



FONDI  
I SIGURIMIT  
TË DETYRUESHËM  
TË KUJDESIT  
SHËNDETËSOR


# RAPORT VJETOR


# 2015

RAPORT VJETOR

2015

---

 Fondi i Sigurimit  
të Detyrueshëm të  
Kujdesit Shëndetësor  
Adresa: Rruga "Sami  
Frasheri", nr. 8, Tiranë

 Tel: +35542232815 |  
Fax: +35542274953

 [info@fsdksh.com.al](mailto:info@fsdksh.com.al)

 Fondi i Sigurimit  
të Detyrueshëm të  
Kujdesit Shëndetësor

 Fondi i Sigurimit  
të Detyrueshëm të  
Kujdesit Shëndetësor

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është i vetmi institucion publik, autonom, i cili menaxhon dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, duke synuar të sigurojë fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale tek popullata, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor.

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

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

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

# TABELA E PËRMBAJTJES

## PARATHËNIA

<b>1. Rreth Fondit.....</b>	<b>6</b>
1.1 Vizioni.....	6
1.2 Misioni.....	6
1.3 Baza ligjore.....	6
<b>2. Menaxhimi i Fondit.....</b>	<b>7</b>
2.1 Si drejtohet Fondi.....	7
2.2 Kompetencat e Këshillit Administrativ.....	7
2.3 Kompetencat e Drejtorit të Përgjithshëm.....	8
2.4 Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2015.....	9
<b>3. Zbatimi i skemës së sigurimeve shëndetësore.....</b>	<b>11</b>
3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore.....	11
3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri.....	12
3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve.....	12
3.4 Masa e kontributit.....	13
<b>4. Burimet financiare.....</b>	<b>15</b>
4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2015.....	15
4.2 Kontributi nga buxheti i shtetit.....	16
4.3 Kontributi nga sigurimet shëndetësore.....	16
4.4 Të ardhura të tjera.....	16
<b>5. Financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor.....</b>	<b>18</b>
5.1 Financimi i shërbimit shëndetësor parësor.....	18
5.2 Financimi i shërbimit spitalor.....	19
5.3 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme.....	20
<b>6. Shpenzime të tjera të Fondit.....</b>	<b>21</b>
6.1 Shpenzimet për investime.....	21
6.2 Shpenzimet administrative.....	21
6.3 Gjendja e likuiditeteve dhe fondi rezervë.....	21

<b>7.</b>	<b>Përfitimet e popullatës .....</b>	<b>22</b>
7.1	Kontrolli Mjekësor Bazë.....	22
7.2	Paketa e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor.....	23
7.3	Paketat e shërbimeve në Shërbimin Spitalor .....	25
7.4	Kostot spitalore.....	27
7.5	Lista e Barnave të Rimbursueshme .....	29
<b>8.</b>	<b>Zhvillimi i sistemit të informacionit .....</b>	<b>32</b>
8.1	Implementimi i Sistemit të recetës elektronike në rrethin e Durrësit.....	32
8.2	Implementimi i sistemit të Administrimit të Shpenzimeve Spitalore.....	32
8.3	Implementimi i sistemit për integrimin, konsolidimin, monitorimin e informacionit të sistemit të kujdesit shëndetësor dhe ndërtimi i indikatorëve dhe analizave” (BI).....	32
8.4	Përmirësimi i sistemit të aplikimit dhe gjenerimit të Kartes së Shëndetit.....	32
<b>9.</b>	<b>Monitorimi i kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore.....</b>	<b>33</b>
9.1	Monitorimi i zbatimit të kontratave .....	33
9.2	Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore.....	34
9.3	Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike.....	34
<b>10.</b>	<b>Përmirësimi i administrimit të Fondit.....</b>	<b>37</b>
10.1	Auditimi i zyrave rajonale të Fondit.....	37
<b>11.</b>	<b>Komunikimi dhe Informimi i Publikut.....</b>	<b>38</b>
<b>12.</b>	<b>Bashkëpunimi me institucionet .....</b>	<b>39</b>
12.1	Bashkëpunimi ndërinstitucional.....	39
12.2	Marrëveshjet ndërkombëtare.....	39
<b>13.</b>	<b>Qëllimet strategjike të Fondit.....</b>	<b>40</b>
13.1	Objektivat për vitin 2016.....	40

# 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 tek popullata, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, duke synuar mbulimin universal të popullatës. Fondi garanton përfitimet e sigurimeve shëndetësore për popullatën dhe qëndrueshmërinë e skemës së sigurimeve, e cila vepron në bazë të parimit të solidaritetit dhe barazisë.

## 1.3 Baza ligjore

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

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

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

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

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

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

## 2. MENAXHIMI I FONDIT

### 2.1. Si drejtohet Fondi

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

### 2.2. Kompetenca të Këshillit Administrativ:

- Zhvillon procedurën dhe vendos për zgjedhjen, emërimin apo shkarkimin e drejtorit të Përgjithshëm të Fondit;
- Cakton përbërjen e anëtarëve të komisioneve teknike për hartimin e paketave shëndetësore;
- Miraton projektin e paketave të shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik dhe i dërgon në Ministrinë e Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave;
- Cakton rregullat për funksionimin e komisioneve teknike, për kontraktimin dhe shpërblimin e anëtarëve të tyre, si dhe për kriteret e hartimit të paketave të shërbimeve;
- Miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat e dhënësve të shërbimit, duke synuar stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve privatë dhe publikë ndaj komunitetit;
- Miraton mënyrën e pagesës së dhënësve të shërbimit shëndetësor dhe të stafit të tyre në institucionet shëndetësore publike të kontraktuara;
- Miraton rregullat e hartimit të Regjistrit të Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore, si dhe të përfshirjes së subjekteve në të;
- Miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor të paraqitur nga Drejtori i Përgjithshëm;
- Miraton projektbuxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tri vitet e ardhshme;
- Miraton nivelet e pagave të punonjësve të Fondit, si dhe kriteret për kontraktimin dhe shpërblimin e ekspertëve të jashtëm që kontribuojnë për Fondin;
- Miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit dhe përcakton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit;



- Aprovon projekt-statutin e Fondit, rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon Ministrit të Shëndetësisë për t'i miratuar në Këshillin e Ministrave;
- Miraton rregullat dhe procedurën e funksionimit të Komitetit të Shqyrtimit Administrativ të Fondit, të propozuara nga Drejtori i Përgjithshëm. Miraton propozimin e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për anëtarësimin në organizma ndërkombëtarë në fushën e sigurimeve shëndetësore;
- Miraton rregullat dhe procedurat e zbatimit të paketave të shërbimit nga dhënësit e kontraktuar;
- Miraton kriteret e përfitimit të shërbimit të paketave, në mënyrë përjashtimore kur vërtetohet se rrezikohet shëndeti i pacientit, si dhe rastet e këtyre përfitimeve;
- Miraton rastet e rimbursimit të personave të siguruar, si dhe rregullat e procedurat e rimbursimit të personave të siguruar, që marrin shërbime nga dhënësit e shërbimit shëndetësor brenda vendit, që nuk kanë kontratë me Fondin, vetëm në mungesë të dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore;

### 2.3. Kompetenca të Drejtorit të Përgjithshëm

- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ, projektstatutin, rregulloret ekonomike, financiare, procedurale, të auditimit dhe të kontrollit, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;
- Drejton veprimtarinë e Fondit në përputhje me statutin, rregulloret dhe vendimet e miratuara nga Këshilli Administrativ;
- Miraton strukturën e brendshme, përshkrimet e punës së Drejtorisë së Përgjithshme dhe të zyrave vendore, si dhe rregulloret e organizimit dhe funksionimit të përgjithshëm të Fondit;
- Emëron e shkarkon nëndrejtorët e Përgjithshëm të Fondit; personelin e Drejtorisë së Përgjithshme, drejtuesit e drejtorive rajonale, agjencive;
- Propozon në Këshillin Administrativ politikat e zhvillimit të skemës së sigurimeve shëndetësore;
- Përfaqëson Fondin në marrëdhëniet juridike me të tretët, mediat, si dhe në komunikimin me personat e siguruar dhe dhënësit e shërbimit shëndetësor;
- Mund të ngrejë komisione ose komitete "ad hoc" për ta ndihmuar në kryerjen e funksioneve të tij;
- Përgatit raport vjetor në lidhje me financën, administrimin, kontraktimin, paketën e shërbimeve shëndetësore dhe popullsinë, mbuluar nga siguri shëndetësor i detyrueshëm, të cilin e paraqet në Këshillin Administrativ;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloren, si dhe kushtet dhe përmbajtjen e kontratave të sigurimit shëndetësor vullnetar;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregulloret mbi procedurat e verifikimit dhe të kontrollit të kërkesave për pagesë;
- Propozon për miratim në Këshillin Administrativ rregullat dhe procedurën e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ në zyrën qendrore ose vendore;

- Këshillohet me specialistë të jashtëm për çështje që kanë të bëjnë me njohuri të veçanta;
- Lidh marrëveshje ndërinstitucionale për shkëmbimin në mënyrë të vazhdueshme të informacionit të nevojshëm për veprimtarinë e Fondit me entet private dhe publike;
- Lidh marrëveshje me institucione të huaja ose organizata joqeveritare në fushën e sigurimeve shëndetësore, sipas dispozitave ligjore në fuqi;

## 2.4. Vendimet kryesore të Këshillit Administrativ gjatë vitit 2015.

Ndër vendimet më kryesore me karakter normativ të Këshillit Administrativ për vitin 2015 përmendim:

- VKA nr. 1, datë 20.01.2015, "Për pagesën e paketave të shërbimeve të miratuara me vendimin e Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike";
- VKA nr. 2, datë 20.01.2015, "Për miratimin e kriterëve mbi kontraktimin dhe shpërblimin e ekspertëve të jashtëm të kontraktuar nga Fondi";
- VKA nr. 3, datë 20.01.2015, "Për miratimin e rregullave të hartimit të Regjistrit të Dhënësve të Përzgjedhur të shërbimeve shëndetësore dhe të përfshirjes së subjekteve në të";
- VKA nr. 10, datë 24.02.2015, "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";
- VKA nr. 12, datë 24.02.2015, "Për një shtesë në Rregulloren nr. 3, datë 22.10.2014, 'Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor";
- VKA nr. 14, datë 18.05.2015, "Për miratimin e llogarisë vjetore të FSDKSH për vitin 2014";
- VKA nr. 15, datë 18.05.2015, "Për mbulimin e shpenzimeve të Qendrave Shëndetësore që do të përballojnë shërbimin shëndetësor të pandërprerë gjatë sezonit turistik";
- VKA nr. 17, datë 18.05.2015, "Për krijimin e Komisionit Teknik të hartimit të paketës së shërbimit të çregullimeve të spektrit autik";
- VKA nr. 18, datë 18.05.2015, "Për hapjen e Drejtorisë Rajonale të FSDKSH Kamëz-Vorë dhe riorganizimin e veprimtarisë së Fondit në qarkun e Tiranës";
- VKA nr. 19, datë 18.05.2015, "Për miratimin e kontratave tip "Për të drejtën e rekomandimit" midis Fondit dhe mjekut të QKSHM për vitin 2015";
- VKA nr. 20, datë 18.05.2015, "Për miratimin e punësimit të përkohshëm të punonjësve në Drejtorinë Rajonale të Fondit Durrës, gjatë periudhës së implementimit të sistemit pilot të recetës elektronike";
- VKA nr. 21, datë 18.05.2015, "Për një shtesë në vendimin nr. 88, datë 09.07.2014, të Këshillit Administrativ, 'Për rregullat, kriteret dhe mënyrën e organizimit të Regjistrit Kombëtar të Paketave të financuara nga Fondi";
- VKA nr. 27, datë 18.05.2015, "Për miratimin e udhëzimit 'Për procedurat e pagesës së shoqërisë 3 P LIFE LOGISTIK SHPK, lidhur me shërbimet për ofrimin e paketës së kontrollit mjekësor bazë";

