

Raport Vjetor 2018



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.

Korrik 2019

TABELA E PËRMBAJTJES

PARATHËNIA

LISTA E SHKURTIMEVE TË FJALËVE

1. Rreth FONDI-t

- 1.1 Vizioni
- 1.2 Misioni
- 1.3 Baza ligjore

2. Menaxhimi i FONDI-t

- 2.1 Drejtimi i FONDI-t
- 2.2 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 vitit 2018
- 4.2 Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore
- 4.3 Transferta nga buxheti i shtetit
- 4.4 Të ardhura e tjera

5. Financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor

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

6. Shpenzime të tjera të FONDI-t

- 6.1 Shpenzimet administrative
- 6.2 Shpenzimet për investime

6.3 Gjendja e fondit rezervë dhe likuiditeteve

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 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikale
- 7.7 Lista e Barnave të Rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore të rimbursueshme

8. Zhvillimi i sistemit të informacionit

- 8.1 Shtrirja dhe Implementimi i Sistemit të Recetës Elektronike në të gjithë vendin
- 8.2 Implementimi i Nënshkrimit Elektronik në zbatim të Recetës Elektronike në të gjithë vendin
- 8.3 Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar gjatë vitit 2018

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 FONDI-t

- 10.1 Aktiviteti i Auditimit të Brendshëm të FONDI-t

11. Komunikimi dhe informimi i publikut

12. Bashkëpunimi me institucionet

- 12.1 Bashkëpunimi ndërinstitutional
- 12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

13. Prioritetet strategjike dhe objektivat

- 13.1 Prioritetet strategjike
- 13.2 Objektivat vjetore 2019

LISTA E SHKURTIMEVE TË FJALËVE

Shkurtimi i përdorur	Emërtimi i plotë
FSDKSH	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
FONDI	Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
MSHMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
MFE	Ministria e Financave dhe Ekonomisë
ISSH	Instituti i Sigurimeve Shoqërore
DPT	Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve
BSH	Banka e Shqipërisë
VKM	Vendim i Këshillit të Ministrave
AKSHI	Agjencia Kombëtare e Shoqërisë së Informacionit
SHISH	Shërbimi Informativ i Shtetit
KA	Këshilli Administrativ i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
LBR	Lista e Barnave të Rimbursueshme
QSH	Qendër Shëndetësore
MPF	Mjek i Përgjithshëm dhe i Familjes
QSU	Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
QSUT	Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë
INN	Klasifikimi Ndërkombëtar i Barnave
RMI	Rezonanca magnetike
DAPSHET	Drejtoria e Administrimit të Paketave dhe Ekzaminimeve Terciare
IEVP	Institucione të Ekzekutimit të Vendimeve Penale
PSK	Person me Sëmundje Kronike
PAK	Person me Aftësi të Kufizuara
DRF	Drejtori Rajonale e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor
PKI	Infrastruktura e Çelësit Publik
eRX	Receta Elektronike
KSH	Karta e Shëndetit
PKIE	Plani Kombëtar për Integrimin Europian

1. RRETH FONDI-t

1.1 Vizioni

Vizioni i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FONDI) 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 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.

3. ZBATIMI I SKEMËS SË SIGURIMEVE SHËNDETËSORE

3.1 Panoramë e Përgjithshme e Skemës së Sigurimeve Shëndetësore

Skema e sigurimeve shëndetësore është ngritur dhe funksionon që nga viti 1995. Ajo rregullohet me Ligjin Nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. 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 i dhënë kështu skemës qasjen solidare.

Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesit të vetëm, që është FONDI, i cili e menaxhon atë 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 shëndetësor të popullatës.

Mekanizëm i implementimit të skemës së sigurimeve shëndetësore janë kontratat vjetore me dhënësit publik dhe privat 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.

Identifikimi i personave të siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor bëhet me anë të dokumentit të identifikimit, nëpërmjet shërbimit të regjistrat elektronik të të siguruarve të FONDI-t ose portalit e-Albania

Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, të siguruarit mund të bashkëpaguajnë 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 Ligjit Nr. 10 383, datë 24.2.2011, , 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;
- d) 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;
- d) Personat me sëmundje kronike.

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) 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 FONDI-t 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

- a) Baza për llogaritjen e kontributit është paga bruto e personit të siguruar.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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

- a) 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”.
- b) Për të punësuarit, kontributet paguhën, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuari.
- c) Për sigurimet shëndetësore vullnetare, baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

4. BURIMET FINANCIARE

4.1 Burimet Financiare të Skemës gjatë vitit 2018

Buxheti i FONDI-t, i miratuar me ligjin vjetor të buxhetit nr.109/2017 "Për buxhetin e vitit 2018", ishte në vlerën 40,400 milionë lekë, i balancuar midis të ardhurave dhe shpenzimeve. Në ligj përcaktohet buxheti i të ardhurave i ndarë 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 në vlerën 11,906 milionë lekë dhe transferimet nga buxheti i shtetit në vlerën 28,494 milionë lekë.

Gjatë vitit, ndonëse nuk ndryshoi vlera totale e buxhetit të FONDI-t, ka patur rishpërndarje fondesh, si vijon:

-Me Aktin normativ Nr.1, datë 26.07.2018 “Për disa ndryshime në ligjin vjetor të vitit 2018”, u rrit vlera e të ardhurave nga kontributet me 620 milionë lekë dhe u pakësua transfertat e buxhetit me 620 milionë lekë, e cila pas sistemimeve me Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 547, datë 19.09.2018, “Për rishpërndarje fondesh buxhetore brenda programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2018 për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, pakësoi transfertën për shërbimin parësor me të njëjtën vlerë.

-Me Vendim të Këshillit të Ministrave, Nr. 800, datë 26.12.2018, “Për rishpërndarje fondesh buxhetore brenda programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2018 për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, u realizua rishpërndarja e transfertës së buxhetit midis programeve me rreth 500 milionë lekë (nga programi i shërbimit parësor, në programin e shërbimit spitalor), për të minimizuar detyrimet e prapambetura në financimin e kontratave konçensionare.

Duke reflektuar edhe rishpërndarjen buxhetore, buxheti i vitit 2018 për të ardhurat dhe shpenzimet është si vijon:

1.Të ardhurat, gjithsej:

40,400 milionë lekë

- kontributet dhe të tjera
- transferimet nga buxheti i shtetit

12,526 milionë lekë;

27,874 milionë lekë;

2.Shpenzimet, gjithsej:

40,400 milionë lekë.

Plani fillestar i miratuar, aktet e ndryshimit të buxhetit për vitin 2018 dhe buxheti përfundimtar në fund të vitit, paraqiten si vijon:

Në milionë lekë

Zërat e buxhetit	2018											
	Plani fillestar 2018 (miratuar me VKA nr.1, dat. 26.2.2018)	VKA /2	AN /1	VKM /547	VKA /17	VKA /18	VKM /800	VKM /801	VKA /22	VKA /23	Ndrys himet totale	Buxh. Përf.
		26.02	26.07	19.09	8.11	8.11	26.12	26.12	26.12	26.12		
I. Të ardhurat	40,400	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,400
A. Kontribute të tjera	11,906		620								620	12,526
B. Kontributi i Buxhetit të Shtetit	28,494		-620	-			-				-620	27,874
1. Për Parësorin	8,601			-620			-500				-1,120	7,481
2. Për Spitalorin	19,893		-620	620			500				500	20,393
II. Shpenzimet	40,400	-	-	-	-	-		500	-500	-	-	40,400
A.Shërbimi Parësor	19,715								-500		-500	19,215
1. Rimb i barnave	10,400								63		63	10,463
2. Shpenzime per kujdesin parësor	8,033								-167		-167	7,866
3. Shpenzime administrativ	952								-152		-152	800
4. Investime	330								-244		-244	86
B.Kujdesi Spitalor	20,685	-	-	-	-	-		500		-	500	21,185
1. Financimi i Spitalit Durrës	792										-	792
2. Financimi i shpenzimeve spitalore nëpërmjet thesarit (thesar)	19,893										500	20,393

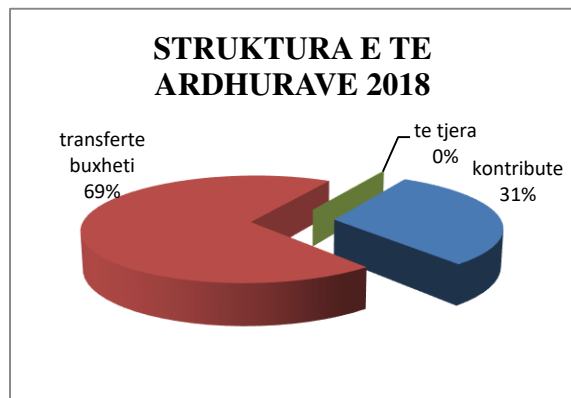
Programimi dhe realizimi i buxhetit të FONDI, sipas të dhënave të pasqyrave financiare të konsoliduara paraqiten si më poshtë:

✓ TË ARDHURAT

Të ardhurat në total janë realizuar **40.10 miliardë lekë** ose **99.3% e programimit**, me mosrealizim në vlerën 294 milionë lekë.

Në strukturën e të ardhurave të arkëtuara në vitin 2018, të ardhurat nga transfertat e buxhetit të shtetit përbëjnë pjesën kryesore me 69.4%, nga të cilat 50.7% për shërbimin spitalor dhe 18.7% për shërbimin parësor, ndjekur nga të ardhurat e kontributeve të sigurimeve

shëndetësore me 30.5%. Të ardhurat nga burime të tjera zënë një peshë specifike të vogël prej 0.2 %.



Në krahasim me planifikimin të ardhurat gjithsej janë me mosrealizim për 294 milionë lekë. Ndikim më të madh në këtë rezultat kanë dhënë:

a.transferimet e kontributeve të fermerëve nga ISSH në nivele shumë të ulta në masën 24.7%, me efekt 192 milionë lekë.

b.realizimi i të ardhurave të tjera (interesat e depozitave, dëm ekonomik, tarifa për recetë etj.) në masën shumë të ulët 33.3% me efekt prej 120

milionë lekë.

c.transferatat e buxhetit për shërbimin spitalor realizuar në masën 99.7%, me efekt 78 milionë lekë.

Transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore nga DPT janë realizuar mbi plan në masën 8%, me efekt rritje me 92 milionë lekë në totalin e realizimit të të ardhurave.

Realizimi i të ardhurave sipas zërave krahasuar me planin dhe me një vit më parë, paraqitet si më poshtë:

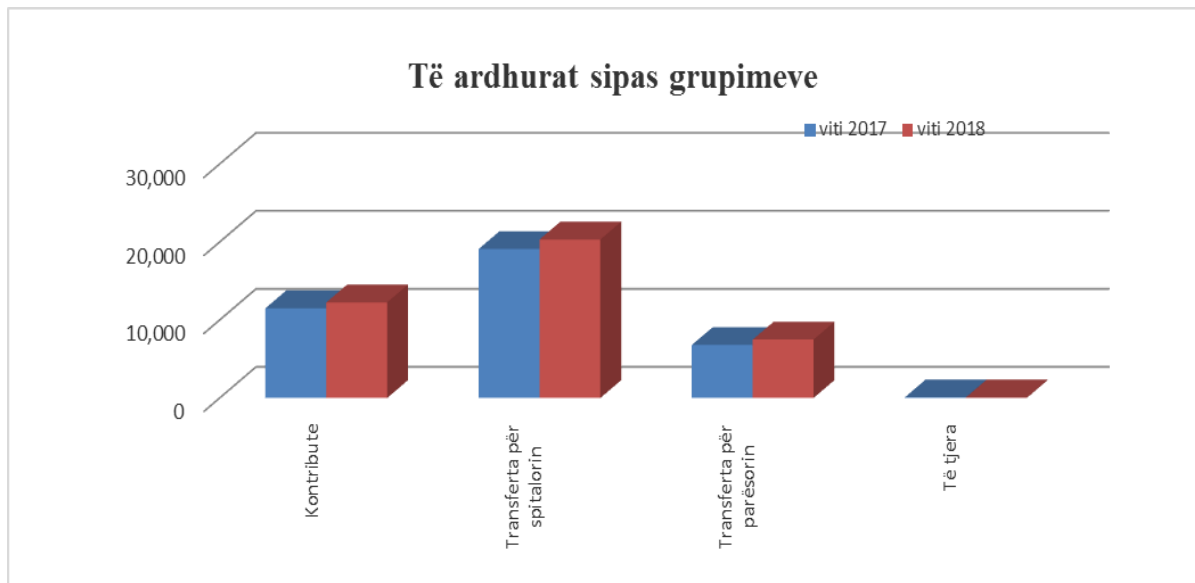
Të ardhurat e arkëtuara 2018

Në milionë lekë

ZËRAT E TË ARDHURAVE	Viti 2017	Viti 2018		Diferenca		Realizimi në %		Pesha spec. Fakt
	Fakti	Plani	Fakti	ndaj vitit 2017	ndaj planit	Fakti	Plani	
TË ARDHURAT GJITHSEJ	38,229	40,400	40,106	1,877	-294	105%	99.3%	100.0%
Kontributet e sigurimit shëndetësor	12,268	12,346	12,250	-18	-96	100%	99.2%	30.5%
nga DPT në BSH	12,200	12,091	12,187	-13	96	100%	100.8%	30.4%
nga ISSH (fermerët)	68	255	63	-5	-192	93%	24.7%	0.2%
Transferta e buxhetit të shtetit	25,869	27,874	27,796	1,927	-78	107%	99.7%	69.3%
Nga keto:								
Transfertë për shërbimin parësor	6,782	7,481	7,481	699	0	110%	100.0%	18.7%
Transfertë për shërbimin spitalor	19,087	20,393	20,315	1,228	-78	106%	99.6%	50.7%
<i>Spitalet</i>	16,424	16,588	16,480	56	-108	100%	99.3%	41.1%
<i>Tërheqje nga FONDI</i>	2,663	3,805	3,835	1,172	30	144%	100.8%	9.6%
Të ardhura të tjera	92	180	60	-32	-120	65%	33.3%	0.2%

Në krahasim me vitin 2017 të ardhurat faktike në total janë rritur në masën 5% , ose në vlerë absolute rreth 1,877 milionë lekë. Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore, krahasuar me një vit më parë, rezultojnë të jenë transferuar më pak për 18 milionë lekë, përkatësisht 13 milionë lekë më pak transferuar nga DPT dhe 3 milionë lekë më pak transferuar nga ISSH. Transferta nga buxheti i shtetit që mbulon shpenzimet e shërbimit parësor dhe spitalor ka pësuar një rritje prej rreth 7 %, ose rreth 1,927 milionë lekë më shumë krahasuar me

një vit më parë. Të ardhurat e tjera janë arkëtuar më pak për 32 milionë lekë nga viti 2017, ose janë realizuar në masën 65% nga viti i mëparshëm, ndikuar nga arkëtime në nivele shumë të ulta të kontributeve vullnetare (rënie e numrit të të siguruarve vullnetarë), nga rënia e arkëtimeve të tarifave për recetë (ulja e numrit të recetave me rimbursim të pjesshëm lëshuar nga mjeku), si dhe ulja e arkëtimeve nga interesat e depozitave (në vitin 2018 nuk u investua në bono thesari).



4.2 Të Ardhurat nga Kontributi i Sigurimeve Shëndetësore

Kontributet shëndetësore janë realizuar në masën **99.2%** ose 96 milionë lekë më pak.

- Nga organet tatimore transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore janë realizuar në masën 108%, ose 96 milionë lekë më shumë.
- Nga organet e sigurimeve shoqërore transferimet kontribute të sigurimeve shëndetësore derdhur nga fermerët janë realizuar në masën 24.7% e planifikimit, ose 192 milionë lekë më pak.

4.3 Transferta nga Buxheti i Shtetit

Transfertat nga buxheti i shtetit në total janë realizuar në masën 99.7% e planifikimit, ose më pak për vlerën 78 milionë lekë, përkatësisht:

-Transfertat **për shërbimin parësor** janë realizuar në masën 100% ose në shumën 7.48 miliardë lekë. Me transfertën e shërbimit parësor mbulohen financimi i Qendrave Shëndetësore, si dhe pagesat e kontrollit bazë për grupmoshat 35-70 vjeç.

-Transfertat **për shërbimin spitalor** (përfshirë edhe spitalet publike) janë realizuar në masën 99.6%, ose në shumën 20.31 miliardë, nga të cilat 16.48 miliardë janë lëvruar nga spitalet publike nëpërmjet sistemit të thesarit dhe 3.83 miliardë lekë janë tërhequr nga FONDI për pagesa të shpenzimeve që përballohen nga programi i shërbimit spitalor.

