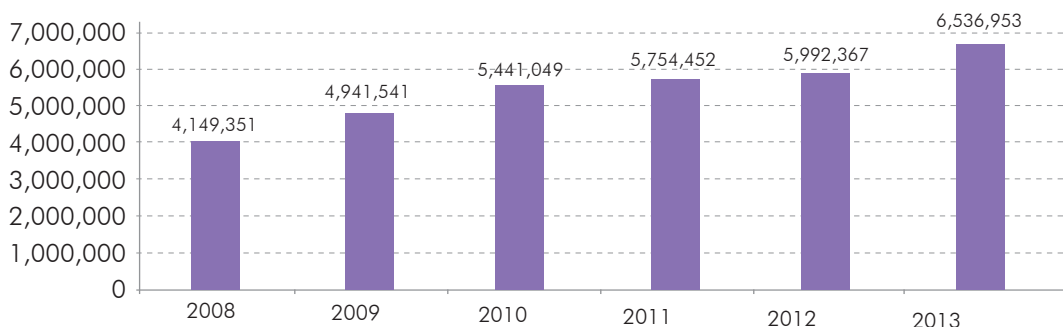
Të dhënat e mësipërme tregojnë se për vitin 2013 janë paraqitur për herë të parë në vizitë tek MPF i QSh 17 % më shumë se në vitin 2012.

## NUMRI I VIZITAVE TË KRYERA NGA QSH E KUJDESIT PARËSOR

Nga 414 qendrat shëndetësore të kontraktuara në kujdesin parësor për vitin 2013 janë kryer 6 milion e 537 mijë vizita, ku 6.1 milion vizita janë kryer nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes, 420 mijë vizita nga mjekët specialistë të QSH të Specialiteteve në Tiranë, dhe rreth 1 milion nga personeli infermieror.

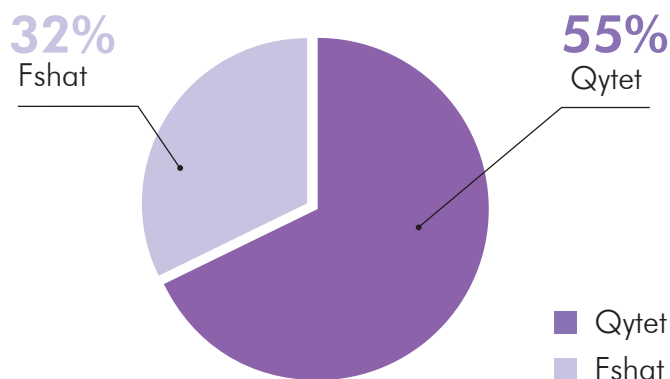
Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrit të vizitave të mjekëve të QSH të kujdesit parësor gjatë viteve 2008 - 2013.

ECURIA E NUMRIT TË VIZITAVE

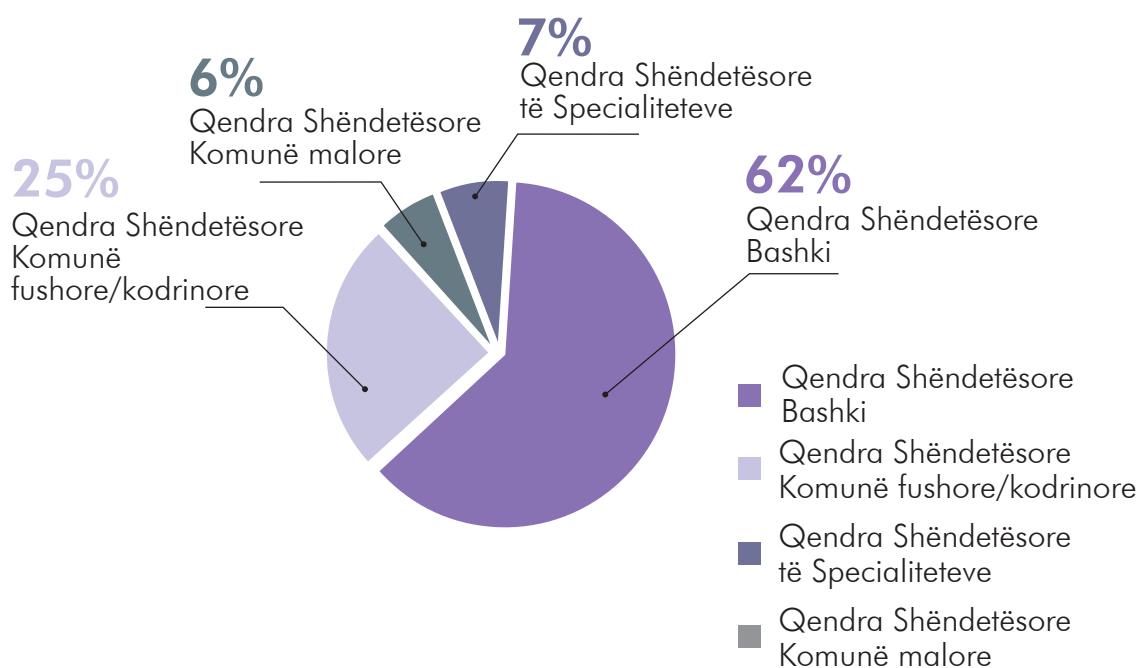


Siç shihet grafikisht, për vitin 2013 nga mjekët e QSH në kujdesin parësor janë kryer 8.6 % më shumë vizita se në vitin 2012, ose 565 mijë vizita më shumë.