- VKA nr. 28, datë 18.05.2015, "Për një ndryshim në VKA nr. 115, datë 17.12.2014, 'Për kriteret që duhet të plotësojnë Farmacitë dhe Agjencitë Farmaceutike për lidhjen e kontratës me Fondin, dhe procedurat për lidhjen e kontratave për vitin 2015";
- VKA nr. 31, datë 24.07.2015, "Për miratimin e rregullore 'Për procedurat e pranimit, verifikimit dhe pagesës së recetave me rimbursim në Drejtoritë Rajonale të Fondit";
- VKA nr. 32, datë 24.07.2015, "Për disa ndryshime në kontratat tip midis Fondit, Farmacive dhe Agjencie Farmaceutike, Importuesve dhe Shpërndarësve Farmaceutik për vitin 2015";
- VKA nr. 33, datë 24.07.2015, "Për një ndryshim në rregulloren financiare nr. 5, datë 17.12.2014 të Fondit, miratuar me VKA nr. 121, datë 17.12.2014";
- VKA nr. 40, datë 28.08.2015, "Për propozimin e një ndryshimi në Ligjin nr. 10383, datë 24.02.2011, 'Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në RSH', i ndryshuar";
- VKA nr. 41, datë 28.08.2015, "Për miratimin e programit buxhetor afatmesëm 2016-2018 të FSDKSH";
- VKA nr. 47, datë 02.12.2015, "Për miratimin e kontratave tip midis FSDKSH dhe Qendrës Shëndetësore, Qendrës Shëndetësore të Specialiteteve, Qendrës Shëndetësore SOB, Mjek Ryder dhe Mjek QKSHM për vitin 2016";
- VKA nr. 48, datë 02.12.2015, "Për miratimin e kontratave S/2016";
- VKA nr. 49, datë 02.12.2015, "Për shtyrjen e afatit të vlefshmërisë së kontratave të lidhura midis Fondit dhe subjekteve farmaceutike";
- VKA nr. 50, datë 02.12.2015, "Për shpërndarje të marzhit të fitimit të paketave të shërbimeve të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike";
- VKA nr. 58, datë 02.12.2015, "Për krijimin e Komisionit Teknik të barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve mjekësore për vitin 2016";
- VKA nr. 61, datë 22.12.2015, "Për shpërblimin e punonjësve të Qendrave Shëndetësore bazuar në realizimin e treguesve të aktivitetit të tyre";
- VKA nr. 62, datë 22.12.2015, "Për miratimin e buxhetit të FSDKSH për vitin 2016";
- VKA nr. 70, datë 22.12.2015, "Për miratimin e kontratave tip midis Fondit dhe Farmacive, Agjencie Farmaceutike, Importuesve e Shpërndarësve Farmaceutikë, si dhe kontratave trepalëshe ndërmjet Fondit-QSUT-Importuesve Farmaceutikë, Fondit-Spital Rajonal-Importuesve Farmaceutikë, si dhe Fondit-Institucioni i Ekzekutimeve të Vendimeve Penale-Importuesve/Shpërndarësve Farmaceutikë për vitin 2016";
- VKA nr. 71, datë 22.12.2015, "Për kriteret që duhet të plotësojnë Farmacitë dhe Agjencitë Farmaceutike për lidhjen e kontratës me Fondin, dhe procedurat për lidhjen e kontratave për vitin 2016";
- VKA nr. 72, datë 22.12.2015, "Për kriteret që duhet të plotësojnë Importuesit/Shpërndarësit Farmaceutik për lidhjen e kontratës me Fondin dhe procedurat për lidhjen e kontratave për vitin 2016";
- VKA nr. 74, datë 29.12.2015, "Për emërimin e Drejtorit të Përgjithshëm të FSDKSH-së".

## 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 evoluoi 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 i dhënë kështu skemës qasjen solidare.

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

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

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

Skema e sigurimeve shëndetësore mbulon:

- Shërbimin parësor (përveç qendrave komunitare);
- Shërbimin spitalor (përveç spitaleve psikiatrike);
- Listën e barnave të rimbursueshme.

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

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

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor financon paketat e shërbimeve shëndetësore në shërbimin spitalor të miratuara nga Këshilli i Ministrave, fillimisht në institucione shëndetësore publike. Për rastet, që janë përtej kapaciteteve mjekësore të institucioneve shëndetësore publike, Fondi lidh kontrata dhe financon shërbimet e paketave në institucione shëndetësore private. Çmimi i paketave të shërbimeve shëndetësore financohet nga Fondi në masë të njëjtë, si në institucionet shëndetësore publike, ashtu dhe në ato private. Personat e siguruar që përfitojnë nga këto paketa janë të përjashtuar nga bashkëpagesa. Paketat e mbuluara edhe në spitalet private të kontraktuara janë paketa e shërbimit të dializës, të shërbimit të kardiologjisë, kardiokirurgjisë, transplantit renal dhe të implantit koklear.

### 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. Këshilli i Ministrave ka përcaktuar kategoritë e të siguruarve, që janë të përjashtuar nga pagesat e drejtpërdrejta, si më poshtë:

- Fëmijët 0 - 18 vjeç;
- Invalidët e plotë, përfshirë edhe invalidët paraplegjikë, tetraplegjikë dhe të verbrit e plotë;
- Invalidët e luftës;
- Veteranët;
- Personat që gëzojnë statusin e ish-të dënuarve dhe të përndjekurve politikë;
- Jetimët;

të cilët përfitojnë, pa bashkëpagesë, barnat e listës së barnave të rimbursueshme, paketat e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor dhe të kujdesit spitalor, që mbulohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor

Sipas përcaktimit të bërë nga Këshilli i Ministrave, kategoritë e mëposhtme përfitojnë pa bashkëpagesë alternativat e para të barnave të listës së barnave të rimbursueshme:

- Pensionistët;
- Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim;
- Azilkërkuesit;
- Viktimat e trafikimit;

Nga ana e Fondit është propozuar dhe ka filluar procedura për përfshirjen në grupet e mësipërme edhe të kategorive të personave me aftësi të kufizuar dhe për pacientë me diagnoza të veçanta.

### 3.4. Masa e kontributit

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

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

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

Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50% nga punëdhënësi dhe në masën 50% nga i punësuar. Si bazë për llogaritjen e kontributit shërben paga bruto e personit të siguruar. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:

- Personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;
- Personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;
- Personat e regjistruar si të papunë - punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;

- Shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- Fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- Nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
- Kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.

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

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

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

## 4. BURIMET FINANCIARE

### 4.1. Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2015

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

Buxheti i FONDIT në total, përfshirë buxhetin e shërbimit spitalor, për vitin 2015, ishte 34 814 milionë lekë, ku të ardhurat e shpenzimet ishin të balancuara.

Sipas bilancit vjetor, të ardhurat në total janë realizuar 34 769 milionë lekë, ose 99.9% e programimit.

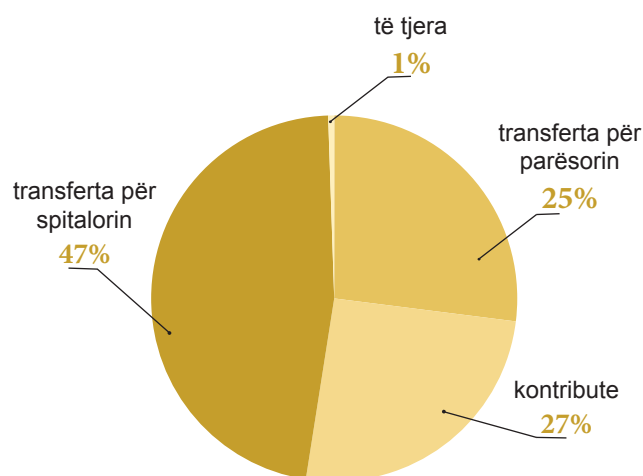
Në krahasim me vitin 2014, të ardhurat faktike në total janë 107.3 %.

Realizimi i të ardhurave sipas zërave është:

Në milionë lekë

TË ARDHURAT	Plani vjetor 2015	Fakt progresiv 2015	Realizimi %	Pesha specifike %
Kontributi i sigurimeve shëndetësore	9 040	9 391	103.9 %	27 %
Transferta e buxhetit të shtetit për parësorin	8 859	8 859	100 %	25.5 %
Transferta e buxhetit të shtetit për spitalorin	16 754	16 334	97.5 %	47 %
Të ardhura të tjera	161	185	114.9 %	0.5 %
<b>TOTALI</b>	<b>34 814</b>	<b>34 769</b>	<b>99.9 %</b>	<b>100 %</b>

### Pesha specifike e të ardhurave 2015





#### 4.2 Kontributi nga buxheti i shtetit

Kontribuesi më i madh i skemës është shteti, pasi 72.5% të të ardhurave, vijnë nga buxheti i shtetit.

Transferta nga buxheti i shtetit për Shërbimin Parësor zë 25.5 % të totalit të të ardhurave të FOND-it të realizuara në fakt për vitin 2015. Për vitin 2015, janë arkëtuar nga ky burim 8 859 milionë lekë.

Transferta nga buxheti i shtetit për Shërbimin Spitalor zë 47 % të totalit të të ardhurave të FOND-it, të realizuara në fakt për vitin 2015.

Buxheti për shërbimin spitalor për vitin 2015, u miratua me VKM nr. 932, datë 29.12.2014 "Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2015"

Për periudhën 12 mujore 2015, spitalet kanë tërhequr nga transfertat e planifikuara nëpërmjet thesarit për financimin e spitaleve rajonale dhe bashkiake shumën 15 278 milionë lekë.

FONDI ka tërhequr në 1 055 milionë lekë për financimin e paketave shëndetësore spitalore dhe për mbulimin e shpenzimeve për trajtimet e veçanta spitalore rast pas rasti sipas vendimeve të Këshillit të Ministrave.

#### 4.3 Kontributi nga sigurimet shëndetësore

Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore janë realizuar 103.9% dhe përbëjnë 27% të totalit të të ardhurave të FOND-it të realizuara për vitin 2015. Vlera e tyre arriti 9 391 milionë lekë, nga të cilat 9 299 milionë lekë të ardhura të arkëtuara nga organet tatimore, 87.8 milionë lekë nga organet e sigurimeve shoqërore dhe 3.2 milionë lekë janë arkëtuar nga sigurimet vullnetare. Realizimi i këtyre të ardhurave për vitin 2015 është në masën 103.9%.

Përsa i përket të ardhurave nga kontributet shëndetësore të fermerëve, të cilat arkëtohen nga organet e sigurimeve shoqërore në rrethe e rajone, ato janë realizuar rreth 63.3 % nga 142 % që janë realizuar një vit më parë (gjatë vitit 2014 rezultuan kontribute të konsiderueshme të sigurimeve shëndetësore nga fermerët, për arsye të ndryshimeve ligjore në fund të vitit, që nxitën fermerët për të paguar kontribute të viteve të mëparshme).

Nga ky zë, janë transferuar në llogaritë e FONDIT-it 131 milionë lekë, nga 138 milionë lekë të programuara.

#### 4.4 Të ardhura të tjera

Të ardhurat e tjera të skemës, përbëjnë 0.5 % të totalit të të ardhurave të FONDIT për vitin 2015. Janë arkëtuar gjithsej 185 milionë lekë, nga 161 milionë lekë të programuara, ose 24 milionë lekë më shumë se programimi.

