

Raport Vjetor 2017



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

PARATHËNIE

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

Synimi i këtij botimi është informimi i publikut mbi menaxhimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor të paraqitura përgjatë aktivitetit vjetor të institucionit.

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

Prill 2018

TABELA E PËRMBAJTJES

PARATHËNIA

1. Rreth Fondit

- 1.1 Vizioni
- 1.2. Misioni
- 1.3 Baza ligjore

2. Menaxhimi i Fondit

- 2.1 Drejtimi i Fondit
- 2.2 Kompetencat e Këshillit Administrativ
- 2.3 Kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm
- 2.4. Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2017
- 2.5 Struktura organizative

3. Zbatimi i skemës së sigurimeve shëndetësore

- 3.1. Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore
- 3.2. Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri
- 3.3. Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve
- 3.4 Sigurimi vullnetar
- 3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve
- 3.6 Masa e kontributit

4. Burimet financiare

- 4.1 Burimet Financiare të skemës gjatë 2017
- 4.2 Të ardhurat nga kontributi I sigurimeve shëndetësore
- 4.3 Transferta nga Buxheti i shtetit
- 4.4 Të ardhura të tjera

5. Financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor

- 5.1. Financimi i listës së barnave të rimbursueshme
- 5.2. Financimi i shërbimit shëndetësor parësor
- 5.3. Financimi i shërbimit spitalor

6. Shpenzime të tjera të Fondit

- 6.1. Shpenzimet administrative
- 6.2. Shpenzimet për investime
- 6.3 Fondi rezervë

7. Përfitimet e popullatës

- 7.1. Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor
- 7.2. Kontrolli Mjekësor Bazë
- 7.3 Paketat e shërbimeve në Shërbimin Spitalor
- 7.4 Kostot spitalore
- 7.5 Paketat shëndetësore
- 7.6 Paketa të tjera të miratuara
- 7.7 Lista e Barnave të Rimbursueshme

8. Zhvillimi i sistemit të informacionit

- 8.1 Implementimi i recetës elektronike dhe nënshkrimit elektronik në të gjithë vendin.

9. Monitorimi i kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore

- 9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave
- 9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore
- 9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike
- 9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Spitalet

10. Përmirësimi i administrimit të Fondit

- 10.1 Auditimi i zyrave rajonale të Fondit

11. Komunikimi dhe Informimi i Publikut

12. Bashkëpunimi me institucionet

- 12.1 Bashkëpunimi Ndërinstitucional
- 12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

13. Qëllimet strategjike të Fondit

- 13.1 Prioritete për vitin 2018
- 13.2 Prioritete afatgjata

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. 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 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 dhe akteve nënligjore të dala në zbatim të tij.

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

Fondi i Sigurimeve 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. Drejtimi i Fondit

Fondi organizohet dhe funksionon mbi bazën e Statutit të tij, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave. Fondi drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm. Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i Fondit dhe ka në përbërjen e tij 7 anëtarë si më poshtë

- a. Ministrin e Shëndetësisë ose përfaqësuesin e tij;
- b. Ministrin e Financave ose përfaqësuesin e tij;
- c. Ministrin e Mirëqenies Sociale dhe Rinisë ose përfaqësuesin e tij;
- d. Drejtorin e Përgjithshëm të Fondit ose përfaqësuesin e tij;
- e. Drejtorin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesin e tij;
- f. Një përfaqësues të sindikatës së të punësuarve;
- g. Një përfaqësues të organizatës së profesionistëve të shëndetësisë.

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.

2.2. Kompetenca të Këshillit Administrativ

- zgjedh, emëron dhe shkarkon Drejtorin e Përgjithshëm për shkaqe të parashikuara në ligj;
- cakton anëtarët e komisionit teknik, për hartimin e paketës së shërbimeve shëndetësore dhe të listës së barnave të rimbursueshme;
- miraton paketat e shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik, të cilat i dërgon në Ministrinë përgjegjëse për Shëndetësinë për procedim pranë Këshillit të Ministrave;
- miraton statutin, rregullat ekonomike, financiare, procedurale, të auditimit e të kontrollit, si dhe rregulla të tjera të brendshme, që ai i gjykon të nevojshme gjatë veprimtarisë së Fondit;
- miraton kriteret e lidhjes së kontratave, si dhe kontratat me dhënësit e shërbimeve shëndetësore publike dhe private;
- miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor, të paraqitur nga Drejtori i Përgjithshëm;
- miraton projektbuxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tre vitet e ardhshme;
- miraton sistemin e pagave të punonjësve të Fondit;
- miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit;
- miraton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit;
- rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon Ministrit përgjegjës për Shëndetësinë;

- vendos për çështje të tjera, të parashikuara me ligj.

2.3. Kompetenca të Drejtorit të Përgjithshëm

- propozon për miratim në Këshillin Administrativ statutin, rregulloret ekonomike financiare, procedurale, të auditimit e të kontrollit, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;
- drejton veprimtarinë e Fondit, në përputhje me statutin dhe rregulloret e miratuara nga Këshilli Administrativ;
- propozon në Këshillin Administrativ numrin e përgjithshëm të punonjësve dhe miraton strukturën e brendshme, përshkrimet e punës së Drejtorisë së Përgjithshme dhe të zyrave vendore, si dhe rregulloret e organizimit e të funksionimit të përgjithshëm të Fondit;
- emëron e shkarkon personelin dhe i propozon Këshillit Administrativ pagat e tyre;
- 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;
- zbaton vendimet e Këshillit Administrativ dhe raporton para tij për veprimtarinë e vet;
- u delegon kompetencat zyra vendore të Fondit;
- zbaton detyra të tjera që i ngarkon Këshilli Administrativ;

2.4. Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2017

Ndër vendimet më kryesore me karakter normativ të Këshillit Administrativ për vitin 2017 përmendim:

- Vendim nr. 1, datë 27.1.2017, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, për vitin 2017”;
- Vendim nr. 2, datë 27.1.2017, “Për miratimin e shtojcë kontratave 2016 midis farmaceve dhe agjencive farmaceutike dhe Fondit, për implementimin e recetës elektronike”;
- Vendim nr. 4, datë 27.1.2017, “Mbi shtyrjen e afatit të punësimit të përkohshëm të punonjësve në Drejtorinë Rajonale të Fondit, për shpërndarjen e kartës së shëndetit”;
- Vendim nr. 5, datë 27.1.2017, “Për financimin e paketave të shërbimeve të miratuar me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike, për vitin 2017”;
- Vendim nr. 6, datë 27.1.2017, “Për krijimin e komisionit teknik të barnave të rimbursuara, për vitin 2017”;
- Vendimin nr. 7, datë 27.1.2017, “Për krijimin e komisionit teknik të pajisjeve mjekësore të rimbursuara për vitin 2017”;

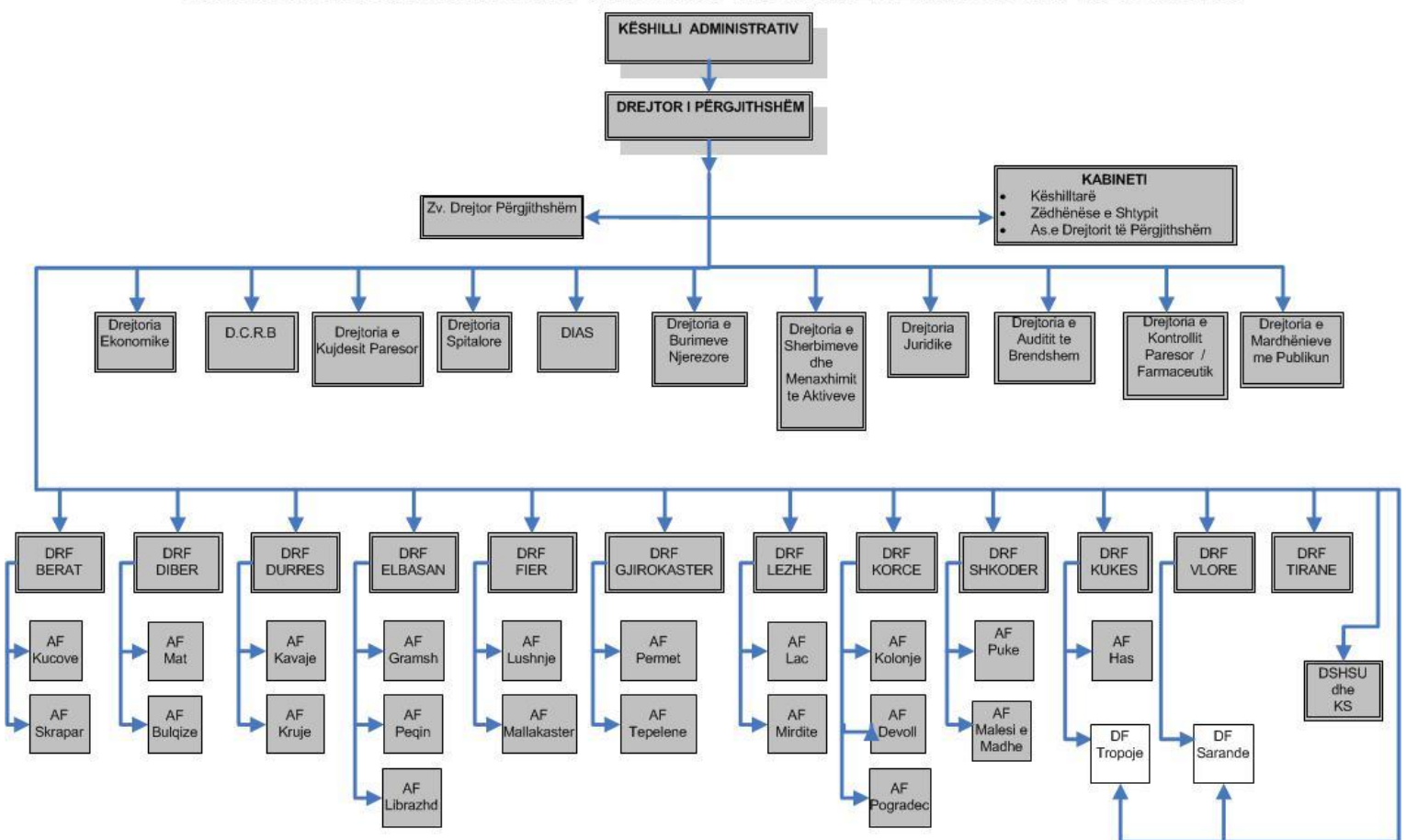
- Vendim nr. 8, “Për kriteret që duhet të plotësojnë institucionet shëndetësore jopublike për lidhjen e kontratës me Fondin dhe procedurat për lidhjen e tyre”;
- Vendim nr. 9, datë 13.2.2017, “Për propozimin e projektvendimit të Këshillit të Ministrave, ‘Për disa ndryshime në vendimin nr. 124, datë 5.3.2014 të Këshillit të Ministrave, ‘Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë’, të ndryshuar”;
- Vendim nr. 10, datë 13.2.2017, “Për miratimin e kontratës me Spitalin Universitar të Traumës”;
- Vendim nr. 13, datë 21.3.2017, “Për shpërndaje fondesh nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2017”;
- Vendim nr. 15, datë 21.3.2017, “Për miratimin e projekt-paketave të shërbimeve shëndetësore dhe propozimin e projektvendimit të Këshillit të Ministrave ‘Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”;
- Vendim nr. 41, datë 21.3.2017, “Për shpërblimin e anëtarëve të komisioneve teknike për rishikimin e paketave të shërbimeve shëndetësore”;
- Vendim nr. 42, datë 21.3.2017, “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”;
- Vendim nr. 43, datë 21.3.2017, “Për një ndryshim në vendimin e Këshillit Administrativ nr. 88, datë 9.7.2014, ‘Për rregullat, kriteret dhe mënyrën e organizimit të regjistrit kombëtar të paketave të financuara nga Fondi”;
- Vendim nr. 44, datë 14.04.2017, “Për miratimin e rregullores ‘Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”;
- Vendim nr. 49, datë 25.4.2017, “Për shqyrtimin e ankesave të depozituara në Fond, për barnat e draft listës së barnave të rimbursuara 2017”;
- Vendim nr. 50, datë 28.4.2017, “Për krijimin e komisionit teknik për përcaktimin e modaliteteve të mbulimit të nevojave për fishat e glukometrave për pacientët me diagnozë diabet mellitus”;
- Vendim nr. 51, datë 2.5.2017, “Për një ndryshim në vendimin e Këshillit Administrativ nr. 42, datë 21.3.2017, ‘Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”;
- Vendim nr. 52, datë 3.5.2017, “Për miratimin e udhëzimit për mënyrën e pagesës dhe shpërblimit për punonjësit e qendrave shëndetësore nga skema e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor”;
- Vendim nr. 54, datë 19.5.2017, për emërimin e z. Eduard Ahmeti në detyrën e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim nr. 55, datë 17.7.2017, “Për mbulimin e shpenzimeve të qendrave shëndetësore që do të përballojnë shërbimin shëndetësor të pandërprerë të sezonit turistik”;

- Vendim nr. 56, datë 17.7.2017, “Për miratimin e disa ndryshimeve në udhëzimin për mënyrën e pagesës dhe shpërblimit për punonjësit e qendrave shëndetësore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”;
- Vendim nr. 57, datë 17.7.2017, “Për miratimin e rezultatit financiar të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2016”;
- Vendim nr. 58, datë 17.7.2017, “Për miratimin e raportit vjetor 2016 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim nr. 59, datë 17.7.2017, “Për disa ndryshime në kontratat spitalore 2017, të miratuara me vendimin e Këshillit Administrative nr. 100 datë 19.12.2016 ‘Për miratimin e kontratave spitalore 2017’”;
- Vendim nr. 61, datë 25.9.2017, për një ndryshim në vendimin e Këshillit Administrativ nr. 1, datë 27.1.2017, ‘Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, për vitin 2017’”;
- Vendimi nr. 62, datë 25.9.2017, “Për miratimin e programit buxhetor afatmesëm 2018-2020 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim nr. 64, datë 9.10.2017, “Për krijimin e komisionit teknik të listës së pajisjeve mjekësore të rimbursuara për vitin 2018”;
- Vendim nr. 65, datë 9.10.2017, “Për krijimin e komisionit teknik të listës së barnave të rimbursuara për vitin 2018”;
- Vendim nr. 66, datë 9.10.2017, “Për krijimin e komisionit teknik të hartimit të paketës së shërbimit të radioterapisë (me akseleratorin Linear)”;
- Vendim nr. 67, datë 9.10.2017, “Për krijimin e komisionit teknik të hartimit të paketës shëndetësore të trajtimit të kataraktës”;
- Vendim nr. 68, datë 19.12.2017, “Për financimin e paketave të shërbimeve të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2017, si dhe marzhit të fitimit të tyre”;
- Vendimin nr. 69, datë 19.12.2017, “Për një ndryshim në vendimin e Këshillit Administrativ nr. 1 datë 27.1.2017, ‘Për miratimin buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2017’”, të ndryshuar;
- Vendimi nr. 70, datë 19.12.2017, “Për miratimin e projektlistës së pajisjeve mjekësore të rimbursueshme për vitin 2018, si dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre, dhe miratimin e propozimit të projektvendimit të Këshillit të Ministrave ‘Për një shtesë në vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 61, datë 3.2.2017, ‘Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme’”.
- Vendim nr. 71, datë 21.12.2017, “Për miratimin e projektpaketave të shërbimit shëndetësor të trajtimit të kataraktës dhe shërbimit shëndetësor të radioterapisë (akseleratorit linear), si dhe për miratimin e propozimit të projekt-vendimit të Këshillit të Ministrave ‘Për disa shtesa në vendimin nr. 308, datë 21.5.2014, të Këshillit të Ministrave ‘Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor’”, i ndryshuar;
- Vendimi nr. 73, datë 29.12.2017, “Për miratimin e kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin parësor për vitin 2018”;

- Vendim nr. 74, datë 29.12.2017, “Për miratimin e kontratave me dhënësit e shërbimeve spitalore për vitin 2018”;
- Vendimin nr. 75, datë 29.12.2017, “Për miratimin e kontratave për rimbursimin e fishave të diabetit, për vitin 2018”;
- Vendimin nr. 76, datë 29.12.2017, “Për një shtesë në vendimin e Këshillit Administrativ të Fondit nr. 8, datë 13.2.2017, ‘Për kriteret që duhet të plotësojnë institucionet shëndetësore jopublike për lidhjen e kontratës me Fondin dhe procedurat për lidhjen e tyre’”.