Tërheqja e FONDI-t 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);

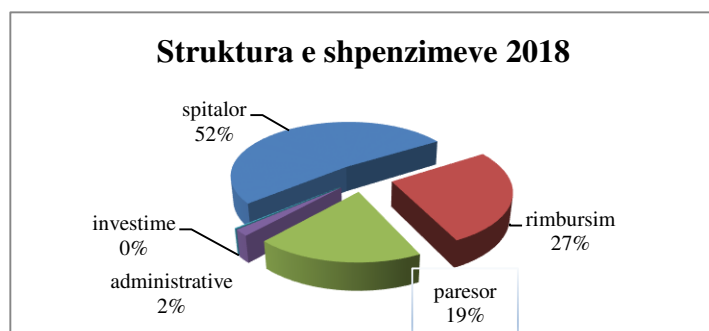
- pagesat për kujdes shëndetësor në institucione jopublike, brenda e jashtë vendit, sipas miratimit, rast pas rasti, me vendim të Këshillit të Ministrave;
- pagesa të bonusit për mjekë specialistë që kontraktohen për ofrimin e shërbimeve të munguara në spitalet rajonale e bashkiake.

4.4 Të Ardhurat e Tjera

Nga burime të tjera (arkëtimet nga interesat e depozitave, nga dëmet ekonomike, nga tarifa për recetë), të ardhurat janë realizuar në masën 33.3% e planifikimit, ose më pak për 120 milionë lekë, ndikuar kryesisht nga ulja e numrit të të siguarve vullnetarë për pasojë ulja e arkëtimeve të kontributeve vullnetare si dhe nga ulja e arkëtimeve nga tarifat për recetë.

5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Për vitin 2018 shpenzimet (përfshirë shpenzimet e spitaleve publike) janë konstatuar në vlerën **41.22 miliardë lekë, ose 102% e planifikimit**, me tejkalim 827 milionë lekë.



Në strukturën e shpenzimeve të vitit 2018, peshën specifike më të madhe e zënë shpenzimet e shërbimit spitalor me 52.2 %, ndjekur nga shpenzimet për rimbursimin e barnave 26.7%, shpenzimet për kujdesin parësor me 19 %, shpenzimet administrative që zënë 1.8 % dhe së fundi investimet me 0.2% të totalit.

Realizimi i shpenzimeve sipas zërave, krahasuar me planin dhe me një vit më parë paraqitet si më poshtë:

Shpenzimet e konstatuara 2018

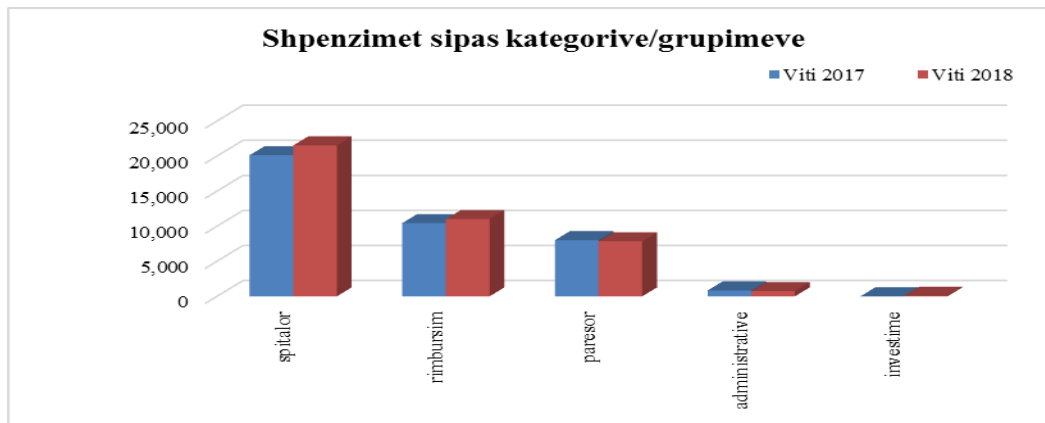
Në milionë lekë

ZËRAT E SHPENZIMEVE	Viti 2017	Viti 2018		Diferenca		Realizimi në %		Pesha spec.e faktit
	Fakti	Plani	Fakti	ndaj vitit 2017	ndaj planit 2018	ndaj 2017	ndaj planit	
SHPENZIMET GJITHSEJ	39,090	40,400	41,227	2,137	827	105.5%	102.0%	100.0%
Shpenzime administrative	866	800	748	-118	-52	86.3%	93.4%	1.8%
Financime për shërbimin parësor	8,021	7,866	7,845	-176	-21	97.8%	99.7%	19.0%
Financimi i QSH	7,145	6,990	6,969	-176	-21	97.5%	99.7%	16.9%
Financimi kontrollit bazë	876	876	876	0	0	100.0%	100.0%	2.1%
Shpenzime për rimbursimin e barnave & pajisjeve	10,088	10,463	11,020	932	557	109.2%	105.3%	26.7%
Investime	1	86	84	83	-2	8447.5%	98.2%	0.2%
Financime për shërbimin spitalor	20,114	21,185	21,529	1,415	344	107.0%	101.6%	52.2%
Nga këto:								
Financime për Spitalin Durrës	834	792	792	-42	0	95.0%	100.0%	1.9%
Financime për spitalet publike(me thesar)	16,424	16,588	16,480	56	-108	100.3%	99.3%	40.0%
Shpenzime për paketat spitalore në privat	1,364	1,363	1,383	19	20	101.4%	101.5%	3.4%
Shpenzime për trajtimin e pacientit me VKM	24	40	29	5	-11	121.0%	72.6%	0.1%
Shpenzimet –Bonusi për mjekët specialistë	10	32	22	12	-10	218.3%	68.2%	0.1%
Shpenzimet- PPP (Dializa)	370	743	736	366	-7	199.0%	99.1%	1.8%
Shpenzimet- PPP (Sterilizim)	1,087	1,627	2,087	1,000	460	192.0%	128.3%	5.1%

Krahasuar me vitin 2017 shpenzimet janë rritur me 5.5%, ose me 2.13 miliardë lekë.

Në vitin 2018 pavarësisht financimeve brenda planit, shpenzimet u konstatuan me tejkalim të planit në masën 2%, ose për 827 milionë lekë. Ndikim më të madh në tejkalimin e shpenzimeve të konstatuara kanë dhënë :

- a. shpenzimet për rimbursimin e barnave dhe pajisjeve mjekësore, konstatuar me tejkalim plani në masën 5.3%, me efekt në tejkalim me 557 milionë lekë.
- b. shpenzimet për shërbimin spitalor konstatuar me tejkalim plani në masën 1.6%, për 344 milionë lekë. Gjithashtu në programin e shpenzimeve për shërbimin spitalor tejkalim më të lartë të planit kanë shpenzimet e shërbimit të sterilizimit në masën 28.3%, për 460 milionë lekë.



5.1 Financimi i Listës së Barnave të Rimbursueshme

✓ *Shpenzimet e rimbursimit të barnave dhe pajisjeve*

Në vitin 2018 listëtreguesit të pranuar për rimbursim të barnave të Listës së Rimbursueshme arritën në vlerën 11.013 miliardë lekë, ose u konstatuan me tejkalim të planit në masën 101.6%. Nga vlera totale e listëtreguesve të pranuar mbetën palikuiduar në fund të vitit 1.52 miliardë lekë, ose 13.8% e listëtreguesve të pranuar për rimbursim.

Nga muaji maj dhe në vazhdim, , reflektohet efekti ekonomik nga aplikimi i çmimeve të reja të Listës së Barnave të Rimbursuara 2018 (LBR 2018), që së bashku me çmimet përkatëse, është miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr. 218, datë 20.04.2018 “Për miratimin e Listës së Barnave që Rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masës së mbulimit të çmimit të tyre”. Sipas këtij vendimi, efektet financiare të kësaj liste, pa përfshirë kufizimet, përballohen nga buxheti i miratuar për vitin 2018 për FONDI-n dhe referojnë nivelin e realizimit faktik të tyre, regjistruar për vitin 2017.

Vlera e likuiduar e listëtreguesve është në përputhje me përcaktimet e mësipërme, ndërkohë vlera e pranuar e listëtreguesve e ka tejkaluar këtë vlerë, duke u konstatuar në 11,013 milionë lekë.

5.2 Financimi i Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor

Shpenzimet e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor (financimi i QSH dhe kontrolli mjekësor bazë) u konstatuan në masën 99.7% të planifikimit, më pak se plani në shumën 176 milionë lekë. Financimi i QSH u bë për diferencë të gjendjes financiare të trashëguar nga viti i mëparshëm, e cila dha efekt kursimi në këtë zë shpenzimi.

Janë financuar qendrat shëndetësore për aktivitetin e tyre vjetor, përfshirë financimin shtesë për qendrat që ofrojnë shërbim të pandërprerë gjatë sezonit veror, si dhe paketën e barnave e materialeve të mjekimit për qendrat shëndetësore që bllokohen gjatë dimrit.

QSH financohen nëpërmjet llogarive që ato kanë në bankat e nivelit të dytë, kështu që çdo mosrealizim i ndodhur, rezulton gjendje në vitin e ardhshëm dhe ndihmon në menaxhimin e situatës së detyrimeve gjatë vitit në vazhdim.

Shpenzimet për shërbimin e kontrollit bazë shëndetësor të popullsisë nga 35 - 70 vjeç u konstatuan në të njëjtën masë sa planifikimi, për shumën prej 876 milionë lekë. Në konstatimin e shpenzimeve përfshihet edhe vlera e projeksionit e përcaktuar sipas kontratës, për 475 mijë kontrolle bazë në vit. Ndërkohë, gjatë vitit 2018 janë realizuar 429 mijë kontrolle bazë, ose 90.3% e projeksionit.

5.3 Financimi i Shërbimit Spitalor

Financimet për Spitalin e Durrësit

Spitali i Durrësit për vitin 2018 është financuar sipas programimit në vlerën 792 milionë lekë, ose 100% e programimit. Spitali financohet nga Drejtoria Rajonale Durrës në llogaritë bankare të administruara prej tij.

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.

Financimet për shërbimin spitalor nëpërmjet thesarit

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

Shpenzimet për shërbimet spitalore, pavarësisht financimeve brenda planit, u konstatuan me tejkalim në masën 101.6% të planifikimit, ose 344 milionë lekë më shumë. Në këtë tejkalim ndikim më të madh kanë dhënë shpenzimet e shërbimit të sterilizimit në spitalet publike të konstatuara mbi planin 28.3%, ose 460 milionë lekë më shumë.

Nga spitalet publike nëpërmjet thesarit u lëvruan fonde në masën 99.3% e planit të çelur në thesar, duke u realizuar më pak për 108 milionë lekë.

Shpenzimet për paketat spitalore në dhënës privat të shërbimit (spitalet jopublike) u konstatuan mbi planin në masën 101.5%, ose 20 milionë lekë më shumë. Financimi i paketave në spitalet jopublike realizohet nga Drejtoria e Administrimit të Paketave Shëndetësore dhe Ekzaminimeve Terciare, Drejtoria Rajonale Berat, Durrës dhe Fier.

Ndërkohë, janë realizuar paketa të kardiologjisë 5,923 raste (284 raste në privat e 5,639 raste në publik), paketa të kardiokirurgjisë 904 raste, transplante 20 raste. Gjithashtu, janë trajtuar 1,250 pacientë me dializë, nga të cilët 143 raste në publik dhe 1,107 raste në privat (përfshirë trajtimin nëpërmjet kontratës konçensionare).

Shpenzimet për trajtimet spitalore miratuar rast pas rasti me VKM u konstatuan në shumën 29 milionë lekë, ose në masën 72.6% të planifikimit, më pak se plani prej 11 milionë lekë.

Shpenzimet për bonusin e mjekëve specialistë të kontraktuar u konstatuan 20.6 milionë lekë ose 94.5% e programimit, më pak se plani prej 10 milionë lekë. FONDI financoi rreth 17 kontrata të lidhura të mjekëve specialistë në disa spitale rajonale e bashkiake.

Shpenzimet për shërbimet e hemodializës të kryera nëpërmjet kontratës së partneritetit publik-privat (PPP) u konstatuan në masën 99.1% të planifikimit, ose më pak prej 7 milionë lekë. Financimi u realizua nga drejtoritë Elbasan, Korçë, Lezhë, Shkodër, Vlorë. Gjatë vitit 2018 u likuiduan të gjitha detyrimet lidhur me faturimet sipas projeksionit të parashikuar në kontratën koncensionare përkatëse, duke filluar që nga nëntori 2016 për rrethet Lezhë, Shkodër e Vlorë. Ndërkohë, u konstatuan problematika lidhur me faturimet e koncensionarit në rrethet Korçë e Elbasan, për të cilat FONDI është në proces gjyqësor.

FONDI dhe Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale kanë ndërmarrë nismën për negocimin e kushteve të kontratës koncensionare me qëllim netimin e numrit të shërbimeve sipas projeksionit.

Shpenzimet për shërbimet e sterilizimit të personalizuar të pajisjeve kirurgjikale të kryera nga partneriteti publik-privat (PPP) u faturuan në shumën 2,087 milionë lekë. Janë kryer rreth 90 mijë ndërhyrje, sipas kompleksiteteve, pa përfshirë paketimet me avull.

6. SHPENZIME TË TJERA TË FONDIT

6.1 Shpenzimet Administrative

Shpenzimet administrative u konstatuan në shumën 748 milionë lekë, që përbën 93.4% të planifikimit, më pak prej 118 milionë lekë. Në uljen e shpenzimeve administrative ndikoi ristrukturimi që FONDI realizoi në qendër e rrethe, me shkurtime të personelit me 163 persona, për trajtimin e të cilëve, u ndoqën të gjitha procedurat ligjore të parashikuara në Kodin e Punës.

Gjithashtu, ndikoi mosrealizimi i disa kontratave për mirëmbajtje të sistemeve të informatikës, të cilat ishin parashikuar për t'u realizuar gjatë vitit 2018.

6.2 Shpenzimet për Investime

Shpenzimet për investime u realizuan në shumën 84.48 milionë lekë (ose 98.2%) nga 86 milionë lekë të programuara.

Programimi i investimeve ndryshoi në fund të vitit, nisur nga pamundësia në realizimin e sistemeve informatike të parashikuara. Mosrealizimet u përdorën për të mundësuar në programe të tjera të shpenzimeve, që rezultojnë me tejkalime.

6.3 Gjendja e Fondit Rezervë dhe Likuiditeteve

Gjendja e Fondit Rezervë është 3,624 milion lekë, miratuar me Vendimin e Këshillit Administrativ Nr.21, datë 16.06.2016, i krijuar për vlerën deri 10% të shpenzimeve vjetore.

Gjendja e likuiditeteve të FONDI-t në datën 31.12.2018, është në vlerën 5,933 milion lekë. Gjendja e mjeteve monetare në bankat e nivelit të dytë rezulton në shumën 1,048 milion lekë, gjendja e mjeteve monetare në llogarinë e fondit rezervë në Bankën e Shqipërisë është 3,624 milion lekë dhe gjendja në llogarinë speciale të kontributeve në Bankën e Shqipërisë është në shumën 1,260 milion lekë.

Krahasimisht me fundin e vitit të kaluar situata paraqitet si më poshtë:

milion/lekë			
Emërtimi	Gjendje 31.12.2018	Gjendje 31.12.2017	Ndryshimi me vitin 2017
Në bankat e nivelit të dytë	1,048	1,959	-911
Në llogarinë e unifikuar të thesarit në Bankën e Shqipërisë	1,260	401	859
Në Bankën e Shqipërisë -Fondi rezervë	3,624	3,624	
Totali	5,933	5,985	- 52

Krahasuar me vitin e mëparshëm, rënia neto e mjeteve monetare është me 52 milion lekë, ndikuar nga përdorimi i tyre për likuidimet e shpenzimeve gjatë vitit 2018 pasi të hyrat në mjete monetare kanë qenë më pak se nevojat për kryerjen e pagesave

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 FONDI-t, si të shërbimeve publike ashtu edhe të atyre private.

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, pagesat e kontributeve përkatëse dhe paketat që financojnë sigurimi i detyrueshëm shëndetësor, janë përshkruar në paragrafët 3.1 dhe 3.3.

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 3,964,013 banorë, ku 2,104,116 banorë janë në zonat urbane dhe 1,859,897 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 2018 është 1,504.

Gjatë vitit 2018, nga ana e Qëndrave Shëndetësore (QSH) të Kujdesit Parësor janë kryer 6,668,567 vizita, nga këto 6,219,039 vizita janë kryer nga Mjek i Përgjithshëm dhe i Familjes (MPF) dhe 449,528 vizita janë kryer nga MS të QSH Specialiteteve Tiranë.