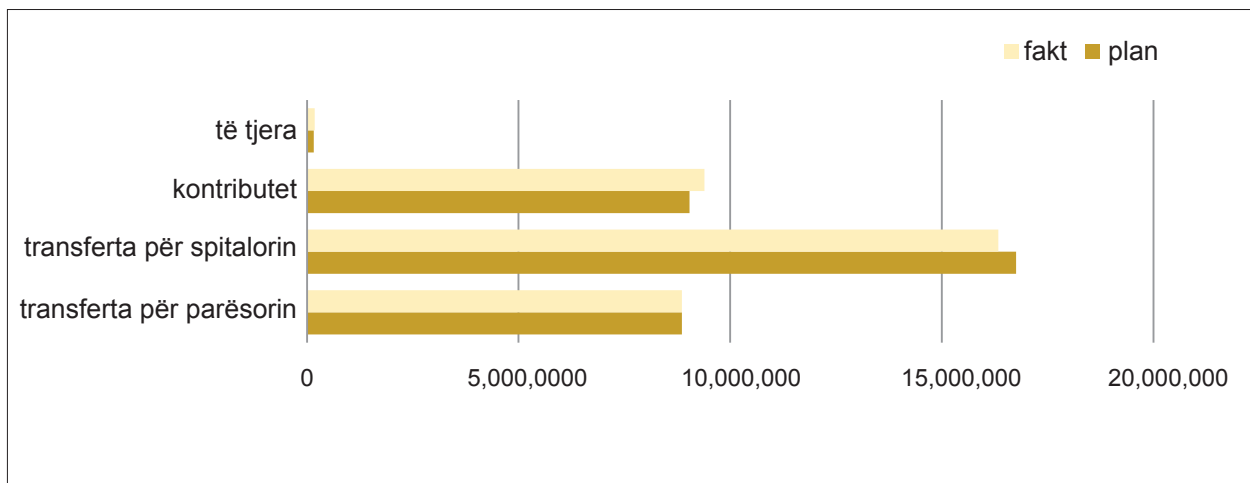
Nga analiza rezulton se :

- 26 % e këtyre të ardhurave ose 49 milionë lekë, janë realizuar nga bashkëpagesa;
- 40 % ose 74 milionë lekë nga arkëtimet e dëmeve ekonomike dhe kushteve penale të vendosura

nga strukturat e kontrollit të FOND-it në subjektet me kontratë (subjekte farmaceutike, mjekë të qendrave shëndetësore);

- 32 % ose 59 milionë lekë nga interesat bankare;
- 2 % ose 3 milionë lekë nga të ardhura të tjera;

### Realizimi i të ardhurave sipas zërave 2015



## 5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

FOND-i ka financuar gjatë vitit 2015 shërbimin shëndetësor parësor, atë spitalor, rimbursimin e barnave etj, me një vlerë totale prej 32 142 milionë lekë, ose 95.3 % e programimit. Financimi i shërbimit spitalor u realizua në masën 98%, financimi i shërbimit të kujdesit parësor u realizua në masën 91.1% dhe rimbursimi i barnave u realizua 93%. Në buxhetin total, përfshihen dhe shpenzimet administrative, investimet etj. Financimi për shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe shpenzime të tjera është arritur gjatë vitit 2015 në vlerën 33 076 milionë lekë, ose realizuar 95%.

<b>Financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor</b>	<b>milionë lekë</b>
Financimi i shërbimit shëndetësor parësor	6 778
Financimi i shërbimit spitalor	17 254
Financimi i listës së barnave të rimbursueshme	8 110
<b>TOTALI</b>	<b>32 142</b>

### 5.1. Financimi i shërbimit shëndetësor parësor

Financimi i shërbimit shëndetësor parësor ka qenë i qëndrueshëm gjatë vitit 2015. Qendrat Shëndetësore janë financuar në vlerën 6 778 milionë lekë, ose 91.1% e programimit vjetor. Nga totali i financimit 6 186 milionë lekë janë shpenzuar për financimin e Qendrave Shëndetësore dhe 592 milionë lekë për likuidimin e faturave të shërbimit të kontrollit bazë shëndetësor të popullsisë nga 40 - 65 vjeç.

Financimi i qendrave shëndetësore bëhet nga drejtoritë rajonale me këste të barabarta mujore, 1/12 e programimit vjetor. Për financimin e tyre janë shpenzuar 93% e programimit vjetor. Në mosrealizimin e shpenzimeve ka ndikuar ulja e financimit për arsye të gjendjes së mjeteve monetare që kishin në llogaritë bankare qendrat shëndetësore në fillim të vitit buxhetor 2015.

Është arritur financimi i shërbimit 24 orësh të 23 qendrave shëndetësore të shërbimit parësor gjatë sezonit veror. U kontraktua personel shtesë nga qendrat shëndetësore, si dhe u financua paketa përkatëse e barnave dhe materialeve të mjekimit. Për realizimin e një objekti të tillë u përgatit edhe vendimi përkatës i Këshillit Administrativ, i cili përcaktonte edhe mënyrën e financimit të qendrave dhe pagesës së personelit shtesë të kontraktuar për këtë qëllim.

Në funksion të mbulimit shëndetësor të popullatës në kujdesin parësor u hapën 4 pika të reja të përhershme shëndetësore në Tiranë.

Gjatë vitit 2015 është financuar paketa e barnave dhe materialeve të mjekimit për 92 qendra shëndetësore të shërbimit parësor që bllokohen gjatë sezonit dimëror.

Një nga projektet më të rëndësishme të Fondit, për vitin që lamë pas, i cili është i lidhur ngushtësisht me programin e qeverisë në fushën e shëndetësisë është programi i kontrollit bazë për grupmoshat 40 deri 65 vjeç, i njohur gjerësisht

tashmë si "Check Up". Falë këtij projekti rreth 917 mijë persona në të gjithë vendin kanë të drejtë të përfitojnë kontroll pa pagesë, duke u paraqitur tek mjeku i familjes pranë qendrave shëndetësore, në muajin e lindjes së tyre.

Në funksion të tyre, u angazhua stafi mjekësor e infermieror i qendrave shëndetësore. Përvec kësaj, përmes partneritetit publik privat, janë ngritur dhe kanë funksionuar 380 kabinete të kontrollit mjekësor bazë. Për 60 Qendra Shëndetësore me infrastrukturë të vështirë, shërbimi i kontrollit bazë është realizuar me kabinete të lëvizshme. Në total për periudhën mars - dhjetor 2015 është bërë e mundur që të kryejnë "Kontrollin Bazë" 244 420 persona.

Shpenzimet për shërbimin e kontrollit bazë shëndetësor të popullsisë nga 40 - 65 vjeç, janë realizuar në masën 85% e programimit vjetor. Në realizimin në këto shifra ka ndikuar fillimi i procesit, vetëm në fund të muajit mars.

## 5.2. Financimi i shërbimit spitalor

Financimi kryesor për kujdesin shëndetësor, shkon për shërbimin spitalor, i cili financohet nëpërmjet Degës së Thesarit në Ministrinë e Financave.

Buxheti i programuar për shërbimin spitalor nga ana e Fondit është përdorur për:

- Financimin e spitaleve rajonale, bashkiake dhe universitare;
- Pagesat e paketave të shërbimeve spitalore të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga institucionet spitalore publike e jopublike;
- Pagesat për kujdes shëndetësor në institucione jopublike, brenda e jashtë vendit, sipas miratimit, rast pas rasti, me vendim të Këshillit të Ministrave;

Në fund të vitit 2015 situata financiare në lidhje me realizimin e shpenzimeve krahasuar me programimin vjetor, paraqitet si më poshtë:

Për periudhën 12 mujore 2015 spitalet universitare rajonale, bashkiake dhe universitare janë financuar nëpërmjet thesarit për shumën 15 279 milionë lekë, ose 99% të fondeve në dispozicion (çelur në llogaritë e thesarit).

Vihet re se nga spitalet rajonale dhe bashkiake është respektuar plani i shpenzimeve sipas zërave të financimit.

Në milionë lekë

Financimi i shërbimit spitalor	Programimi	Fakti	Realizimi %
1. Shpenzimet nga spitalet rajonale dhe bashkiake,	15,508	15,279	99 %
- për paga	6,973	6,861	98 %
- për sigurime shoqërore-shëndetësore	1,156	1,134	98.1 %
- për mallra e shërbime	7,379	7,284	98.7 %
2. Shpenzime për Spitalin Rajonal Durrës	826	826	100 %
3. FSDKSH për trajtime të veçanta spitalore	70	57	81 %
4. FSDKSH për paketat e shërbimeve spitalore të ofruara nga institucionet private	1,176	1,092	101 %
<b>TOTALI</b>	<b>17,580</b>	<b>17,254</b>	<b>98 %</b>

FONDI ka përdorur shumën 57 milionë lekë, nga 70 milionë lekë të programuar për mbulimin e trajtimeve të veçanta spitalore vetëm për rastet e miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave.

Shpenzimet për trajtime të veçanta spitalore janë realizuar në masën 81 % e programimit. Në këtë realizim kanë ndikuar numri i rasteve miratuar nga Këshilli i Ministrave dhe sa prej tyre të miratuara kanë paraqitur dokumentacionin e plotë justifikues të shpenzimeve të kryera.

Gjatë vitit 2015 janë financuar nga FONDI paketat shëndetësore spitalore të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara si në spitalet publike, ashtu dhe në ato jopublike. Për paketat e ofruara nga institucionet jopublike shëndetësore janë shpenzuar 1 092 milionë lekë, kjo sipas dokumentacionit të paraqitur dhe të pranuar nga institucionet jopublike shëndetësore të kontraktuara.

Spitali i Durrësit ka një tjetër formë financimi, jo nëpërmjet degës së thesarit, por drejtpërdrejt nëpërmjet transfertave në llogaritë bankare që ky institucion ka në bankat e nivelit të dytë. Për vitin buxhetor 2015, Spitali Rajonal Durrës është financuar për 826 milionë lekë, sipas programimit.

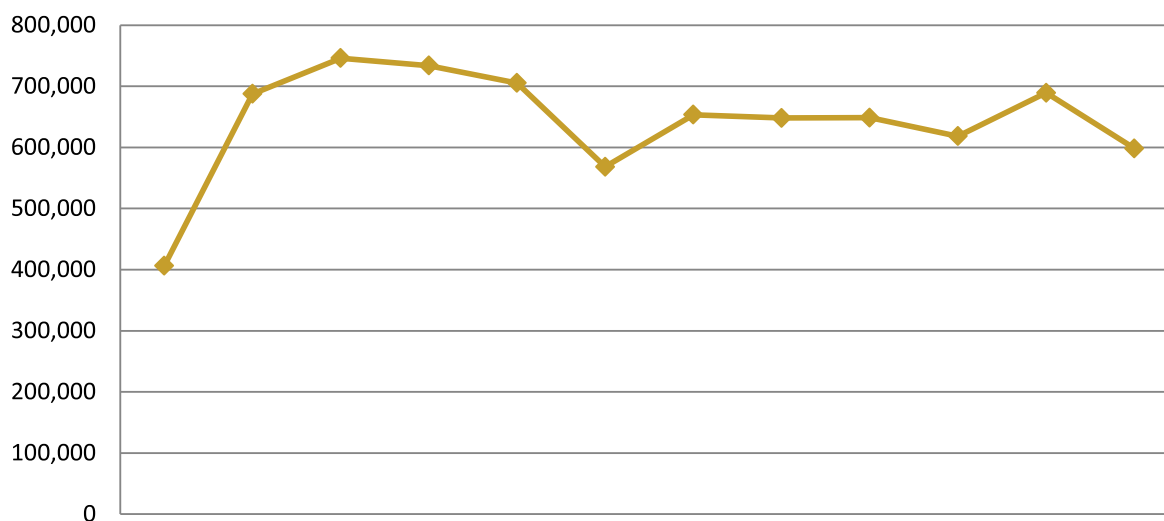
### 5.3. Financimi i listës së barnave të rimbursueshme

Për periudhën 12 mujore në total janë likuiduar listëtregues në vlerën 7 703 milionë lekë, ose 88.5 % e programimit. Ndërkohë, shpenzimet e konstatuara të rimbursimit arrijnë 8 110 milionë lekë, ose 93.1% e programimit.

Ecuria mujore e likuidimit të rimbursimit është:

janar	shkurt	mars	prill	maj	qershor	korrik	gusht	shtator	tetor	nëntor	dhjetor	viti 2015
406 347	687 426	745 870	733 676	705 315	568 246	653 364	647 976	648 585	618 222	689 333	598 157	7 702 517

Realizimi i likuidimit të rimbursimit sipas muajve



## 6. SHPENZIME TË TJERA TË FONDIT

### 6.1. Shpenzimet për investime

Gjatë 12 mujorit 2015, investimet në total janë realizuar në masën 174 milionë lekë, ose 65.5 % e programimit.

Gjatë vitit 2015 u investua në infrastrukturë, programime e pajisje informatike për realizimin e projekteve. Vlen të përmendet blerja e zyrave të reja në drejtorinë rajonale Fier, në funksion të përmirësimit të kushteve të punës të punonjësve, si dhe ofrimit të një shërbimi sa më cilësor ndaj qytetarëve. Gjatë vitit 2015, u vu në jetë projekti pilot i përdorimit të recetës elektronike në qarkun e Durrësit ku bëjnë pjesë 18 qendra shëndetësore dhe kanë akses 130 mjekë të përgjithshëm të familjes dhe 75 subjekte farmaceutike. Ky sistem mundëson komunikimin online me Regjistrin Themeltar të Gjendjes Civile, Regjistrin e Barnave të regjistruara, si dhe Regjistrin e banorëve të pajisur me karta shëndeti.

### 6.2. Shpenzimet administrative

Shpenzimet administrative të FONDIT-it janë në vlerën 760 milionë lekë, ose në masën 92.7% e programimit.