2.5. Struktura organizatave e Fondit gjatë vitit 2017

STRUKTURA ORGANIZATIVE E FONDIT TË SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR



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.

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

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

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.

Karta e Shëndetit është dokumenti i vetëm që vërteton se personi është i siguruar në skemën e sigurimeve shëndetësore. Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, të siguruarit mund të bashkëpagojnë një pjesë të çmimit.

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:

- a) të punësuarit;
- b) personat e vetëpunësuar me përjashtim të pensionistëve të vetëpunësuar, të cilët marrin pension dhe që ushtrojnë, të vetëm, veprimtari ekonomike profesionale, sipas nenit 7, të këtij ligji, të cilët nuk kanë detyrimin për të paguar kontribute të sigurimeve të kujdesit shëndetësor ;
- c) punonjësit e papaguar të familjes për tatimpaguesit e përcaktuar nga Këshilli i Ministrave ;
- ç) persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

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

- a) personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- b) personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- c) personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;
- ç) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- d) fëmijët nën moshën 18 vjeç
- dh) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
- e) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.
- ë) viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme.

Përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta për shërbimet shëndetësore, që janë pjesë e listës së barnave të rimbursueshme, të paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të kujdesit spitalor që mbulohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në masën e përcaktuar, kategoritë e mëposhtme:

- a) Fëmijët 0 - 18 vjeç;
- b) Invalidët e plotë, përfshirë edhe invalidët paraplegjikë, tetraplegjikë dhe të verbrit e plotë;
- c) Invalidët e luftës;
- ç) Veteranët;
- d) Personat që gëzojnë statusin e ish-të dënuarve dhe të përndjekurve politikë;
- dh) Jetimët;
- e) Personat që përfitojnë pagesën për aftësinë e kufizuar.

Përfshihen nga pagesat e drejtpërdrejta, për alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme, kategoritë e mëposhtme:

- a) Pensionistët;
- b) Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim;
- c) Azilkërkuesit;
- ç) Viktimat e trafikimit.

Përfshitim nga pagesat e drejtpërdrejta për alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme për personat që nuk bëjnë pjesë në kategoritë e parashikuara në pikat 1 dhe 2, të këtij vendimi, për trajtimin e sëmundjeve kronike, sipas listës së miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë.

3.4 Sigurimi vullnetar

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) muajore 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.

3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve

Baza për llogaritjen e kontributit është paga bruto e personit të siguruar.

Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi, së bashku me miratimin e buxhetit vjetor. 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. Për kategori të veçanta personash, të cilët kryejnë veprimtari ekonomike profesionale, përfshirë edhe punonjësit e papaguar të familjes që punojnë e bashkëjetojnë me të vetëpunësuarin, profesionet, paga për efekt të llogaritjes së kontributeve, nga paga minimale deri në pagën maksimale, si dhe kriteret e përcaktimit të saj caktohen nga Këshilli i Ministrave.

3.6 Masa e kontributit

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 punësuari.

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

Mbledhja e kontributeve për personat ekonomikisht aktivë bëhet nga organet tatimore, në përputhje me legjislacionin bazë në Shqipëri.

4.BURIMET FINANCIARE

4.1 Burimet financiare te skemes gjate 2017

Buxheti i Fondit, i miratuar me Ligjin nr. 130/2016, datë 15.12.2016, “Për buxhetin e vitit 2017”, ishte në vlerën 38,122 milionë lekë, i balancuar midis të ardhurave dhe shpenzimeve.

Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore të popullsisë aktive, të cilat arkëtohen nga Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve dhe Instituti i Sigurimeve Shoqërore dhe të ardhurat e tjera që siguron vetë Fondi, ishin përcaktuar në shumën 11,132 milionë lekë dhe transferimet nga buxheti i shtetit, në vlerën 26,990 milionë lekë.

Gjatë vitit 2017, treguesit buxhetorë kanë reflektuar këto ndryshime:

1. Nga Ministria e Financave dhe Ekonomisë, është akorduar shtesë buxheti në total 1,083 milionë lekë, reflektuar kështu politikat e qeverisë për rritjen e pagave në sistemin e shëndetësisë publike, duke e çuar kështu buxhetin total të Fondit, për vitin 2017, në 39,205 milionë lekë.

2. Me Aktin Normativ nr. 3, datë 6.11.2017, “Për disa ndryshime në ligjin nr. 130/2016 “Për buxhetin e vitit 2017”, të ndryshuar”, është shtuar buxheti i Fondit me 200 milionë lekë, e reflektuar në rritjen me të njëjtën vlerë të kontributeve të sigurimeve shëndetësore.

Me ndryshimet e mësipërme, buxheti i Fondit për vitin 2017 arriti në 39,405 milionë lekë. Ky buxhet është ndarë, me vendime të ndryshme të Këshillit Administrativ në programet e shpenzimeve që mbulon Fondi, si më poshtë:

000 leke				
ARTIKUJT	Plani fillestar 2017 (miratuar me VKA nr. 1, dat. 27.1.2017)	NDRYSHIMET		Plan vjetor përfundimtar 2017
		VKA nr. 61, datë 25.09.2017 (rritja e pagave)	VKA nr. 69, datë 19.12.2018 (AN.3)	
I. Te ardhurat gjithsej	38,122,00	1,083,076	200,000	39,405,076

	0			
1. Kontributi i sigurimeve shëndetësore e të tjera	11,332,000		200,000	11,332,000
2. Kontribut i Buxhetit të Shtetit	26,990,000	1,083,076		28,073,076
<i>parësor</i>	<i>8,097,000</i>	<i>451,743</i>		<i>8,548,743</i>
<i>spitalor</i>	<i>18,893,000</i>	<i>631,334</i>		<i>19,524,334</i>
II. Shpenzimet gjithsej	38,122,000	1,083,076	200,000	39,405,076
1. Rimbursimi i barnave (likuidimi)	9,400,000		700,000	10,100,000
2. Shpenzime për kujdesin parësor	7,782,790	417,295	-139,000	8,061,086
3. Shpenzimet administrative	879,000			879,000
4. Investime	367,210		-361,000	6,210
5. Shpenzime për shërbimin spitalor	19,693,000			20,358,781
5.1 Shpenzime për Spitalin Durrës	800,000	34,447		834,447
5.2 Financime për Shërbimin Spitalor (thesar)	18,893,000	631,334		19,524,334

Programimi dhe realizimi i buxhetit të Fondit, sipas të dhënave të pasqyrave financiare të konsoliduara paraqiten si më poshtë:

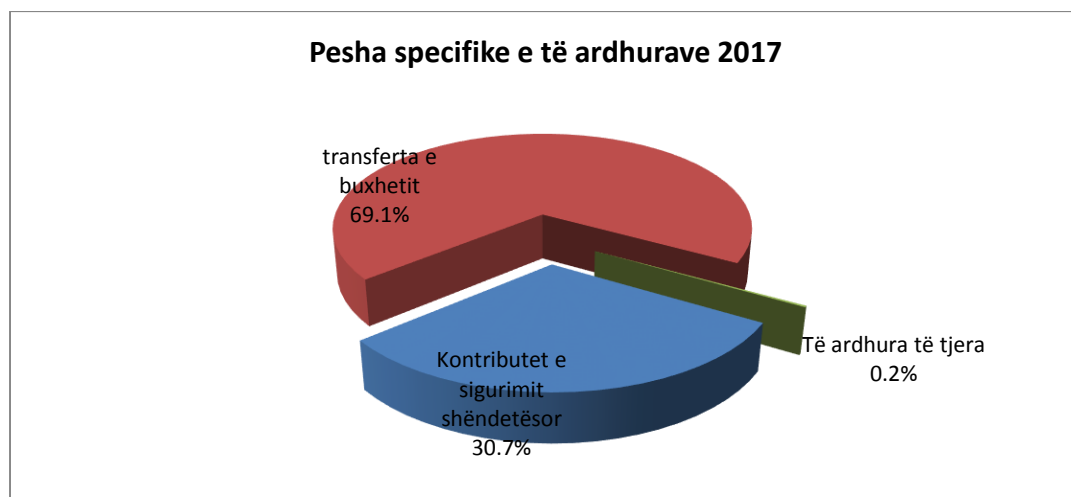
TË ARDHURAT

-Të ardhurat në total janë realizuar **37.45 miliardë lekë** ose **95% e programimit, me mosrealizim** prej - 1.95 miliardë lekë. Realizimi sipas zërave është:

Në mijë lekë

N r.	TË ARDHURAT	Viti 2017		Realizimi %	Pesha specifike %
		Programi mi	Fakti		
1	Kontributet e sigurimit shëndetësor	11,154,00	11,497,5	103%	30.7%
	<i>Nga të cilat:</i>				
	- <i>Nga DPT në BSH</i>	<i>10,884,000</i>	<i>11,430,48</i>	<i>105%</i>	
	- <i>Nga ISSH (fermerët)</i>	<i>270,000</i>	<i>67,028</i>	<i>25%</i>	
2	Transferta e buxhetit të shtetit:	28,073,07	25,868,7	92%	69.1%
a	Për shërbimin parësor	8,548,743	6,781,600	79%	18.1%
b	Për shërbimin spitalor	19,524,333	19,087,18	98%	51.0%
3	Të ardhura të tjera	178,000	88,582	50%	0.2%
	Totali Të Ardhurat (1+2+3)	39,405,07	37,454,8	95%	100.0%

Në strukturën e të ardhurave të vitit 2017, peshën specifike më të lartë e zënë të ardhurat nga kontributi i shtetit me 69.1%. Kontributet e sigurimeve shëndetësore zënë rreth 30.7 %, ndërsa grupimi i të ardhurave të tjera zë rreth 0.2%.



Në **krahasim me vitin 2016**, të ardhurat në total janë rritur 4.8 % , ose rreth 1,704 milionë lekë.

Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore, krahasuar me një vit më parë, rezultojnë me rritje në masën 9 %, ose 953 milionë lekë më shumë.

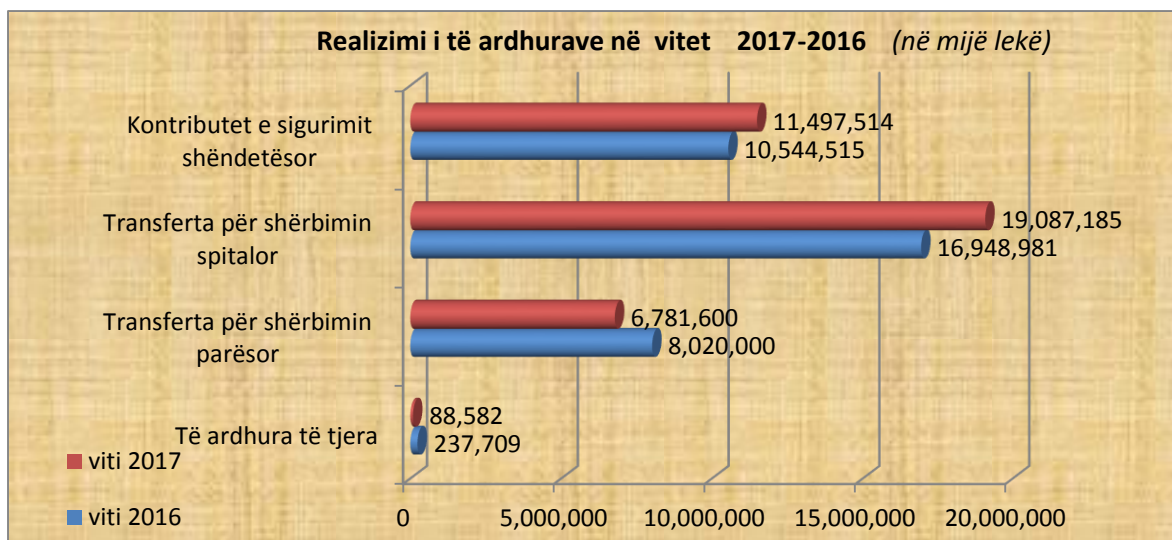
Transferta nga buxheti i shtetit që mbulon shpenzimet e shërbimit parësor dhe spitalor ka pësuar një rritje prej rreth 3.6 %, ose rreth 900 milionë lekë më shumë krahasuar me një vit më parë.

Krahasimi i realizimit të të ardhurave për vitet 2016-2017

Në mijë lekë

TË ARDHURAT	Realizimi		Ndryshimi (2017-2016)	
	viti 2016	viti 2017	në vlerë absolute	në %
Kontributet e sigurimit shëndetësor	10,544,515	11,497,514	952,999	9.0%
Transferta për shërbimin parësor	8,020,000	6,781,600	-1,238,400	-15.4%
Transferta për shërbimin spitalor	16,948,981	19,087,185	2,138,204	112.6%
Të ardhura të tjera	237,709	88,582	-149,127	-268%
Totali Të Ardhurat (1+2+3)	35,751,204	37,454,881	1,703,677	4.8%

Në mënyrë grafike, realizimi i të ardhurave për vitin 2017 krahasuar me vitin 2016, paraqitet si më poshtë:



4.2 Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore

Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore, **janë realizuar me 11.50 miliardë lekë, ose 103 %** e programimit, me tejkalim 3 %, ose 343 milionë lekë.

Realizimi sipas burimeve të mbledhjes së kontributeve të sigurimeve shëndetësore është:

- 11.4 miliardë lekë kontribute të mbledhura nga organet tatimore, ose 105% e programimit.
- 67 milionë lekë, janë mbledhur nga organet e sigurimeve shoqërore, si kontribute të fermerëve.

4.3 Transferta nga buxheti i shtetit

Të ardhurat nga transferta e buxhetit të shtetit **për shërbimin parësor** janë realizuar në masën 79%, ose **6.78 miliardë lekë, nga 8.55 miliardë lekë të programuara**.

Në Udhëzimin plotësues nr. 8 datë 13.01.2017 "Për zbatimin e Buxhetit të vitit 2017", është ndryshuar mënyra e transferimit të fondeve nga buxheti i shtetit në llogarite e fondeve speciale, duke e kushtëzuar tërheqjen e transfertës së buxhetit nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, me gjendjen e llogarisë bankare të mbartur nga viti i mëparshëm.

Duke qenë se gjendja e llogarisë bankare të Fondit, e mbartur nga viti i kaluar, ka qenë e konsiderueshme, transferta e buxhetit nuk është tërhequr plotësisht.

Të ardhurat nga transferta e buxhetit të shtetit **për shërbimin spitalor** janë realizuar në masën 98% e programimit vjetor, ose në **shumën prej 19.1 miliardë lekë**.

FSDKSH nga fondi i programuar për shërbimin spitalor në llogarinë e thesarit ka tërhequr shumën 2.66 miliardë lekë kundrejt 2.94 miliardë lekë të programuara, ose

90.7%. Tërheqja e fondit nga llogaria e thesarit përcaktuar për shërbimin spitalor bëhet, sipas përcaktimeve në VKM për:

- financimin e paketave shëndetësore në institucionet jopublike;
- financimin e kontratave koncesionare të lidhura nga autoriteti qendror (Ministria e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale);
- pagesat për kujdes shëndetësor në institucione jopublike, brenda e jashtë vendit, sipas miratimit, rast pas rasti, me vendim të Këshillit të Ministrave;
- pagesa të bonusit për mjekë specialistë që kontraktohen për ofrimin e shërbimeve të munguara në spitalet rajonale e bashkiake.

Spitalet universitare, rajonale e bashkiake nga çeljet e fondeve në llogaritë e thesarit në shumën 16.6 miliardë lekë kanë tërhequr 16.4 miliardë lekë, ose 99% e fondeve të çelura.