Nga QSH në qytet (103 QSh) janë kryer 4.4 milion, ndërsa në QSh fshat ( 311 QSH) janë realizuar 2.07 milion vizita. Në mënyrë grafike shpërndarja e vizitave qytet-fshat paraqitet si më poshtë, 68 % janë realizuar në qytet dhe 32 % në fshat:



SHPËRNDARJA E VIZITAVE SIPAS ZONAVE



### 7.3. PAKETAT E SHËRBIMEVE NË SHËRBIMIN SPITALOR

FONDI ka lidhur kontratë me spitalet publike, për financimin e shërbimeve shëndetësore, të ofruara prej tyre. Më konkretisht:

4 Spitale Universitare

11 Spitale Rajonale

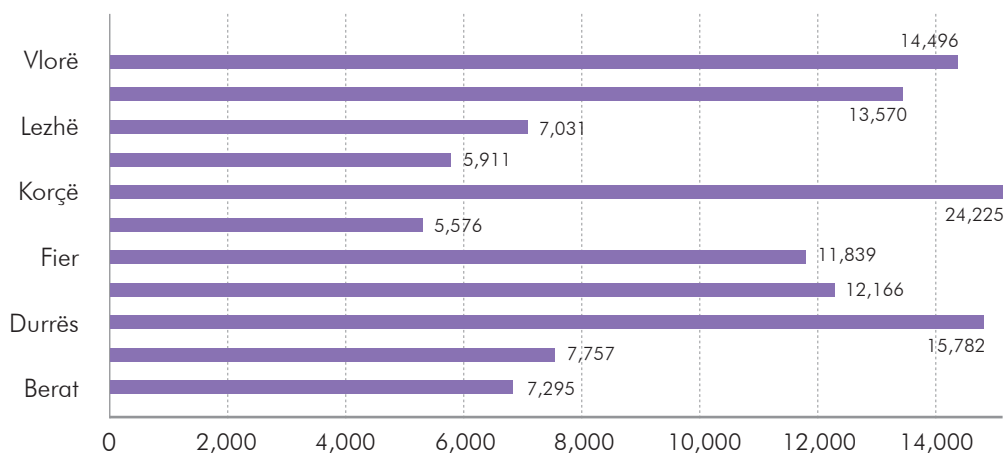
24 Spitale Bashkiake

Spitali organizon dhe ofron shërbime shëndetësore spitalore për popullatën që mbulon në rrethin/rajonin në të cilin ai ndodhet, në 3 (tre) nivele: në shërbimin 24 orësh të urgjencave, në shërbimin specialist ambulator dhe në shërbimin spitalor me shtretër. Në këtë kontekst, spitali detyrohet të japë shërbimin shëndetësor sipas specialiteteve përkatëse në bazë dhe për zbatim të listës së shërbimeve të shprehura në kontratë, dhe në respektim të sistemit të referimit.

Në bazë të rajonit që mbulon, për banorët e siguruar, spitali jep shërbime pa pagesë për kontrolle, vizita, ekzaminime, diagnostikime dhe çdo trajtim tjetër të domosdoshëm, në ambientet e shërbimit bazuar vetëm në rekomandimet e Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes/Mjekëve Specialistë të Rrethit/Rajonit. Identifikimi i këtyre pacientëve bëhet nëpërmjet rekomandimit tip të lëshuar nga këta të fundit, të shoqëruar me Librezën e Shëndetit dhe dokumentit të identifikimit të pacientit.

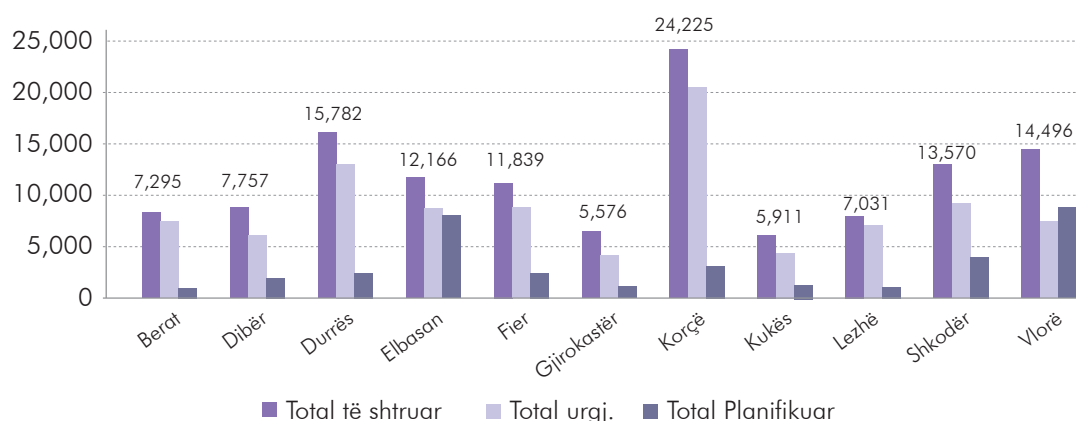
Nga të dhënat e raportuara nga spitalet rajonale, në total për periudhën Janar-Dhjetor 2013, numri i shtrimeve në spitalet rajonale të vendit ishte 125,648 pacientë. Me numrin më të vogël të shtrimeve rezultuan: Spitali i Kukësit, Gjirokastrës dhe Beratit.

#### NUMRI I SHTRIMEVE GJATË VITIT 2013 NË SPITALET RAJONALE



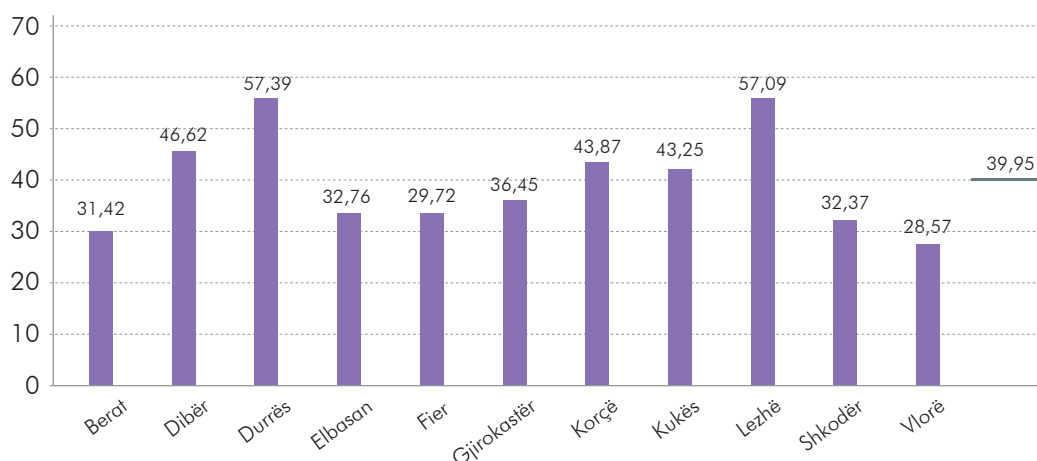
Prej shumë vitesh, në spitalet e vendit tonë vërehet fenomeni i shtrimeve masive në spital nëpërmjet shërbimit të urgjencës. Duke u nisur dhe nga ky fakt dhe për të monitoruar atë në vazhdimësi, ky indikator u shtua në listën e indikatorëve të kontratave të vitit 2014.