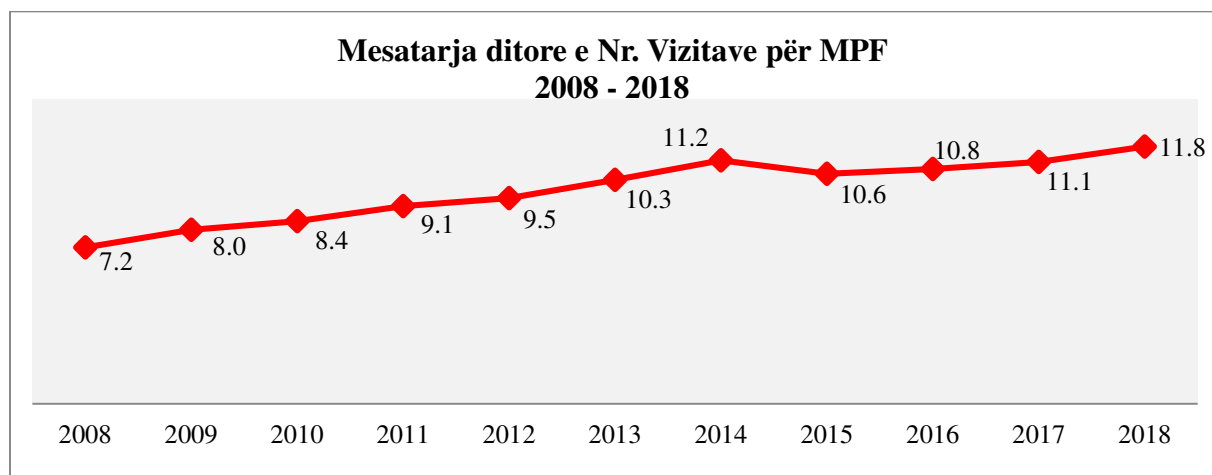
Numri i Infermierëve dhe laborantëve është 6,784. Numri i mjekëve specialistë është 336. Numri i QSH është 407 dhe 6 QSH të specialiteteve që operojnë vetëm në Rajonin e Tiranës. (Specialiteti Nr. 1, Specialiteti Nr. 2, Specialiteti Nr. 3, Specialiteti Nr. 4 (Paskuqan), Dispanseria dhe Qendra Shëndetësore SOB).

Për vitin 2018, numri mesatar i vizitave për MPF është realizuar në masën 12.3 vizita /ditë, për MS/ të QSH të Specialiteteve 11.4 vizita/ditë, pra për vitin 2018 në rang vendi nr.mes/vizit është 11.8 vizita/ditë.

Gjatë vitit 2018, nga ana e QSH të Kujdesit Parësor janë realizuar afërsisht 234 mijë vizita (4%) më shumë se në vitin 2017. Gjithashtu, mesatarja e vizitave në ditë dhe realizimi në përqindje i numrit të vizitave, të kryer nga MPF dhe QSH të Specialiteteve paraqiten më të rritura për vitin 2018. Përqindja e realizimit në total për vitin 2018, paraqitet rreth 8% më shumë se gjatë vitit 2017.

Ecuria në vite e numrit mesatar ditor të vizitave nga MPF (2008-2018)

Grafiku i mëposhtëm, paraqet ecurinë e nr. mes/vizitave nga MPF gjatë periudhës 2008-2018.

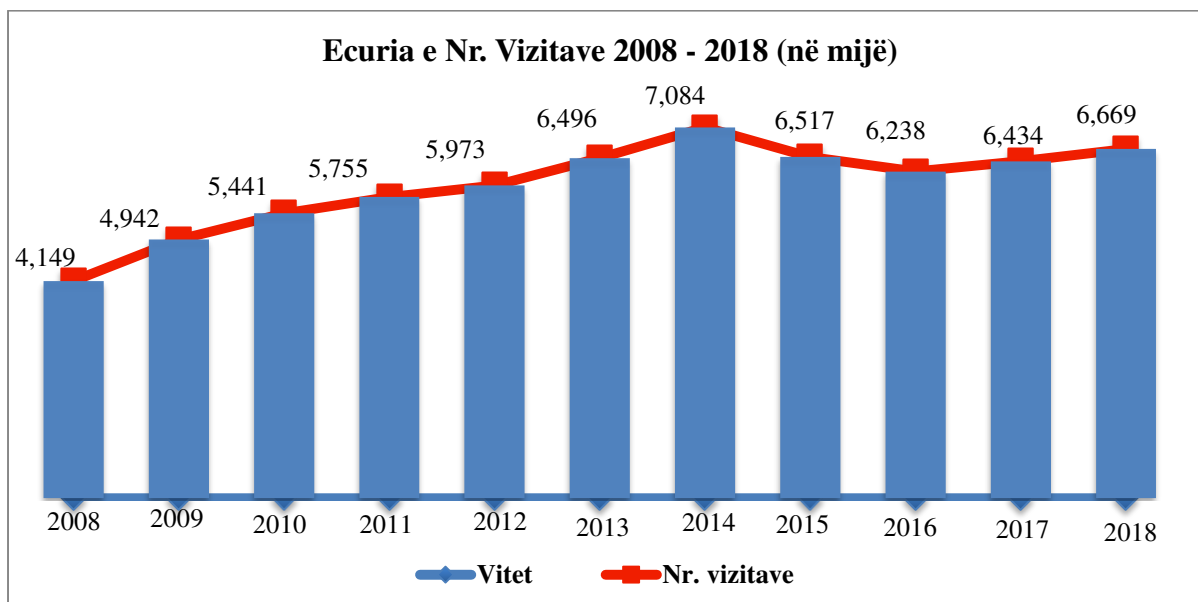


Nga paraqitja grafike e kurbës në vite, vihet re, një trend në rritje, nga viti në vit të numrit mesatar të vizitave në ditë. Krahasuar me vitet 2008 - 2017, nga të gjithë QSH sipas zonave

geografike të përcaktuara në kontratë, për vitin 2018, ka një rritje të numrit mesatar ditor të vizitave për mjek nga 7.2 në 2008 në 11.8 në 2018

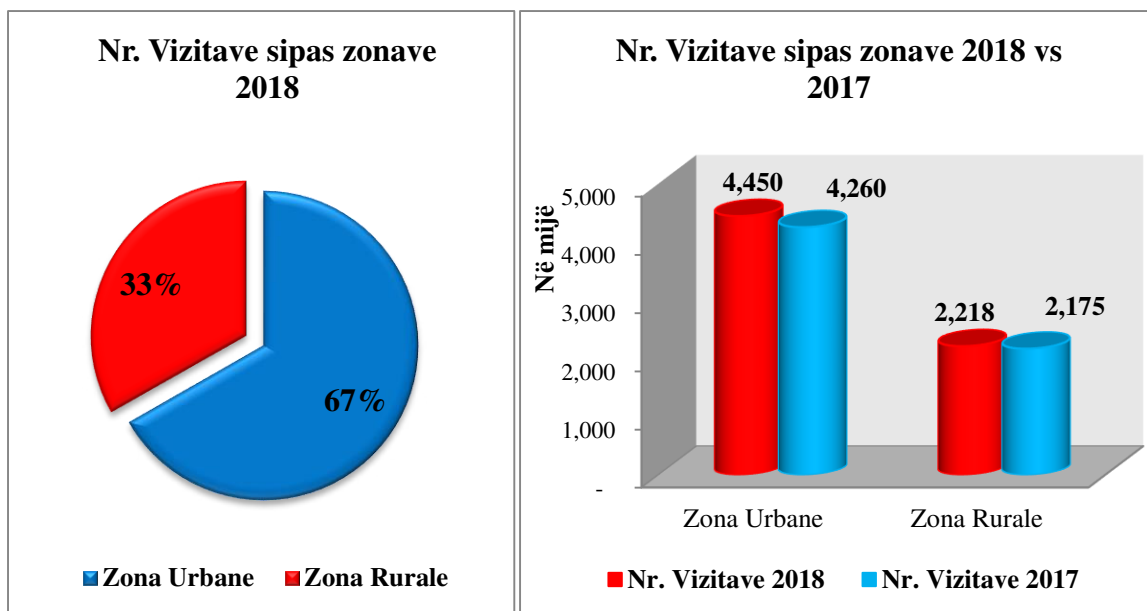
Numri i vizitave të kryera (total) nga QSH të kujdesit parësor nga viti 2008-2018

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrit të vizitave të mjekëve të QSH në kujdesin parësor gjatë viteve 2008 – 2018.



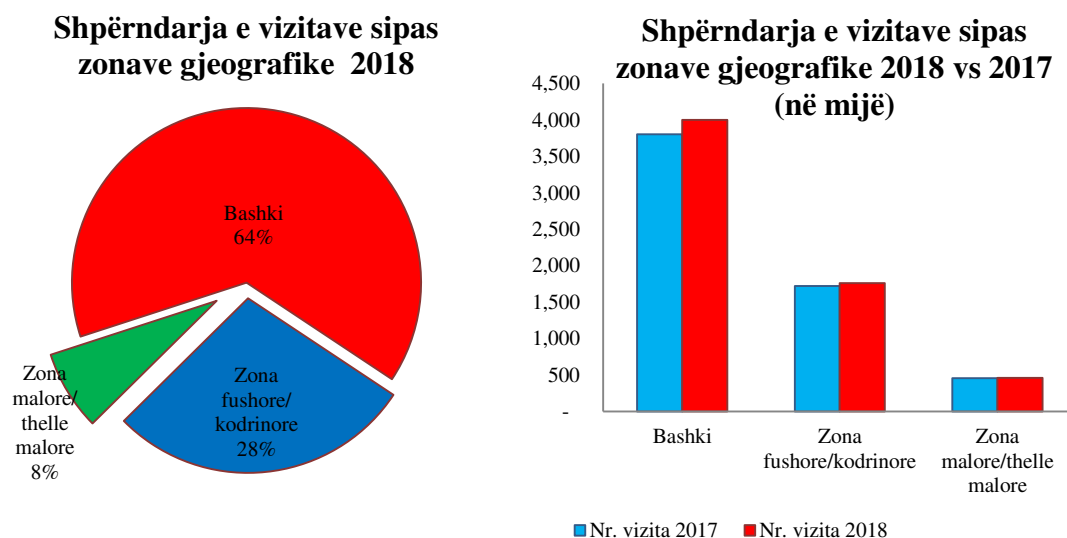
Vizitat e kryera për vitin 2018 vs 2017 sipas zonave (urbane dhe rurale)

Në grafikët e mëposhtëm, pasqyrohen të dhënat, sipas zonave të shprehur në (%), ku shihet shpërndarja e vizitave sipas zonave; zonat urbane zënë rreth **67%** të vizitave totale, ndërsa zonat rurale **33%** të vizitave totale për vitin 2018. Gjatë vitit 2018, zonat urbane kanë realizuar 191 mijë vizita (**4%**) numër vizitash më shumë se gjatë vitit 2017, ndërsa zonat rurale rreth 44 mijë vizita (**2%**) më shumë se gjatë vitit 2017.



Vizitat e realizuara sipas zonave gjeografike, Bashki, Komunë Fushore/Kodrinore, Komunë Malore/Thellë Malore.

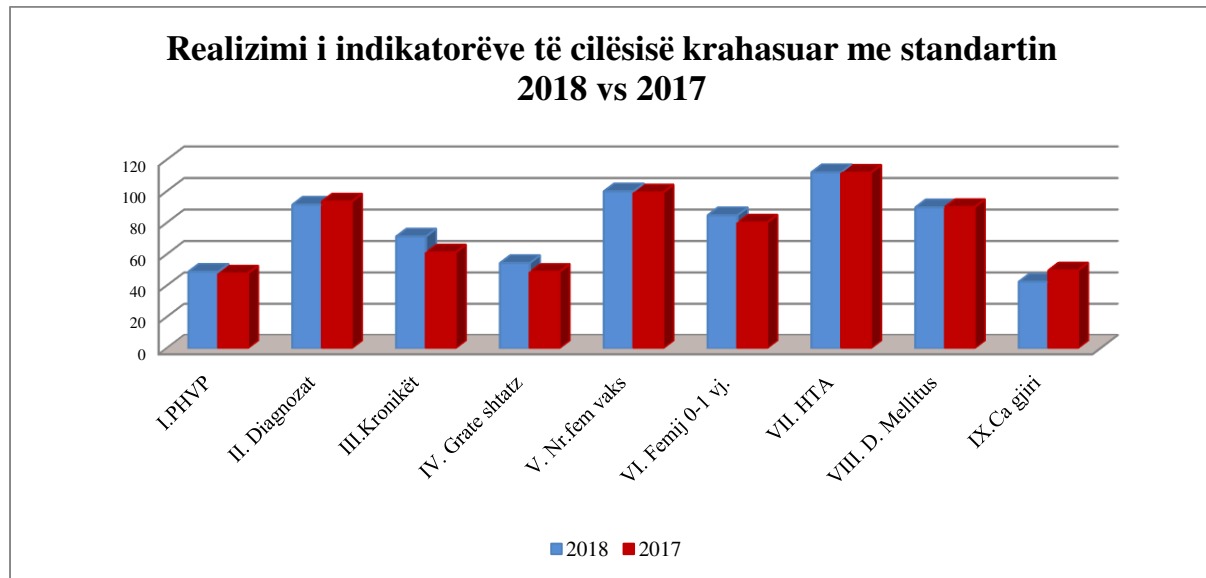
Shpërndarja e vizitave, sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, paraqitet si më poshtë: nga MPF e QSH në bashki janë realizuar 64% e numrit të vizitave të cilët në krahasim me vitin 2017 kanë realizuar 198 mijë (5%) numër vizitash më shumë; nga MPF e QSH në komunë fushore/kodrinore janë realizuar 28% e numrit të vizitave dhe në krahasim me vitin 2017 kanë realizuar 37 mijë (2%) më shumë dhe nga MPF në QSH e zonave Komunë Malore/Thellë Malore janë realizuar 8% e numrit të vizitave, në krahasim me vitin 2017 kanë realizuar 6 mijë (1%) më shumë.



Për vitin 2018 rezulton se indikatorët e cilësisë të Qendrave Shëndetësore krahasuar me standartin, janë realizuar në masën **77%** në vlera lehtësisht më të larta (rreth 1% më shumë) nga viti 2017.

Në grafikun e mëposhtëm paraqiten realizimi i të 9 (nëntë) indikatorëve të cilësisë në rang vendi, krahasuar me standartin, sipas tre-mujorëve për vitin 2018 dhe krahasimi me vitin 2017.

Realizimi i Indikatorëve të cilësisë, sipas tremujorëve, në total 2018 dhe krahasuar me vitin 2017.

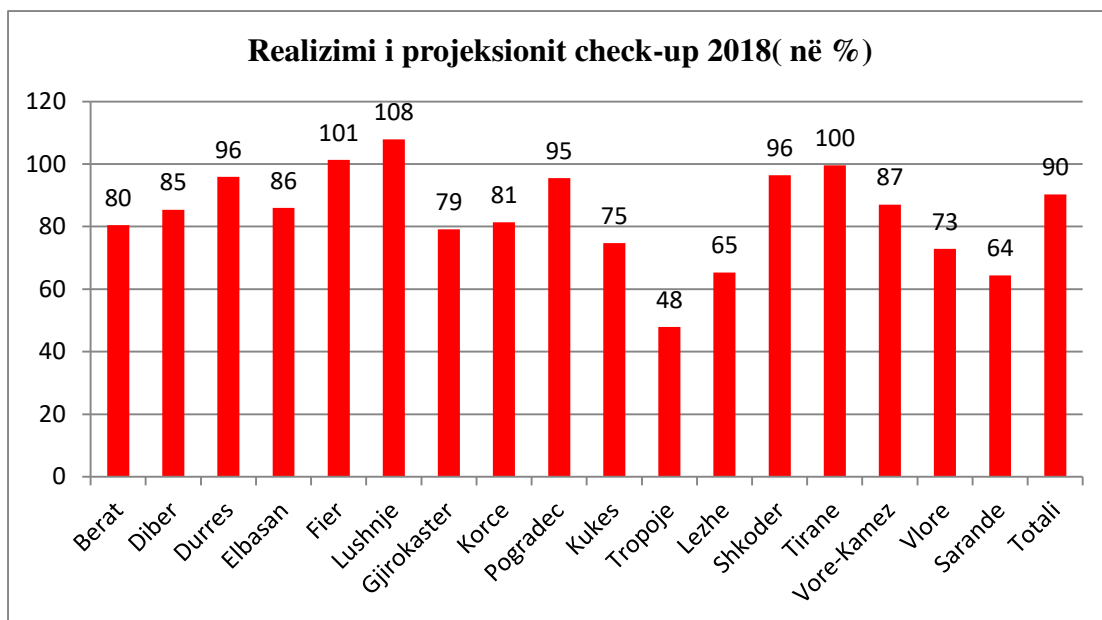


7.2 Kontrolli Mjekësor Bazë

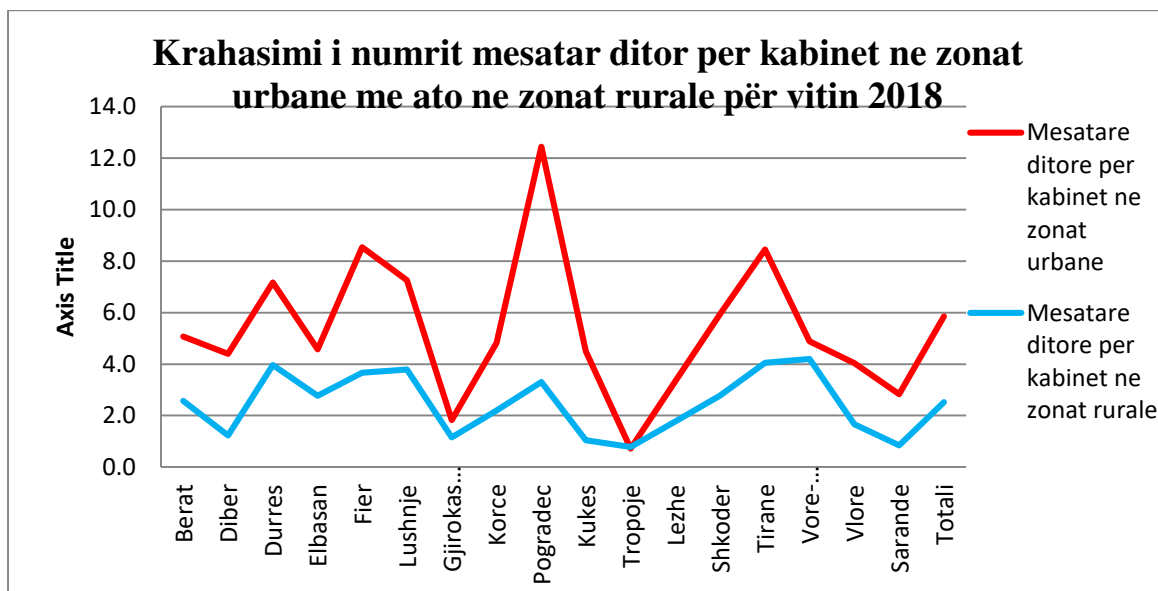
Kontrolli Mjekësor Bazë, tashmë është shtrirë në të gjithë territorin e vendit. Ofrimi i paketës së kontrollit mjekësor bazë realizohet bazuar në Vendimin nr.185, datë 2.4.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të Kontrollit Mjekësor Bazë për shtetasit e moshës 35-70 vjeç”, (ndryshuar me VKM nr.721, 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 2018 janë kryer gjithsej 428,891 kontrolle bazë. Bazuar në projeksionin e planifikuar për kryerjen e kontrollit mjekësor bazë për periudhën janar-dhjetor 2018, kemi një realizim të këtij treguesi në rang vendi prej 90.3%. Ky tregues sipas Drejtorive Rajonale të FONDI-t ka nivele të ndryshme, nga ku rezulton të jetë i ulët në Tropojë, Sarandë, Vlorë dhe Kukës.