4.4 Të ardhurat e tjera

Të ardhurat e tjera janë gjithsej **88.6 milionë lekë, ose 50% e programimit**. Në këtë zë të ardhurash janë përfshirë të ardhurat nga sigurimi vullnetar 1 milionë lekë, depozitat bankare 4,2 milionë lekë, tarifa për recetë me rimbursim të pjesshëm 21 milionë lekë, zhdëmtime të subjekteve të kontraktuara 62 milionë lekë, etj. Në krahasim me vitin 2016 janë realizuar 149 milionë lekë më pak të ardhura të tjera. Në mosrealizim ka ndikuar mungesa e pjesëmarrjes në ankandet e letrave me vlerë (rreth 94 milionë lekë më pak), si dhe politika e përfshirjes në skemë të pacientëve me sëmundje kronike. Kjo përfshirje pakësoi të ardhurat lidhur me pagesën e tarifës për recetë me rreth 17 milionë lekë (tashmë të sëmurët kronikë përfitojnë barna me rimbursim të plotë, si dhe solli pakësimin e të ardhurave nga sigurimi vullnetar me rreth 1,5 milionë lekë). Gjithashtu të ardhurat nga zhdëmtimet e subjekteve të kontraktuara janë pakësuar me rreth 39 milionë lekë.

5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TE KUJDESIT SHËNDETËSOR

Shpenzimet në total për vitin 2017, janë në vlerën 39,451 milionë lekë, shumë kjo sa 100.1% e vlerës së programit, ose 45.8 milionë lekë më shumë nga parashikimi.

Nr .	SHPENZIMET	Programimi	Fakti	Realizimi %	Peshë specifi ke
1	Shpenzime për rimbursimin e barnave	10,100,000	10,452,577	103.5 %	26.50%
2	Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor	8,061,086	8,016,782	99.5%	20.32%
3	Shpenzime administrative	879,000	845,474	96.2%	2.14%
4	Shpenzime për investime	6,210	1,347	21.7%	0.00%
5	Financime për shërbimin spitalor total	20,358,780	20,134,686	98.9%	51.04%
	Nga këto:				

	<i>Shpenzime për Spitalin Rajonal Durrës</i>	834,447	834,447	100.0%	2.1%
	<i>Shpenzime për shërbimin spitalor (nëpërmjet thesarit)</i>	19,524,333	19,300,239	98.9%	48.9%
	TOTALI	39,405,076	39,450,866	100.1%	100.0%

Në vitin 2017 shpenzimet janë rritur me 4,531 milionë lekë krahasuar me një vit më parë ose janë rritur në masën 13%.



Pjesën kryesore të shpenzimeve e zënë shpenzimet për shërbimin spitalor me 51%, ndjekur nga shpenzimet e rimbursimit të barnave me 26.5% e më pas nga shpenzimet e parësorit që zënë 20.3% të totalit të shpenzimeve. Shpenzimet administrative së bashku me investimet zënë 2.1% të totalit të shpenzimeve.

Krahasimi i realizimit të shpenzimeve për vitet 2016-2017

Në mijë lekë

Nr.	SHPENZIMET	Realizimi		Ndryshimi (2017-2016)	
		Viti 2016	Viti 2017	Në vlerë absolute	Në %
1	Shpenzime për rimbursimin e barnave	8,425,064	10,452,577	2,027,513	24.1%
2	Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor	7,785,140	8,016,782	231,642	3.0%
3	Shpenzime administrative	808,354	845,474	37,120	4.6%
4	Shpenzime për Investime	70,817	1,347	-69,470	-98.1%
5	Financime për shërbimin spitalor	17,830,937	20,134,686	2,303,749	12.9%
	TOTALI	34,920,312	39,450,866	4,530,554	13.0%

5.1 Financimi i Listës së Barnave të Rimbursueshme

Për vitin 2017 në total, vlera e pranuar e rimbursimit të barnave e shpenzimeve të tjera lidhur me rimbursimin, është në vlerën 10,452,577 mijë lekë, ose 103.5 % e programimit. Kundrejt planit, shpenzimet e rimbursimit janë realizuar më shumë në vlerën 352,6 milionë lekë.

Sa i përket rimbursimit të barnave të listës:

Si pasojë e hyrjes në fuqi të Vendimit nr. 946, datë 28.12.2016, të Këshillit të Ministrave, "Për disa shtesa në vendimin nr. 955, datë 29.12.2014, të Këshillit të Ministrave, 'Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore'", gjatë vitit 2017 kanë përfituar rimbursim të plotë të barnave të listës së rimbursueshme të gjithë personat me sëmundje kronike.

Përfituan nga ky vendim, përveç personave, më parë të pasiguruar, edhe persona që përfitonin nga skema, por të kategorizuar në kategoritë me rimbursim të pjesshëm (tashmë përfitojnë rimbursim të plotë persona me sëmundje kronike të përfshirë më parë në kategori me rimbursim të pjesshëm, si: "Të papunë", "Ndihmë ekonomike", "Të punësuar", "I vetëpunësuar", "Të sëmurët kronikë", "Pensionist i pjesshëm", "Invalid i pjesshëm", "Student 18-25 vjeç", "Të paaftë fizikë dhe psikikë").

Sa më sipër nuk u shoqërua me buxhet shtesë në programin përkatës të shpenzimeve.

Gjithashtu, gjatë vitit 2017 nuk u miratua ndryshimi i listës së barnave të rimbursueshme, efekti i së cilës pritej të ishte pozitiv për buxhetin e Fondit.

Për të përballuar sadopak efektet e mësipërme, iu shtuan programimit fillestar te buxhetit të rimbursimit prej 9.4 miliardë lekë, të gjitha kursimet nga programet e tjera të shpenzimeve të Fondit, duke e çuar programimin në 10.1 miliardë lekë, shumë kjo e pamjaftueshme për të përballuar shpenzimet e pranuar të rimbursimit.

5.2 Financimi për Shërbimin e Kujdesit Shëndetësor Parësor

Për vitin 2017, për shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor janë shpenzuar 8,02 miliardë lekë, ose 99.5% e programimit vjetor. Nga totali i shpenzimeve 7,14 miliardë lekë janë shpenzuar për financimin e Qendrave Shëndetësore dhe 876 milionë lekë për likuidimin e faturave të shërbimit të kontrollit bazë shëndetësor të popullsisë nga 35 - 70 vjeç.

Në funksion të mbulimit shëndetësor të popullatës në kujdesin parësor funksionuan 25 pika shëndetësore të sezonit veror, të financuara nga Fondi me buxhet shtesë për çdo qendër, duke mbuluar shpenzimet për shërbimin 24 orësh për personelin e punësuar rishtas për barna e materiale mjekimi, si dhe shërbime të tjera shtesë. Këto qendra, të cilat funksionuan me shërbim, me mjekë dhe infermierë, u shtrinë në të gjithë vendin; 20 përgjatë vijës bregdetare nga Velipoja në Ksamil, 1 në Pogradec, 1 në Prespë, 3 në Alpe (Valbonë, Razëm, Theth), si dhe në Kalanë e Dodës. Qendrat u pajisën me një set standard pajisjesh mjekësore. Po ashtu, ato janë furnizuar me barna dhe materiale të nevojshme mjekësore.

U financuan gjithashtu mbi 90 qendra që bllokohen gjatë dimrit, për blerjen e setit të nevojshëm të barnave e materialeve të mjekimit, sipas urdhrit përkatës të Ministrit të Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale.

Në zbatim të politikave qeveritare për rritjen e pagave në sistemin e shëndetësisë, me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit është miratuar rritja deri në 10% e pagave për personelin e qendrave shëndetësore të shërbimit parësor.

Që nga viti 2015, në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave me nr. 185, datë 2.4.2014, "Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40-65 vjeç", Fondi ka filluar të financojë programin e kontrollit bazë.

Mënyra dhe kushtet e financimit të këtij programi janë përcaktuar në kontratën koncesionare të lidhur nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, në cilësinë e autoritetit qendror dhe shoqërisë koncesionare. Fondi realizon financimin e kontratës koncesionare të lidhur nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, të ofrimit të kontrollit bazë shëndetësor, për grup moshat 35-70 vjeç, me VKM nr. 721, datë 12.10.2016, "Për disa ndryshime dhe shtesa në Vendimin nr. 185, datë 2.4.2014, të Këshillit të Ministrave, "Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 40-65 vjeç".

5.3 Financimi për Shërbimin spitalor

Shpenzimet për Spitalin e Durrësit

Spitali i Durrësit për vitin 2017 është financuar sipas parashikimit në vlerën 834 milionë lekë, ose 100% e programimit, të ndryshuar (u reflektuan gjatë vitit shtesat në buxhet për përballimin e politikave të rritjes së pagave në sistemin e shëndetësisë).

Spitali i Durrësit, në ndryshim nga spitalet e tjera, që nga viti 2000 funksionon si projekt pilot, bazuar në VKM nr. 560, datë 23.10.2000, "Për miratimin e projektit pilot për përfshirjen e Spitalit të Durrësit në skemën e sigurimeve të kujdesit shëndetësor", i ndryshuar, dhe financohet nëpërmjet bankave të nivelit të dytë.

Shpenzimet për spitalet nëpërmjet thesarit

Buxheti për shërbimin spitalor nëpërmjet thesarit parashikohet në ligjin e buxhetit dhe miratohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Me vendim nr. 18, datë 11.1.2017, të Këshillit të Ministrave, "Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2017", ishte përcaktuar një buxhet prej 18 893 milionë lekë për financimin e shërbimeve spitalore për vitin 2017. Në këtë vendim, përveç detajimit të buxhetit për çdo spital publik, ishte përcaktuar një vlerë prej 2.25 miliardë lekë për financimin në spitalet publike e jopublike të paketave të shërbimeve shëndetësore të miratuara me vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 308, datë 21.5.2014, "Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor", 50 milionë lekë ishin përcaktuar për pagesën për kujdesin shëndetësor në institucione jopublike brenda e jashtë vendit të miratuar rast pas rasti me vendim të Këshillit të Ministrave, 15 milionë lekë ishin rezervuar për pagesat incentivuese të mjekëve specialistë që plotësojnë shërbimin e specializuar në spitalet rajonale e bashkiake me mungesa në mjekë të specialiteteve të ndryshme, 1.27 miliardë lekë ishin rezervuar për furnizimin e sallave operatore me instrumente kirurgjikale të sterilizuara dhe materiale njëpërdorimshe, sipas kontraktimeve bazuar në partneritetin publik privat nga autoriteti qendror, si dhe për financimin e shërbimit të dializës në 5 rajone të vendit, sipas kontraktimeve bazuar në partneritetin publik privat nga autoriteti qendror.

Këshilli Administrativ i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, me vendimin nr. 5, datë 27.1.2017, "Për financimin e paketave të shërbimeve të miratuara

me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2017”, ka shpërndarë në spitalet publike, bazuar në kapacitetet e tyre, një fond prej 1 006 milionë lekë, për ofrimin nga ana e tyre të paketave të dializës, të kardiologjisë e kardiokirurgjisë, duke lënë 1.24 miliardë lekë për ofrimin e këtyre paketave, si dhe paketave të tjera të miratuara, në spitalet jopublike, në plotësim të nevojave të pacientëve, përtej kapaciteteve të spitaleve publike.

Ndryshimet e realizuara me VKM nr. 373, datë 27.4.2017 “Për disa ndryshime në VKM nr. 308, datë 21.5.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, në protokolle të ofrimit të këtyre paketave, duke mbuluar tashmë tërësisht ditëqëndrimin e pacientëve, si dhe në çmimet e paketave.

Duke filluar nga muaji mars 2017, spitalet filluan të zbatojnë vendimet e Këshillit të Ministrave nr. 188, datë 15.3.2017, “Për disa ndryshime dhe shtesa në Vendimin nr. 555, datë 11.8.2011, të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e strukturës dhe të niveleve të pagave të punonjësve me arsim të lartë në sistemin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Spitalin Ushtarak Qendror Universitar, në sistemin e Ministrisë së Mbrojtjes, të punonjësve të infermieristikës në sistemin e Ministrisë së Shëndetësisë e Ministrisë së Mbrojtjes, si dhe për trajtimin e mjekëve në strukturat e Forcave të Armatosura”, të ndryshuar dhe nr. 202, datë 15.3.2017 “Për disa ndryshime dhe shtesa në Vendimin nr. 717, datë 23.6.2009, të Këshillit të Ministrave, ‘Për pagat e punonjësve mbështetës të institucioneve buxhetore dhe të nëpunësve të disa institucioneve buxhetore”.

Për të përballuar efektet e zbatimit të këtyre vendimeve, Ministria e Financave shtoi një buxhet prej 631 milionë lekë në programin e shërbimit spitalor, duke çuar buxhetin e programit të shërbimit spitalor në 19 524 milionë lekë.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 614, datë 27.10.2017, “Për një ndryshim në vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 18, datë 12.1.2017, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2017”, u miratuan dhe ndryshime në buxhetet spitalore. Përveç shpërndarjes së vlerës shtesë u shpërnda edhe rezerva e pashpërndarë e buxhetit spitalor në vendimin e sipërpërmendur. Një vlerë prej 868 milionë lekë iu shpërnda shërbimeve spitalore për të përballuar nevojat për paga, sigurime, mallra e shërbime. 250 milionë lekë u shtuan në vlerën e paketave të shërbimeve spitalore dhe 200 milionë lekë për financimin e kontratave të lidhura nga autoriteti qendror për ofrimin e shërbimit nëpërmjet partneritetit publik privat.

Nga buxheti i çelur, për shërbimet spitalore nga spitalet universitare, rajonale e bashkiake, si dhe nga Fondi gjithsej janë shpenzuar 19.3 miliardë lekë ose 98.9% e programimit. Nga totali i shpenzimeve:

Spitalet publike kanë shpenzuar në total 16.42 miliardë lekë ose 99% e programimit të fondeve në dispozicion në llogarinë e thesarit.

Për paketat spitalore në spitalet jopublike janë shpenzuar 1.3 miliardë lekë, ose 97.6% e programimit.

Për financimin e kontratës koncesionare për furnizimin e sallave operatore me instrumente kirurgjikale të sterilizuara dhe materiale njëpërdorimshe, e cila gjatë vitit 2017 është shtrirë në 5 spitalet e Tiranës, në Shkodër e Elbasan, janë shpenzuar gjatë vitit 2017 gjithsej 1 135 milionë lekë.

Sa i takon pagesave për kujdes shëndetësor në institucione jopublike, brenda e jashtë vendit, për pacientë me miratim rast pas rasti nga Këshilli i Ministrave, rezulton shpenzimi prej 24 milionë lekë.

Për pagesën incentivuese të mjekëve që shkojnë për të punuar në specialitete të munguara në spitalet e rretheve janë shpenzuar gjithsej 10 milionë lekë (10 kontrata të lidhura).

6. SHPENZIME TE TJERA TE FONDIT

6.1 Shpenzimet Administrative

Shpenzimet administrative të FSDKSH kapin shifrën **845 474 mijë lekë, ose janë realizuar 96.2 % e programimit progresiv** nga të cilat:

Shpenzime për paga e shpërblime janë realizuar në shumën 573 milionë lekë, për sigurime shoqërore-shëndetësore janë shpenzuar 93 milionë lekë. Shpenzime për mallra e shërbime janë realizuar në shumën 189 milionë lekë, si më poshtë:

6.2 Shpenzimet për Investime

Për vitin 2017 janë realizuar 1.3 milionë lekë për investime, ose 21.7% e programimit (pajisje zyre e kompjutera).

Në fillim të vitit ishin programuar 367 milionë lekë investime, të cilat nuk u mundësuan për mosrealizim të procedurave prokuruese (nuk u realizuan prokurimi i programuar i rikonstruksionit të godinës qendrore, si dhe të godinës së drejtorisë Shërbimit Spitalor në QSUT; nuk është realizuar blerja e software-ve për shkak të anulimit të procedurës së prokurimit). Në fund të vitit me programin e rishikuar, buxheti për investime u rishpërnda për plotësimin e programit të shpenzimeve të rimbursimit.

6.3 Gjendja e Fondit Rezervë

Gjendja e Fondit Rezervë është në shumën 3,624,400,000 lekë, miratuar me Vendimin e Këshillit Administrativ nr. 21, datë 16.6.2016.

Gjatë vitit 2017, si rezultat i uljes së fluksit hyrës të mjeteve monetare, 3.8% e likuidimit ndaj totalit të shpenzimeve janë mbuluar nga gjendjet e mjeteve monetare të trashëguara. Ulja e fluksit hyrës të mjeteve monetare është e ndikuar nga moslëvrimi i kontributit të buxhetit shtetit sipas programimit, pasi tërheqja e mjeteve monetare bëhet në bazë të tepricës faktike të gjendjes së likuiditeteve në llogaritë bankare për mbulimin e nevojave.