KRAHASIMI I SHTRIMEVE URGJENT NDAJ ATYRE TE PLANIFIKUAR VITI 2013



Nga të dhënat vërehet gjithashtu se, **shfrytëzimi i shtratit**, si një indikator tepër i rëndësishëm i efijencës spitalore, paraqitet në nivele shumë të ulura.

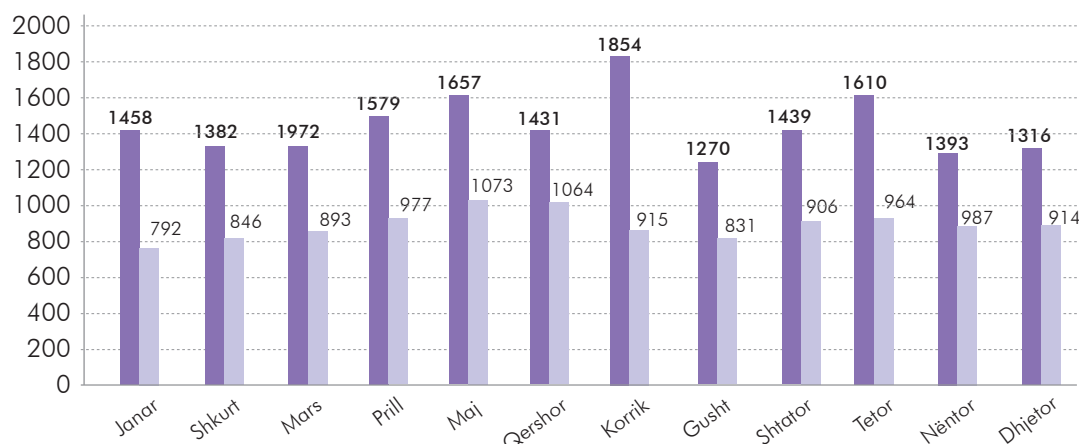
SHFRYTËZIMI I SHTRATIT GJATË VITIT 2013 NË SPITALET RAJONALE



Shfrytëzimi i shtratit rezulton shume i ulët në spitalet rajonale me një mesatare prej 39.9%.

Sa i takon ekzaminimeve unike terciare në QSUT – gjatë vitit 2013 janë kryer 17761 të tilla, ose 6540 më shumë krahasuar me vitin 2012.

EKZAMINIMET TERCIARE NË QSUT NË VITIN 2013, KRAHASUAR ME VITIN 2012



## 7.4. LISTA E BARNAVE TË RIMBURSUESHME

Lista e barnave të rimbursueshme është një nga paketat e rëndësishme që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Mbi bazën e kontratave të FONDIT me subjektet farmaceutike, realizohet rimbursimi i barnave, sipas listës së barnavë të rimbursuara dhe referuar masës së mbulimit sipas kategorive – e caktuar me vendim të Këshillit të Ministrave. Pacienti e përfiton shërbimin në farmaci, në bazë të recetës së përshkruar nga mjeku, ndërsa rimbursimi i subjekteve farmaceutike bëhet 1 herë në muaj, sipas recetave të regjistruara në sistem.

Lista e barnave të rimbursueshme për vitin 2013 hyri në fuqi më 1 mars 2013 dhe u shtua pasuruar me 19 barna të reja, ku u përfshinë 13 formëdoza të reja të barnave të listës si dhe 6 principe aktive të reja, duke e çuar në 426 numrin e barnave të listës së rimbursueshme për vitin 2013.

Nga të dhënat vjetore rezulton se, për të gjitha kategoritë ka patur rritje të përfitimeve nga rimbursimi, nga të cilët veçojmë:

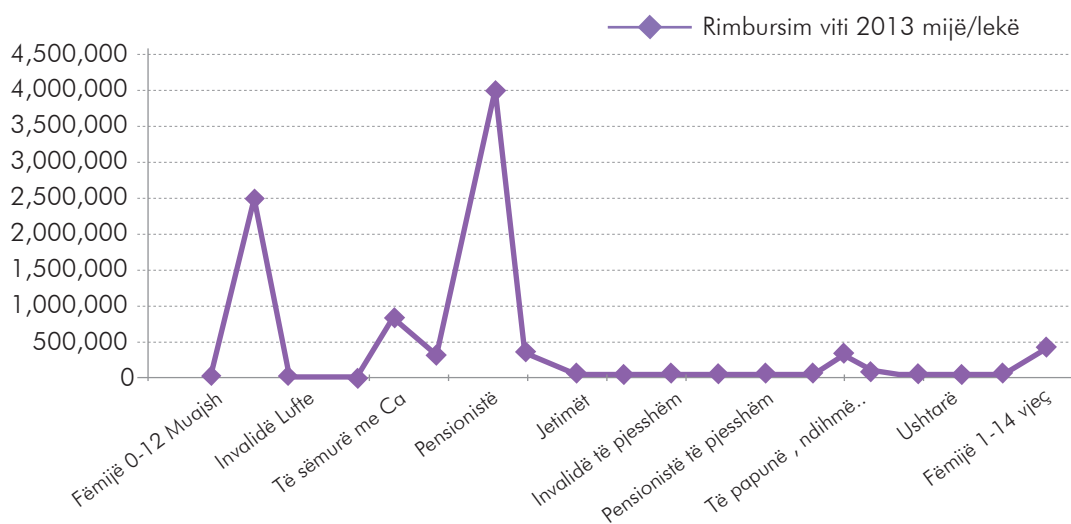
Kategoria Pensionistë ka një rritje prej 284 milion leke ose 8% më shumë në krahasim me vitin 2012. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2013, u rrit me 327.125 receta më shumë në krahasim me vitin 2012. Kjo kategori zë rreth 45% të shpenzimeve të rimbursimit për vitin 2013.