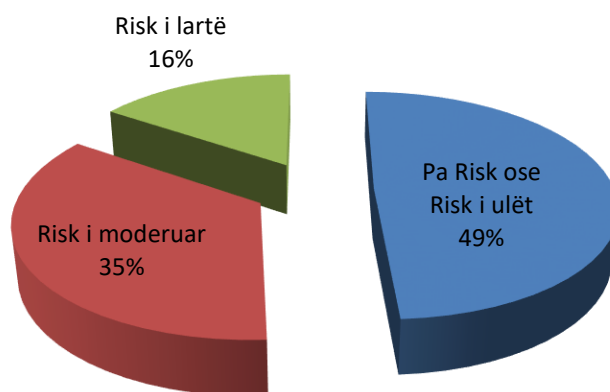


Në periudhën janar-dhjetor 2018, performanca sipas kabineteve dhe QSH, njeh një nivel më të lartë në zonat urbane në krahasim me zonat rurale. Sipas ndarjes administrative në zona urbane dhe rurale indikator i mesatares ditore të vizitave për kabinet paraqitet në grafikun si më poshtë:



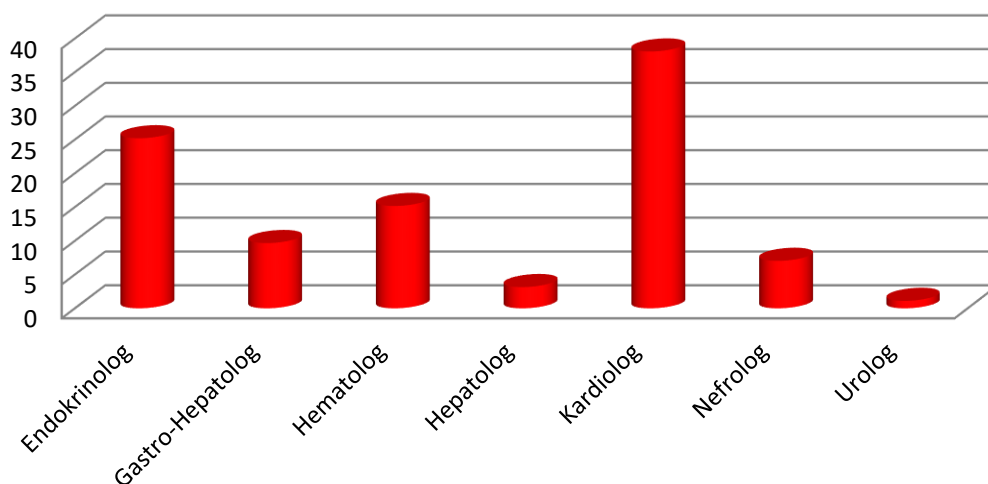
Nga rezultatet e kontrollit mjekësor bazë për periudhën janar- dhjetor 2018 është përcaktuar shkalla e riskut në përqindje sipas grafikut të mëposhtëm:

Niveli i riskut nga kontrollet check-up për vitin 2018



Krahasuar me vitin 2017 kemi një ulje të rasteve me risk të lartë. Personat me risk të lartë, nga MPF janë referuar për konsultë të mëtejshme tek mjeku specialist si më poshtë vijon:

Referimet tek specialisti nga kontrollet check-up për vitin 2018 (në %)



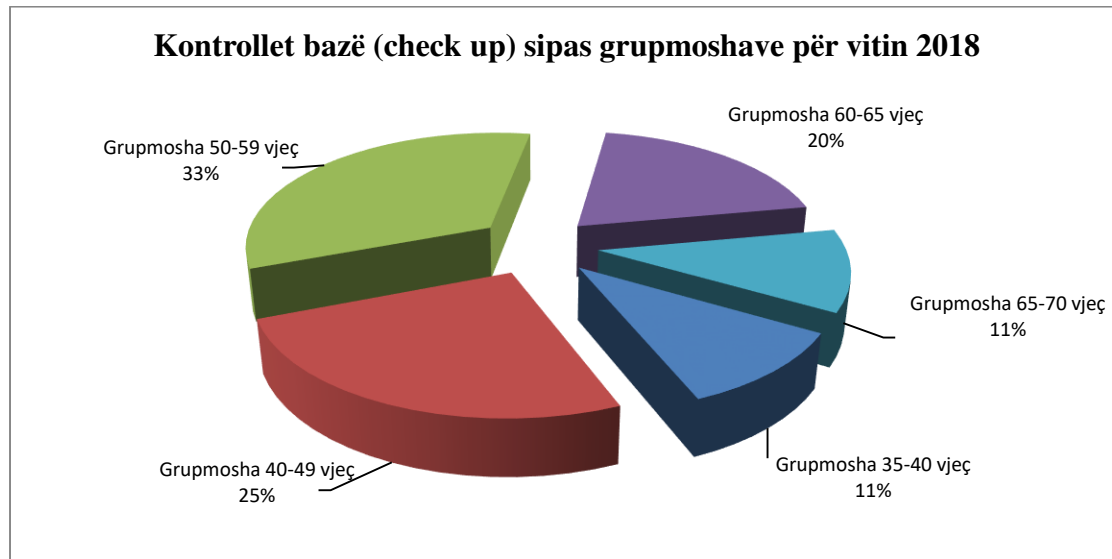
Për vitin 2018:

- rreth 38% e rasteve me risk të lartë janë referuar për sëmundjet kardiovaskulare kundrejt 43.7% të referuar në vitin 2017;
- 25% janë referuar për diabet melitus kundrejt 21.8% të referuar për vitin 2017;
- 15% të rasteve me risk të lartë janë referuar për sëmundjet hematologjike kundrejt 13.33% të referuar në vitin 2017;
- ka patur një rritje të rasteve të referuar për tek nefrologu dhe urologu pasi në gamën e egzaminimeve janë shtuar edhe analizat e azotemisë dhe kreatinemisë që nga viti 2017.

Për periudhën janar – dhjetor 2018 treguesit socialë të kontrollit mjekësor bazë në rang vendi janë simë poshtë vijon:

Për vitin 2018 përqindja e femrave që kanë kryer kontrollin mjekësor bazë është 61% dhe meshkuj 39% . Ky raport nuk ka ndryshuar krahasuar me vitin 2017.

Struktura e kontrollit mjekësor bazë sipas grupmoshave paraqitet:



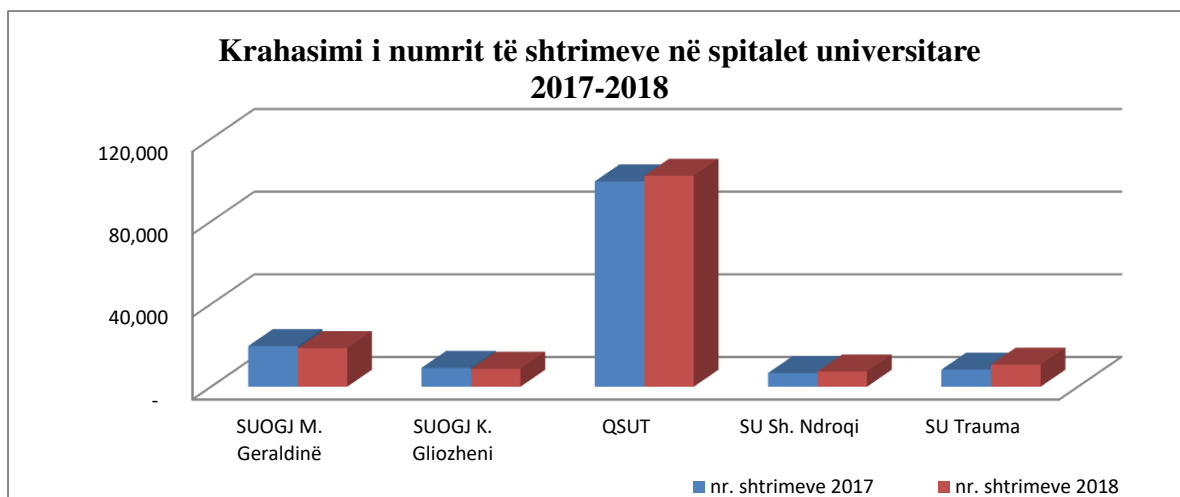
Krahasuar me vitin 2017, struktura e grupmoshave të popullatës që kanë kryer kontrollin mjekësor bazë për vitin 2018 është relativisht e ngjashme. Ka një rritje të lehtë të grupmoshës 35-40 vjeç kundrejt uljes të grupmoshës 50-59 vjeç.

7.3 Paketa e Shërbimeve në Shërbimin Spitalor

Në kontratën me spitalet në vitin 2018 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.

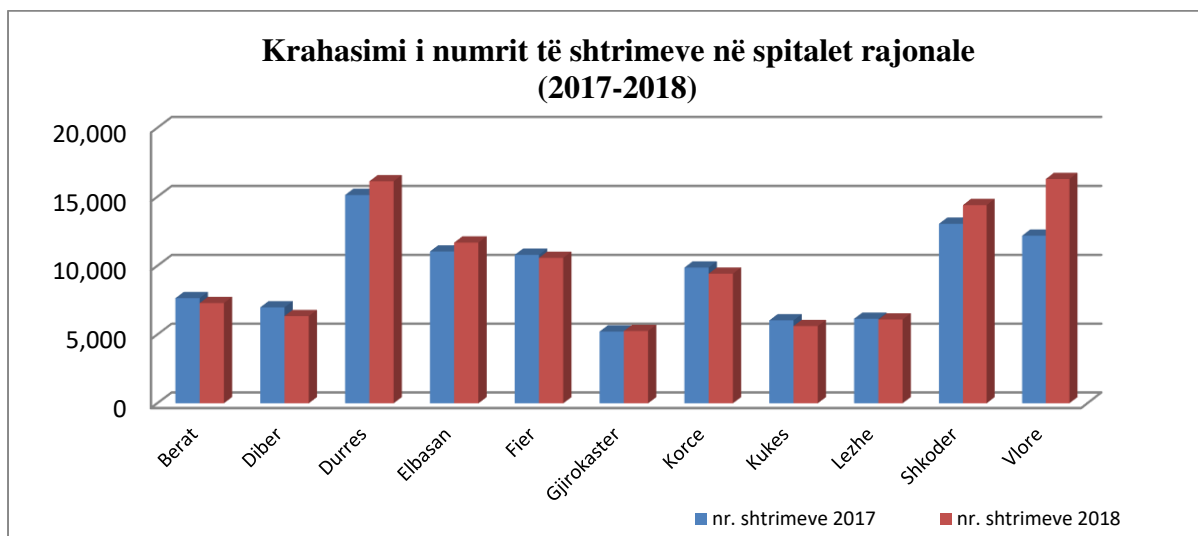
Për vitin 2018 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 296,183 pacientë. Numri i shtrimeve sipas spitaleve rezultoi : për spitalet rajonale të 109,150 pacientë, për spitalet universitare 147,181 pacientë dhe për spitalet bashkiake është 39,552 pacientë.

Krahasimi i shtrimeve ne spitale universitare për dy vitet e fundit paraqitet si vijon:



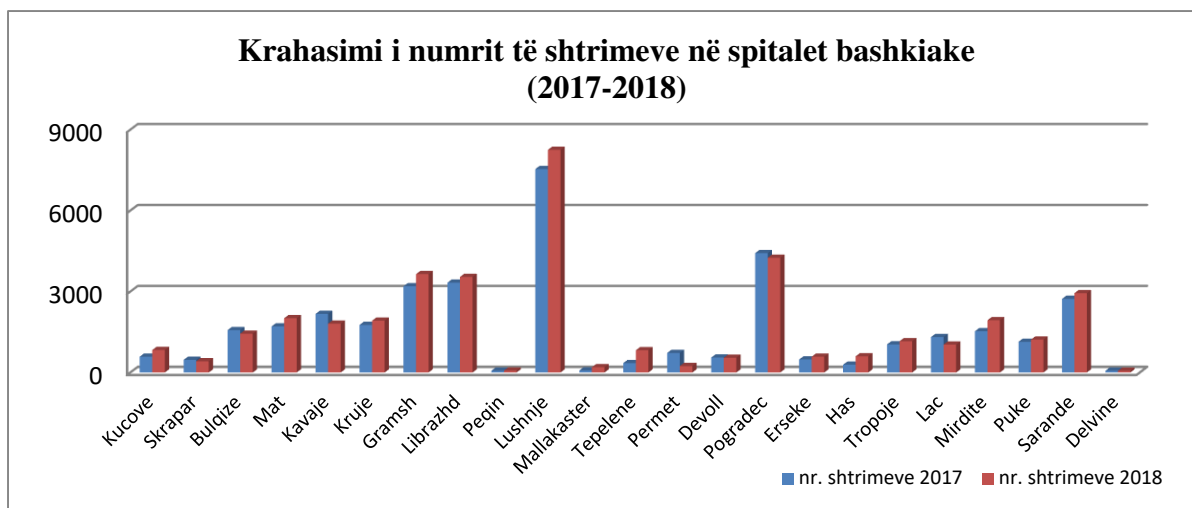
Numri i shtrimeve gjatë vitit 2018 për spitalet universitare rezulton i rritur me 4,465 shtrime më shumë krahasuar me vitin 2017.

Krahasimi i numrit të shtrimeve në spitale rajonale për dy vitet e fundit:



Në spitale rajonale krahasuar me vitin e kaluar, vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2018 ka rritje me rreth 5,022 shtrime më shumë.