Në përfundim, të ardhurat e Fondit, për vitin 2017, rezultojnë më pak nga shpenzimet në vlerën 1.99 miliardë lekë, duke reflektuar transfertën më pak nga programimi të kontributit të buxhetit.

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, 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.

Paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm hartohen duke përcaktuar:

- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor dhe spitalet publike, të cilat paguhen për këtë shërbim nga sigurimi i detyrueshëm;
- listën e barnave të rimbursueshme, si dhe masën e mbulimit të barnave të saj. Struktura e listës së barnave përcaktohet në bazë të listës së barnave themelore, sipas klasifikimit INN (principit aktiv të barit), të përcaktuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, si dhe në mbulimin e alternativës më të lirë;
- listën e pajisjeve mjekësore, si dhe masën e mbulimit të tyre.

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:

a) të punësuarit;

b) personat e vetëpunësuar me përjashtim të pensionistëve të vetëpunësuar, të cilët marrin pension dhe që ushtrojnë, të vetëm, veprimtari ekonomike profesionale, sipas nenit 7, të këtij ligji, të cilët nuk kanë detyrimin për të paguar kontribute të sigurimeve të kujdesit shëndetësor ;

c) punonjësit e papaguar të familjes për tatimpaguesit e përcaktuar nga Këshilli i Ministrave ;

ç) persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

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

a) personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;

b) personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;

c) personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;

ç) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;

d) fëmijët nën moshën 18 vjeç;

dh) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;

e) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.

ë) viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme.

Përfshihen nga pagesat e drejtpërdrejta për shërbimet shëndetësore, që janë pjesë e listës së barnave të rimbursueshme, të paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të kujdesit spitalor që mbulohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në masën e përcaktuar, kategoritë e mëposhtme:

a) Fëmijët 0 - 18 vjeç;

b) Invalidët e plotë, përfshirë edhe invalidët paraplegjikë, tetraplegjikë dhe të verbrit e plotë;

c) Invalidët e luftës;

ç) Veteranët;

d) Personat që gëzojnë statusin e ish-të dënuarve dhe të përndjekurve politikë;

dh) Jetimët;

e) Personat që përfitojnë pagesën për aftësinë e kufizuar.

Përfshihen nga pagesat e drejtpërdrejta, për alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme, kategoritë e mëposhtme:

a) Pensionistët;

b) Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim;

c) Azilkërkuesit;

ç) Viktimat e trafikimit.

Përfshihen nga pagesat e drejtpërdrejta për alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme për personat që nuk bëjnë pjesë në kategoritë e parashikuara në pikat 1 dhe 2, të këtij vendimi, për trajtimin e sëmundjeve kronike, sipas listës së miratuar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë.

7.1. Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor

Paketa e shërbimeve të cilën Fondi e 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

Popullsia e deklaruar nga mjekët e familjes në total është 3,939,246 banorë, ku 2,076,982 banorë janë në zonat urbane dhe 1,862,264 banorë në zonat rurale.

Numri i Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes që kanë mbuluar me shërbim shëndetësor gjithë territorin e vendit për muajin Dhjetor 2017 është 1,538.

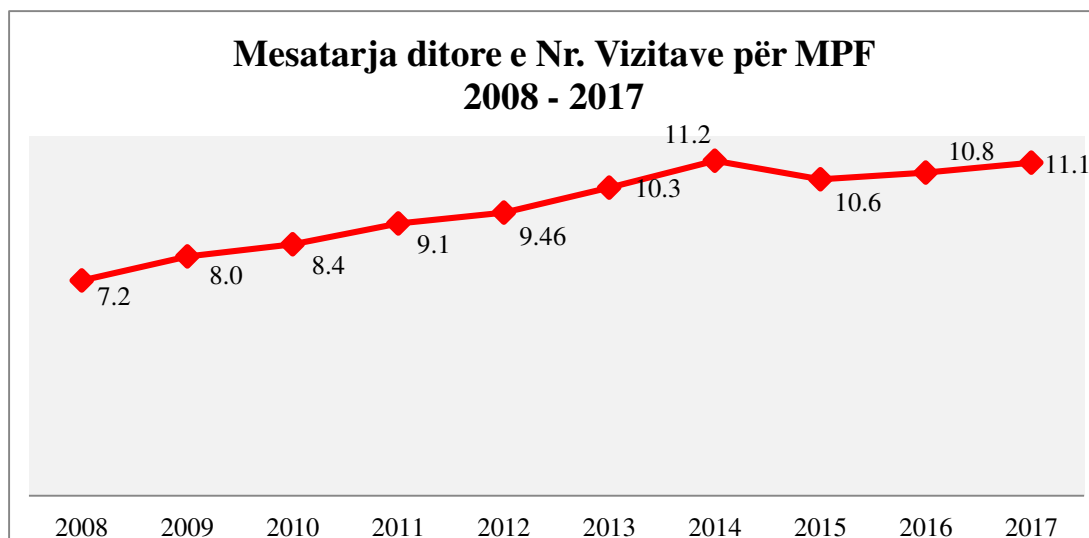
Gjatë vitit 2017, nga ana e QSH të Kujdesit Parësor janë kryer **6,434,350** vizita, nga këto **5,976,976** vizita janë kryer nga MP/F dhe **457,374** vizita janë kryer nga MS të QSH Specialiteteve. Numri i infermierëve dhe laborantëve është 6,831, nga të cilët 1,819 janë Infermierë të Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes. Numri i mjekëve specialistë është 337. Numri i Qendrave Shëndetësore është 407 dhe 6 QSH të specialiteteve që operojnë vetëm në Rajonin e Tiranës.

Për vitin **2017**, numri mesatar i vizitave për MP/F është realizuar në masën **11.3 vizita/ditë**, për MS/të QSH të Specialiteteve **11** vizita/ditë, pra për vitin 2017 në rang vendi numri mesatar i vizitave është **11.1** vizita/ditë.

Gjatë vitit 2017, nga ana e QSH të Kujdesit Parësor janë realizuar afërsisht 196 mijë vizita (3%) më shumë se në vitin 2016. Ndërsa, realizimi në përqindje i numrit të vizitave të kryer nga QSH të Specialiteteve për vitin 2017 paraqitet më i vogël, rreth 15 mijë më pak, si rrjedhojë dhe përqindja e realizimit në total, paraqitet më e vogël për këtë vit, rreth 5% më pak se viti 2016.

a) Ecuria në vite e numrit mesatar ditor të vizitave nga MPF (2008-2017).

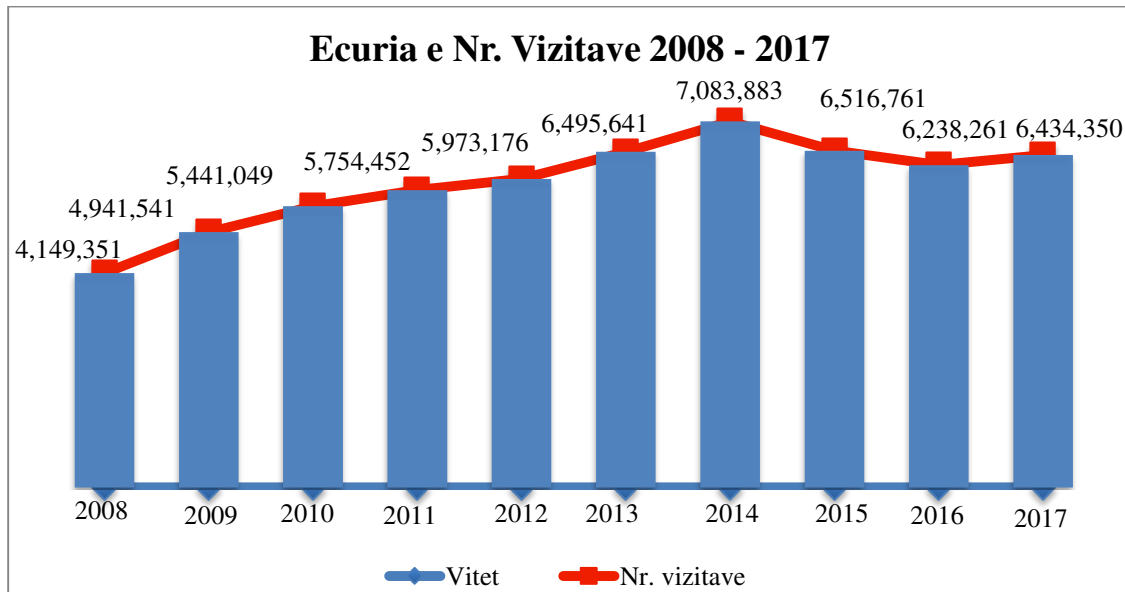
Grafiku i mëposhtëm, paraqet ecurinë e nr. mes/vizitave nga MP/F gjatë periudhës 2008-2017.



Nga paraqitja grafike e kurbës në vite, vihet re, një trend në rritje, nga viti në vit të numrit mesatar të vizitave në ditë. Krahësuar me vitet 2008 - 2016, nga të gjithë QSH sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitin 2017, ka një rritje të numrit mesatar ditor të vizitave për mjek nga 7.2 në 2008 në 11.1 në 2017.

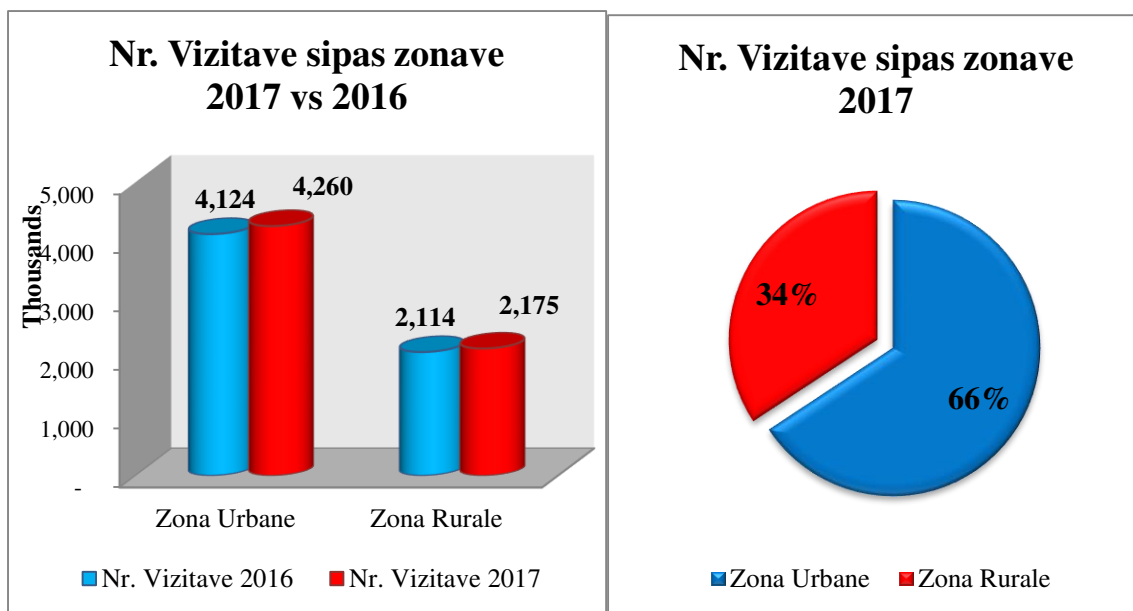
b) Numri i vizitave të kryera (total) nga QSH të kujdesit parësor nga viti 2008-2017.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrave të vizitave të mjekëve të QSH në kujdesin parësor gjatë viteve 2008 – 2017.



Vizitat e kryera për vitin 2017 vs 2016 sipas zonave urbane dhe rurale.

Në tabelën grafike të mëposhtme, pasqyrohen të dhënat, sipas zonave të shprehur në (%), ku shihet shpërndarja e vizitave sipas zonave; zonat urbane zënë rreth **66%** të vizitave totale ndërsa zonat rurale **34%** të vizitave totale për vitin 2017. Gjatë vitit 2017 zonat urbane kanë realizuar 136 mijë vizita (**3%**) numër vizitash më shumë se gjatë vitit 2016, ndërsa zonat rurale rreth 60 mijë vizita (**3%**) më shumë se gjatë vitit 2016.

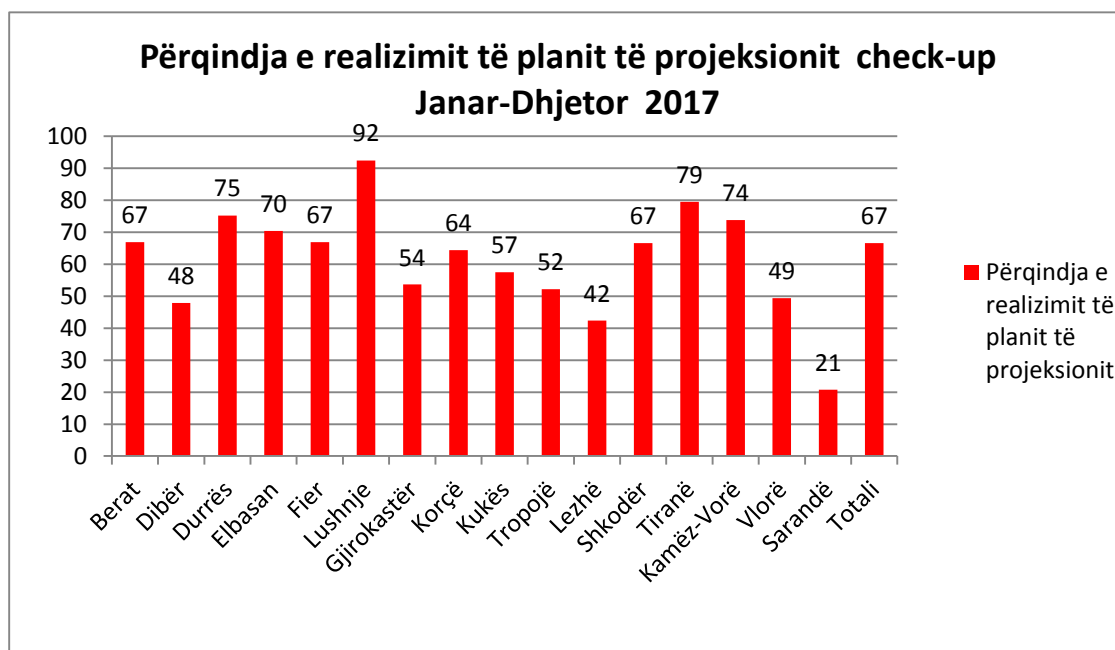


7.2. Kontrolli Mjekësor Bazë

Kontrolli Mjekësor Bazë tashmë është shtrirë në të gjithë territorin e vendit. I përcaktuar me Vendimin Nr.185, datë 2.4.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të Kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 35-70 vjeç”, (Ndryshuar me VKM nr.721, datë 12.10.2016).