Në këtë shifër përfshihen shpenzimet për paga, sigurime, mallra dhe shërbime të njëjësive shpenzuese të Fondit.

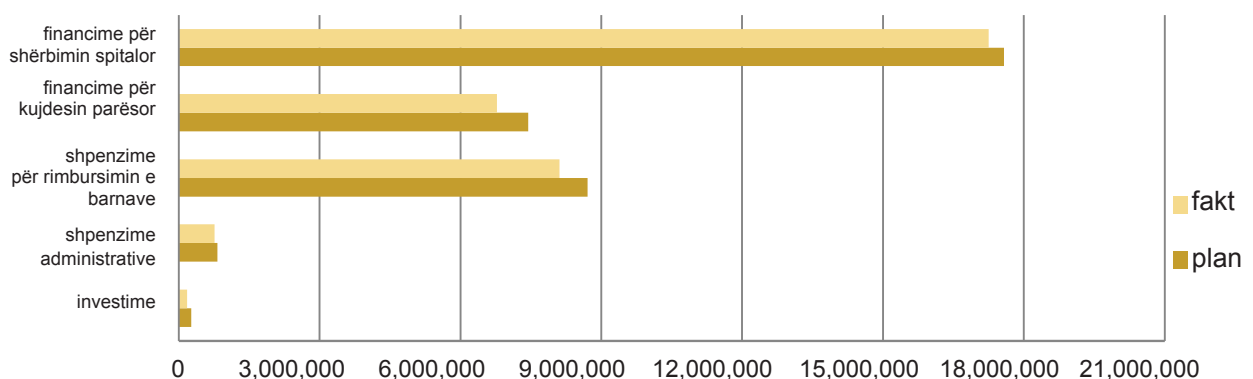
- Shpenzime për mallra e shërbime janë në masën 147 milionë lekë. Në strukturën e realizimit të shpenzimeve peshën specifike më të lartë e zënë shpenzimet për shërbime nga të tretët (elektricitet, ujë, pastrim gjelbërim, printime, etj), shpenzimet për udhëtime e dieta, mirëmbajtje të aktiveve, etj.

### 6.3. Gjendja e likuiditeteve dhe fondi rezervë

Në datën 31.12.2015, gjendja e likuiditeteve ishte 5 735 milionë lekë, nga e cila fondi rezervë i miratuar 3 501 milionë lekë.

Krahasuar me fillim vitin, gjendja e mjeteve monetare në fund të vitit 2015 është rritur me +36.2 %, ose në shumën +1 524 milionë lekë.

#### Realizimi i shpenzimeve sipas zërave



## 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. Fondi i sigurimit të detyrueshëm financohet nga paketat e shërbimeve ku përfshihen:

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

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

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

### 7.1. Kontrolli Mjekësor Bazë

Për vitin 2015 Kontrolli Mjekësor Bazë është shtrirë në të gjithë territorin e vendit. Për gjatë gjithë vitit është monitoruar trajtimi i personelit shëndetësor që do të realizojë kontrollin mjekësor bazë për grupmoshat 40-65 vjeç, ngritja e kabineteve të check-up në të gjithë vendin, si dhe fillimi dhe realizimi i procesit të Kontrollit Mjekësor Bazë.

Inspektimi dhe monitorimi i aktivitetit të Kontrollit Mjekësor Bazë për vitin 2015 në të gjithë rajonet e vendit ka konsistuar në:

- Funksionimi i aparaturave të instaluar dhe pajisja me materialet konsumable në kabinetet e check-up;
- Procedurat e kontrollit dhe plotësimit të dokumentacionit individual të intervistimit, marrjes së gjakut me vakum, kryerjes së EKG, ruajtjes së kontejnerëve dhe dokumentimi i dorëzimit të epruvetave me mostrat e marra;
- Përgatitja e përgjigjes nga MPF, përcaktimi i shkallës së riskut, referimi tek mjeku specialist;
- Numrin mesatar të kontrolleve check-up për çdo kabinet;

Në vitin 2015 janë ngritur dhe kanë funksionuar 380 kabinete të kontrollit mjekësor bazë. Për 60 Qendra Shëndetësore me infrastrukturë të vështirë shërbimi i check-up është planifikuar të kryhet me kabinete mobile. Numri përgjithshëm i kontrolleve të realizuara në vitin 2015 është 244,420 kontrolle.

Nr.	DRFSDKSH	Kontroll e check-up për vitin 2015	Plani vjetor	Planifikimi Prill-Dhjetor 2015	% e numrit të kontrolleve me numrin e planifikuar
1	Berat	11,737	26,857	20,143	58.27
2	Dibër	8,860	20,553	15,415	57.48
3	Durrës	33,946	55,811	41,858	81.10
4	Elbasan	28,264	49,112	36,834	76.73
5	Fier	28,496	57,740	43,305	65.80
6	Gjirokastrë	10,163	13,987	10,490	96.88
7	Korçë	17,946	40,033	30,025	57.77
8	Kukës	2,772	8,217	6,163	44.98
9	Tropojë	1,050	3,092	2,319	45.28
10	Lezhë	9,041	21,358	16,018	56.44
11	Shkodër	17,885	36,233	27,175	65.81
12	Tiranë	61,960	109,837	82,378	75.21
13	Vlorë	9,062	23,360	17,520	51.72
14	Sarandë	3,238	8,810	6,607	49.01
	<b>Totali</b>	<b>244,420</b>	<b>475,000</b>	<b>356,250</b>	<b>68.61</b>

## 7.2. 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;

Gjatë vitit 2015 janë paraqitur për herë të parë në vizitë tek mjeku në Qendrat Shëndetësore rreth 1 milion e 726 mijë persona .

Numri i vizitave të kryera nga Qendrat Shëndetësore e kujdesit parësor

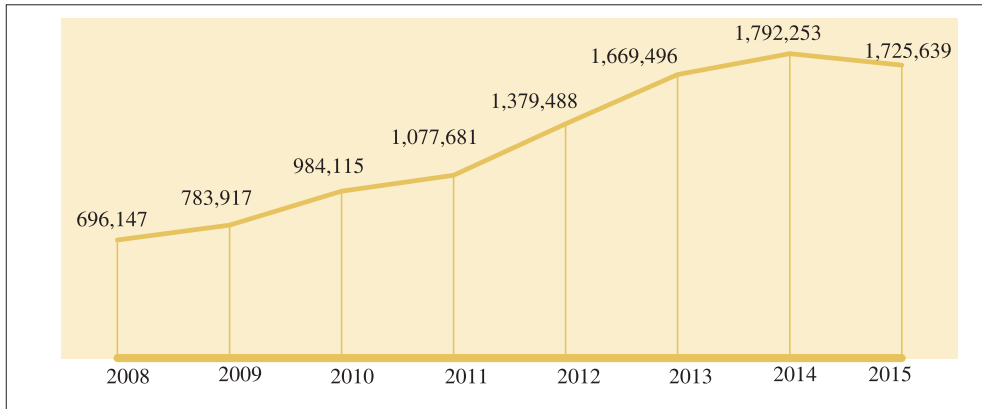
Numri total i vizitave të kryera gjatë vitit 2015 është 6,760,350, nga të cilat 6,064,829 vizita janë kryer nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes dhe 695,521 vizita nga mjekët specialistë.

Numri total i vizitave në Qendrat Shëndetësore qytet për vitin 2015 është 4,7 milion vizita ose (69 %), ndërsa në Qendrat Shëndetësore në zonat rurale 2,1 milion vizita ose (31%).

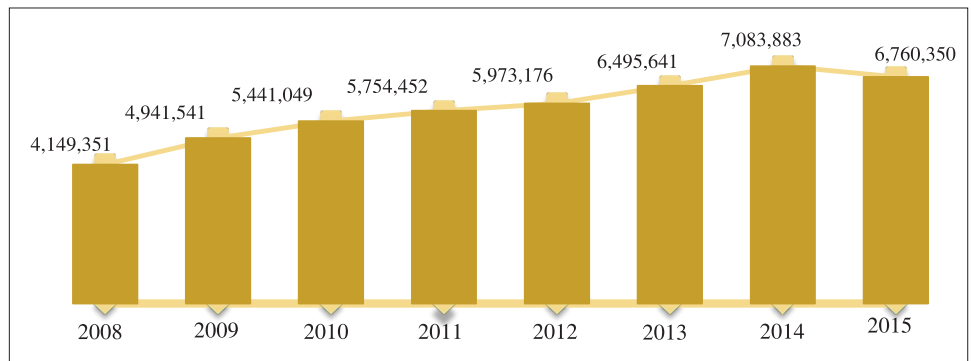


Trendi i personave të paraqitur për herë të parë për vizitë tek mjeku në QSH gjatë viteve 2008-2015 paraqitet në grafikun e mëposhtëm:

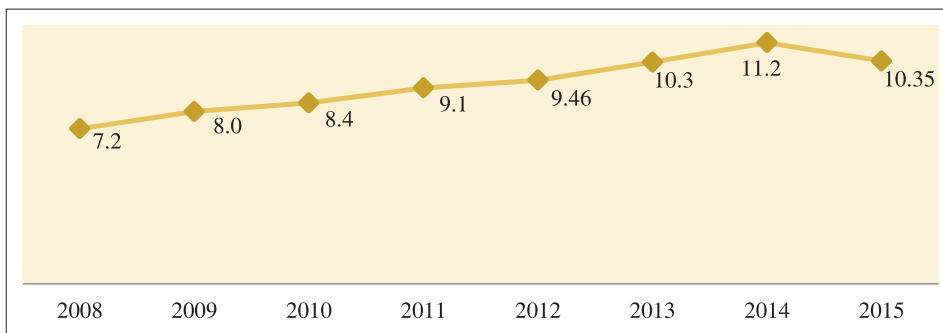
**Ecuria e PHVP 2008 - 2015**



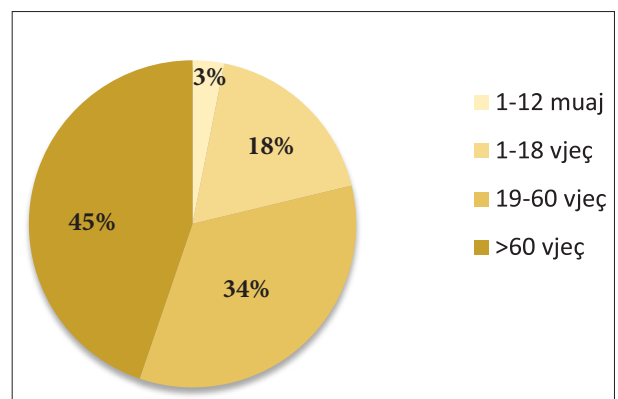
**Ecuria e Nr. Vizitave 2008 - 2015**



**Mesatarja ditore e Nr. Vizitave për MPF 2008 - 2015**



**Shpërndarja e vizitave sipas grup - moshave 2015**



### 7.3 Paketat e shërbimeve në shërbimin spitalor

FSDKSH ka lidhur kontratë me 40 spitale publike, për financimin e shërbimeve shëndetësore të ofruara prej tyre. Më konkretisht:

- 4 Spitale Universitare;
- 11 Spitale Rajonale;
- 24 Spitale Bashkiake;

Gjithashtu është lidhur për herë të parë Kontrata me qendrën AKS Berat për dhënien e shërbimit për paketën e Dializës dhe është rilidhur Kontrata me 5 institucione jopublike shëndetësore si Hygeia, Spitali Amerikan, Spitali Europian, Spitali i zemrës, Spitali Gjerman.

Janë financuar paketat shëndetësore spitalore në 5 spitale publike e 6 institucione jopublike.