Kategoria Invalidë të plotë ka një rritje prej 152 milion lekë ose 6.2% më shumë në krahasim me vitin vitin 2012. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2013 është rritur me 88 665 receta më shume. Kjo kategori zë rreth 30.4% të shpenzimeve të rimbursimit të vitit 2013.

Të sëmurë me Ca - ka një rritje rreth 57 milion lekë më shumë se në vitin 2012 ose 8% më shumë. Kjo kategori ka një rritje të numrit të recetave me rreth 4911 receta më shumë se një vit më parë. Në shpenzimet totale të rimbursimit 2013, të sëmurët me Ca zënë rreth 9% të vlerës totale të rimbursimit.

E ndjeshme për vitin 2013 ishte dhe rritja e ndjeshmerisë për kategoritë si “Popullësi Aktive” (me rreth 15.7 milion lekë më shumë se një vit më parë) dhe “Të papunë” me rreth 41 milion lekë më shumë se një vit më parë.

### RIMBURSIM VITI 2013 MIJË/LEKË



## 8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

### 8.1. INFRASTRUKTURA

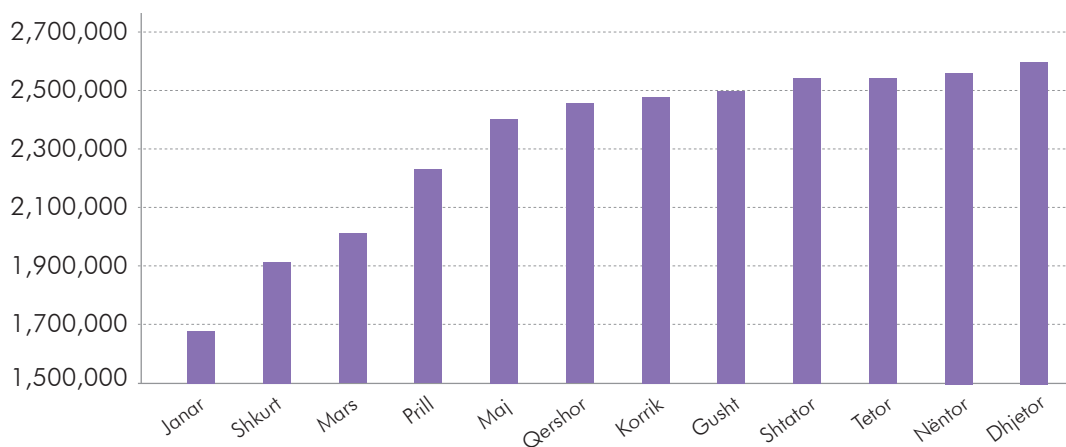
Regjistri elektronik i banorëve të regjistruar pranë mjekut të familjes

Rregjistri elektronik i banorëve është një sistem në të cilin regjistrohen banorët që mbulojnë mjekët me shërbim shëndetësor për çdo QSH. Ky projekt është realizuar nëpërmjet disa fazave.

- Faza e parë: Procesi i depistimit të banorëve përmes plotësimit të formularit të depistimit, 2008-2009
- Faza e dytë: Ngritja dhe regjistrimi i formularëve të depistimit në një databazë qendrore nga QSH-të dhe pastrimi i të dhënave në regjistrin elektronik, ku përparësi kishin heqja e dublikimeve brenda qendrës shëndetësore.

Në fund të këtij procesi që u krye gjatë periudhës 2010-2013, kemi një regjistër elektronik të banorëve qendror, me mbi 4 milion banorë në total në rang vendi. Ka pasur rreth 5 mijë dublikime të pastruara gjatë 2013 në nivel QSH-je duke çuar në rreth 50 mijë numrin e dublikimeve të hequra që nga fillimi i procesit. Janë identifikuar me ID kombëtare mbi 2.6 milion banorë në këtë regjistër gjate vitit 2013.

Më poshtë paraqitet ecuria e regjistrimit të ID sipas muajve për vitin 2013:



Në vijim është pilotuar procesi i regjistrimit elektronik të banoreve në nivel mjeku për mjekët e 4 qendrave të zgjedhura si pilote, mjekë të cilët janë trajnuar dhe punojnë tashmë në sistem për regjistrimin dhe mbajtjen e pacientëve të tyre.

Gjatë 2014 kemi objektiv shtrirjen e sistemit në të gjitha QSH-të Qyteteve kryesore të vendit duke përfshirë në sistem mjekët e qendrave më të mëdha në vend.

## 8.2. SISTEMI I INFORMACIONIT NË SHËRBIMIN SHËNDETËSOR PARËSOR

Ky projekt ka filluar të administrohet nga Fondi që në vitin 2008 dhe përdorimi i tij është zgjeruar duke u shtuar vazhdimisht numri i përdoruesve të tij, vecanërisht gjatë viteve të fundit me qëllim decentralizimin e tij. Gjatë 2013 ky sistem ka pësuar zgjerim në disa QSH sipas kërkesave të tyre, duke rritur numrin e QSH që regjistrojnë dhe menaxhojnë vetë informacionin e tyre në sistem.

## 8.3. SISTEMI EFARMACI

Ky projekt, i nisur që në vitin 2010 tashmë është një sistem që vazhdon të konsolidohet. Nëpërmjet tij, farmacitë regjistrojnë online të dhënat për recetat e rimbursueshme dhe furnizimet. Gjatë 2013 ky sistem ka pësuar përmirësime në drejtim të efikasitetit të tij për të siguruar disponueshmërinë e këtij sistemi 24 orë për farmacitë.