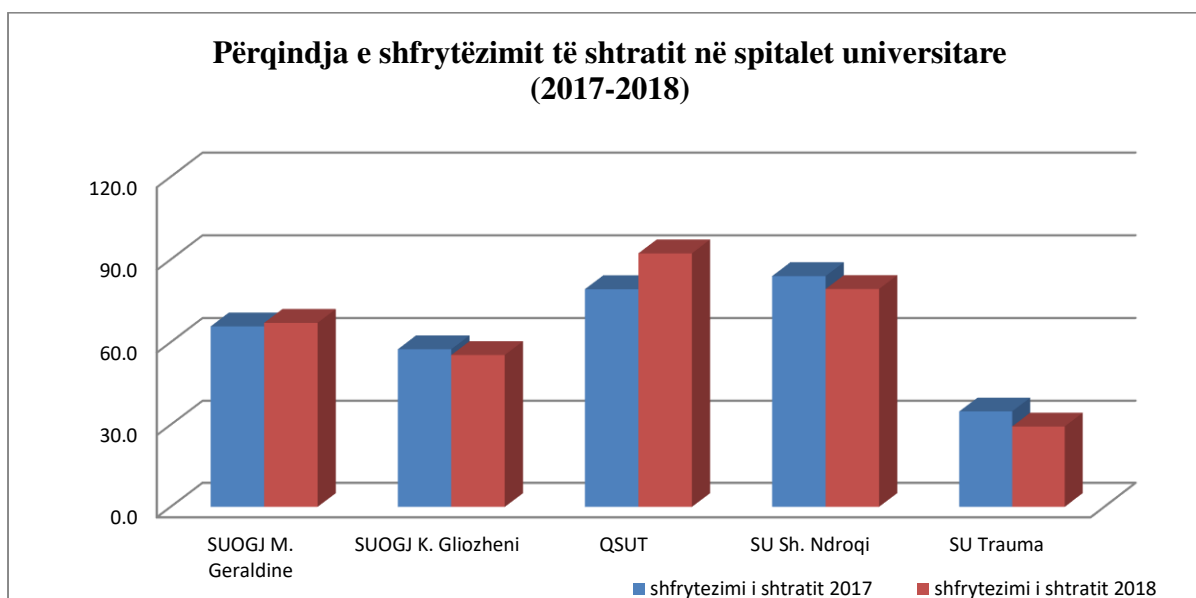
Krahasimi i numrit të shtrimeve për spitale bashkiake në dy vitet e fundit:

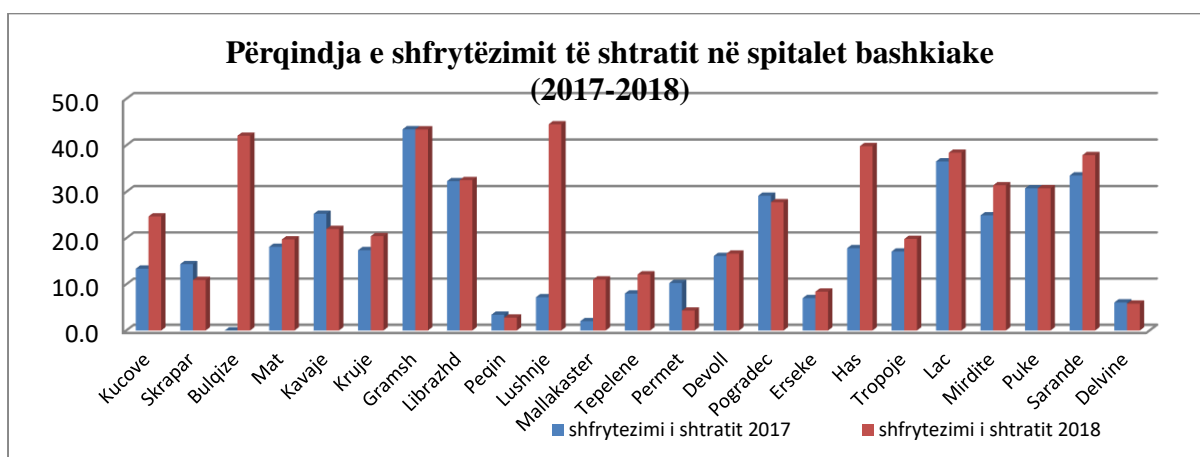
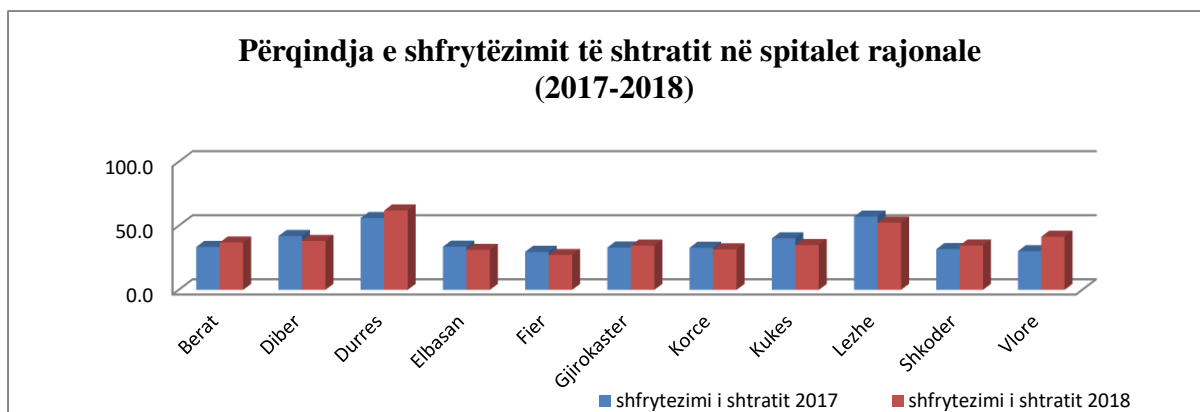


Nga krahasimi i numrit të shtrimeve për spitalet bashkiake me vitin 2017, në vitin 2018 janë shtruar 2,427 pacientë më shumë se në vitin 2017.

Për vitin 2018, 79 % e shtrimeve në spitalet rajonale i zënë shtrimet nga urgjenca me 86,081 shtrime dhe 21.2 % shtrimetë planifikuara nga konsultat spitalore ose 22.093 shtrime. Për spitalet bashkiake 76.5 % të shtrimeve e zënë shtrimet nga urgjenca.

Shfrytëzimi i shtratit, si një indikator tepër i rëndësishëm i efijencës spitalore paraqitet në nivele të ulura për disa spitale. Përqindja e shfrytëzimit të shtratit për vitin 2018 në spitalet universitare, rajonale e bashkiake, krahasuar me mesataren e shfrytëzimit të shtratit në këto spitale është si më poshtë:



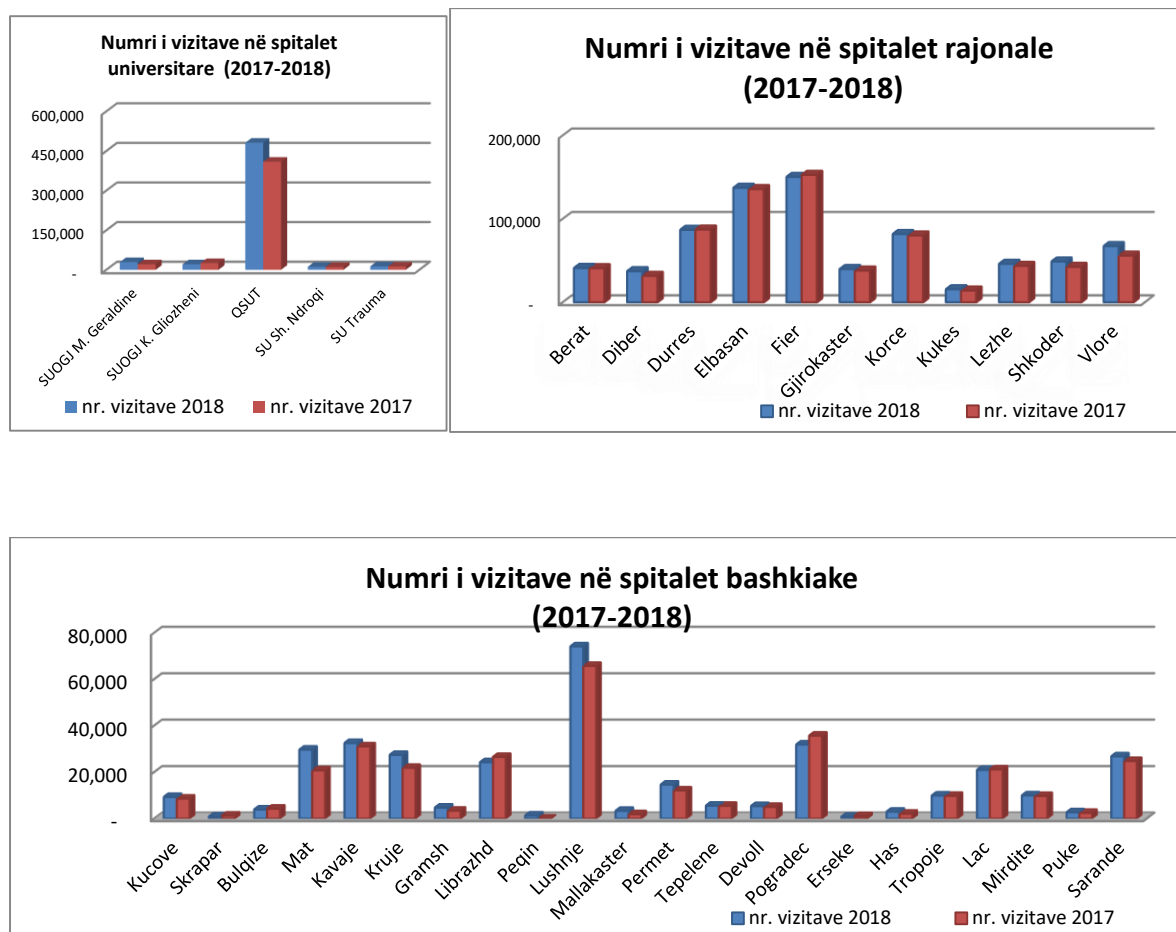


Indikatori i **ditë qëndrimit mesatar** paraqitet në shifra normale, ku për spitalet universitare është 4.39 ditë, për spitalet rajonale 4.5 ditë dhe për spitalet bashkiake është 5 ditë.

Indikator i rëndësishëm për matjen e performancës së spitaleve është dhe **përqindja e pacientëve të shëruar që kanë dalë nga spitali**. Në spitalet rajonale 25.1 % e pacientëve të dalë, kanë dalë të shëruar dhe në spitalet bashkiake 28.3 % e pacientëve të dalë, kanë dalë të shëruar.

Gjatë vitit 2018 rezulton të jenë kryer 1,640,330 vizita ambulatorie në spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake. Konkretisht: në spitalet universitare rezulton të jenë kryer 545,017 vizita ambulatorike, në spitalet rajonale janë kryer 752,513 vizita ambulatorike të specializuara për poliklinikat e këtyre spitaleve dhe në spitalet bashkiake janë kryer 342,800 vizita ambulatorike të specializuara.

Vizitat ambulatorike të krahasuara me një vit më parë (2017)



Ekzaminime Laboratorike

Për periudhën janar – dhjetor 2018 janë realizuar ekzaminime laboratorike si më poshtë vijon:

7,084,070 ekzaminime biokimiko-klinike. Nga këto: spitalet rajonale kanë raportuar 2,733,572 ekzaminime, spitalet universitare 3,161,915 ekzaminime, ndërsa spitalet bashkiake kanë raportuar 1,188,583 ekzaminime klinike. QSUT-ja ka realizuar 2,664,556 ekzaminime klinike.

Raporti midis pacientëve të siguruar dhe të pasiguruar që kanë përfituar kryerjen e ekzaminimeve laboratorike është: 93.36 % të siguruar dhe 4.36 % të pasiguruar. Rezulton se vetëm nga shërbimi i urgjencës janë kryer 17.5% e ekzaminimeve;

- 158,795 ekzaminime mikrobiologjike dhe imunologjike në spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake për pacientë të shtuar, ambulatorë ose urgjentë. Raporti midis pacientëve të siguruar dhe të pasiguruar që kanë përfituar këtë shërbim është përkatësisht: të siguruar 97% të pasiguruar 3%;
- 947,406 ekzaminime imazherike të llojeve të ndryshme të realizuara në spitale për pacientë: të shtruar, të vizituar apo konsultuar në shërbimin ambulator si dhe atyre të paraqitur në shërbimin e urgjencës. Në spitalet rajonale janë kryer 476,002 ekzaminime dhe në ato bashkiake 161,498 ekzaminime;

- 309,906 ekzaminime janë realizuar në spitalet universitare, prej të cilave vetëm QSUT ka raportur 181,494 ekzaminime. Përfituesit e këtij shërbimi në spitalet universitare kanë rezultuar 62.5% pacientë të sigurar (të shtruar, ambulator, nga urgjenca) dhe 37.4% pacientë të pasiguruar (të shtruar, ambulator dhe nga urgjenca). Në spitalet rajonale ky tregues ka rezultuar me 77.6 pacientë të sigurar (të shtruar, ambulator, nga urgjenca) dhe 22.3% pacientë të pasiguruar (të shtruar, ambulator dhe nga urgjenca). Ndërkohë në spitalet bashkiake ka rezultuar me 78 % pacientë të sigurar (të shtruar, ambulator, nga urgjenca) dhe 21.9 % pacientë të pasiguruar (të shtruar, ambulator dhe nga urgjenca).

Ekzaminime Imazherike

Numri i ekzaminimeve imazherike me peshë specifike më të lartë të realizuara për periudhën janar-dhjetor 2018, janë si më poshtë vijon:

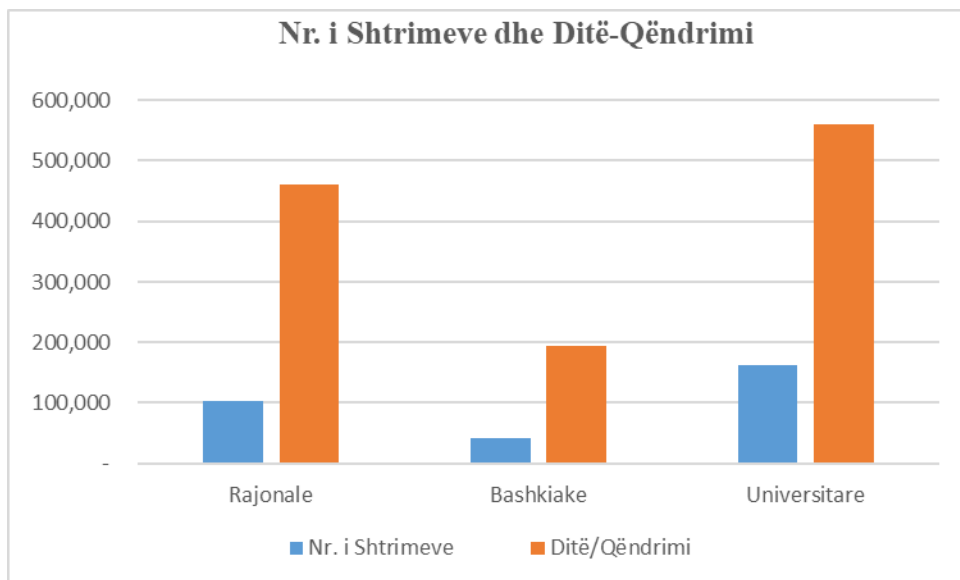
- Skaner: janë realizuar 78,929 ekzaminime;
- Ekografi: janë realizuar 298,973 ekzaminime;
- RMI: janë realizuar 18,206 ekzaminime.
Realizimi i këtij shërbimi sipas spitaleve ka rezultuar : QSUT 6,142 ekzaminime, Spitali Shkodër 2,675 ekzaminime, Spitali Durrës 5,112 ekzaminime, Spitali Vlorë 2,251 ekzaminime, dhe Spitali Universitar i Traumës 2,026 ekzaminime;
- Mamografi: janë realizuar 9,036 mamogramazherike. QSUT ka realizura 1,977 mamogram, Shkodra 1,686 mamogram, Elbasani 875 mamogram, Vlora 1,094, Korça 811 mamogram, ndësa spitalet e tjera rajonale kanë realizura : Berati 118, Dibra 230 dhe Gjirokastra 520 mamogram.