FSDKSH lidhi kontrata dhe me 6 spitale jopublike gjatë vitit 2015 për ofrimin e paketave shëndetësore të miratuara me VKM, si vijon:

- Paketa për shërbimin e dializës;
- Paketa për shërbimin e kardiologjisë dhe kardiokirurgjisë;
- Paketa për shërbimin e transplantit të veshkës;
- Paketa për shërbimin e implantit koklear;

#### Aktiviteti spitalor

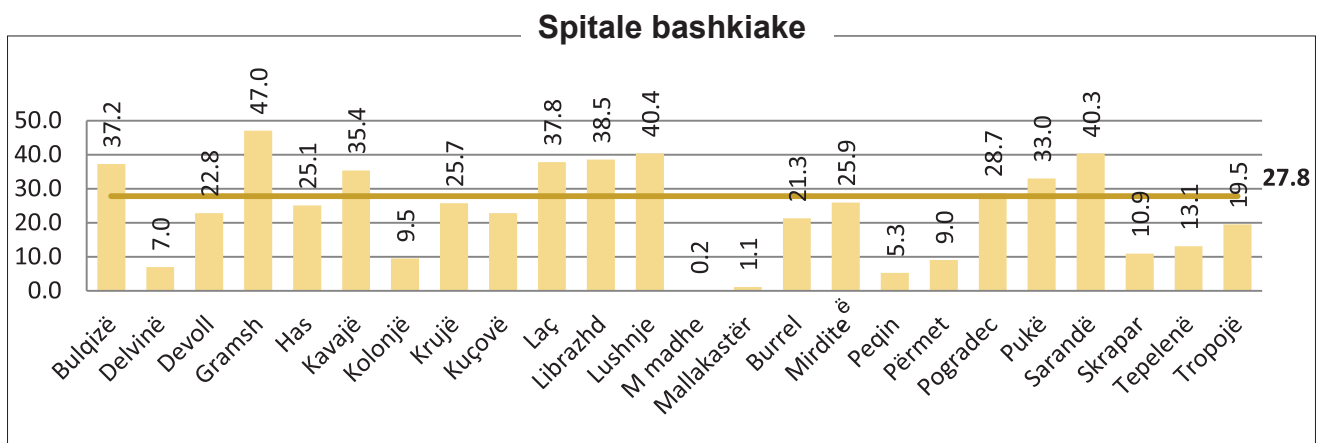
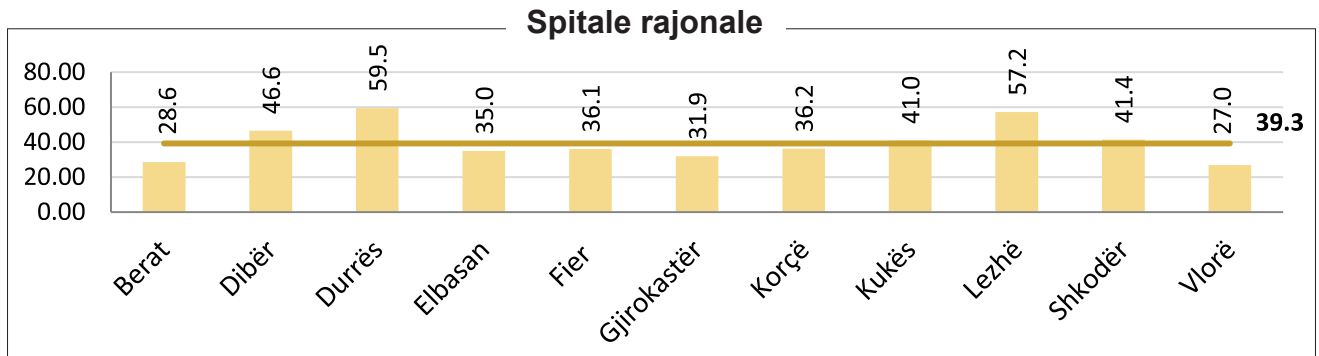
Në kontratën me spitalet në vitin 2015 janë monitoruar gjithsej 12 indikatorë të performancës dhe cilësisë. Në totalin e indikatorëve të monitoruar dhe vlerësuar nga sektori i shërbimit spitalor në vlerësimin e performancës spitalore janë: niveli i shfrytëzimit të shtratit, ditëqëndrimi mesatar, xhiro e shtratit në spitale, përqindja e numrit të pacientëve të shëruar të dalë nga spitali, si dhe përqindja e shtrimeve urgjente në spital.

Krahasuar me vitin 2014, në vitin 2015, të dhënat e aktiviteteve spitalore janë më të plota, duke na dhënë mundësinë që të kemi një pasqyrë të të gjithë aktiviteteve spitalore të spitaleve rajonale dhe bashkiake,

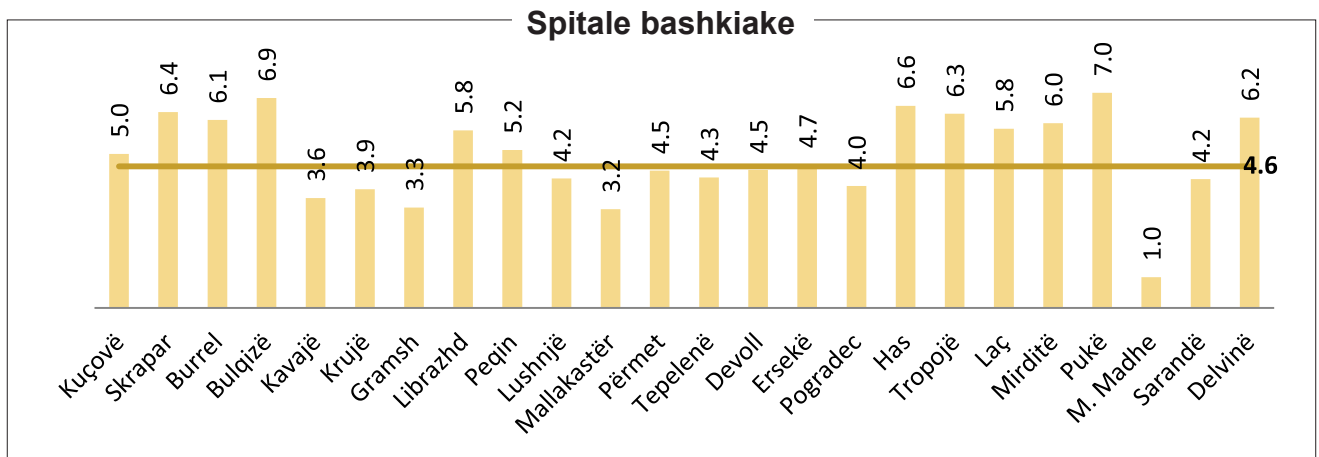
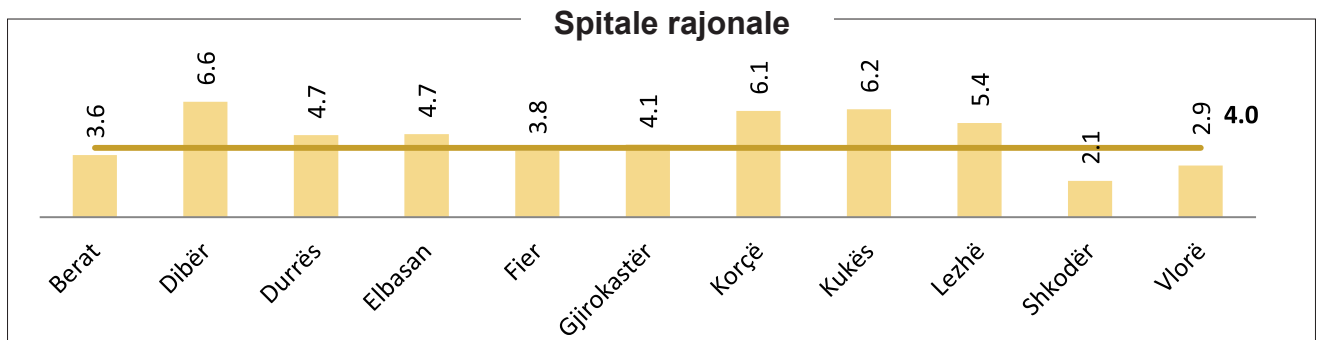
krahasuar me një vit më parë. Në total për vitin 2015 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 309,472 pacientë. Numri total i shtrimeve për spitalet rajonale është 133,347, për spitalet universitare 131,635 dhe për spitalet bashkiake është 44,468. Për vitin 2015, 81% e shtrimeve në spital janë bërë nëpërmjet shërbimit të urgjencës dhe jo në mënyrë të planifikuar, një fenomen i dukshëm vitet e fundit.

Sa i takon ekzaminimeve, për vitin 2015 në spitalet rajonale janë kryer në total 767,061 ekzaminime imazherike. Nga totali i ekzaminimeve imazherike të kryera në spitale, numrin më të madh e zënë ekzaminimet e kryera për pacientë të siguruar në masën 77.4 % dhe të pasiguruar 22.6 %.

Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit për vitin 2015, më poshtë tabela:



Krahasimi i ditqëndrimit mesatar më poshtë tabela:



## 7.4 Kostot spitalore

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

Shpenzime faktike mesatare për rast në nivel spitalor:

- Shpenzime faktike mesatare/ rast në spitalet nivel Bashkie është 49 mijë lekë;
- Shpenzime faktike mesatare/rast në spitalet nivel Rajoni është 36 mijë lekë;
- Shpenzime faktike mesatare/rast në spitalin nivel universitar "Mbretëresha Geraldinë" është 25.2 mijë lekë;
- Shpenzime faktike mesatare/rast në spitalin nivel universitar "Koço Gëlozheni" është 37.4 mijë lekë;
- Shpenzime faktike mesatare/rast në spitalin nivel universitar, SUSM është 85.4 mijë lekë;
- Shpenzime faktike mesatare/rast në spitalet spitalin nivel universitar të Traumës është 75.3 mijë lekë;

Një prej arritjeve më të rëndësishme të skemës për vitin 2015 ishte vazhdimi i implementimit të paketave shëndetësore si:

- Pacemakera definitive;
- Angiografi koronare + kat.zemre;
- Angioplastika koronare (PCI);
- Intervente te rivaskularizimit kirurgjikal;
- Interventet Valvolare;
- Intervente kongenitale;
- Implantit Koklear;
- Transplantit të veshkës;
- Terapia e flakjes akute;
- Dializa;

U miratua një plan prej rreth 2.3 miliardë lekë për realizimin e paketave shëndetësore në institucionet publike e private.

- Gjatë vitit 2015 janë realizuar gjithsej për paketën e dializës 299 raste ose 39,162 seanca dialize në spitale publike dhe 577 raste ose 87,054 seanca dialize në spitale jopublike;
- Janë realizuar gjithsej 217 raste me pacemaker në spitale publike;
- Janë realizuar 3156 angiografi në spitale publike dhe 695 angiografi në spitale jopublike. Janë realizuar 1054 angioplastika në spitale publike dhe 144 raste në spitale jopublike;
- 421 raste me bypass aortokoronar në spitale publike dhe 77 raste në spitale jopublike;

- 185 raste me intervente valvolare në spitale publike dhe 39 raste në spitale jopublike;
- 79 raste me intervente kongenitale në spitale publike;
- Jane kryer 8 transplant veshke dhe 1 terapi e flakjes akute në spitale jopublike;
- Realizimi i paketave shëndetësore kardiologjike e kardiokirurgjike në spitalet publike.

Nr	Paketat	QSUT	SU Shefqet Ndroqi	Sasia në total	Vlera (në lekë)
1	Pacemaker	217		217	45,482,766
2	Angiografi	3,093	63	3,156	161,763,936
3	Angioplastikë	1.024	30	1,054	173,235,440
4	By pass aorto koronar	421		421	151,660,619
5	Intervetet valvolare	185		185	102,513,865
6	Intervetet kongenitale	79		79	20,724,228
	<b>TOTALI</b>	5,019	93	5,112	655,380,854

- Realizimi i paketave shëndetësore kardiologjike e kardiokirurgjike të transplantit të veshkës në spitale jopublike.