## 8.4. SISTEMI I PËRLLOGARITJES SË KOSTOVE SPITALORE

Llogaritja e kostove spitalore është një nga elementet e domosdoshëm në procesin e ndryshimit të metodës së financimit në spitale, me objektiv përmirësimin e mënyrës së ofrimit të kujdesit spitalor. Në kuadër të zhvillimeve të Fondit në sektorin spitalor dhe kërkeses së vazhdueshme për informacione mbi kostot e këtij shërbimi, gjatë 2013 është bërë përmirësim i sistemit 'Kosto Spitali', për shtimin e elementeve dhe raporteve të reja në këtë drejtim.

Rezultate:

- Rritja e performancës në punë të përdoruesve të sistemeve duke lehtësuar punën e tyre të përditshme
- Rritja e cilësisë dhe saktësisë së informacionit që rregjistrohet në sistem, si rrjedhojë informacion më i plotë e i saktë nga raportet që perdoren nga Fondi dhe aktorët e tij.
- Rritja e kapaciteteve raportuese të Sistemeve në funksion të rritjes së shpejtësisë dhe performacës.
- Si rrjedhojë e faktorëve të mësipërm, rritja e efikasitetit në shërbimin ndaj të tretëve (përfytyes e kontraktorë)

## 9. MONITORIMI I KONTRATAVE ME DHËNËSIT E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

Monitorimi i kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore, është element shumë i rëndësishëm i punës së FONDIT, në mënyrë që financimi publik për shërbimet shëndetësore, të shkojë në të mirë të popullatës, duke shmangur abuzimet.

### 9.1. MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE NGA QENDRAT SHËNDETËSORE

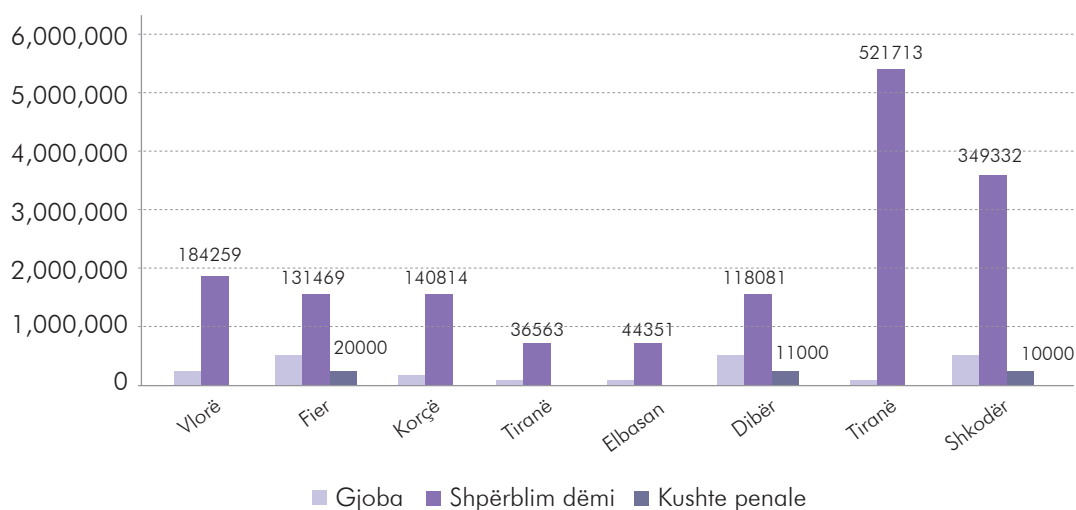
Gjatë vitit 2013 është ushtruar kontroll nga specialistët e sektorit të kontrollit të Parësorit në 195 Qendra Shëndetësore, ose 47 % e totalit të QSH në të gjithë vendin.

Janë kontrolluar gjithsej 473 subjekte me kontratë, ku përfshihen drejtorë të Qendrave Shëndetësore, te cilët janë kontrolluar për funksionimin dhe menaxhimin e Qendrave në aspektin mjekësor si dhe mjekë të përgjithshëm e të familjes. Janë kontrolluar 332 mjekë të përgjithshëm dhe të familjes (pa përfshirë këtu edhe 100 drejtorë të QSH-ve, të cilët janë kontrolluar në cilësinë e mjekut të familjes), ku ndaj 219 mjekëve janë marrë masa administrative, gjobë në vlerën 116 000 lekë dhe masa detyrim shpërblim dëmi në vlerë 1 526 582 lekë.

Ndaj tre drejtorëve të qendrave shëndetësore janë marrë masa të kushtit penal në vlerën 41000 lekë.

Gjatë kontrollit tek mjekët e përgjithëm të familjes, janë kontrolluar recetat me rimbursim, ku kanë rezultuar shkelje të Kontratës F/2013, duke sjellë për pasoje një dëm ekonomik në vlerën 164.950,7 lekë.

Siç shihet nga tabela, shkeljet më të theksuara janë konstatuar në rajonin e Tiranës, me 37% të totalit, Shkodrës me 23 %, pastaj vijën me radhë rrethet Vlorë, Fier etj.





## 9.2. MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE NGA SPITALET

Gjatë vitit 2013 janë realizuar 27 kontrolle në spitale. Shkeljet kryesore të konstatuara janë:

- Mangësi dokumentacioni për arkëtimet dhe pagesat;
- Krijimi i borxheve – kryhen shpenzime pa patur fonde të miratuara;
- Nuk argumentohet caktimi i fondit limit në të gjitha procedurat, përfshirë edhe kontratat shtesë.
- Copëtohen fonde në ndryshim me regjistrin e prokurimeve, ndërkohë që duhej proceduar me një prokurim të hapur të ndarë në lote.
- Përdorimi i procedurës negociim pa botim është bërë jo konform ligjit mbi prokurimet, kjo edhe si zgjedhje procedure dhe si realizim i saj.
- Planifikim jo i saktë i nevojave për mallra dhe shërbime (Kryesisht medikamente, materiale mjekimi dhe kite reagente) duke krijuar stogë ose duke mosfurnizuar në mënyrë ritmike spitalin. etj.