7.4 Kostot Spitalore

Nga analizimi i treguesve spitalor për vitin 2018, rezulton si vijon:

- Numri i rasteve dhe numri i ditë qëndrimeve në spitale për vitin 2018 është:

Spitalet	Nr. i Shtrimeve	Ditë/Qëndrimi
1. Rajonale	102,120	460,004
2. Bashkie	42,507	194,764
3. Universitare	163,147	560,621

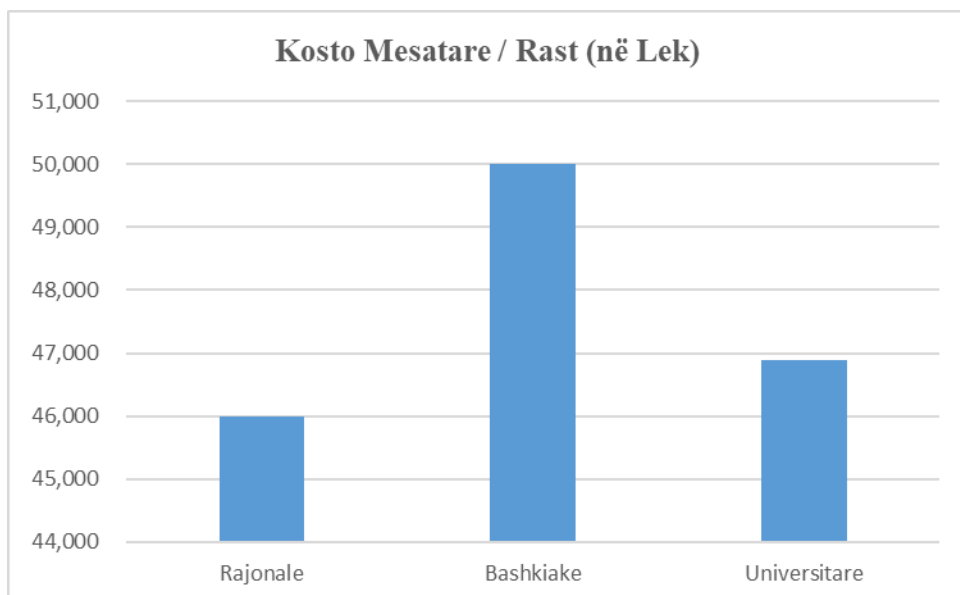


- Kosto mesatare për rast (pacient) në tre nivelet spitalore, janë:

Kosto mesatare/rast në spitalet nivel Rajonal është 46 mijë lekë

Kosto mesatare/rast në spital nivel Bashkiak është 50 mijë lekë

Kosto mesatare/rast në spitalin nivel Universitar 46.9 mijë lekë

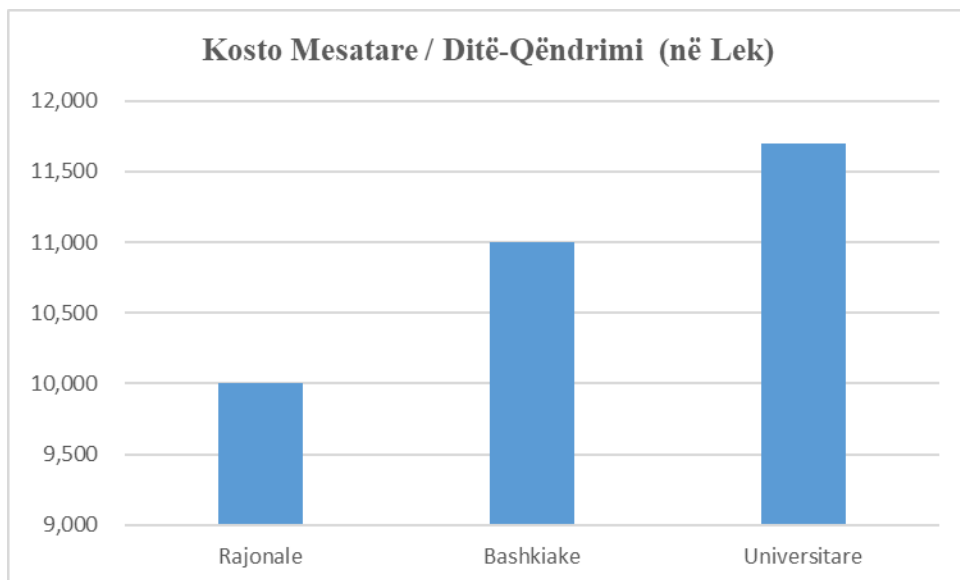


- Kosto mesatare për Ditë - Qëndrimi në tre nivelet spitalore:

Kosto mesatare për Ditë-qëndrimi në spitalet nivel Rajonal është 10 mijë lekë

Kosto mesatare për Ditë-qëndrimi në spitalet nivel Bashkiak është 11 mijë lekë

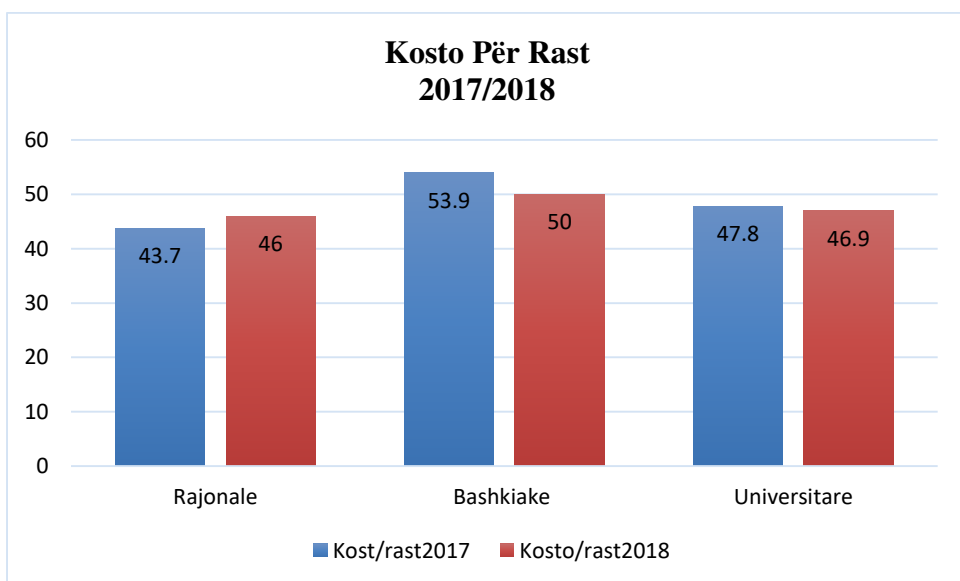
Kosto mesatare për Ditë-qëndrimi në spitalet nivel Universitar 11.7 mijë lekë



Krahasimi i kostos spitalore me një vit më parë (2017)

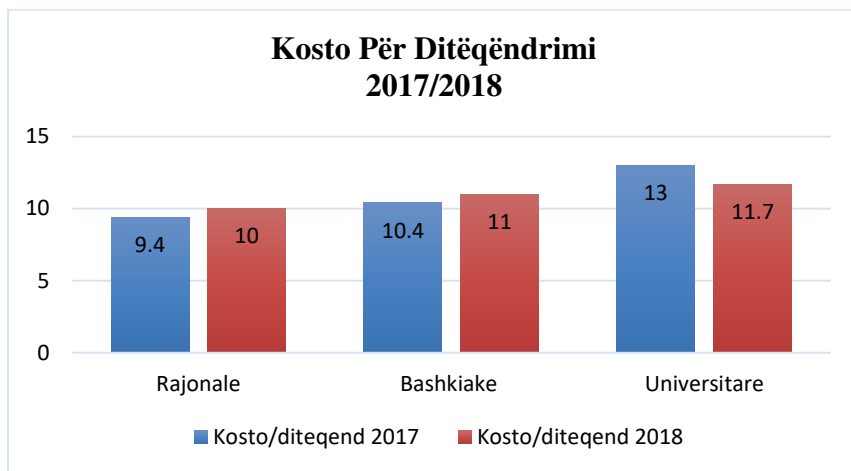
a) Kosto Mesatare për Rast

2017		2018	
Spitalet	Kosto mesatare/rast	Spitalet	Kosto mesatare/rast
1. Rajonale	43.7 mijë lekë	1. Rajonale	46 mijë lekë
2. Bashkiake	53.9 mijë lekë	2. Bashkiake	50 mijë lekë
3. Universitare	47.8 mijë lekë	3. Universitar	46.9 mijë lekë



b) Kosto Mesatare për Ditë- Qëndrimi

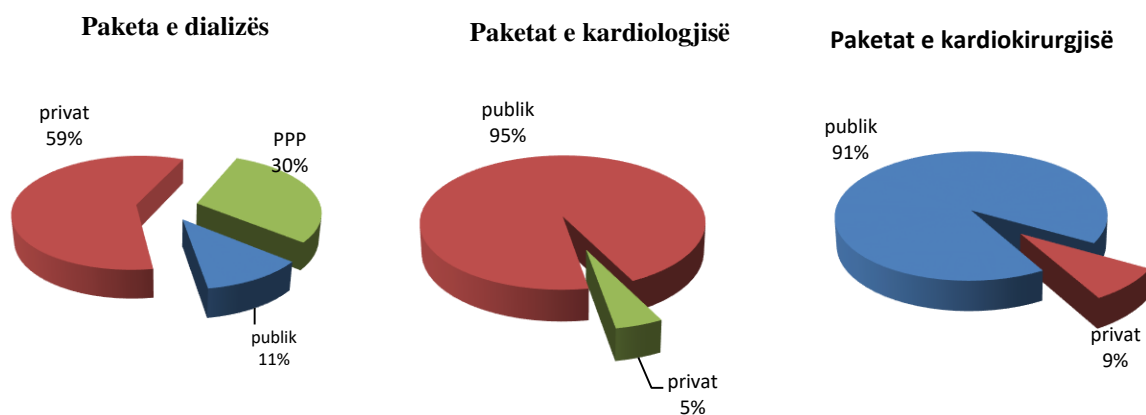
2017			2018		
Spitalet	Kosto mesatare/ditëqëndrimi		Spitalet	Kosto mesatare/ditëqëndrimi	
1. Rajonale	9.4	mijë lekë	1. Rajonale	10	mijë lekë
2. Bashkiake	10.4	mijë lekë	2. Bashkiake	11	mijë lekë
3. Universitare	13	mijë lekë	3. Universitar	11.7	mijë lekë



7.5 Paketat Shëndetësore

Monitorimi dhe analizimi i paketave shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara dhe të financuara nga FONDI bëhet në zbatim të Vendimi Nr. 308, datë 21.05.2014, “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.

Gjatë periudhës janar - dhjetor 2018, në institucionet shëndetësore publike e private është kryer aktiviteti për ofrimin e paketave shëndetësore, si më poshtë :



Paketa e Dializës: Shërbimi i paketës së dializës është ofruar nga spitalet publike dhe private, si dhe nga 5 qendra të shoqërisë konçesionare. Çmimi i paguar për një seancë hemodialize nga FONDI institucioneve shëndetësore që ofrojnë këtë shërbim ishte 12,106 lekë.

Në muajin dhjetor 2018, numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe private, është 1,250 pacientë, nga të cilët 737 pacientë në spitalet private, 143 pacientë janë trajtuar në spitalet publike, dhe 370 pacientë në qendrat e dializës të konçesionarit Dia Vita.

Në vitin 2018, nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara nga FONDI për ofrimin e shërbimit të hemodializës, u kryen 176,911 seanca hemodialize në total, nga të cilat 18,304 seanca nga institucionet shëndetësore publike dhe 158,607 seanca nga institucionet shëndetësore private.

Paketa e Kardiologjisë: Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiologjisë është mbuluar nga: spitali universitar “Nënë Tereza” Tiranë i cili ka kryer numrin më të madh të procedurave mjekësore, spitali universitar “Shefqet Ndroqi” Tiranë, spitali rajonal Shkodër dhe 5 spitale private të kontraktuara me FONDI-n.

Në paketën e kardiologjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

- Pacemaker definitiv
- Angiografi koronare
- Angioplastik koronare (PCA)

Theksojmë se gjatë vitit 2018 shërbimi i kardiologjisë në QSUT për procedurat e mësipërme, është ofruar në 24 orë, duke përmirësuar shërbimin shëndetësor për pacientët.

Për periudhën janar - dhjetor 2018, janë kryer 5,923 procedura, nga të cilat:

- Në Spitalin Universitar “Nënë Tereza” Tiranë janë kryer 4,098 procedura,
- Në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” janë kryer 1,183 procedura,
- Në Spitalin Rajonal Shkodër janë kryer 358 procedura, dhe
- Në Spitalet Private janë kryer 284 procedura.

Rreth 96 % e vlerës së paketës ofrohet nga institucionet publike dhe vetëm 4% ofrohet nga Institucionet Jopublike.

Koha mesatare e pritjes së pacienteve për përfitimin e paketës së angiografisë në mënyrë të planifikuar, për vitin 2018 varion 10-35 ditë kalendarike.

Paketat shëndetësore në shërbimin e Kardiokirurgjisë: Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiokirurgjisë, për periudhën janar- dhjetor 2018, është mbuluar nga Spitali Universitar “Nënë Tereza” Tiranë, i cili ka kryer numrin më të madh të procedurave mjekësore dhe spitalet private të kontraktuara me FONDI-n.

Në paketën e kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

- By passi aorto koronar
- Interventi Valvolar
- Interventi kongenital

Për periudhën janar - dhjetor 2018, janë kryer 904 procedura mjekësore, nga të cilat:

- Në Spitalin Universitar “Nënë Tereza” Tiranë janë kryer 827 procedura mjekësore,
- Në Spitalet Private të kontraktuara nga FONDI janë kryer 77 procedura mjekësore.

Për vitin 2018 paketat e kardiokirurgjisë janë ofruar nga institucionet publike (QSUT) rreth 91% e numrit total të kësaj paketë dhe 9% ofrohet nga spitalet jopublike të kontraktuara me FONDI-n.

Paketa e Transplantit Renal dhe paketa e Terapisë së Flakjes Akute të Veshkës mbulohet nga spitalet private të kontraktuara me FONDI-n .

Për periudhën janar - dhjetor 2018, janë kryer 20 transplante veshke dhe 3 rastet të trajtimit të pacientëve me paketën shëndetësore të terapisë së flakjes akute të veshkës.

Paketa e Vendosjes së Fistulës dhe Graftit ofrohet nga spitali publik QSUT dhe spitali jopublik Amerikan 1 me të cilin është lidhur kontratë nga DAPSHET. Ofrimi i kësaj pakete nga QSUT është bërë nga shërbimimi i kirurgjisë vaskulare.

Në periudhën janar- dhjetor 2018 , janë realizuar 36 vendosje fistule dhe 7 grafte.

Paketa e Kataraktës dhe Radioterapisë : Për herë të parë bazuar dhe në VKM Nr. 5, datë 9.1.2018, “Për një ndryshim 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”, të ndryshuar, u miratuan çmimet për financimin e paketës së Kataraktës e Radioterapisë. Këto paketa për vitin 2018 ,u ofruan nga spitali Universitar “Nënë Tereza” Tiranë.

7.6 Shërbimi i Sterilizimit të Instrumenteve Kirurgjikale

Është zgjeruar shtrirja e ofrimit të seteve të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale sterilë, furnizimi me material mjekësor steril një përdorimësh në sallat kirurgjikale, si dhe trajtimi i mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimi i sallave kirurgjikale në të gjitha spitalet universitare dhe zgjerim në spitalet bashkiake .

7.7 Lista e Barnave të Rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore të rimbursueshme

Lista e barnave të rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore është një nga paketat e rëndësishme që financohen nga FONDI. Mbi bazën e kontratave të FONDI-t 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.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 218 datë 24.04.2018 u miratua dhe hyri në fuqi Lista e Barnave të Rimbursuara (LBR 2018). Me hyrjen në fuqi të LBR-së së re, u lidhën kontratat me 823 farmaci, 69 agjenci farmaceutike, me 14 farmaci të Spitaleve Rajonale dhe Bashkiake si dhe me 8 IEVP (Institucione të Ekzekutimit të Vendimeve Penale). Gjithashtu u lidhën kontrata me 37 importues farmaceutik dhe 14 shpërndarës farmaceutik.

Lista e barnave e miratuar në maj 2018 u zgjerua me 36 barna të reja nga të cilat 14 lëvrohen në farmacitë e spitaleve.

LBR 2018 përmban, 1175 alternativa tregtare, nga të cilat 568 janë alternativa të para dhe 344 principe. Këtë vit, LBR është pasuruar me 36 barna të reja.

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 2018, rimbursimi për barnat që lëvrohen në farmacitë e spitaleve të kontraktuara nga FONDI zë 34.8% të shpenzimeve totale të rimbursimit, ose 157,238 mijë lekë më shumë se në vitin 2017.

Gjatë vitit 2018 konstatohet se konsumi i 56 barnave të reja të LBR 2016 e cila ka hyrë në fuqi në datë 01.06.2016 është rritur me 361.5 milion lekë më shumë se një vit më parë, duke zënë rreth 18% të shpenzimeve totale të rimbursimit.

Krahasuar me një vit më parë, kategoria me rritjen më të madhe është kategoria “Person me Sëmundje Kronike” (PSK), e cila zë 24% në shpenzimet vjetore të rimbursimit. Kjo kategori është kategori e re, e shtuar në kuadër të “Mbulimit Universal”, në fund të vitit 2016. Me miratimin e Vendimit të 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 të MSHMS, në zbatim të këtij vendimi, ka përcaktuar diagnozat kronike për të cilat është i zbatueshëm Vendimi i Këshillit të Ministrave.

Si rrjedhim, dhe gjatë vitit 2018, kanë përfituar përjashtimin nga bashkëpagesa personat me sëmundje kronike, të cilët më parë kanë qenë të pasiguruar ose përfitonin barna me bashkëpagesë, si kategoritë: “Pensionist i pjesshëm”, “Aktivë (i punësuar, i vetëpunësuar, i vetësiguruar)”, “I papunë, punë kërkuar”, “Ndihmë ekonomike”, “Pension social, etj.

Sa më sipër argumenton edhe uljen e numrit të përfituesve në kategoritë e mësipërme, 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

Kategoria e re, “Person me sëmundje kronike” ka rritje në vazhdimësi të shpenzimeve të rimbursimit me 584 milion lekë më shumë se një vit më parë. Në këtë rritje të theksuar ka ndikuar rritja e numrit të recetave me rreth 252,792 receta.

Shpenzimet e rimbursimit për vitin 2018 krahasuar me planin kanë një tejkalim prej 5% ose rreth 574 milion lekë më shumë se plani i parashikuar.