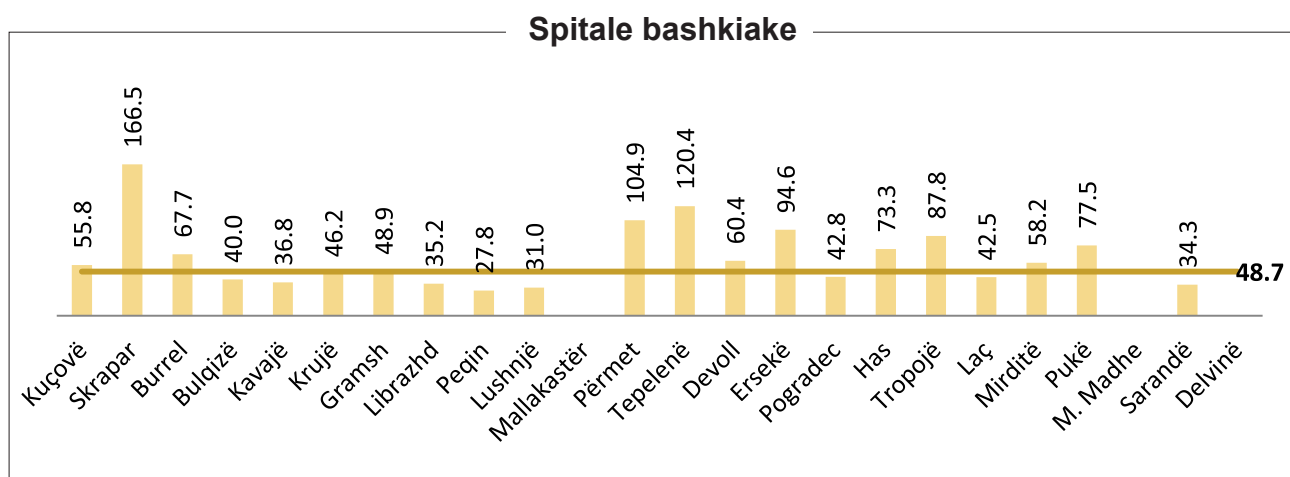
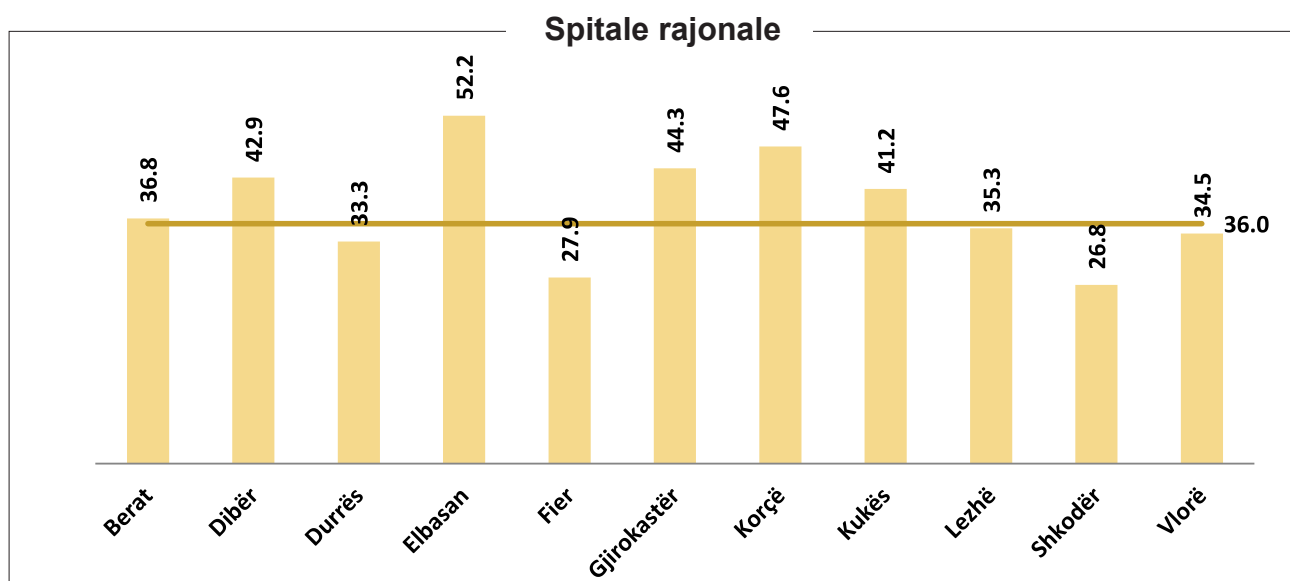
Nr	Paketat						Sasi	Vlerë (në lekë)
		Spitali Gjerman	Spitali Amerikan	Spitali R.Xhaxho	Spitali Evropian	Spitali Hygeia		
1	Angiografi	146	152	131	129	137	695	35,622,920
2	Angioplastikë	40	33	24	21	26	144	23,667,840
3	By pass aorto koronar	19	17	16	14	11	77	27,611,031
4	Intervetet valvolare	11	6	7	7	8	39	21,611,031
5	Transplant veshke		5			3	8	9,488,424
6	Terapia e flakjes akute		1				1	478,011
	<b>TOTALI</b>	216	213	178	178	185	963	118,128,618

- Realizimi i paketës së dializës në spitalet publike e jopublike.

Nr	SPITALET PUBLIKE PAKETA E DIALIZËS	Nr. Rastesh	Nr. Seancash	Vlerë (në lekë)
1	QSUT	148	17,669	197,963,476
2	Elbasan	66	9,576	107,289,504
3	Gjirokastër	32	4,552	51,000,608
4	Shkodër	54	7,365	82,517,460
	<b>TOTALI</b>	299	39,162	438,771,048

Nr	SPITALET JOPUBLIKE PAKETA E DIALIZËS	Nr. Rastesh	Nr. Seancash	Vlerë ( në lekë)
1	Spitali Amerikan	402	62,585	701,202,340
2	Hygeia	142	20,368	228,203,072
3	AKS Berat	33	4,101	45,947,604
	<b>TOTALI</b>	<b>577</b>	<b>87,054</b>	<b>975,353,061</b>

Shpenzime faktike për pacient në shërbimet me shtretër, më poshtë tabela:



### 7.5 Lista e barnave të rimbursueshme

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

Për vitin 2015, FSDKSH ka kontraktuar nëpërmjet Drejtorive Rajonale 872 Farmaci, 110 Agjenci Farmaceutike, 22 Shpërndarës Farmaceutikë, 46 Importues Farmaceutikë 17 IEVP (Institucione të Ekzekutimit të Vendimeve Penale).

Gjatë vitit 2015 e kanë shtrirë efektin ekonomik dy Lista Barnash të Rimbursueshme; nga 1 Janari – 31 Mars 2015 lista e barnave e miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 135 datë 12.03.2014 dhe nga 1 Prilli dhe në vazhdim të vitit 2015, lista e barnave e miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 202 datë 4.03.2015, e ndryshuar me VKM nr. 367 datë 6.05.2015.

Lista e barnave, gjatë vitit 2015 u shtua me 29 alternativa të reja. Ajo përmban 1.029 alternativa tregëtare, nga të cilat 489 janë alternativa të para, nga 477 që përmbante Lista e Barnave të Rimbursuara në vitin 2014.

Lista e vitit 2015 ka 12 principe aktive më shumë se ajo e vitit 2014, pra 280 principe aktive, nga 268 që përmbante lista paraardhëse.

Ndërkohë, vendimi që çmimet e barnave në vendin tonë të jenë të krahasueshme me 5 vende të huaja u shoqërua me ulje me rreth 12.5 për qind të çmimeve të barnave të aplikuara në listën e barnave të rimbursueshme. Kjo solli një përdorim më me kosto-efektivitet të këtij programi të përfitimit nga skema e sigurimeve shëndetësore. që janë:

Formë-doza të reja të barnave të listës dhe kombinime të cila përmirësojnë cilësinë e shërbimeve.

Nr.	KodiATC	Emërtimi Kimik	Forma	Emri Tregtar	Shërbimi ku përdoret
1	B03XA01	Epoetin Zeta 30000 IU	shiringe	Retacrit	në hematologji
2	C08CA13	Lercanidipine 20 mg	tablet	Lecalpin	terapinë kardiake
3	C09CA07	Telmisartan 80mg	tablet	Telmontens	terapinë kardiake
4	B03AC	Ferric hydroxide sucrose complex 100mg/5ml -5ml	ampul	Ferrovina	në hematologji
5	J01DD08	Cefixime 100mg/5ml X 50ml	flakon	Zimaks	
6	C01DA02	Glyceryl Trinitrate 0.5 mg	sublingual.tab	Nitrocor	terapinë kardiake
7	D07AB02	Hydrocortisone 17-butyrate 0.1% 30g	tubet	Locoidon	dermatologji
8	L03AB04	Peginterferon alfa - 2b 50mcg,	sol per injec	Pegintron	gastro-hepatologji dhe infektiv
9	L03AB04	Peginterferon alfa - 2b 80mcg	sol per injec	Pegintron	gastro-hepatologji dhe infektiv
10	L03AB04	Peginterferon alfa - 2b 100mcg	sol per injec	Pegintron	gastro-hepatologji dhe infektiv
11	C03DA01	Spirolacton 50 mg	tablet	Jenaspiron	terapinë kardiake
12	N04BA02	Levodopa+Carbidopa(2g+0.5g)/100ml	gel intestinal	Duodopa	anti-parkinsonikë
13	L04AA18	Everolimus 10 mg	tablet	Afinitor	nefrologji-dializë

Alternativa mjekuese të reja si edhe kombinime të reja me barna të listës 2015

Nr.	KodiATC	Emërtimi Kimik	Forma	Emri Tregtar	Shërbimi ku përdoret
1	A06AD11	Lactuloze 667 g/1L - 200ML	flakon	Imoper	gastro-hepatologjia
2	A06AD12	Sofosbuvir 400mg	tablet	Sovaldi	gastro-hepatolog/ hepati C
3	A06AD13	Vemurafenib 240 mg	tablet	Zelboraf	për trajtimin e melanomave metastatike
4	A06AD14	Ruxolotinib 5mg	tablet	Jakavi	onkologji /kancer i rrallë i gjakut
5	A06AD14	Ruxolotinib 15 mg	tablet	Jakavi	onkologji /kancer i rrallë i gjakut
6	A06AD14	Ruxolotinib 20mg	tablet	Jakavi	onkologji /kancer i rrallë i gjakut
7	A06AD15	Acetat Abirateroni 250 mg	tablet	Zytiga	onkologji/ kancer të prostatës
8	A06AD16	Infliximab 100 mg	pluhur për infuzion	Inflectra	rheumatologji/artrit të formës së rënd
9	A06AD17	Glycopyrronium bromide inhalation powder 50 mcg	caps.për inhal.	Seebri Breezhaler	në pneumologji/ SPOK
10	A06AD18	Acarbose 50mg	tablet	Glucobay	endokrinologji
11	A06AD18	Acarbose 100 mg	tablet	Glucobay	
12	A06AD19	Alendronat+ Cholecalciferol 70mg+5600IU	tablet	Fosavance	rheumatologji
13	A06AD20	Lixisenatide 20 mg	pen	Lyxumia	endokrinologji
14	A06AD21	Fluvoxamine 100mg	tablet	Fevarin	psikoanaleptikët
15	A06AD22	Ocreotide Acetate 30 mg/2ml	pluhur për injec.	Sandostatine Lar	Grupi Hormoneve Hypotalamike
16		Lomustine 40mg	capsule		

Nga të dhënat vjetore rezulton se kategoritë kanë pasur si ulje, ashtu edhe rritje të shpenzimeve faktike të rimbursimit.

Kategoritë me uljen më të madhe janë si më poshtë:

- Kategoria Invalid i Plotë ka një ulje prej 340 milionë lekë, ose e shprehur në përqindje 14.5 % më pak, në krahasim me vitin 2014. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2015 është ulur me 119,024 receta, në krahasim me vitin 2014. Kjo kategori zë rreth 24.83 % të shpenzimeve të rimbursimit për vitin 2015.
- Kategoria të sëmurë me Ca ka një ulje prej 49 milionë lekë, ose me 6.3 % më pak, në krahasim me vitin 2014. Numri i recetave për këtë kategori në vitin 2015 është ulur me 4,589 receta. Kjo kategori zë rreth 9.03 % të shpenzimeve të rimbursimit të vitit 2015.

Kategoritë me rritjen më të madhe janë si më poshtë:

- Pensionistët kanë një rritje rreth 6 milionë lekë krahasuar me vitin 2014, ose 0.2 % më shumë. Kjo kategori ka ulje të numrit të recetave me rreth 629,853 receta krahasuar me një vit më parë. Në shpenzimet totale të rimbursimit 2015, të sëmurët sipas kategorisë Pensioniste zënë rreth 45.88 % të vlerës totale të rimbursimit.
- Rastet e veçanta (S M) kanë rritje me 203 milionë lekë ose 54 % më shumë se në vitin 2014. Kjo kategori ka ulje të numrit të recetave me rreth 925 receta më pak se një vit më parë. Në shpenzimet totale të rimbursimit 2015, të sëmurët me raste të veçanta (S M) zënë rreth 7.11 % të vlerës totale të rimbursimit.