Për kontrollet e ushtruara, shkeljet e konstatuara dhe masat e marra në të gjitha spitale paraqiten në tabelën e mëposhtme:

SPITALET	SHKELJET	MASA ORGANIZATIVE	DËMI EKONOMIK		MASA ADMINISTRATIVE		MASA DISIPLINORE
			RASTE	VLERA	RASTE	VLERA	
Përmet	8	22	30	225448	0	0	9
Kuçovë	13	17	9	63013	0	0	9
Fier	7	19	4	169392	0	0	7
Gjirokastër	10	14	9	28724	14	77,000	7
Shkodër	21	30	86	1425467	3	50,000	9
Lushnjë	20		20	732175	22	165,000	14
Lezha	20	10	3	72553	0	0	7
Elbasan	12	26	73	2173020	0	0	8
Kukës	20	31	56	1551787	0	0	8
Dibër	12	19	16	265757	0	0	7
Vlorë	14	29	44	746250	0	0	9
Korçë	8	15	15	160342	0	0	10
Pogradec	9	19	14	238800	9	90,000	11
Berat	13	18	398	985587	0	0	9
QSUT	30	42	23	4667507	29	145000	26
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>311</b>	<b>800</b>	<b>12520235</b>	<b>77</b>	<b>527000</b>	<b>150</b>

### 9.3. MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE NGA FARMACITË DHE DEPOT FARMACEUTIKE

Gjatë vitit 2013 për një kontroll sa më të mirë të qarkullimit të barnave me rimbursim në subjektet farmaceutike, janë ushtruar kontrole me inventarizim në subjektet farmaceutike me kontratë me Drejtorinë Rajonale të FONDI-t Tiranë, Sarandë, Fier, Durrës, Lezhë, Elbasan, Korçë, Vlorë, si dhe kontrole tematik në rrethin e Vlorës dhe Dibrës.

Në bashkëpunim me sektorin e kontrollit parësor dhe depove është ushtruar kontroll me tematikën "Verifikim mbi zbatimin e një udhëzimi", për rajonin e Tiranës, Elbasanit dhe Durrësit, ku për të tre rajonet janë lënë masa organizative.

Nga 849 farmaci e agjenci farmaceutike të cilat kanë kontratë me këto Drejtori Rajonale, në 216 prej tyre janë ushtruar kontrole tematike dhe me inventarizim, që përbëjnë 25% të të gjithë subjekteve në të gjithë rajonet e kontrolluara.

Nga këto kontrole kanë rezultuar:

- Gjoha në vlerën 505 000 lekë ndaj 47 subjekteve.
- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 4 758 439 lekë ndaj 102 subjekteve.
- Kusht penal në vlerën 730 000 lekë ndaj 40 subjekteve.
- Zgjidhje kontrate për 5 subjekte farmaceutike.
- Masa disiplinore për 1 MPF, dhe 3 specialistë të DRSKSH-Elbasan.
- Masa organizative për DRSKSH-Lezhë, Elbasan, Durrës, Tiranë dhe Vlorë.
- Masa organizative për një depo, për plotësimin e faturave të shitjes sipas detyrimeve kontraktuale.

Sa i takon depove farmaceutike, gjatë vitit 2013 është ushtruar kontroll i plotë me inventarizim në 2(dy) depo nga të cilat 1(një) depo Importuese dhe një depo Distributore si dhe janë ushtruar kontrole tematike në 28 (njetzet e tetë) depo farmaceutike, nga të cilat 11 (dhjetë) janë depo importuese me kontratë me FONDIN dhe 17 (shtatëmbëdhjetë) janë depo distributore me kontratë me Drejtorinë Rajonale.

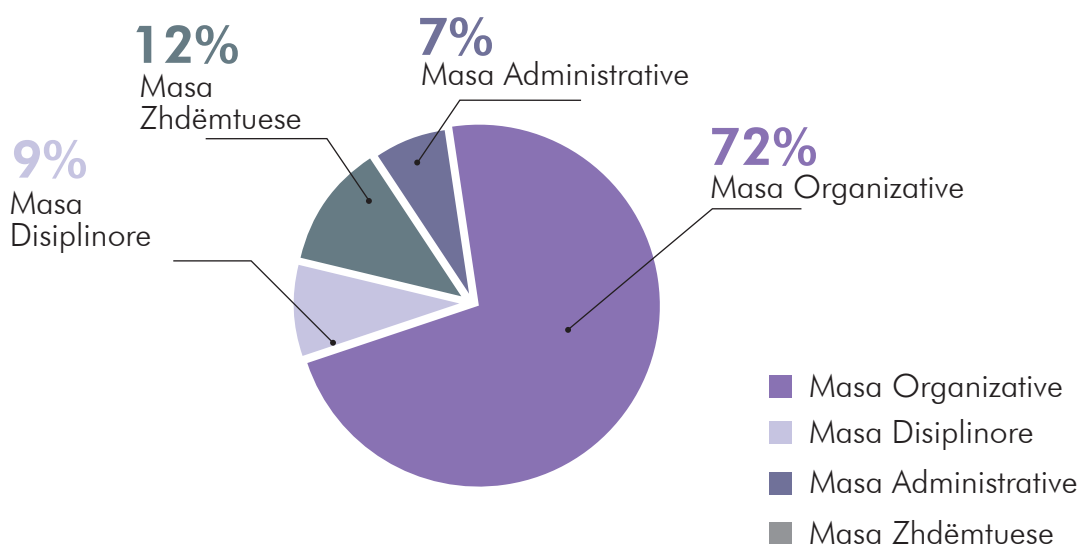
Në total janë vendosur këto masa:

- Ndërprerje kontrate për 2 (dy) depo distributore me kontratë me Drejtorinë Rajonale-Tiranë.
- Masë administrative në total në vlerën 306 000 lekë.
- Masë zhdëmtimi në vlerën 2 182 070 lekë.