Faktorët që kanë ndikuar në rritjen e shpenzimeve të rimbursimit të FONDI-t gjatë vitit 2018 janë:

- Hyrja në fuqi e Listës së Barnave të Rimbursuara 2018 me çmime më të ulura se LBR 2016, në muajin maj 2018, ndryshe nga parashikimi për të hyrë në fuqi në mars ose prill 2018;
- Rritja e numrit të recetave të Kategorisë së re 39 “Persona me sëmundje kronike” në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave Nr. 946, datë 28.12.2016, e cila përfshin

dhe personat e pasiguruar më parë, të cilët janë trajtuar për diagnoza të sëmundshmërisë kronike, bazuar në Urdhrin përkatës të Ministrit të MSHMS me listën e diagnozave kronike;

- Rritja e numrit të recetave të Kategorisë 11 “Persona me aftësi të kufizuara” (në vijim PAK), si një kategori e cila ka kaluar me rimbursim 100% nga data 18.01.2017 dhe vijon të ketë impakt shtesë në shpenzimet e rimbursimit;
- Hyrja në LBR 2018 e barit me impakt të lartë financiar, Trastuzumab 600mg/5ml (Herceptinë), bar thelbësor në trajtimin e tumoreve malinje për parandalimin e përhapjes së metastazave tumorale. Kjo rrjedhimisht solli rritje të rasteve të reja për pacientë të trajtuar me këtë bar, të cilët më parë e merrnin atë vetëm në kushte spitalore.

Krahasimi i rimbursimit sipas kategorive të përfituesve 2017-2018

Në mijë lekë

NR.	EMERTIMI I KATEGORISE	Rimbursimi viti 2018	Struktura viti 2018 në %	Rimbursimi viti 2017	Struktura viti 2017 në %	Ndryshimi në vlerë 2018-2017	% Ndryshimit
1	Femije 0 -12 Muajsh	774	0.01%	1,583	0.02%	-809	-51.11%
2	Invalide plote	2,331,437	21.17%	2,403,904	23.08%	-72,467	-3.01%
3	Invalide Plote Jashtë Kategorie	404	0.00%	19,187	0.18%	-18,784	-97.90%
4	Invalide pjesshem	4,013	0.04%	10,440	0.10%	-6,427	-61.56%
5	Invalid i Pjesshem Jashtë	710	0.01%	2,014	0.02%	-1,304	-64.75%
6	Invalide Lufte	1,637	0.01%	3,294	0.03%	-1,656	-50.27%
7	Veterane	92,088	0.84%	116,839	1.12%	-24,751	-21.18%
8	Pensionist pa afat	5,076,745	46.10%	4,805,678	46.14%	271,068	5.64%
9	Te paaftë fizik+psiqik	364,372	3.31%	283,820	2.73%	80,551	28.38%
10	Leje lindje/ Raport Mjekesor	28	0.00%	32	0.00%	-4	-12.50%
11	Jetimet	9	0.00%	43	0.00%	-34	-79.07%
12	Sigurim vullnetar/vetesiguruar	703	0.01%	9,021	0.09%	-8,318	-92.21%
13	Te Verber	20,013	0.18%	21,417	0.21%	-1,404	-6.56%
14	IEVP	12,466	0.11%	9,371	0.09%	3,094	33.02%
15	I punesuar	92,887	0.84%	197,314	1.89%	-104,427	-52.92%
16	I vetpunesuar	8,835	0.08%	26,793	0.26%	-17,958	-67.02%
17	Femije 1 - 18 vjec	275,718	2.50%	273,127	2.62%	2,591	0.95%
18	Student 18-25 vjec	1,390	0.01%	5,285	0.05%	-3,895	-73.70%
19	Ndihme ekonomike	10,371	0.09%	25,374	0.24%	-15,002	-59.12%
20	I papune/ punekerkuës	17,117	0.16%	83,336	0.80%	-66,218	-79.46%
21	Azilkerkuës	7,861	0.07%	12,413	0.12%	-4,552	-36.67%
22	Pension social	66,593	0.60%	35,021	0.34%	31,572	90.15%
23	Grua shtatzane	158	0.00%	154	0.00%	4	2.60%
24	Te perndjekur politike	750	0.01%	348	0.00%	402	115.52%
25	Anetar i papaguar i familjes	430	0.00%	816	0.01%	-386	-47.30%
26	Pensionist me afat	6,083	0.06%	17,105	0.16%	-11,022	-64.44%
27	I vetpunesuar ne Bujqesi	825	0.01%	633	0.01%	192	30.33%
28	Perfitues te tjere nga ISSH	293	0.00%	317	0.00%	-24	-7.57%
29	Invalid Para/Tetraplegjik	1,548	0.01%	183	0.00%	1,365	745.90%
30	Person me Semundje Kronike	2,616,488	23.76%	2,049,588	19.68%	566,900	27.66%
31	Viktima trafikimi	17	0.00%	70	0.00%	-53	-75.71%
32	Kujdestar per invalide	6	0.00%	757	0.01%	-751	-99.21%
	TOTAL	11,012,768	100.0%	10,415,275	100.00%	597,493	5.74%

Ndër vite shpenzimet e rimbursimit të ndara për barnat e lëvruara në rrjetin e hapur farmaceutik 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
2018	11,012,768	3,827,251	7,185,517

Në paketat që hartohen e financohen nga FONDI, bën pjesë edhe paketa e listës së pajisjeve mjekësore të rimbursuara.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 814 datë 29.12.2017 “Për një shtesë në vendimin Nr.61 datë 03.02.2017 “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”, u miratua dhe hyri në fuqi Lista e Rimbursimit të Fishave të Diabetit. Për herë të parë nga skema e rimbursimit të sigurimeve shëndetësore janë rimbursuar fishat e diabetit për grupmoshën 0-18 vjeç duke rimbursuar në vlerën 100% fishën e diabetit për këtë grupmoshë. Me hyrjen në fuqi të Listës së Rimbursimit të Fishave të Diabetit, u lidhën kontratat me 6 kompani importuese.

8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

Viti 2018 vijoi të karakterizohej nga përmirësimi i infrastrukturës së teknologjisë së informacionit, në përmirësim dhe mbështetje të funksionimit të skemës së kujdesit shëndetësor në mbarë vendin.

8.1 Shtrirja dhe Implementimi i Sistemit të Recetës Elektronike në të gjithë vendin

Përgjatë vitit 2018, në vijim të procesit të nisur prej vitit 2017, është realizuar shtrirja e përdorimit të sistemit të recetës elektronike në të gjithë skemën e shërbimit parësor si edhe farmacitë e tregut të hapur, që kanë nënshkruar kontratë me FONDI-n.

Në këtë kuadër, grupe të posaçme pune janë ngritur për ndjekjen dhe monitorimin e procesit të implementimit të sistemit të recetës elektronike në të gjitha Drejtorite Rajonale, përfshirë ato ku sistemi ende nuk ishte aplikuar.

Gjatë vitit 2018, këto grupe kanë përfunduar me sukses implementimin e sistemit të recetës elektronike në të gjitha Qendrat Shëndetësore, dhe prej datës 16.09.2018 e në vijimësi ky sistem është tërësisht Online.

Gjithashtu në ndërveprim me strukturat teknike dhe rajonale të FONDI-t, është bërë i mundur aplikimi i recetës elektronike edhe në Shërbimin Paliativ në të gjitha rajonet, i cili, prej datës 01.11.2018 e në vijimësi është tërësisht Online.

Në këtë proces janë përfshirë Qendrat Shëndetësore në mbarë vendin, ku janë trajnuar e mbështetur mbi 1,600 MPF, mbi 900 farmaci me kontratë me FONDI-n, shërbimi paliativ SOB dhe Ryder në Tiranë, Korçë, Durrës, si edhe shërbimi spitalor në QSUT.

Një informacion më i detajuar, sipas viteve, paraqitet në tabelën e mëposhtme.

Shtrirja e Implementimi i sistemit eRx dhe PKI

RAJONI	FARMACI		QSH		MJEKË		FARMACISTË	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Tiranë	290	-	27	-	334	-	337	-
Kamëz Vorë	35	-	8	-	69	-	42	-
Durrës	74	-	34	-	235	-	87	-
Fier	57	-	28	-	104	-	75	-
Shkoder	55	-	36	-	107	-	72	-
Korce	75	-	39	-	104	-	89	-
Elbasan	84	-	53	-	157	-	90	-
Vlore	-	57	-	17	-	96	-	64
Lushnje	-	42	-	17	-	61	-	58
Berat	-	44	-	22	-	82	-	45
Diber	-	27	-	34	-	62	-	35
QSUT	-	1	-	1	-	98	-	3
Sarandë	-	17	-	13	-	30	-	24
Gjirokastrë	-	17	-	31	-	52	-	21
Lezhe	-	30	-	21	-	80	-	41
Kukës	-	10	-	19	-	36	-	13
Tropojë	-	4	-	8	-	14	-	4
Total	670	249	225	183	1,110	611	792	308
Progresivi	670	919	225	408	1,110	1,721	792	1100

8.2 Implementimi i Nënshkrimit Elektronik në zbatim të Recetës Elektronike në të gjithë vendin

Projekti i recetës elektronike implementohet 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), është shtrirë e implementuar për çdo mjek i cili ka akses në sistemin e recetës elektronike, duke arritur në rreth 1,623 mjekë në sistemin parësor dhe 98 mjekë në shërbimin spitalor në QSUT, ku edhe ka nisur zyrtarisht nënshkrimi elektronik për 3 farmacistët. Lidhur me shtrirjen e procesit të nënshkrimit elektronik edhe për farmacistët, parashikohet që ky proces të realizohet gjatë vitit 2019.

Përgjatë implementimeve të vitit 2018, sipas procesit të shtrirjes të sistemit të recetës elektronike, janë realizuar këto procese:

- Shpërndarja e USB eToken, së bashku me rinovimet e nevojshme;

- Konfigurimi i paketës së programeve të përgatitur nga FONDI, në çdo pajisje kompjuterike që përdor mjeku, farmacia dhe farmacisti në drejtorinë rajonale, si edhe verifikimi në terren i cilësisë së shërbimit të internetit për çdo mjek dhe farmaci;
- Trajnimi i mjekëve, farmacistëve dhe punonjësve të DRF-ve;
- Suporti Online apo në terren lidhur me mbarëvajtjen/funksionimin normal të sistemit të recetës elektronike.

8.3 Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar gjatë vitit 2018

Një ndër objektivat e vitit 2018, ka qënë edhe zhvillimi i sistemeve informatike në përputhje me politikat qeveritare për dixhitalizimin e informacionit për shëndetin dhe kujdesin shëndetësor.

Në kuadër të bashkëpunimit midis FONDI-t dhe AKSHI-t si edhe në zbatim të Vendimit nr. 673, datë 22.11.2017 të Këshillit të Ministrave “Për Riorganizimin e Agjensisë Kombëtare të Shqërisë së Informacionit” dhe në zbatim të Vendimit nr. 710, datë 21.08.2013 të Këshillit të Ministrave “Për krijimin dhe funksionimin e sistemeve të ruajtjes së informacionit, vazhdueshmërisë së punës dhe marrëveshjeve të nivelit të shërbimit”, përgjatë vitit 2018, FONDI ka patur një bashkëpunim me AKSHI-n, prej nga është realizuar edhe mbyllja me sukses e hartimit të termave të referencës për disa projekte të rëndësishme, sikurse renditen në vijm:

- Upgrade dhe integrim i sistemit elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes dhe regjistrin elektronik të të siguruarve, ky projekt mundëson raportimin online të vizitave të pacientit pranë mjekut familjar.
- Upgrade i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike; Ky projekt mundëson raportimin online të depove farmaceutike mbi qarkullimin e barnave të Listës së Barnave të Rimbursueshme midis distributorëve të ndryshëm, duke mundësuar shmangien e fiktivitetit.
- Upgrade të sistemit të kostove spitalore;
- Ndërtimi i dhomës së serverave dhe sistemeve kombëtare të FONDI-t.

Këto projekte kanë vijuar zbatimin gjatë vitit 2019, kur edhe planifikohet të përfundojnë me sukses.

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 FONDI-t, 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 FONDI-t, Drejtoria e Kontrollit Parësor dhe Farmaceutik , gjatë vitit 2018 Drejtoria e Kontrollit e FONDI-t ka ushtruar kontrolle në 619 subjekte ose rreth 19 % e totalit të subjekteve të cilat kanë lidhur kontratë me FONDI-n. Konkretisht, është ushtruar kontroll në këto subjekte:

- 117 Qendra Shëndetësore;
- 5 Qendra Shëndetësore të Specialiteteve;
- 327 Mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- 42 Mjekë specialistë;
- 99 Farmaci, agjenci farmaceutike dhe farmaci spitalore;
- 20 Depo farmaceutike.

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- zgjidhje kontrate për 1 subjekt farmaceutik;
- shpërblim dëmi ekonomik ndaj 356 subjekteve të kontraktuara me FONDI-n, në vlerën totale 14,589,588 lekë;
- masë administrative Gjorbë për 71 subjekte të kontraktuara me FONDI-n, në vlerën totale 372,000 lekë;
- masë administrative kushte penale për 68 subjekte të kontraktuara me FONDI-n, në vlerën totale 9,048,000 lekë;

9.2 Monitorimi i Zbatimit të Kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Për vitin 2018, planifikimi dhe realizimi i kontrolleve në rajone, rezultoi si më poshtë vijon:

Drejtorite Rajonale të FONDI	Planifikimi	Realizimi
BERAT	✓	✓
DIBER	✓	✓
DURRES	✓	✓
ELBASAN	✓	✓
FIER	✓	✓
GJIROKASTER	✓	
KORCE	✓	✓
KUKES	✓	
LEZHE	✓	✓
SHKODER	✓	✓
VLORE	✓	✓
SARANDE	✓	✓
TROPOJE	✓	
KAMEZ VORE	✓	✓
LUSHNJE	✓	
QENDRA SHENDETESORE TE SOECIALITETEVE	✓	✓

Sikurse vërehet në tabelën e mësipërme, për vitin 2018 janë kontrolluar rajonet e Lezhës, Elbasanit, Durrësit, Korçës, Fier, Kamëz Vorë, Dibër, Qendrat Shëndetësore të Specialiteteve Tiranë dhe Kamëz Vorë, Vlorë, Sarandë, dhe Berati në proces.

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat e detjuara mbi kontrollet në qendrat shëndetësore sipas secilit rajon.

N r.	DRSKSH	Total QSH	Total mjekë	Subjektet e kontrolluara		Lloji i kontrollit	SANKSIONET (në Lekë)			Raporti i kontrollit	
				QSH	Mjekë		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoha	Mjekë	QSH
2	Dibër	34	60	9	20	I plotë	405,372	-	30,000	33%	26%
3	Durrës	34	197	15	47	I plotë	1,165,041	-	8,000	24%	44%
4	Elbasan	53	161	16	49	I plotë	696,676	5,000	11,000	30%	30%
5	Fier	28	101	13	35	I plotë	222,975	-	49,000	32%	54%
	Fier	28	101		1	Tematik	-	-	-		
7	Korçë	31	77	16	37	I plotë	698,135	-	8,000	48%	51%
11	Lezhë	21	81	14	33	I plotë	383,909	-	8,000	41 %	66 %
12	Shkodër	36	103	11	32	I plotë	915,640	-	34,000	31 %	31 %
13	Tiranë	27	300	5	42	I plotë	-	929,000	-	14%	19%
	Tirane	27	300		2	Tematik	-	50,000	10,000		
14	Kamëz Vorë	8	65	7	25	I plotë	1,094,649	5,000	45,000	38%	88 %
15	Vlorë	17	84	10	32	I plotë	403,611	-	10,000	38%	60%
16	Sarande	13	29	6	12	I plotë	204,433	-	7,000	41%	46%
	TOTALI	407	1518	122	369		6,190,441	989,000	225,000	24%	30%

Sikurse pasqyrohet edhe në tabelën e mësipërme Drejtoria e Kontrollit ka kryer kontrolle në 122 QSH ose 30% e totalit, në 369 mjekë (përfshirë edhe drejtorët e QSH) ose 24 % të totalit.

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

- Shkelje e kufizimeve të: listës së barnave të rimbursuara, protokolleve të përdorimit të barnave dhe akteve të FONDI-t për mirëadministrimin e shpenzimeve të rimbursimit për mjekimin e të sëmurëve, administrimit të kartelave të pacientëve;
- Shkelje në lidhje me detyrimet kontraktuale për kryerjen e kontrollit mjekësor bazë për të gjithë banorët e planifikuar të grupmoshës 35-70 vjeç.

Në përfundim të kontrolleve janë marrë këto masa:

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 6,190,441 lekë ndaj 259 MPF;
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 225,000 lekë ndaj 57 MPF;
- Masa administrative “Kusht penal” në vlerën totale prej 989,000 lekë respektivisht ndaj 31 drejtorëve të QSH, MPF.