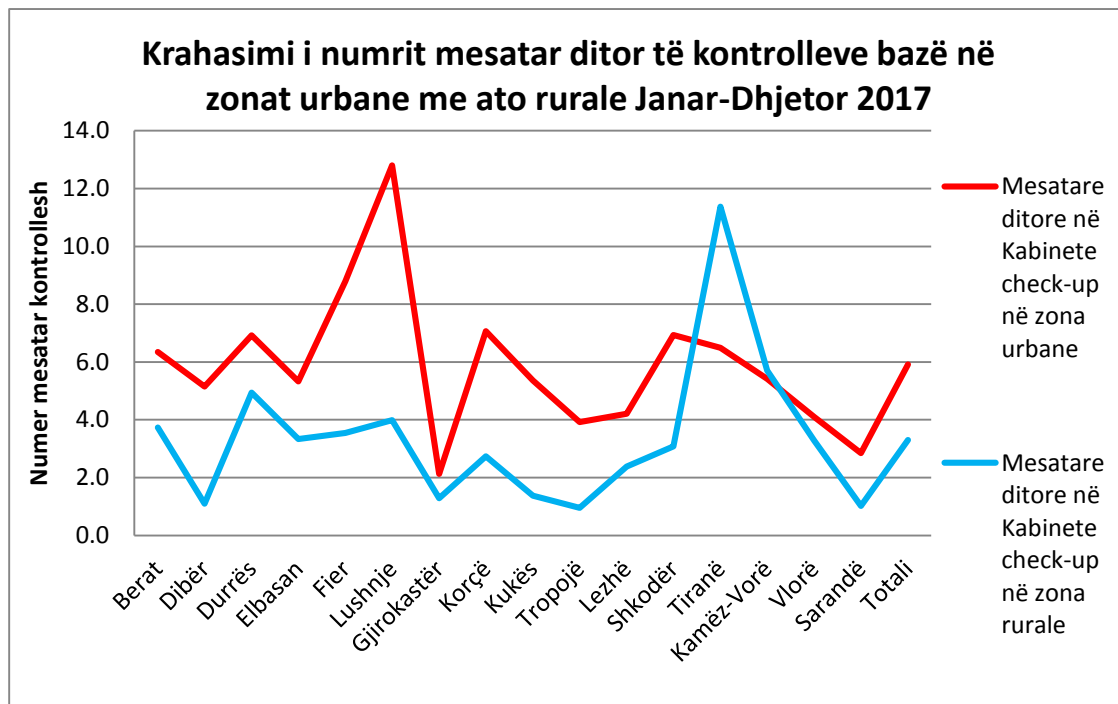
Për gjatë gjithë vitit, është monitoruar në të gjithë vendin realizimi i procesit të Kontrollit Mjekësor Bazë për grupmoshat 35-70 vjeç.

Për vitin 2017 janë kryer gjithësej 316,601 kontrolle bazë. Bazuar në projeksionin e planifikuar për kryerjen e kontrollit mjekësor bazë për periudhën janar-dhjetor 2017, kemi një realizim të këtij treguesi në rang vendi prej 67%. Ky tregues sipas Drejtorive Rajonale të Fondit ka nivele të ndryshme. Ky tregues është i ulët në Sarandë, Lezhë, Dibër, Vlorë, Tropojë, Gjirokastrë.



Sipas ndarjes administrative në zona urbane dhe rurale ky indikator (mesatarja ditore e vizitave për kabinet) paraqitet në grafikun si më poshtë:

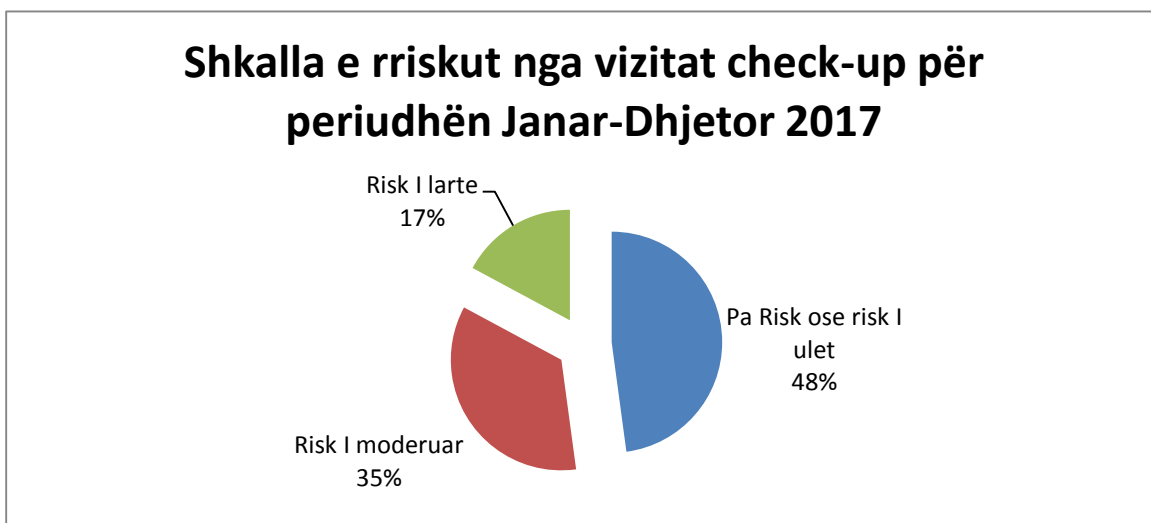
Në periudhën Janar-Dhjetor 2017 performanca sipas kabineteve dhe qendrave shëndetësore njih një nivel më të lartë në zonat urbane në krahasim me zonat rurale.



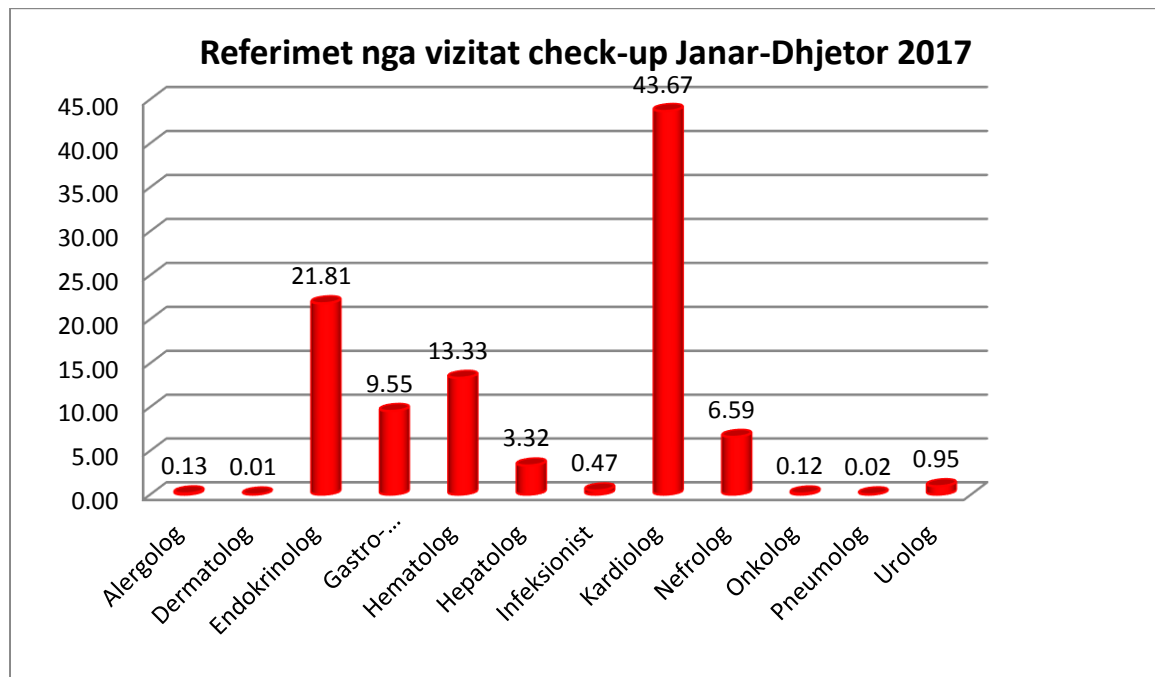
Kanë performancë të mirë Qendrat Shëndetësore në zonat urbane Lushnjë, Tiranë, Kamëz-Vorë dhe performancë të ulët në Tropojë, Gjirokastrë, Sarandë, Dibër.

Nga Qendrat Shëndetësore në zonat rurale indikator i mesatares ditore të vizitave për kabinet paraqitet relativisht mirë krahasuar me mesataren në rang vendi për zonat rurale në rajonet: Tiranë, Kamëz-Vorë; me performancë të ulët janë Qendrat Shëndetësore në zonat rurale Tropojë, Sarandë, Gjirokastrë, Kukës dhe Dibër.

Nga rezultatet e kontrollit mjekësor bazë për periudhën janar-dhjetor 2017 është përcaktuar shkalla e riskut në përqindje sipas grafikut të mëposhtëm:



Krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit 2016 kemi një ulje të rasteve me risk të lartë. Për personat me risk të lartë, nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes është referuar përkonsultë tek mjeku specialist sipas grafikut më poshtë:

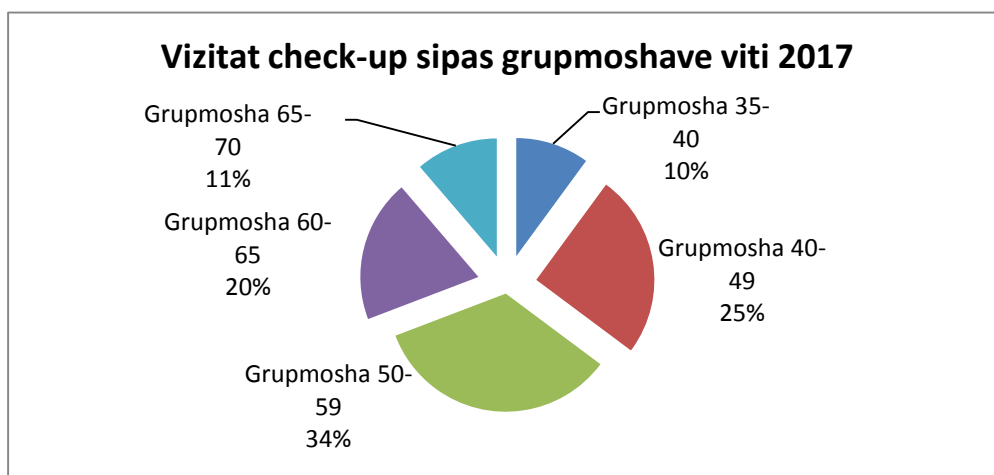


Rreth 43.7% e rasteve me risk të lartë janë referuar për sëmundjet kardiovaskulare kundrejt 45% të referuar për të njëjtën periudhë të vitit 2016; 21.8% për diabet melitus kundrejt 15% të referuar për vitin 2016; për vitin 2017 kemi një rritje të rasteve të referuar për tek nefrologu dhe urologu pasi në gamën e egzaminimeve janë shtuar edhe analizat e azotemisë dhe kreatinemisë.

Për periudhën Janar – Dhjetor 2017 disa tregues socialë të kontrollit mjekësor bazë në rang vendi po i paraqesim sa më poshtë:

Për vitin 2017 përqindja e femrave që kanë kryer kontrollin mjekësor bazë ka qene 61%, dhe meshkujt 39% .Për periudhën 2017 ka një rritje në përqindje të femrave krahasuar me meshkujt që kanë kryer kontrollin mjekësor bazë, krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit 2016.

Struktura e kontrollit mjekësor bazë sipas grupmoshave paraqitet:



7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor

Në kontratën me spitalet në vitin 2017 janë monitoruar gjithsej 14 indikatorë të performancës dhe cilësisë. Në totalin e indikatorëve të monitoruar dhe vlerësuar nga sektori i shërbimit spitalor në vlerësimin e performancës spitalore janë: niveli i shfrytëzimit të shtratit, ditëqëndrimi mesatar, xhiro e shtratit në spitale, përqindja e numrit të pacientëve të shëruar të dalë nga spitali, si dhe përqindja e shtrimeve urgjente në spital.

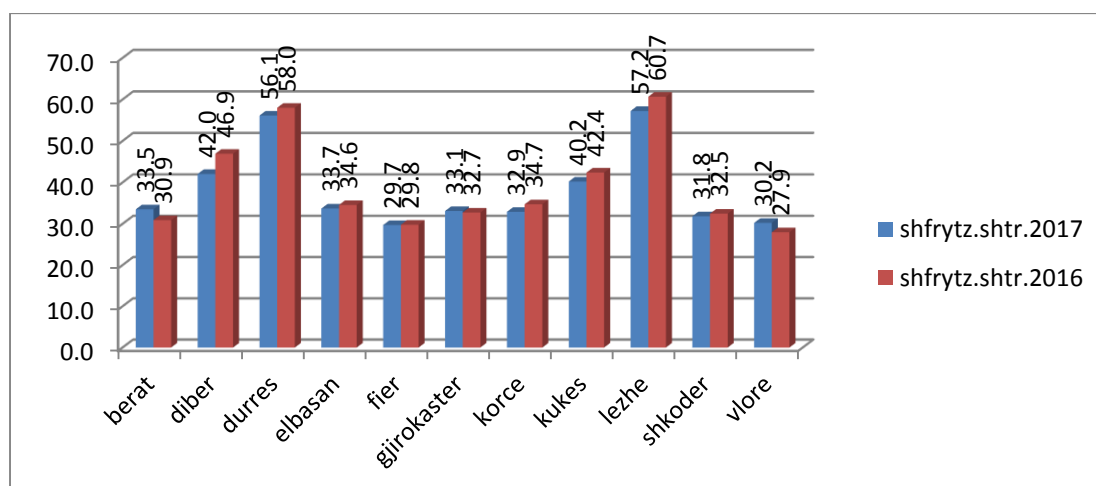
Në total për vitin 2017 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 284,269 pacientë. Numri total i shtrimeve për spitalet rajonale është 104,128 paciente për spitalet universitare 143,016 dhe për spitalet bashkiake është 37,125 paciente.

Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në spitalet universitare 2016-2017 QSUT vihet re një rritje e konsiderueshme e numrit të shtrimeve për vitin 2017.

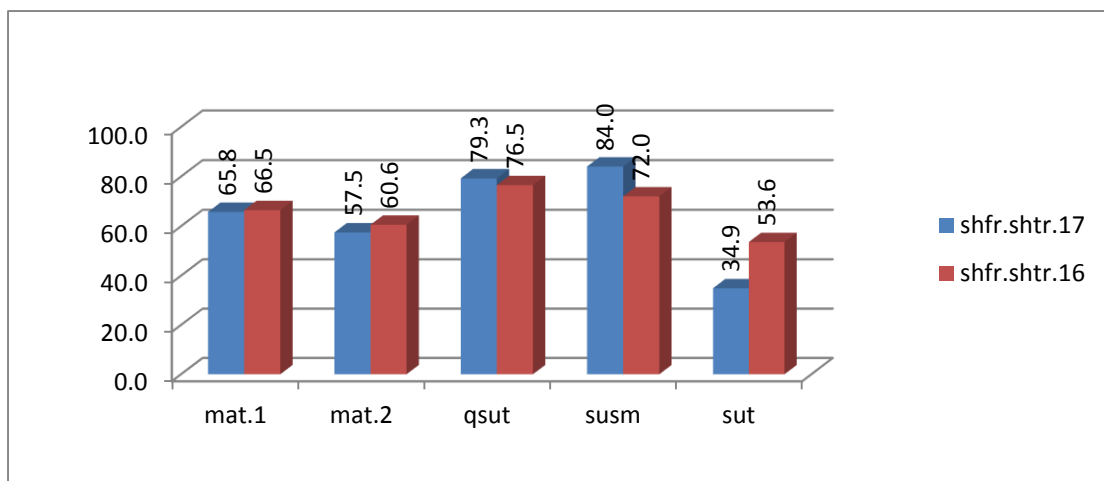
Numri i shtrimeve gjatë vitit 2017 për spitalet universitare në total rezulton më i rritur krahasuar me vitin 2016 me 20.374 shtrime më shumë. Nga krahasimi i numrit të shtrimeve për spitalet bashkiake me vitin 2016-2017 rezulton më i ulur me 5.144 pacientë më pak. Prej shumë vitesh në spitalet e vendit tonë vërehet fenomeni i shtrimeve masive në spital nëpërmjet shërbimit të urgjencës. Për vitin 2017, 79% e shtrimeve në spitalet rajonale i zënë shtrimet nga urgjenca me 82.031 shtrime dhe 21.2% shtrimet e planifikuara nga konsultat ose 22.093 shtrime.

Shfrytëzimi i shtratit, si një indikator tepër i rëndësishëm i eficiencës spitalore paraqitet në nivele të ulura për disa spitale.

Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit 2016-2017 ne spitalet rajonale



Krahasimi i indikatorit të shfrytëzimit të shtratit ne spitalet Universitare 2017-2016



Gjatë vitit 2017 janë marrë dhe përpunuar të dhënat në lidhje me aktivitetet e **shërbimeve ambulatorë të specialistëve** në spitale. Gjithësej rezultojnë të jenë kryer 1.514.696 vizita ambulatorë në spitale universitare rajonale dhe bashkiake.

Viti 2017 në spitalet universitare janë konsultuar 477.999 pacientë. **Për spitalet rajonale** gjithsej rezultojnë të jenë kryer 722.321 vizita ambulatorë të specializuara. **Për spitalet bashkiake** gjithsej rezultojnë të jenë kryer 314.376 vizita ambulatorë të specializuara.