## 10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDIT

### 10.1. AUDITIM I ZYRAVE RAJONALE TË FONDIT. RAPORTET E AUDITIMIT.

Sistemi i kontrollit të brendshëm është konsoliduar në të gjitha hallkat, të cilat ushtruan mbi 2.700 kontrole, ku u lanë për zhdëmtim, gjoba dhe penaltete të tjera - një vlerë prej 62.377.000 lekë. Krahasuar me një vit më parë u rrit cilesia e kontrolleve dhe e auditimeve. Rezultatet për një kontroll u rritën me afro 10 %. Drejtoria e Auditit mbi bazën e përvojës së krijuar, punon me një udhëzues të ri metodik, i cili ka ndikuar mjaft për një planifikim dhe realizim me cilësi të një auditimi. U realizuan gjithësej 83 misione auditimi. Në fund të këtyre misioneve u përcaktuan 516 masa organizative, 62 masa disiplinore e administrative si dhe disa masa zhdëmtuese, që kapin vlerën mbi 2.400.000 lekë.



## 11. INFORMIMI I PUBLIKUT

### 11.1. KOMUNIKIMI ME PUBLIKUN PERMES MASMEDIAS DHE MJETEVE TE TJERA TË INFORMIMIT PUBLIK

Procesi i komunikimit me publikun ka ardhur në ridimensionim të plotë gjatë viteve të fundit, në përshtatje me nevojat e palëve të interesuara (të brendshme e të jashtme) të Fondit, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetet e Institucionit.

Transparenca e veprimtarisë së FONDIT me kontribuesit, me popullatën në tërësi, me institucionet qeveritare, etj, ka qenë në fokus të komunikimit publik gjatë vitit 2013.

Pasqyrimi i përfitimeve që ka popullata nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, bërja transparente e aktiviteteve financiare të institucionit në faqen tonë të internetit, revista periodike "Fokus", publikimi i raportit vjetor të institucionit, komunikimi i vazhdueshëm me qytetarët dhe median, janë faktorë që kanë ndikuar në përmirësimin e imazhit dhe të veprimtarisë së Institucionit gjatë vitit 2013.

Konferencat për shtyp, njoffimet për shtyp, komunikimi i drejtpërdrejtë dhe elektronik me publikun, konferencat kombëtare dhe ndërkombëtare, fushatat sensibilizuese të zhvilluara gjatë vitit 2013; kanë patur në fokus disa prioritete të Fondit:

- Transparencën e veprimtarisë së Institucionit në raport me partnerët, aktorët e interesit dhe publikun.
- Ndërgjegjësimin e popullatës për detyrimet dhe përfitimet nga skema e sigurimeve shëndetësore.
- Informimin e popullatës për risitë e skemës së sigurimeve shëndetësore (shtimi i shërbimeve të reja, përmirësimi i shërbimeve shëndetësore etj)
- Informimi dhe përfshirja e aktorëve të interesit në reformat e ndërmarra nga Institucioni, në kuadër të përmirësimit të shërbimit shëndetësor në të gjitha nivelet.

Ligji i ri i sigurimeve shëndetësore, aksesin e popullatës në shërbimin shëndetësor, kontrollet e skemës nga ana e Institucionit, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit për pacientët, dixhitalizimi si një proces shumë i rëndësishëm në rritjen e transparencës së shërbimeve – kanë qenë në fokus të konferencave për shtyp dhe takimeve të zhvilluara gjatë vitit 2013.

## 12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET

### 12.1. BASHKËPUNIMI NDËRINSTITUCIONAL

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Shëndetësisë për politikën, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kanë lidhje me funksionimin e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Këshilli i Ministrave është organi i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të Fondit. Në këtë kontekst, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Financave për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e Fondit.

Në kuadrin e realizimit të veprimtarisë së tij institucionale, Fondi ka vendosur dhe respektuar praktikën e bashkëpunimit paraprak me palët e interesit. Përkatësisht, në kuadrin e hartimit të draft/kontratave tip me subjektet farmaceutike, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka bashkëpunuar paraprakisht me Urdhërin e Farmacistëve të Shqipërisë (UFSH).

Gjithashtu, Fondi lidh marrëveshje ndërinstitucionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre lidhur me kategoritë e të siguruarve si dhe të dhëna të tjera të domosdoshme për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

## 12.2. MARRËVESHJET NDËRKOMBËTARE

Në aspektin e mbrojtjes sociale, në kuadër të rekomandimeve të Komisionit Evropian, institucioni ka negociuar dhe lidhur një sërë marrëveshjesh, të cilat konsistojnë në ofrimin e mbrojtjes në aspektin e sigurimeve shoqërore, të kujdesit shëndetësor si dhe të asistencës sociale.

Më konkretisht, me Qeverinë e Turqisë, Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor po zbaton parimin e eksportimit të përfitimeve, në zbatim të marrëveshjes për mbrojtjen shoqërore midis Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Turqisë.

Në lidhje me marrëveshjet e mbrojtjes shoqërore që Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (si palë e qeverisë shqiptare) është në negociata e sipër me shtete të ndryshme: Me Qeverinë e Hungarisë, Dukatin e Luksemburgut, Qeverinë e Republikës së Çekisë, Qeverinë e Republikës së Maqedonisë, me Qeverinë e Rumanisë. Ndërsa me Mbretërinë e Belgjikës,

Këshilli i Ministrave i Republikës së Shqipërisë ka miratuar vendimin nr. 57, datë 5.2.2014, "Për propozimin e projektligjit, Për ratifikimin e marrëveshjes, ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Mbretërisë së Belgjikës, për mbrojtjen shoqërore".

## 12.3. MARRËDHENIET ME PARTNERËT NDËRKOMBËTARË

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka marrë asistencën, shkëmbyer përvoja dhe bashkëpunuar me partnerët ndërkombëtarë, përmes pjesëmarrjes të përfaqësuesve të Fondit në veprimtari ndërkombëtare, si seminare, konferenca, forume dhe vizita njohëse. Qëllimi është përgatitja dhe trajnimi i mëtejshëm i stafit tonë, për realizimin me sukses të reformës në fushën e sigurimeve shëndetësore.

FSDKSH është anëtar i ISSA-s (Shoqata e Sigurimit Shoqëror Ndërkombëtar), i cili është institucioni kryesor ndërkombëtar që bashkon agjencitë dhe organizatat e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore dhe gjithashtu anëtar i projektit PPRI (Informacioni i Rimbursimit dhe Çmimit të Barnave), i cili financohet nga Komisioni Europian, Drejtoria e Përgjithshme e Mbrojtjes së Konsumatorit dhe Shëndetësisë dhe Ministria Federale Austriake e Shëndetësisë, Familjes dhe Rinisë.