## 8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

### *8.1 Implementimi i Sistemit të recetës elektronike në rrethin e Durrësit.*

U vu në jetë projekti pilot i përdorimit të recetës elektronike në qarkun e Durrësit ku bëjnë pjesë 18 qendra shëndetësore dhe kanë akses 130 mjekë të përgjithshëm të familjes dhe 75 subjekte farmaceutike. Ky sistem mundëson komunikim online me Regjistrin Themeltar të Gjendjes Civile, regjistrin e Barnave të regjistruara, si dhe Regjistrin e banorëve të pajisur me karta shëndetësore.

### *8.2 Implementimi i sistemit të Administrimit të Shpenzimeve Spitalore.*

Në këtë projekt bëjnë pjesë 11 spitale ku 4 prej tyre janë Spitale Universitare në Tiranë dhe 7 janë Spitale Rajonale. Gjate këtij implementimi nga ana e Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike janë realizuar disa trajnime për çdo punonjës të ngarkuar me përgjegjësinë e hedhjes së të dhënave në sistem për çdo spital.

Për këtë sistem është shumë i rëndësishëm përditësimi i të dhënave nga këto spitale, lidhur me inventaret, urdhër- blierjet, fletë hyrjet/daljet, etj, dhe nëpërmjet këtij sistemi Spitalet dhe Fondi disponojnë raportime të ndryshme online lidhur me mallrat gjendje në magazinë, barnat në farmacitë e spitaleve, kitet laboratorike apo raporte të ndryshme ku paraqiten situacionet mbi shpenzimet për çdo Spital.

### *8.3 Implementimi i sistemit për integrimin, konsolidimin, monitorimin e informacionit të sistemit të kujdesit shëndetësor dhe ndërtimi i indikatorëve dhe analizave” (BI)*

Nëpërmjet këtij sistemi u realizua konsolidimi dhe integrimi i të dhënave të 6 sistemeve ekzistuese të Fondit dhe sistemeve të reja të implementuara përgjatë vitit 2015, si dhe u mundësua komunikimi elektronik nëpërmjet rrjetit qeveritar të AKSHI-t me DPGJCV dhe ISSH-në. Ky sistem mundëson informacion në kohë reale për të gjitha sistemet e integruara dhe lehtëson punën e çdo përdoruesi në FSDKSH. Nëpërmjet tij mund të nxirret dhe përpunohet informacioni mbi të dhënat e recetave, barnave, pacientëve apo vlerave të rimbursimit, pa qenë e nevojshme që të kërkohej ky informacion pranë Drejtorisë së Informacionit dhe Analizës Statistike. Kjo gjë ka bërë të mundur uljen e kohës së përpunimit nga Drejtoria e Informacionit dhe Analizës Statistike për çdo informacion të kërkuar, si dhe ka rritur shpejtësinë e marrjes së tij nga çdo përdorues. Gjithashtu nëpërmjet tij është rritur transparenca mbi informacionet që çdo sistem disponon.

### *8.4 Përmirësimi i sistemit të aplikimit dhe gjenerimit të Kartës së Shëndetit*

Zëvendësimi i librezës së Shëndetit me Kartën e Shëndetit filloi në 5 Janar 2015 dhe synonte shtrirjen e tij në të gjithë vendin. Ky sistem bazohet në komunikimin me Regjistrin Elektronik të Banorëve të çdo mjeku familje dhe

përditëson në kohë reale të dhënat e popullsisë sipas kategorive të përfitimit. Përgjatë implementimit të këtij sistemi u trajnuan 45 operatorët e shpërndarjes së Kartës së Shëndetit për të gjitha Drejtoritë Rajonale, si dhe u krijua infrastruktura e nevojshme dhe u dha mbështetje teknike përgjatë gjithë fazës së implementimit dhe vënies në funksion të tij. Për të përmirësuar më tej këtë sistem do të vijohet me bashkëveprimin online me institucionet e tjera si ISSH, DPT, DPGJ, SHKP, Shërbimet Sociale, etj.

## 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

Nga Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik për vitin 2015, janë ushtruar kontrolle në 671 subjekte që kanë lidhur kontratë me FOND-in si më poshtë:

- 352 farmaci dhe agjenci farmaceutike që përbëjnë 33% të gjithë subjekteve në shkallë vendi që kanë kontratë me FOND-in;
- 27 depo importuese që përbëjnë 57% të gjithë subjekteve në shkallë vendi që kanë kontratë me FOND-in;
- 10 depo shpërndarëse që përbëjnë 45% të gjithë subjekteve në shkallë vendi që kanë kontratë me Drejtorinë Rajonale të FOND-it;
- 4 farmaci të Spitaleve Rajonale, Shkodër, Elbasan, Cjirokastër dhe Vlorë;
- 278 Qendra Shëndetësore që përbëjnë 67 % të totalit të Qendrave Shëndetësore në shkallë vendi që kanë kontratë me FOND-in.

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

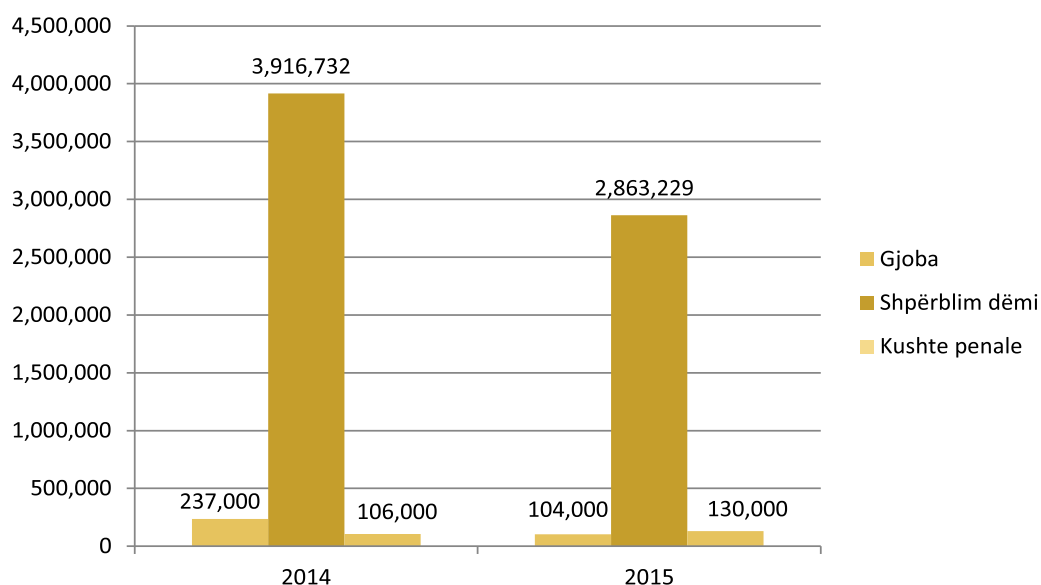
- Zgjidhje kontrate për 20 subjekte nga të cilat 4 depo farmaceutike dhe 16 farmaci;
- Shpërblim dëmi ekonomik ndaj 262 subjekteve të kontraktuara me FOND-in, në vlerën totale 16 617 399 lekë;
- Masë administrative Gjorbë për 68 subjekte të kontraktuara me FOND-in, në vlerën totale 866 000 lekë;
- Masë administrative kushte penale për 99 subjekte të kontraktuara me FOND-in, në vlerën totale 53 332 366 lekë;
- Kallëzim penal për 20 subjekte me kontratë me FOND-in, 6 farmaci, 14 depo farmaceutike;

## 9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Gjatë vitit 2015 është ushtruar kontroll nga specialistët e sektorit të Kontrollit Parësor në 278 Qendra Shëndetësore ose 67 % e totalit të QSH në të gjithë Shqipërinë.

Është ushtruar kontroll i plotë në rajonet: Vlorë, Lezhë, Tropojë, Sarandë, Fier, Korçë, Durrës dhe kontroll tematik në rajonet: Tiranë, Durrës, Dibër, Fier, Kukës, Shkodër, Gjirokastrë, Korçë, Elbasan, Berat. Kontrollat tematike janë ushtruar në 211 QSH në lidhje me observacione dhe ankesa të ardhura në drejtim të Fondit. Janë kontrolluar gjithsej 798 subjekte me kontratë ku përfshihen drejtues të QSH dhe mjekë të përgjithshëm dhe të familjes, ndër të cilët i janë nënshtruar një kontrolli të plotë 67 drejtues të QSH dhe 177 mjekë të përgjithshëm dhe të familjes dhe me kontroll tematik 66 drejtues të QSH dhe 488 mjekë të përgjithshëm dhe të familjes.

Janë kontrolluar 665 mjekë të përgjithshëm dhe të familjes (pa përfshirë këtu dhe 133 drejtues të QSH-ve, të cilët janë kontrolluar në cilësinë e drejtuesit të QSH), ku ndaj 21 mjekëve janë marrë masa administrative, gjobë në vlerën 104,000 lekë, kushte penale për 18 drejtorë të QSH, mjekëve në vlerën 130,000 lekë, masa detyrim shpërblim dëmi ndaj 165 mjekëve në vlerën 2,863,229 lekë.



Shkeljet më të theksuara janë konstatuar në rajonin e Tiranës 23%, Vlorës me 23% të totalit, Lezhë 14%, pastaj vijin me radhë rajonet Korçë 13%, Durrës 8%, Sarandë 3%, Fier 10%, Tropojë 4 %, Dibër 2%, Kukës 3%.

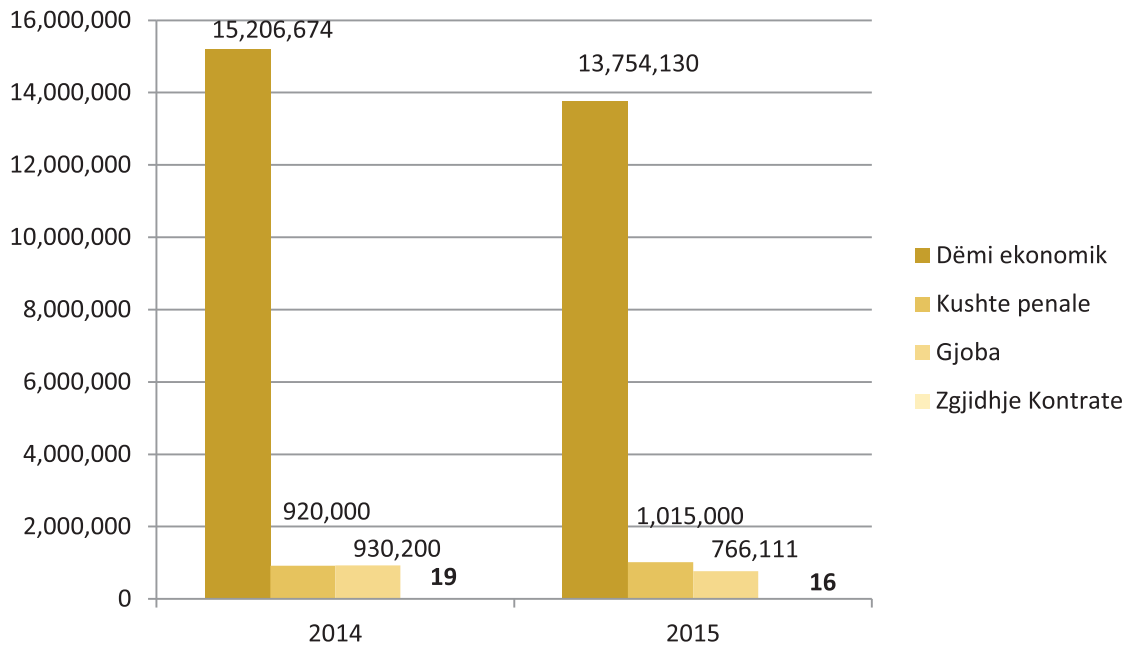
## 9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

Gjatë vitit 2015, për një kontroll sa më efektiv të qarkullimit të barnave me rimbursim në subjektet farmaceutike janë ushtruar kontrole me inventarizim dhe tematik në subjektet me kontratë me Drejtoritë Rajonale të FSDKSH Lezhë, Gjirokastrë, Fier, Sarandë, Kukës, Tropojë, Durrës, Korçë, Tiranë, Berat, Dibër, Vlorë, Elbasan, Shkodër.

Nga 1057 subjekte farmaceutike të cilat kanë lidhur kontratë me Drejtoritë Rajonale të FSDKSH, në 352 prej tyre janë ushtruar kontrole tematike dhe me inventarizim, që përbëjnë 33 % të të gjithë subjekteve në të gjithë Shqipërinë.