Nga analizimi dhe përpunimi i të dhënave të raportuara nga të gjithë spitalet e kontraktuara nga Fondi, të realizuar në total për periudhën janar - dhjetor gjithsej 6,427,482 ekzaminime biokimiko-klinike. Nga këto spitalet rajonale dhe universitare kanë raportuar 5,391,982 ekzaminime ndërsa spitalet bashkiake kanë raportuar 1,035,500 ekzaminime klinike. Spitalet universitare kanë raportuar 2,995,849 ekzaminime, ndërsa QSUT-ja ka realizuar 2,552,419 ekzaminime klinike.

Në total për periudhën Janar-Dhjetor 2017, janë realizuar gjithsej 130,372 ekzaminime mikrobiologjike dhe imunologjike për spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake për pacientë të shtuar, dhe atyre ambulatorë ose urgjentë.

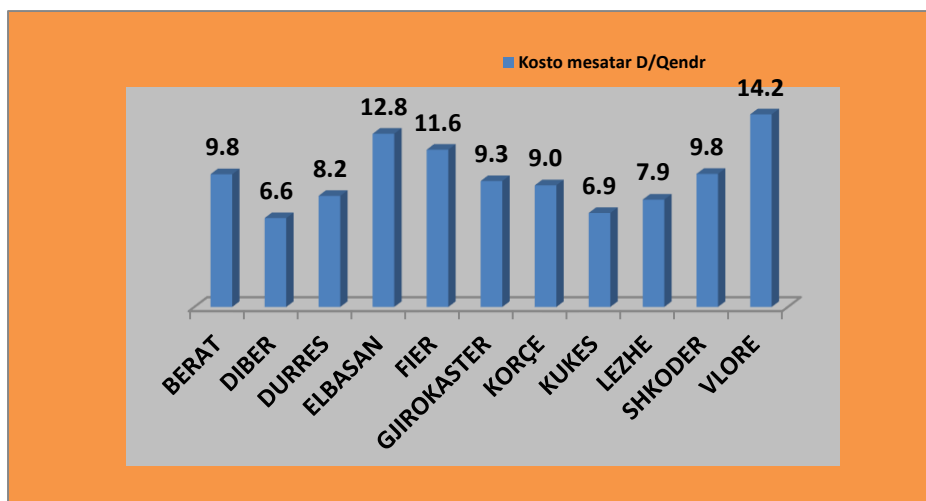
Raporti ndërmjet pacientëve të shtruar dhe atyre ambulatorë apo urgjentë zë 97.6 % të shtruar dhe 0.48 % urgjentë.

Për sa i përket raportit midis pacientëve të siguruar dhe atyre të pasiguruar në total për të gjitha spitalet rajonale dhe universitare është 95.2 % pacientë të siguruar dhe 3.35 % pacientë të pa siguruar.

7.4 Kostot spitalore

Falë përmirësimit të sistemit të shpenzimeve spitalore, Fondi ka kryer përpunimin e të dhënave që raportohen nga spitalet të pasqyruara si më poshtë:

Nr. Spitalet	Nr. Rasteve	Nr. D/qëndrimeve
--------------	-------------	------------------



1. Rajonale
101 871

472 463

2. Bashkie
38

877

200 409

3.

Universitare
156 737

576 551

Kosto mesatare për rast (pacient) në nivel spitalor:

Kosto mesatare/rast në spitalet **nivel Rajonal** është **43.7 mijë lekë**.

Kosto mesatare/ rast në spitalet **nivel Bashkiak** është **53.7 mijë lekë**

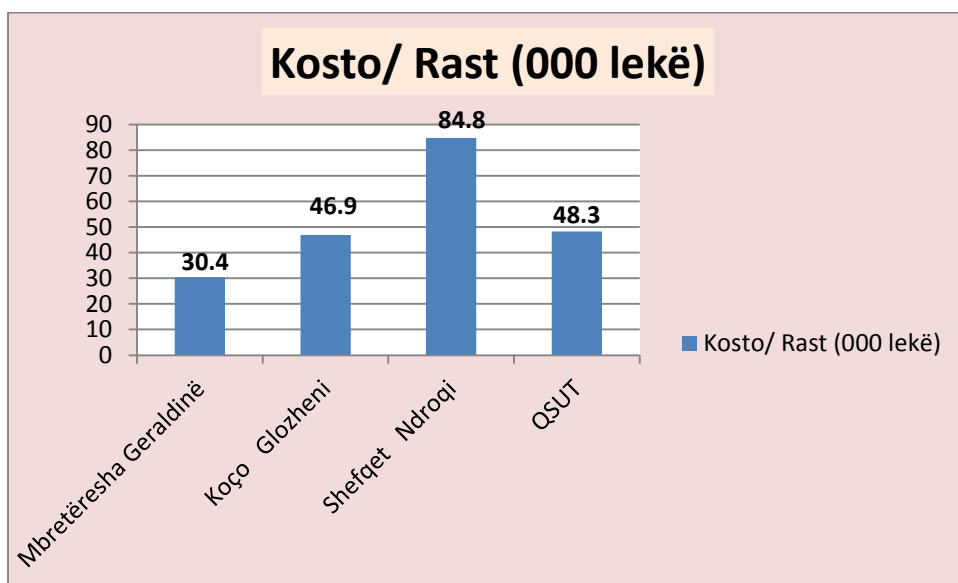
Kosto mesatare/rast në spitalin nivel **Universitar** **47.7 mijë lekë**.

Kosto mesatare/rast në spitalin nivel **Universitar Mbretëresha Geraldinë** është **30.4 mijë lekë**.

Kosto mesatare/rast në spitalin nivel **Universitar Koco Gëlozheni** është **46.9 mijë lekë**.

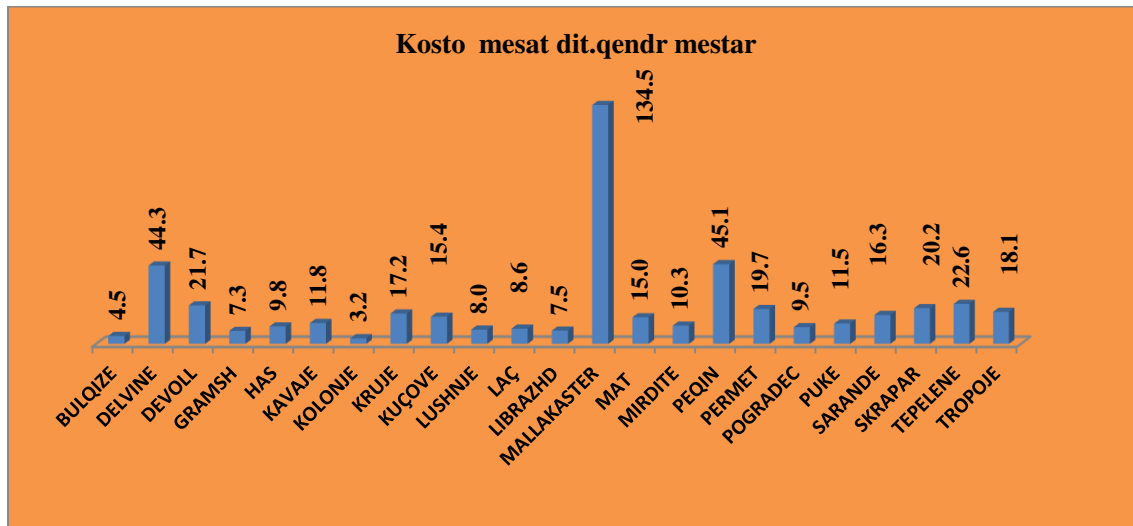
Kosto mesatare/rast në spitalin nivel **Universitar SUSM** është **84.8 mijë lekë**.

Kosto mesatare/rast në spitalin nivel **Universitar QSUT** është **48.3 mijë lekë**.



Grafiku i koston mesatare për dite qendrimi për spitalet në nivel Qarku

Grafiku i kostos mesatare ditë/ qëndrimi për spitalet në nivel bashkiak:



7.5 PAKETAT SHËNDETESORE

Në zbatim të Vendimit nr. 308 datë 21.05.2014, të ndryshuar “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, Fondi i Sigurimeve të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në vitin 2017, lidhi kontratë me institucionet shëndetësore publike dhe jopublike dhe financoi paketat shëndetësore në shërbimin e dializës, kardiologjisë, kardiokirurgjisë, transplantit të veshkës dhe terapisë së flakjes akute, të kryera në institucionet shëndetësore publike e private.

Gjatë periudhës Janar- Dhjetor 2017, në institucionet shëndetësore publike e jopublike është financuar aktiviteti për ofrimin e paketave shëndetësore, si më poshtë:

Përmbledhëse e Paketave Shëndetësore të realizuara për periudhën Janar- Dhjetor 2017

Nr	Paketa shëndetsore	Spitale Publike	Spitale Private	Konçesionari Dia Vita	Totali
1	Nr i pacienteve te hemodializës (Muaji dhjetor)	146	663	328	1137
2	Pacemaker	274	0		274
3	Angiografi	4083	520		4603
4	Angioplastike	1051	90		1141

5	Angiografi + angioplastike	812	24		836
6	By pass aorto koronar	515	99		614
7	By Pass + Plastike e Valvules	5	0		5
8	By Pass + Zevendesim me Valvul Mekanike	9	1		10
9	By Pass + Zevendesim me Valvul Biologjike	9	1		10
10	By Pass + Zevendesim me Valvul Mekanike: (1) Valvul Aortale + (1) Valvul Mitrale	0	0		0
11	Mono valvular me proteze mekanike	177	39		216
12	Mono Valvular me Proteze Biologjike	8	2		10
13	BI Valvular me Proteze Mekanike	2	1		3
14	BI Valvular me Proteze Biologjike	3	0		3
15	Interventet kongenitale	61	2		63
16	Implant koklear interventi	0	0		0
17	Implant koklear aparati	0	0		0
18	Transplant veshke	0	25		25
19	Terapia e flakjes akute	0	1		1

Shërbimi i dializës në Institucionet Shëndetësore Publike.

Në 3 mujin e I të vitit 2017, ky shërbim ofrohet në 3 spitale(QSUT, Elbasan e Gjirokastrë).

Ndërsa nga 3 muji i II të vitit 2017 e në vazhdim shërbimi i hemodializës ofrohet në spitale QSUT dhe Gjirokastrë (ky shërbim në spitalin e Elbasanit, ofrohet tashmë nëpërmjet partneritetit publik privat, sipas kontratës së lidhur për këtë qëllim nga Ministria e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale. .

Në fund të vitit rezultojnë 146 pacientë që marrin shërbimin e dializës në spitale publike, 328 pacientë që e marrin këtë shërbim në rajonet Shkodër, Lezhë, Vlorë, Elbasan e Korçë, përmes shërbimit që jep shoqëria koncensionare DiaVita, si dhe 669 pacientë në spitale jopublike, përmes kontratave të lidhura nga Fondi me këto spitale.

Paketat shëndetësore në Shërbimin e Kardiologjisë.

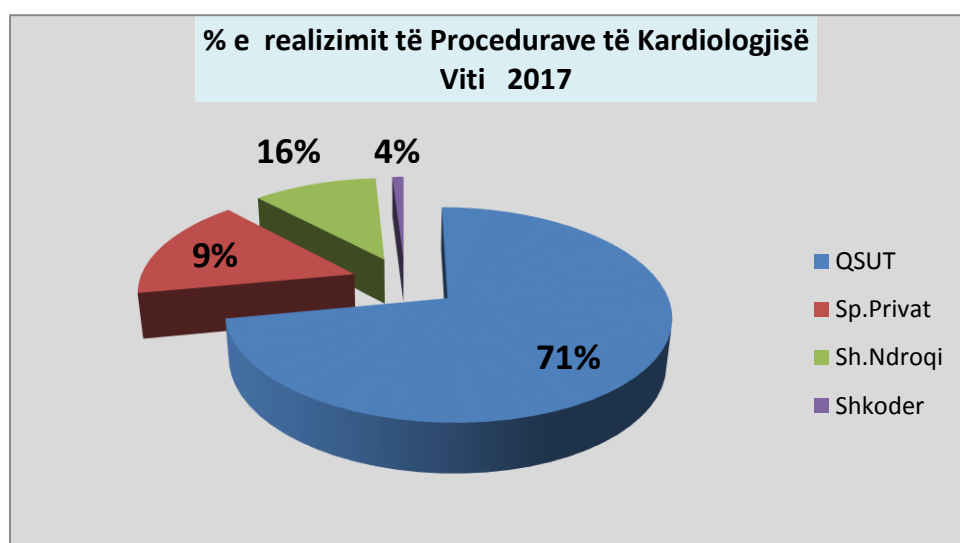
Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiologjisë është mbuluar në spitalin universitar “Nënë Tereza” Tiranë, i cili ka kryer numrin më të madh të procedurave mjekësore, në spitalin universitar “Shefqet Ndroqi” Tiranë , në spitalin rajonal Shkodër, si dhe në 5 spitale jopublike të kontraktuara nga FSDKSH:

- 1- Spitali “ Amerikan”,
- 2- Spitali “Hygeia”
- 3- Spitali “Gjerman”
- 4- Spitali “European”
- 5- Spitali “Xhaxho”

Në paketën e kardiologjisë përfshihen procedurat mjekësore si më poshtë vijon:

- a-Pacemakera definitive
- b- Angiografi koronare + kat.zemre
- c-Angioplastika koronare (PCI)

Me rishikimet e bëra këtyre paketave gjatë vitit 2017, si në protokolle ashtu edhe në financim, u zgjerua dhe u specifikua aktiviteti i mbuluar nga Fondi.



Në paketën e kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

- a-By passi aorto koronar
- b- Interventi Valvolar

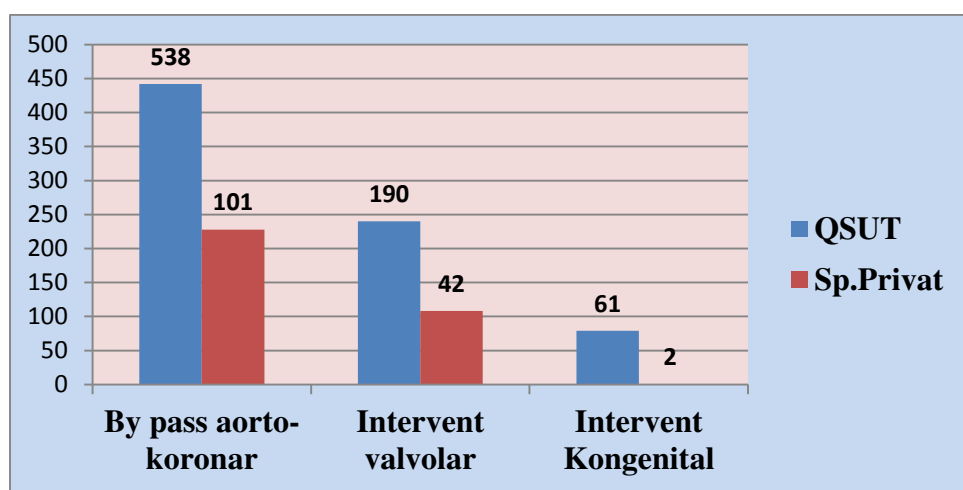
c-Interventi kongenital

Për periudhën janar- dhjetor 2017, janë kryer në **total 934 procedura mjekësore**, nga të cilat:

- në spitalin Universitar “Nënë Tereza” Tiranë, **789** procedura mjekësore, ose **84.5 % e numërit total**

-në spitalet private të kontraktuara nga fondi janë kryer **145 procedura mjekësore**, ose **15.5 % e numërit total**.

Grafiku i procedurave të realizuara për paketat e shërbimit të kardiokirurgjisë, sipas spitaleve publike/ private është si më poshtë:



Me rishikimet e bëra gjatë vitit 2017, si në protokolle ashtu edhe në financim, u zgjerua masa e mbulimit nga Fondi të këtyre paketave. Tashmë, përveç interventit dhe dy ditëve të qëndrimit që përfshiheshin në mbulimin e mëparshëm, u shtuan edhe 1 ditë qëndrimi përpara interventit, si dhe 5 ditë qëndrimi pas daljes nga reanimacioni të pacientit.