Në këtë kuadër përfaqësues të FSDKSH kanë marrë pjesë rregullisht në veprimtaritë e organizuara nga ISSA gjatë vitit 2013. Kështu mund të përmendim:

- Seminarin Ndërkombëtar mbi “Mbledhjen e Kontributeve dhe Kontrollin e Rasteve të Mashtrimeve në Fushën e Sigurimeve Shoqërore”, i zhvilluar në Madrid, Spanjë, ku temat kryesore ishin mbledhja e kontributeve të sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore, parandalimi i rasteve të mashtrimit, ushtrimi i kontrollit ndaj mbledhjes së kontributeve, prezantimi i teknikave dhe mjeteve bazuar në teknologjinë e informacionit dhe komunikimit.
- Seminarin me temë “Garantimi i përfitimeve të duhura dhe përshtatja me megatendencat e së ardhmes”, i zhvilluar në Oslo, Norvegji. Seminari shërbeu si një platformë e rëndësishme për zhvillimin e një debati dhe diskutimi për problemet kryesore me të cilat ballafaqohen sistemet e sigurimeve shoqërore dhe shëndetësore.
- Forumin Botëror i Mbrojtjes Shoqërore, i zhvilluar në Doha, Katar, ku u iniciua hapja e Qendrës së Ekselencës të ISSA-s si dhe u prezantuan tetë drejtimit e udhëzimeve të ISSA-s për administrimin e sigurimeve shoqërore në një kuadër ndëraktiv.
- Konferenca Vjetore e zhvilluar në Paris, Francë, me temën “Mbështetja dhe zhvillimi i mbrojtjes sociale dhe mbulimi shëndetësor universal nga ekspertiza franceze dhe kompanitë shumëkombëshe”.
- FSDKSH ka përfituar nga pjesëmarrja në projektin PPRI përmes marrjes së informacioneve të vazhdueshme dhe përditësimit me risitë më të fundit të vendeve anëtare në projekt dhe ka aplikuar pjesërisht disa politika të vendeve evropiane në këtë fushë.

Përfaqësues të FSDKSH kanë marrë pjesë gjithashtu edhe në Forumin e 7-të Rajonal të Dhënësve të Sigurimeve Shëndetësore Publike, të zhvilluar në Bosnjë-Hercegovinë. Në Forum pjesëmarrësit shkëmbyen përvojën dhe praktikat më të mira për financimin e qëndrueshëm të sigurimeve shëndetësore publike.

Z. Astrit Beci, Drejtori i Përgjithëm i FSDKSH, zhvilloi një vizitë njohëse në selinë dhe ambientet e prodhimeve farmaceutike të kompanisë B.Braun në Melsungen, Gjermani, në kuadër të shkëmbimit të eksperiencave, iniciuar nga Ministria e Shëndetësisë.

Pjesëmarrja në këto veprimtari ka forcuar bashkëveprimin me vendimmarrësit nga komuniteti i sigurimeve shëndetësore ndërkombëtare dhe ekspertë nga organizata rajonale dhe ndërkombëtare. Institucioni ynë ka shkëmbyer rregullisht informacion lidhur me risitë dhe veprimtaritë e partnerëve, duke patur në dispozicion botimet kërkimore, udhëzimet praktike dhe raportet analitike lidhur me sigurimet shëndetësore. Përmes këtyre kontakteve, ne kemi patur mundësi të përfitojmë këshilla dhe ekspertizë të ofruar nga specialistë në fushën e sigurimeve shëndetësore në mbarë Botën.

## 13. QËLLIMET STRATEGJIKE TË FONDIT

- FONDI synon që ofrimi i shërbimeve shëndetësore për popullatën të bëhet nëpërmjet paketave standarde të shërbimeve në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor.
- FONDI synon përmirësimin e vazhdueshëm të metodave të pagesës së ofruesve të shërbimeve shëndetësore për rritjen e eficiencës dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore.
- FONDI synon fuqizimin e sistemit të informacionit, me qëllim rritjen e eficiencës nga dhënësit e shërbimeve shëndetësore dhe transparencës në ofrimin e këtyre shërbimeve për qytetarët.

### 13.1. OBJEKTIVAT PËR VITIN 2014

Rishtë që solli ligji i ri i FOND-it, lidhen me funksionin që duhet të kryejë institucioni ynë, pra jo thjesht pagesë të shërbimeve shëndetësore, por blerje të tyre, nëpërmjet paketave të mirëpërcaktuara dhe të ofruara nga institucionet shëndetësore, kundrejt kontratës me Fondin. Në këtë këndvështrim, objektivi i vitit 2014 është realizimi i financimit të 10 paketave të shërbimeve shëndetësore të nefrologjisë, kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë si dhe implantin koklear, të miratuara tashmë nga Këshilli i Ministrave.

Objektiv shumë i rëndësishëm është nisja dhe zbatimi me sukses i programit madhor të Qeverisë – Kontrolli Mjekësor Bazë për popullatën 40-65 vjeç. Filozofia jonë është që, me parandalimin, të arrijmë të ulim kostot në tërësi për kujdesin shëndetësor, por mbi të gjitha, të rrisim cilësinë e jetës për popullatën.

Gjithashtu gjatë viti 2014 do të nisim zëvendësimin e librezës së shëndetit me kartën e shëndetit, një projekt shumë i rëndësishëm i FONDIT, në funksion të lehtësimin të procedurave dhe kohës së mjekëve dhe farmacistëve, për një shërbim më të mirë për pacientët.

Në zbatim të politikave të Qeverisë, ne synojmë të shkojmë drejt mbulimit universal të popullatës dhe realizimi me sukses gjatë vitit 2014 i Kontrollit Mjekësor Bazë (i cili do të zgjerohet dhe do të kthehet më pas në traditë), është një hap i rëndësishëm drejt ofrimit të shërbimeve mjekësore bazë, pa pagesë për të gjithë popullatën.