Nga këto kontrolle kanë rezultuar:

- Cjoba në vlerën 762,000 lekë;
- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 13,754,130 lekë;
- Kusht penal në vlerën 1,010,000. lekë;
- Zgjidhje kontrate për 16 subjekte farmaceutike;
- Kallëzim Penal për 4 subjekte farmaceutike;



- Janë kontrolluar në mënyrë të plotë (me inventar) 282 farmaci.
- Janë kontrolluar me kontroll tematik 70 farmaci.
- Shuma e përgjithshme e dëmit ekonomik + kushtet penale + gjokat është 15,526,170 lekë.

Ndryshe nga kontrollet tematike dhe inventarizimi, janë ushtruar kontrolle edhe për verifikim të kërkesave të ndryshme të paraqitura në FOND, si dhe janë ushtruar kontrolle për problematika të ndryshme të cilat kanë rezultuar gjatë kontrolleve të ushtruara nga sektori i kontrollit parësor, duke bërë të mundur kontrollin në një zinxhir të plotë (mjek-patient-farmaci).

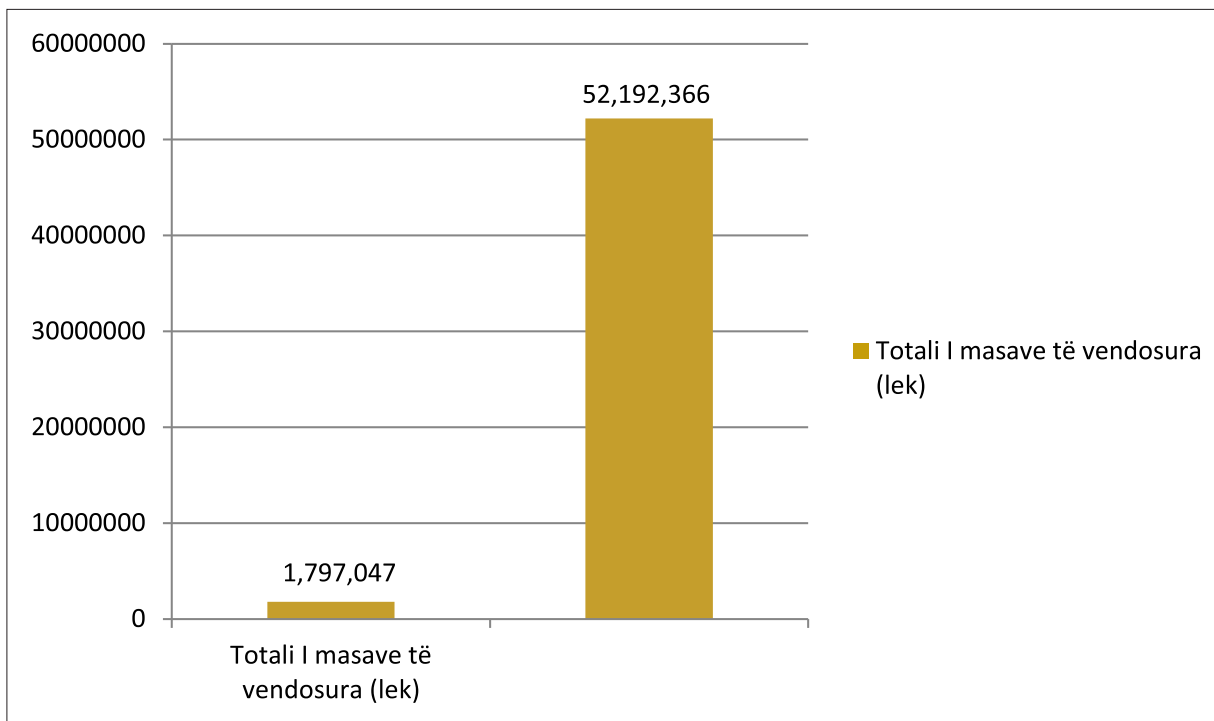
Për vitin 2015 në depot farmaceutike janë ushtruar kontrolle tematike dhe të plota me inventarizim në 27 depo importuese që përbëjnë 57% të të gjithë subjekteve në shkallë vendi që kanë kontratë me FOND-in si dhe 10 depo shpërndarëse që përbëjnë 45% të të gjithë subjekteve në të gjithë Shqipërinë.

Kryesisht kontrollet tematike kanë qenë mbi disponibilitetin e barnave në tregun farmaceutik, si dhe mungesën e tyre për një periudhë më shumë se dy muajore, verifikimin e vërtetësisë së faturave të furnizimit të subjekteve farmaceutike dhe të skadencës së barnave të tregtuara, vërtetësinë e deklarimeve të të dhënave të depove importuese dhe distributore në Soft-in e FOND-it.

Po kështu është kontrolluar qarkullimi i barnave të cilat tregtohen në farmacitë e Spitaleve Rajonale dhe konkretisht në farmacitë e Spitaleve Rajonale Shkodër, Gjirokastër, Elbasan dhe Vlorë.

Nga këto kontrolle kanë rezultuar:

- Masë administrative kusht penal në total ndaj 28 subjekteve, nga të cilat 3 farmaci në spitale rajonale, 15 depo importuese dhe 10 depo shpërndarëse, në total në vlerën 52 192 366 lekë;
- Masë administrative kusht penal për diferencat në plus ndaj 16 subjekteve, në vlerën 38 142 366 lekë;
- Masë administrative kusht penal për deklarim jo të saktë në FOND ndaj 9 subjekteve, në vlerën 1 800 000 lekë;
- Masë administrative kusht penal për mungesë të barnave në treg ndaj 23 subjekteve, në vlerën 12 250 000 lekë;
- Kallëzim penal për 14 depo farmaceutike;
- Zgjidhje kontrate për 4 depo farmaceutike;



## 10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDIT

### *10.1 Auditim i zyrave rajonale të Fondit.*

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ka organizuar një sistem efikas të kontrollit të brendshëm përmes të cilit risqet identifikohen e monitorohen, gjë e cila ka sjellë një menaxhim financiar në përputhje me legjislacionin në fuqi, duke dhënë një garanci të arsyeshme se fondet përdoren me efektivitet.

Për vitin 2015 u realizuan gjithsej 44 misione auditimi.

Në fund të këtyre misioneve u përcaktuan 393 masa organizative, masa zhdëmtuese në vlerën 1 043 mijë lekë, disa masa administrative (gjoba) 365 mijë lekë dhe 51 raste masa disiplinore. Vlen të theksohet se masat e vëna për zhdëmtim në vitin 2015 krahasuar me vitin 2014 ishin me rritje 62 %.

## 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 i tyre në shërbimin shëndetësor, kontrollet e skemës nga ana e Institucionit në funksion të përmirësimit të cilësisë së shërbimit për pacientët, dixhitalizimi si një proces shumë i rëndësishëm në rritjen e transparencës së shërbimeve – kanë qenë në fokus të komunikimit tonë me publikun.

Duke e parë informimin si një urë lidhëse midis Fondit dhe palëve të interesuara, gjatë vitit që lamë pas, ne jemi fokusuar qartazi në publikimin e çdo risije apo materiali informues në lidhje me shërbimet, detyrimet apo përfitimet që rrjedhin nga përfshirja në skemën e sigurimeve shëndetësore.

Pasqyrimi i çdo aktiviteti, informacioni apo njoftimi në web-in e FSDKSH-së, [www.fsdksh.gov.al](http://www.fsdksh.gov.al) ka tërhequr interesimin e qytetarëve dhe numri i klikimeve është rritur ndjeshëm duke e çuar në 59,932 numrin e vizitorëve të faqes, nga të cilët 65,2% janë vizitorë të rinj dhe 14,8% janë të rikthyer.

Frekuenca e shikimeve dhe rishikimeve të faqes ka arritur në 404,820. Rreth 500 njoftime, informacione dhe materiale të aktivitetit të Fondit janë publikuar dhe përditësuar në faqen tonë zyrtare, si dhe në mediat sociale Facebook dhe Twitter.

Gjatë vitit 2015, në median e shkruar, si një ndër kanalet e rëndësishme të komunikimit me publikun janë publikuar në 16 gazetat e përditshme rreth 656 artikuj lidhur me aktivitete të ndryshme të Fondit dhe shërbimeve që financon.

Krahasuar me vitin 2014, evidentohet se janë botuar rreth 126 artikuj më shumë pasi skema e sigurimeve shëndetësore u përfshi nga ndryshime të rëndësishme në shërbimet që FONDI ofron dhe dixhitalizimin e tyre.

FONDI ka realizuar gjatë 2015 portalin online E-ANKESA, për të qene sa më afër publikut dhe për t'iu përgjigjur në kohë informacionit, kërkesave, si dhe denoncimit të fenomeneve abuzive. Pyetje dhe kërkesa për informacion dërgohen në këtë portal online dhe stafi ynë përgjigjet në kohë reale.

## 12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET

### 12.1. Bashkëpunimi ndërinstitucional

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor bashkëpunon institucionalisht me Ministrinë e Shëndetësisë për politikat, 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 ndërinstitucionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre, lidhur me kategoritë e të siguruarve si dhe të dhëna të tjera të domosdoshme për zbatimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

Bashkëpunim ndërinstitucional është realizuar me Ministrinë e Inovacionit dhe Administratës Publike, Ministrinë e Punëve të Brendshme, Ministrinë e Punës dhe Çështjeve Sociale, Institutin e Sigurimeve Shoqërore, Drejtorinë e Përgjithshme të Tatimeve, Shërbimin Social Shtetëror, Shërbimin Kombëtar të Punësimit, Drejtorinë e Përgjithshme të Gjendjes Civile dhe autoritetin shtetëror qendror përgjegjës për trajtimin e të huajve, mbi dhënien e informacionit për personat e siguruar nga sistemi i detyrueshëm shëndetësor.

### 12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

Gjatë vitit 2015 është punuar gjithashtu intensivisht për arritjen e marrëveshjeve bilaterale të mbrojtjes shoqërore, si palë pjesëmarrje në delegacionet e Republikës së Shqipërisë, duke konkluduar marrëveshjet me Belgjikën e Luksemburgun. Arritja e marrëveshjeve krijon një mbrojtje shoqërore për të gjithë shtetasit shqiptarë pavarësisht vendit të banimit të tyre dhe garanton përfitimet që parashikojnë skemat e sigurimeve shëndetësore.



## 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 efikasitetit dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore;
- FONDI synon fuqizimin e sistemit të informacionit, nëpërmjet ofrimit të shërbimeve on-line për dhënësit e shërbimeve, funksionimit të regjistrave elektronike për pacientët, me qëllim rritjen e efikasitetit, transparencës dhe afërimit 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. Objektivat për vitin 2016

- Shtirja e projektit të recetës elektronike në të gjithë vendin, që do të na mundësojë arritjen e misionit të FSDKSH-së për zbatimin me rigorozitet të skemës së sigurimeve shëndetësore në përfitim të qytetarëve;
- Implementimi i sistemit të firmës elektronike për mjekët e farmacistët;
- Krijimi i DATACENTER-it Kombëtar të Fondit;
- Rritja e nivelit dhe cilësisë së kontrollit ndaj dhënësve të shërbimit të kontraktuar, me qëllim pastrimin e skemës nga përpjekjet për abuzime me fondet;
- Përmirësimi i mëtejshëm i qëndrueshmërisë financiare të skemës, duke synuar përdorimin me efektivitet të burimeve të financimit, forcimit të kontrollit të shpenzimeve etj;
- Karta e shëndetit on-line, projekt ky i parashikuar për vitin 2016 dhe i realizuar tashmë, që në fillim të vitit;
- Sensibilizimi i popullatës për pjesëmarrje të grup moshave 40-65 vjeç në Kontrollin Mjekësor Bazë;
- Financim i paketave spitalore në kapacitete të ngritura në spitale të tjera publike;
- Zgjerimi i listës së barnave të rimbursueshme për vitin 2016 dhe futja e pajisjeve mjekësore në listën e rimbursimit për vitin 2016;
- Zgjerimin e partneritetit publik - privat, në funksion të ofrimit të shërbimeve dhe paketave shëndetësore në rajone të tjera të vendit, si dhe për rritjen e cilësisë së shërbimit në spitalet publike;
- Financimi i shërbimit të integruar të furnizimit të instrumentave kirurgjikalë të sterilizuar në spitale të vendit;
- Vendosja në qendër të vëmendjes të publikut të sistemit të sigurimeve shëndetësore nëpërmjet prezencës permanente në media.