7.6 Paketa të reja të miratuara.

Komisionet teknike të ngritura me Vendim të Këshillit Administrativ të Fondit punuan dhe hartuan dy paketa të reja, trajtimi i kataraktës dhe shërbimi i radioterapisë, të cilat do të mbulohen në vazhdimësi.

7.7 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 FOND-it me subjektet farmaceutike, realizohet rimbursimi i barnave, sipas Listës së Barnave të Rimbursuara dhe referuar masës së mbulimit sipas kategorive – e caktuar me Vendim të Këshillit të Ministrave. Gjatë vitit 2017, përveç kontratave në vazhdimësi, u lidhen shtojcë-kontratat me 1 Importues Farmaceutikë si dhe 1 kontratë me shpërndarës farmaceutik. Gjithashtu u lidhën shtojcë-kontratat trepalëshe me Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, me 11 Spitale Rajonale, Spitalin e Lushnjes dhe

me 11 importues farmaceutikë. Gjithashtu nga ana e Drejtorive Rajonale të Fondit në Janar 2017 u rilidhën shtojcë-kontratat me: 848 Farmaci, 74 Agjenci Farmaceutike, 14 Spitale dhe 19 IEVP (Institucione të Ekzekutimit të Vendimeve Penale).

Gjatë vitit 2017 ka vazhduar të shtrijë efektin ekonomik LBR 2016, e cila është miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr.380 datë 25.05.2016, e ndryshuar, dhe ka hyrë në fuqi në 1 Qershor 2016.

LBR 2016 e cila ka vazhduar të jetë në fuqi dhe gjatë vitit 2017 përmban 1.070 alternativa tregëtare, nga të cilat 527 janë alternativa të para. Ajo ka 322 principe aktive.

Faktorët që kanë ndikuar në rritjen e shpenzimeve të rimbursimit të Fondit gjatë vitit 2017 janë:

Rritja progresive e shpenzimeve të rimbursimit, ka ardhur kryesisht në barna që lëvrohen në farmacitë spitalore, si pasojë e politikave të ndjekura nga Ministria dhe Fondi, për lëvrimin, veçanërisht të barnave të shtrenjta nëpërmjet farmacive të spitaleve, për disa arsye, nga të cilat radhisim:

- Shpenzimet e rimbursimit në këtë rast nuk rëndohen me marzhin e tregtimit të farmacive të rrjetit të hapur, të parashikuar në Vendim të Këshillit të Ministrave. Madje për këto barna aplikohen marzhe të diferencuara, më të ulëta nga marzhet që përfitojnë depot farmaceutike për barna të tjera.

- Duke qenë barna të shtrenjta, pavarësisht se ndihmohen pacientët me sëmundje të rënda e të papërballueshme nga buxhetet vetjake, njëkohësisht vendoset edhe një barrierë kontrolluese, përtej mjekut të familjes, për të mënjанuar abuzimet e mundshme lidhur me skemën.

Ndër vite shpenzimet e rimbursimit të ndara për barnat e lëvruara në rrjetin e hapur farmaceutike e në rrjetin e farmacive spitalore, është si më poshtë:

<i>në 000 lekë</i>			
Vitet	Rimb. total	Rimb. në farmacitë e spitaleve	Rimb. në rrjet të hapur
2014	8,256,528	2,047,102	6,209,426
2015	8,109,768	2,186,793	5,922,975
2016	8,425,032	2,757,320	5,667,712
2017	10,416,831	3,684,301	6,732,530

Lista e barnave e miratuar në qershor 2016 u zgjerua me 56 barna të reja nga të cilat 20 lëvrohen në farmacitë e spitaleve (12 prej tyre janë principe aktive të reja, si psh: Dasabuvir 250mg, Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir 12,5+75+50 mg, Ledipasvir + Sofosbuvir 90+400 mg, Sunitinib 50 mg etj).

Rritja e numrit të barnave në listë, rrjedhimisht, sjell rritje të rasteve të reja për pacientë të trajtuar me këto barna. Në total, për vitin 2017, rimbursimi për barnat që lëvrohen në farmacitë e spitaleve të kontraktuara nga FONDI zë 35% të shpenzimeve totale të rimbursimit, ose 936,014 mijë lekë më shumë se në vitin 2016.

Në kuadër të "Mbulimit Universal", në fund të vitit 2016, u miratua Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 946, datë 28.12.2016 "Për disa shtesa në Vendimin nr. 955, datë 29.12.2014, të Këshillit të Ministrave 'Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore",

sipas të cilit përjashtohen nga pagesat e drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore të personave që përfitojnë pagesën për aftësinë e kufizuar.

Gjithashtu i njëjti vendim, parashikon përjashtimin nga pagesat e drejtpërdrejta për alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme për të gjithë personat, për trajtimin e sëmundjeve kronike, sipas listës së miratuar me Urdhër të Ministrit të Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale (Vendimi i Këshillit të Ministrave parashikon përfshirjen në skemën e rimbursimit të barnave, si dhe përfitimit pa bashkëpagesë të alternativës së parë të të gjithë personave, që rezultojnë të sëmurë kronikë, që nuk janë kategorizuar më parë si të përjashtuar nga bashkëpagesat).

Urdhëri i Ministrit, në zbatim të këtij vendimi, ka përcaktuar diagnozat kronike për të cilat është i zbatueshëm Vendimi i Këshillit të Ministrave.

Për pasojë, gjatë vitit 2017, kryesisht duke filluar nga muaji mars, kanë përfituar përjashtimin nga bashkëpagesa përveç personave të pasiguruar më parë edhe kategoritë e tjera të trajtuara për sëmundje kronike, të cilat më parë përfitonin barna me bashkëpagesë (kategoritë “pensionist i pjesshëm”, “Aktivë (i punësuar, i vetëpunësuar, i vetësiguruar), “I papunë, punë kërkues”, “Ndihmë ekonomike”, “pension social, etj.), të cilët gjatë vitit 2016 kanë përfituar barna me rimbursim të pjesshëm ndërsa për vitin 2017 kanë përfituar barna me rimbursim të plotë.

Sa më sipër argumenton edhe uljen e numrit të përfituesve në këto kategori, pasi ata kanë kaluar në kategorinë e personave që trajtohen me sëmundje kronike, duke përfituar tashmë rimbursim të plotë të alternativave të para të barnave të listës së rimbursueshme.

Në kategorinë e re “Persona me sëmundje kronike” janë trajtuar gjithsej 50,489 persona. Vlera mesatare për recetë për këtë kategori është 6,801 lekë dhe vlera vjetore e rimbursimit 1,725,041 mijë lekë.

Nëse konsiderojmë faktin që numri i personave në kategoritë që më parë përfitonin me bashkëpagesë barna të listës ka rënë me rreth 22 mijë persona, numri i personave të rinj që kanë përfituar nga kategoria e re e krijuar (persona me sëmundje kronike) është mbi 28 mijë.

Efekti në shpenzimet e rimbursimit, ka rezultuar, si në rritjen e masës së mbulimit (tashmë 100% të alternativës së parë) për personat përfitues të mëparshëm, ashtu edhe në trajtimin e rasteve të reja të përfituesve.

Për vitin 2017, u paraqit nga Fondi një propozim për listë të re të barnave të rimbursueshme. Në këtë projektlistë ishin parashikuar, përveç futjes së barnave të reja në listë, edhe reflektimi i çmimeve të reja CIF 2017 të barnave, të deklaruara në Komisionin përkatës në Ministrinë e Shëndetësisë e Mbrojtjes Sociale. Parashikohej që hyrja në fuqi e projektlistës së propozuar të kishte një efekt mujor në uljen e shpenzimeve mujore të rimbursimit me rreth 13.5% (rreth 700 milionë lekë). Kjo ulje do të ndikonte në përballimin e shpenzimeve të rimbursimit, brenda parashikimeve fillestare buxhetore në këtë program.

Projektlista e paraqitur, nuk u miratua, për pasojë shpenzimet e rimbursimit, tejkaluan parashikimet e fillimit të vitit.

8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

8.1 Implementimi i recetës elektronike dhe nënshkrimit elektronik në të gjithë vendin.

Mbas implementimit dhe testimit me sukses të sistemit të recetës elektronike Pilot në DRF-Durrës, përgjatë 2017 filloi zyrtarisht shtrirjen dhe funksionimin sistemi i recetës

elektronike kombëtare (e-Rx). Ky system fillimisht nisi në DRF Durrës ku zëvendësoi sistemin pilot dhe më pas në DRF Tiranë, Kamëz-Vorë, Fier, Shkodër, Korçë dhe Elbasan, etj.

Sistemi kombëtar i recetes elektronike në ndryshim nga sistemi pilot në DRF Durrës shfaqti një sërë ndryshimesh pasi ishin përfshirë funksionalitetet e moduleve informatike ekzistuese që kryenin këto procedura, si:

- a) Sistemi e-Farmacia,
- b) Receta e Rimbursueshme,
- c) Moduli financiar
- d) Sistemi i nënshkrimit elektronik (PKI)

Gjithashtu, në këtë sistem janë reflektuar listat e kufizimeve të përgatitura nga drejtorite teknike në Fond, ku përfshihen kufizimet e LBR 2016, kufizimet mbi diagnozat dhe kategoritë e përfitimit të pacientëve. Këto ndryshime të reflektuara në sistem kanë sjellë përmirësime të dukshme në zbatimin e skemes shëndetësore dhe protokolleve të mjekimit, saktësinë e të dhënave mbi barnat, rimbursimet, mjekët, farmacitë dhe vet Fondin.

Nëpërmjet grupeve të punës të ngritura në Fond me qëllimin e implementimit, ndjekjes dhe monitorimit të sistemit të recetës elektronike në çdo DRF, u realizuan proceset teknike të mëposhtme:

- 1- Celje dhe mirëmbajtje e user-ave në Sistemin e eRx
- 2- Pajisja me USB që mbart nënshkrim elektronik të të gjithë mjekëve që lëshojnë recetë elektronike të rimbursueshme.
- 3- Konfigurime teknike në pajisjen kompjuterike ku gjenerohet receta elektronike
- 4- Trajnime të ndryshme mbi gjenerimin dhe nënshkrimin e recetës elektronike
- 5- Trajnime të ndryshme mbi saktësimin e regjistrimit online dhe kategorive të përfitimit të banorëve për të cilët gjenerohet recetë elektronike.
- 6- Trajnimi i farmacistëve mbi ekzekutimin e recetave elektronike dhe mirëmbajtjes së gjendjes së Inventarëve, për subjektet që kanë kontratë me Fondin.
- 7- Trajnimi i stafit të DRF mbi suportin e mjekëve dhe farmacive mbi përdorimin dhe funksionimin e sistemit të recetës elektronike.

Shtrirja e sistemit të recetës elektronike përgjatë vitit 2017 në çdo DRF dhe aktorët e përfshirë në këtë proces paraqiten në mënyrë me të detajuar në tabelën e mëposhtme:

Projekti i recetës elektronike kombëtare filloi implementimin njëkohësisht me sistemin e nënshkrimit elektronik për dhënësit e shërbimit shëndetësor. Sistemi i nënshkrimit elektronik për qytetarët dhe profesionistët e shëndetësisë për përdorimin e shërbimeve të shëndetësisë elektronike (PKI) mundëson firmosjen elektronike të recetave me rimbursim, duke eliminuar procesin e printimit nga ana e mjekëve dhe duke ulur kohën dhe kostot administrative.

Në kuadër të marrëveshjes së bashkëpunimit midis Agjensisë Kombëtare të Shqërisë së Informacionit dhe Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, me Nr. 122/1 Prot, datë 13.01.2017, për “Transferimin e objekteve të shërbimeve të çertifikimit nga AKSHI tek FONDI” është mundësuar pajisja e rreth 1100 mjekëve dhe rreth 400 farmacistë me USB që mbartin nënshkrim elektronik.

Nga sa me sipër bashkelidhur do të gjeni tabelën përmbledhëse të shtrirjes së eRx në vendin tonë për vitin 2017.

2017	DRF		QSH		Farmaci		Mjek		Farmacist	
			Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
	1	Tiranë	27	6.63	290	31.59	334	20.66	337	31.03
	2	Kamëz -Vorë	8	1.97	35	3.81	69	4.27	42	3.87
	3	Durrës	34	8.35	74	8.06	235	14.53	87	8.01
	4	Fier	28	6.88	57	6.21	104	6.43	75	6.91
	5	Shkodër	36	8.85	55	5.99	107	6.62	72	6.63
	6	Korçë	39	9.58	75	8.17	104	6.43	89	8.20
	7	Elbasan	53	13.02	84	9.15	157	9.71	90	8.29
Total 2017			225	55.28	670	72.98	1110	68.65	792	72.93

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 FSDKSH, 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

Përveç monitorimit të vazhdueshmëm nga Drejtoritë rajonale, degët dhe agjencitë e Fondit, nga Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik për vitin 2017, janë ushtruar kontrole në 295 subjekte që kanë lidhur kontratë me FOND-in si më poshtë :

- 42 Qendra Shëndetësore;
- 42 drejtorë të Qendrave Shëndetësore;
- 140 mjekë të përgjithshëm e të familjes, me kontratë me FSDKSH;
- 56 farmaci dhe agjenci farmaceutike të kontraktuara me FSDKSH;
- 15 depo importuese që kanë kontratë me FSDKSH;

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- zgjidhje kontrate për 5 subjekte farmaceutike;
- shpërblim dëmi ekonomik ndaj 172 subjekteve të kontraktuara me FONDI-in, në vlerën totale 9,880,125 lekë;
- masë administrative Gjobë për 23 subjekte të kontraktuara me FONDI-in, në vlerën totale 151,000 lekë;
- masë administrative kushte penale për 50 subjekte të kontraktuara me FONDI-in, në vlerën totale 4,990,000 lekë;

9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Gjatë vitit 2017, janë kontrolluar Qendrat Shëndetësore me kontrole të plota në rajonet: Vlorë, Fier, Tiranë, dhe një kontroll tematik në QSH Velçan Korçë. Janë kontrolluar gjithsej:

- 42 Qendrave Shëndetësore;
- 42 Drejtorë të Qendrave Shëndetësore;
- 140 Mjekë të Përgjithshëm e të Familjes.

Gjatë kontrolleve të ushtruara në Qendrat Shëndetësore janë konstatuar shkeljet si më poshtë:

- Shkelja e kufizimeve të listës së barnave të rimbursuara, protokollet e përdorimit të barnave dhe aktet e Fondit për miradministrimin e shpenzimeve të rimbursimit për mjekimin e të sëmurëve.
- Marrja e masave për kryerjen e kontrollit mjekësor bazë për të gjithë banorët e planifikuar të grupmoshës 35-70 vjeç duke bërë evidentimin e saktë të tyre nga regjistri elektronik.

Në përfundim të kontrolleve janë marrë këto masa:

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 3,809,250 lekë ndaj 117 Mjekëve të Përgjithshëm të Familjes;
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 25,000 lekë ndaj 6 Mjekëve të Përgjithshëm të Familjes;
- Masa administrative “Kusht penal” në vlerën totale prej 40,000 lekë respektivisht ndaj 5 drejtorëve të qendrave shëndetësore, Mjekë të Përgjithshëm e të Familjes.

9.3. Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

Gjatë vitit 2017, për një kontroll sa më efektiv të qarkullimit të barnave me rimbursim në subjektet farmaceutike janë ushtruar kontrole me objekt zbatimin e përgjegjësiave dhe detyrimeve kontraktuale të subjekteve farmaceutike me kontratë me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, në zbatim të skemës së sigurimeve të kujdesit të detyrueshëm shëndetësor.

Gjatë vitit 2017, ka ushtruar kontrole të plota me inventarizim, me objekt: “Zbatimin e përgjegjësiave dhe detyrimeve kontraktuale të subjekteve farmaceutike me kontratë me Fondin, në zbatim të skemës së sigurimeve të kujdesit të detyrueshëm shëndetësor”, në 56 subjekte farmaceutike me kontratë me Drejtoritë Rajonale të Fondit Berat, Fier, Elbasan, Vlorë, Kamëz-Vorë, Shkodër, Korçë, Dibër dhe Lushnjë.

Në përfundim të kontrolleve, DKPF ka konstatuar shkeljet si më poshtë:

- Tregtimi i barnave me rimbursim pa dokumentacionin e plotë ligjor, në kundërshtim me detyrimet kontraktuale me Fondin
- Diferenca në minuse të pajustificuara (gjendja fizike më e vogël se gjendja kontabël), në vlera nga **200.000 - 500.000** lekë, në **37** subjekte për të cilat janë marrë masa sipas penalteteve të caktuara në kontratën F/2016 më saktësisht.
- Diferenca në minus mbi **500,000** lekë, në 5 subjekte, për të cilat është marrë masa e zgjidhjes së kontratës sipas kushteve të përcaktuara në kontratat e lidhura midis palëve.
- Diferenca në plus deri në **150,000** lekë, (gjendja fizike më e madhe se gjendja kontabël) në 55 subjekte, për të cilat është marrë masa e detyrimit të shpërblimit të dëmit.
- Diferenca në plus mbi **150,000** lekë, (gjendja fizike më e madhe se gjendja kontabël) në 4 subjekte, për të cilat është marrë masa e zgjidhjes së kontratës sipas kushteve të përcaktuara në kontratat e lidhura midis palëve.
- Janë konstatuar mangësi në plotësimin e dokumentacionit sipas detyrimeve kontraktuale, kryesisht të librit të regjistrit të faturave të bazave grosiste, fatura të pa regjistruara brenda afateve të përcaktuara në kontratë për 17 subjekte.
- Janë konstatuar barna jashtë afatit të skadencës në 1 subjekt farmaceutik.

Në lidhje me shkeljet e sipërcituara, janë marrë masat si më poshtë:

- Është marrë masa e zgjidhjes së kontratës për *5 farmaci*.
- Janë vendosur gjoba në vlerën 126,000 lekë, ndaj 17 subjekteve farmaceutike .
- Është marrë masa “Detyrim shpërblim dëmi” ndaj 55 subjekteve farmaceutike në vlerën totale prej 6,070,875 lekë.
- Është marrë masa “Kusht penal” ndaj 38 subjekteve farmaceutike në vlerën totale prej 550,000 lekë.

Shuma e përgjithshme e dëmit ekonomik, kushteve penale, si dhe gjobave është 6,746,875 lekë.

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat e detajuara mbi kontrollet në subjektet farmaceutike sipas secilit rajon.

Nr.	Farmaci/Agjenci			Total	Numri i subjekteve të kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET			
	DRSKSH	Farmaci	Agjenci				Dëmi ekonomik	Kushtet penale	Gjoba	Zgjidhje Kontrate
1	Berat	39	6	45	6	Tematik+inventar	705,895	110,000	3,000	
2	Dibër	20	6	26	5	Tematik+inventar	1,465,226	5,000	39,000	4
3	Durrës	90	4	94						
4	Elbasan	74	15	89	10	Tematik+inventar	1,083,544	130,000	13,000	
5	Fier	57	3	60	6	Tematik+inventar	643,525	45,000	1,000	
6	Gjirokastrë	16	2	18						
7	Korçë	50	13	63	7	Tematik+inventar	606,687	50,000	10,000	
8	Kukës	12	2	14						
9	Lezhë	27	3	30						
10	Shkodër	51	7	58	7	Tematik+inventar	683,480	50,000	29,000	
11	Tiranë	291	6	297						
12	Kamëz Vorë	37	3	40	1	Tematik+inventar	62,456	10,000		
13	Vlorë	66	10	76	10	Tematik+inventar	730,156	130,000	1,000	
14	Lushnjë	39	8	47	4	Tematik+inventar	89,906	20,000	30,000	1
	T O T A L I	869	88	957	56		6,070,875	550,000	126,000	5

Për periudhën janar-dhjetor 2017, kontrollet në depot farmaceutike, kane qenë kryesisht tematike mbi disponibilitetin e barnave në tregun farmaceutik, si dhe për mungesën e tyre për një periudhë më shumë se një-mujore, si dhe është kryer një kontroll i plotë me inventar.

Jane kryer kontrole në 15 depo farmaceutike, si më poshtë:

- 14 depo importuese
- 1 depo shpërndarëse

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- Masë administrative si kusht penal në total ndaj 7 subjekteve, në total në vlerën 4,540,934.0 lekë, nga të cilat:
- Masë administrative kusht penal për diferencat në plus ndaj 1 subjekti në vlerën 140,933.8 lekë.
- Masë administrative kusht penal për deklarim jo të saktë në Fond ndaj 1 subjekti në vlerën 400,000 lekë.
- Masë administrative kusht penal për mungesë të barnave në treg ndaj 5 subjekteve në vlerën 3,000,000 lekë.
- Masë administrative kusht penal ndaj 1 subjekti në vlerën 1,000,000 lekë për shmangie të kontrollit.

9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Spitalet

Drejtoria e Kontrollit Spitalor Universitar, sipas drejtimeve dhe prioriteteve të përcaktuara në planin vjetor 2017 të miratuar janë kontrolluar spitale Terciare dhe Private që kanë lidhur kontratë me Fondin.

Për vitin 2017 janë planifikuar 12 kontrolle dhe janë realizuar 10 kontrolle.

Janë kryer gjithsej 13 kontrolle: nga këto 12 kontrolle të plota dhe 1 kontroll tematik.

Janë zbatuar të gjitha detyrat e lëna nga Auditi i Brendshëm i FSDKSH-së.

Janë ushtruar kontrolle tematike në shërbimin e Radiologjisë në QSUT.

Masa organizative të lëna në total janë 7 masa.

Gjatë vitit 2017 janë kryer 11 kontrolle të plota përkatësisht Spitalet Rajonale Lezhë, Vlore, Gjirokastrë, Fier, Shkoder, Kukes, Dibër, Korçe si dhe Spitalet Bashkiake Mirditë, Mat dhe Pogradec.

Gjithashtu gjatë vitit 2017 dy sektorët e kontrollit spitalor kane kryer 9 kontrolle mbi Baze Risku përkatësisht në Spitalet Bashkiake Has, Puke, Skrapar, Librazhd, Sarandë, Përmet, Gramsh, Kolonjë, Devoll. Në hartimin e programeve për këto kontrolle u përzgjedhen çështje me risk të mesëm dhe të lartë.

Për gjetjet nga kontrolli ekonomiko-financiar u konstatua dhe u rekomandua për arkëtim dëmi ekonomik në shumën 13.293.160 lekë

Për shkeljet e konstatuara në aktivitetin tekniko shëndetësor komanduan edhe 398 masa organizative për përmirësimin e punës nga të cilat 284 sektori ekonomiko financiar dhe 114 sektori tekniko shëndetësor.

Masa Zhdëmtuese në lekë 9.043.890

Dëm i shkaktuar fondeve të FSDKSH (sistemime)në lekë 4.249.270

Kushte Penale në lekë 101000

Masa disiplinore 44

Masa Administrative (Gjoba)/në lekë 1.525.000

Per shkeljet e konstatuara ne aktivitetin tekniko-shendetesor u dhane masat administrative (kushte penale) bazuar ne kontraten S/2017 ne shumen 101,000 leke.

Per shkeljet e konstatuara ne kontrollin ekonomiko financiar u dhane masat administrative gjoba ne shumen 1,216,000 leke.

Për shkeljet e konstatuara në prokurime dhe sipas kompetencave ligjore u dërguan në APP për marrjen e masave administrative ose disiplinore për Spitalin Rajonal Vlorë, Mirditë, Mat, Devoll, Kukës, Korçë, Dibër dhe APP vendosi masat administrative në shumën **300.000** lekë dhe **35** masa disiplinore,

10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDIT

10.1 Auditim i zyrave rajonale të Fondit

Misionet e auditimit të realizuara për shërbimin e sigurisë mbi bazë sistemi kanë qenë të kombinuara dhe tematike për verifikimin e zbatimit të rekomandimeve të lëna më parë. Ato janë kryer në struktura vartëse të Fondit dhe në Spitalin Rajonal Durrës i kontraktuar me Fondin. Struktura e programeve të auditimit për vitin 2017 paraqitet si më poshtë:

Nr.	Emërtimi	Nr.	Në %
1	Auditime të realizuara në strukturat e Fondit (Drejtoria e Përgjithshme, drejtoritë rajonale, degët)	21	95.4
2	Auditime të realizuara në subjektet e kontraktura me Fondin	1	4.6
3	Totali	22	100

Nr.	Emërtimi	Nr.	Në %
1	Auditime të kombinuara	17	77.2
2	Auditime mbi zbatimin e detyrave të lëna dhe me bazë risku	4	18.2
3.	Auditime me kërkesën e titullarit	1	4.6
	Totali	22	100

Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2017, për subjektet për të cilat janë evaduar materialet, Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka rekomanduar:

- 234 rekomandime për masa organizative.

- 150 rekomandime për masa disiplinore si më poshtë:
 - Këshillime 50 raste,
 - vërejtje 67 raste,
 - vërejtje me paralajmërim 5 raste,
 - kalim në një detyrë më të ulët 13 raste,
 - largim nga detyra 15 raste
- Disa rekomandime të tjera për masa zhdëmtuese dhe administrative që kapin vlerën rreth 2,003 mijë lekë.

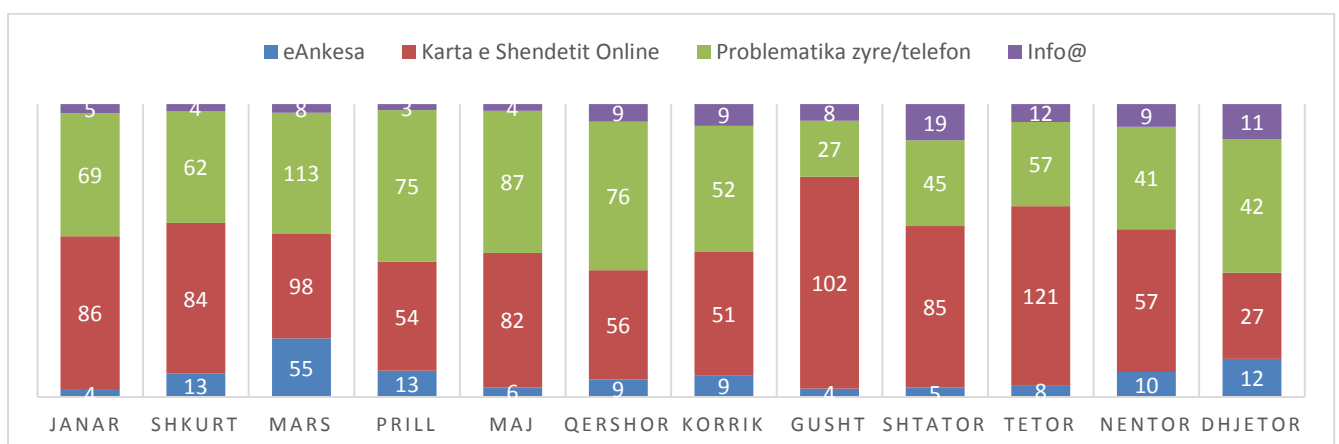
Rekomandimet e dhëna kanë të bëjnë me zbatimin me korrektësi të legjislacionit në fuqi.

11. KOMUNIKIMI DHE INFORMIMI I PUBLIKUT

FONDI konsideron komunikimin me publikun, si një hallkë të rëndësishme të punës së tij, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetin e institucionit, në përmbushje të nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore.

Zbatimi i ligjit të sigurimeve shëndetësore, pasqyrimi i përfitimeve që kanë qytetarët nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, aksesit në shërbimin shëndetësor, në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit për pacientët, informatizimizimi si një proces shumë i rëndësishëm në rritjen e transparencës së shërbimeve – kanë qenë në fokus të komunikimit tonë me publikun

Duke e parë informimin si një urë lidhëse midis Fondit dhe palëve të interesuara, gjatë 2017, jemi fokusuar në publikimin e çdo materiali informues në lidhje me shërbimet, detyrimet apo përfitimet që rrjedhin nga përfshirja në skemën e sigurimeve shëndetësore në faqen web të Fondit www.fsdks.com.al. Drejtoria e Marrëdhënieve me Publikun, përgjatë vitit 2017 ka administruar Zyrën e Informacionit dhe pritjes për qytetarët ku janë pritur dhe sqaruar rreth **1898** kërkesa për informacion dhe ankesa dhe është menaxhuar portali online E-ANKESA, për të qenë sa më afër publikut dhe për t'iu përgjigjur në kohë kërkesave për informacion, si edhe denoncimit të fenomeneve abuzive. Më poshtë tematikat të paraqitura grafikisht:



Gjithashtu në fokus të punës sonë ka qenë edhe ndjekja e zbatimit të programit të transparencës, në bazë të detyrave që burojnë nga Ligji nr.119/2014, “Për të drejtën e

informimit” duke trajtuar me përpikmëri dhe brenda afatëve të përcaktuara nga ligji të problematikave të ardhura nga Komisioneri i të drejtës për informim.

12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET

12.1. Bashkëpunimi ndërinstytucional

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 kuadër, 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.

Gjithashtu, në realizimin e veprimtarisë së tij institucionale, Fondi lidh marrëveshje ndërinstytucionale 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 kuadër të Marrëveshjes me **Republikën e Turqisë**, është realizuar një takim me homologët turq, në Korrik të vitit 2017, në të cilën u prezantuan skemat respektive për sigurimin shëndetësor. Marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 9066, datë 15.05.2003, “Për ratifikimin e Marrëveshjes midis Qeverisë së Republikës së Shqipërisë dhe Qeverisë së Republikës së Turqisë për Mbrojtjen Shoqërore”, si dhe më pas me Marrëveshjen e Përgjithshme Administrative. Me **Mbretërinë e Belgjikës**, Marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 35/2014, datë 03.04.2014, “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Mbretërisë së Belgjikës për Mbrojtjen Shoqërore”, si dhe më pas me Marrëveshjen Administrative. Me **Dukatin e Madh të Luksemburgut**, Marrëveshja është ratifikuar me Ligjin Nr. 42/2015, datë 16.4.2015, “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe Dukatit të Madh të Luksemburgut për Mbrojtjen Shoqërore”, si dhe më pas me Marrëveshjen Administrative. Me **Republikën e Maqedonisë**, Marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 123/2015 datë 12.11.2015, “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Maqedonisë për Mbrojtjen Shoqërore”, si dhe më pas me Marrëveshjen Administrative.

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, nëpërmjet ofrimit të shërbimeve online për dhënësit e shërbimeve, funksionimit të rregjistrave elektronikë për pacientët, me qëllim rritjen e eficiencës, transparencës dhe ofrimit të shërbimeve sa më afër qytetarëve;
- FONDI synon ofrimin e shërbimeve shëndetësore për të gjithë popullatën në përputhje me politikat e Qeverisë për të shkuar drejt mbulimit shëndetësor universal;

13.1 Prioritetet për vitin 2018

1. Shtrirjen e recetës elektronike në të gjithë vendin.
2. Rregullimi dhe përmirësimi i kuadrit ligjor dhe nënligjor mbi të cilin ushtron aktivitetin Fondi.
3. Zgjerimi i listës së barnave duke patur prioritet trajtimin e fëmijëve, të moshuarve dhe të sëmurëve akutë.
4. Përmirësimi i kriterëve për vendosjen e kufizimeve në Listën e Barnave të Rimbursueshme, me qëllim zgjerimin e përfitimeve për pacientët në nevojë.
Krijimin e një fondi të veçantë për fëmijët, të cilët nuk mund të trajtohen në spitalet brenda vendit, me qëllim trajtimin e tyre në klinika të specializuara jashtë vendit.

13.2 Prioritetet afatgjata

1. Realizimi i ndërveprimit institucional midis Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Fondit dhe Agjencisë së Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore, për vendosjen e bazës rregullatore për hartimin e listës së rimbursueshme të pajisjeve mjekësore;
2. Përmirësimi i mënyrës së pagesës së ofruesve të shërbimit, veçanërisht në shërbimin spitalor, me qëllimin pagesën e tyre duke u bazuar në cilësi dhe performancë, si dhe hartimi i *Diagnose Related Group* (DRG);
3. Përmirësimi i sistemeve të teknologjisë së informacionit (formulari online i vizitës tek mjeku, regjistri online i historikut të pacientit, etj).