9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

a) Për subjektet Farmaceutike

Në vitin 2018, janë kontrolluar 99 subjekte (që zënë 31 % të totalit të shpenzimeve të rimbursimit) dhe janë marrë masat si më poshtë:

- Zgjidhje së kontratës për 1 subjekt farmaceutik;
- Gjobë në vlerën 147,000 lekë për 24 subjekte farmaceutike;
- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 8,120,717 lekë për 94 subjekte farmaceutike;
- Kushte penale në vlerën 418,000 lekë për 27 subjekte farmaceutike;

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

N r.	Farmaci/Agjenci		Numri i subjekteve të ekontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET (në Lekë)				Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin e subjekteve të kontrolluara	Totali i subjekteve me kontrate në raport me numrin e subjekteve të kontrolluara
	DRSKSH	Farmaci/Agjenci Totali			Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba	Zgjidhje e Kontrate		
1	Tiranë	286	22	Tematik+inventar	2,581,384	62,000	40,000	1	33%	8%
2	Kamëz Vorë	40	4	Tematik+inventar	179,843	20,000	3,000		28%	10%
3	Farmaci Spitalore	1	12	Tematik+inventar	89,924	20,000				
4	Durrës	94	7	Tematik+inventar	612,160	10,000	50,000		30%	7%
5	Fier	57	4	Tematik+inventar	134,243	10,000	15,000		34%	7%
6	Shkodër	58	6	Tematik+inventar	812,978	34,000			36%	10%
7	Korcë	42	6	Tematik+inventar	497,435	10,000	2,000		44%	14%
8	Elbasan	81	6	Tematik+inventar	774,511	20,000	9,000		30%	7%

9	Gjirokaster	17	3	Tematik+inventar	446,759		15,000	45%	18%
10	Kukes	9	2	Tematik+inventar	79,712		1,000	46%	22%
11	Sarandë	17	3	Tematik+inventar	239,852	20,000	4,000	32%	18%
12	Lezhë	29	5	Tematik+inventar	283.603	30.000	2.000	47%	17%
13	Berat	43	6	Tematik+inventar	531.140	20.000	6.000	48%	14%
14	Lushnja	39	4	Tematik+inventar	382.803	152.000		48%	10%
15	Pogradec	17	3	Tematik+inventar	54.803			47%	18%
16	Tropoje	3	2	Tematik+inventar	134.186			77%	67%
17	Vlore	56	4	Tematik+inventar	285.381	10.000		32%	7%
	Totali	867	99		8,120,717	418,000	147,000	40 %	11%

b) Për subjektet Depo Farmaceutike

Në periudhën janar-dhjetor 2018, kontrollet në depot farmaceutike kanë 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.

Drejtorja e Kontrollit të FONDI-t ka kryer kontrole në 40 depo farmaceutike ose 39 % të totalit. Nga kontrollet e kryera është vërejtur problematika e mungesë së disponibilitetit të barnave në treg për një periudhë më shumë se një-mujore në depo importuese. Në përfundim të kontroleve janë rekomanduar masa administrative kusht penal për mungesë të barnave në treg ndaj 7 subjekteve në vlerën 7,000,000 lekë.

9.4 Monitorimi i Zbatimit të Kontratave nga Spitalet

Janë ushtruar kontrole me objekt zbatimin e përgjegjësiave dhe detyrimeve kontraktuale të Spitaleve me kontratë me FONDI-n në zbatim të skemës së sigurimeve të kujdesit të detyrueshëm shëndetësor spitalor. Janë kontrolluar 15.2 % të totalit të buxhetit të spitaleve për gjatë vitit 2018.

Më konkretisht:

- Janë kontrolluar për zbatimin e detyrave të lëna nga kontrollet e mëparshme Spitalet Bashkiake: Sarandë, Përmet, Gramsh dhe Librazhd;
- Është realizuar kontroll tematik për pjesën tekniko-shëndetësore në Spitalin Rajonal Fier;
- Është realizuar kontroll tematik për pjesën ekonomiko-financiare në Spitali Bashkiak Lushnje;

- Është realizuar kontroll i plotë në Spitalin Rajonal Korçë për pjesën ekonomiko-financiare dhe tekniko-shëndetësore;
- Është realizuar kontroll i plotë në Spitalin Rajonal Vlorë për pjesën tekniko-financiare dhe tekniko-shëndetësore;
- Është realizuar kontroll i plotë në Spitalin Bashkiak Kuçovë për pjesën tekniko-financiare dhe tekniko-shëndetësore;
- Për shkeljet që nuk parashikohet penalitet në kontratën FOND - Spital 2018, nga Drejtoria e Kontrollit janë lënë masa organizative;
- Vlera totale e kushtit penal dhe dëmit ekonomik është 919,430 lekë, sipas tabelës vijuese:

Nr.	Rajoni	Numri i subjekteve të kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET (në Lekë)			
				Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba	Masa Organizative
1	Përmet	1	Për detyrat e lëna nga kontrollet e mëparshme				Masa Organizative
2	Sarandë	1	Për detyrat e lëna nga kontrollet e mëparshme				Masa Organizative
3	Gramsh	1	Për detyrat e lëna nga kontrollet e mëparshme				Masa Organizative
4	Librazhd	1	Për detyrat e lëna nga kontrollet e mëparshme				Masa Organizative
5	Lushnje	1	Tematik ekonomiko-financiar				Masa Organizative
6	Fier	1	Tematik tekniko shendetesor		461,000		Masa Organizative
7	Korce	1	I plotë	17,865	-		Masa Organizative
8	Vlore	1	I plotë	204,624	160,000		Masa Organizative
9	Kucove	1	I plotë	55,941	20,000		Masa Organizative
	TOTALI	9		278,430	641,000		

10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDI-t

10.1 Aktiviteti i Auditimit të Brendshëm të FONDI-t

Veprimtaria audituese e Drejtorisë të Auditit të Brendshëm të FONDI-t, u realizua duke siguruar integritet të punonjësve, pavarësi si dhe duke bërë një hop cilësor në ngritjen profesionale. Produkti i dalë nga ky aktivitet u mundësua nga zbatimi përherë e më mirë i standarteve profesionale duke vendosur një komunikim gjithnjë e më konstruktiv e bashkëpunues me subjektet e audituara. Gjatë vitit 2018 u realizuan auditime të shërbimit të sigurisë (auditime të kombinuara dhe auditime të përputhshmërisë lidhur me zbatimin e detyrave të lëna nga auditimet e mëparshme) dhe auditime të kërkuara nga titullari. Veprimtaria audituese përfshiu Drejtorinë e Përgjithshme të FONDI-t, Drejtoritë dhe Degët Rajonale, si dhe Spitalin Rajonal Durrës.

Struktura e e auditimeve për vitin 2018 paraqitet si më poshtë:

Nr	Emërtimi	Nr	Në %
1	Auditime të realizuara në strukturat e FONDI-t (Drejtoria e Pergjithshme, Drejtoritë Rajonale, Degët)	18	90
2	Auditime të realizuara në subjektet e kontraktura me FONDI-n	2	10
3	Totali	20	100

Nr	Emërtimi	Nr	Në %
1	Auditime të kombinuara	15	75
2	Auditime mbi zbatimin e detyrave të lëna	1	5
3.	Auditime me kërkesën e titullarit	4	20
	Totali	20	100

Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2018, Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka rekomanduar:

- 256 rekomandime për masa organizative;
- 42 rekomandime për masa disiplinore si më poshtë:
 - Këshillime 3 raste,
 - Vërejtje 25 raste,
 - Vërejtje me paralajmërim 7 raste,
 - Kalim në një detyrë më të ulët 4 raste,
 - Largim nga detyra 3 raste

Masa disiplinore janë rekomanduar për 6 njësi të audituara, ndërsa 9 njësi të tjera u është rekomanduar titullarëve të tyre të marrin masat përkatëse në varësi të gjetjeve të trajtuara në raportet finale të auditimit.

- Disa rekomandime të tjera për masa zhdëmtuese dhe administrative që kapin vlerën rreth 1,495 mijë lekë.

Rekomandimet e dhëna kanë të bëjnë me përmirësimin e udhëzimeve ekzistuese, përgatitjen e udhëzimeve të reja dhe zbatimin me korrektësi të akteve ligjore e nënligjore në fuqi. Për këtë rekomandimet janë përqëndruar në:

- Përmirësimin e rregulloreve ekzistuese të personelit, të kontrollit të dhënësve të shërbimit shëndetësor;
- Përgatitjen e rregulloreve/udhëzimeve për kontrollin e subjekteve jo publike (shpenzimeve konçensionare të sterilizimit të pajisjeve mjeksore e dializës dhe paketa të shërbimit) të kontraktuara me FONDI-n;
- Përgatitjen e rregulloreve/udhëzimeve të reja për monitorimin dhe inspektimin e njësive vartëse dhe dhënësve të shërbimit shëndetësor;
- Përditësimin e regjistrit të riskut, gjurmëve të auditit dhe listës së proceseve të punës të FONDI-t dhe njësive vartëse;
- Analizën e riskut dhe përqëndrimin e kontrolleve në subjektet me risk të lartë.

- Përmirësimin i cilësisë së supervizimeve e kontroleve në të gjitha hallkat duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet, si dhe duke kërkuar zbatimin e pikave të kontratave me ofruesit e shërbimeve;
- Zbatimin e Ligjit për kontabilitetin e pasqyrat financiare;
- Zbatimin e udhëzimeve për hartimin dhe zbatimin e buxhetit në të gjitha hallkat duke u mbështetur në analiza e duke dhënë gjatë kohës informacion të plotë e të saktë;
- Mbështetjen me bazë dokumentare për çdo lloj shpenzimi si dhe analiza e faktorëve për çdo rast tejkalmi;
- Zbatimin e akteve ligjore e nënligjore në fushën e prokurimeve. Argumentimin e blerjeve me bilance të plota e të sakta, material si dhe zbatimin me korrektësi i procedurave të prokurimeve;
- Përmirësimin e organizimit të punës nga të gjitha strukturat, realizimin e detyrave funksionale në përputhje me Rregulloren e Funksionimit të FONDI-t.

11. KOMUNIKIMI DHE INFORMIMI I PUBLIKUT

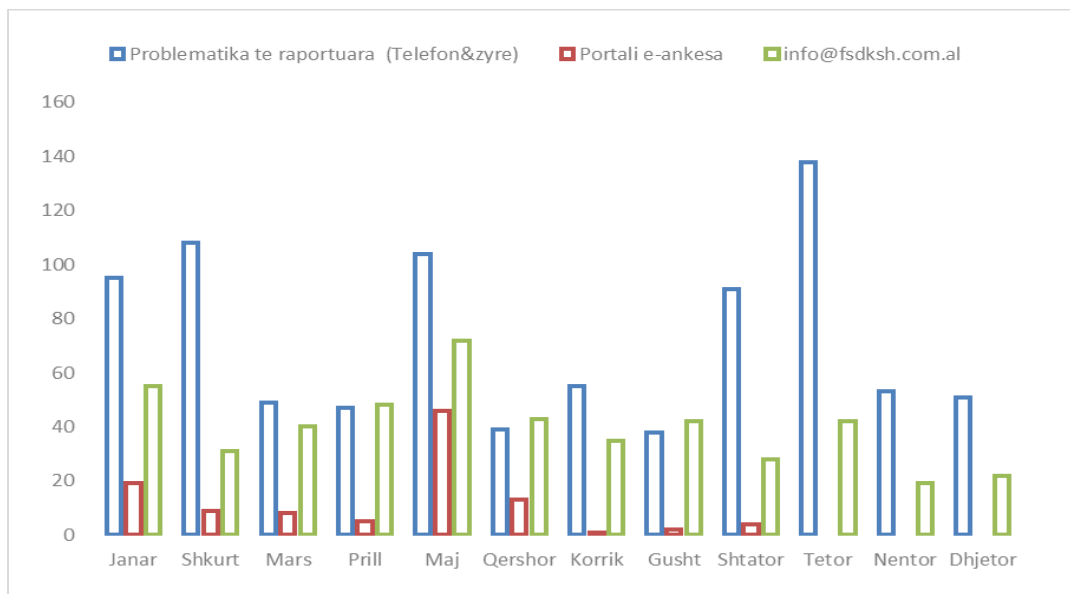
FONDI konsideron komunikimin me publikun, si një hallkë të rëndësishme të punës së tij, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetin e institucionit në përmbushje të nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore.

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, informatizimi 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 FONDI-t dhe palëve të interesuara, gjatë 2018, 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 FONDI-t www.fsdksh.com.al.

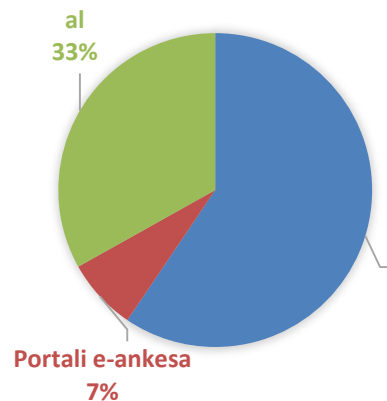
Sektori i Marrëdhënieve me Qytetarin, përgjatë vitit 2018 ka administruar portalin e-Ankesa, adresën e emailit info@fsdksh.gov.al dhe ankesë/kërkesat të pritura në zyrë/telefon. Në total janë procesuar 1,452 raste, nga të cilat 1,439 kanë marrë zgjidhje brenda afateve të përcaktuara ligjore, 13 janë proceduar duke kaluar afatet. Janë përgatitur raportime analitike periodike për evidentim të problematikave të ngritura lidhur me skemën e sigurimeve shëndetësore.

Më poshtë shpërndarja e raportimeve në kohë:

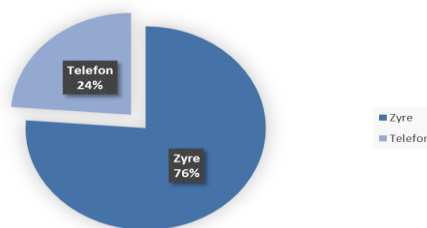


Raportimi i problematikave:

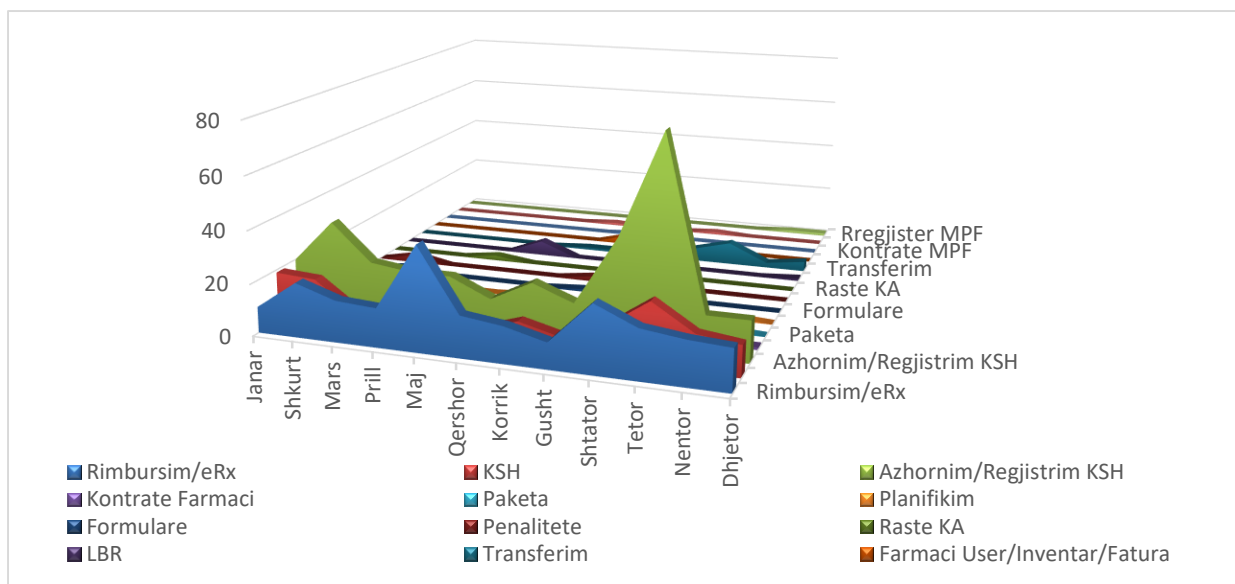
info@fsdksh.com.al



Problematika te raportuara
(Telefon&zyre)
60%



Janë regjistruar 319 aplikime të realizuara, azhornime dhe regjistrime në sistemin online për kartën e shëndetit. Janë trajtuar gjithashtu problematika lidhur me kategoritë e Kartës së Shëndetit, rimbursim/eRx, disponibilitetin e barnave dhe të tjera, paraqitur grafikisht si më poshtë:



Në fokus të punës sonë ka qënë 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 Ndërinstitucional

FONDI bashkëpunon institucionalisht me MSHMS 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 FONDI-t. Këshilli i Ministrave është organi, i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të FONDI-t. Në këtë kuadër, FONDI bashkëpunon institucionalisht me MFE për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e FONDI-t.

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.

Përmendim këtu: Memorandumin e Mirëkuptimit midis FONDI-t dhe Institutit të Statistikave (INSTAT). Ky memorandum, rregullon marrëdhënien mes dy institucioneve lidhur me llojin dhe mënyrën e raportimit të të dhënave zyrtare. Ka filluar përgatitja e raportimeve sipas formatit të parashikuar në Memorandum.

Rishikimi dhe nënshkrimi i Marrëveshjes të lidhur midis Shërbimit Informativ të Shtetit dhe FONDI-t, për regjistrimin e punonjësve të SHISH në regjistrin elektronik të të siguruarve. Është realizuar regjistrimi elektronik i 534 punonjësve në zbatim të kësaj Marrëveshje.

Raportimi mbi zhvillimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në kuadër të Marrëveshjes së Stabilizimit Asocimit dhe PKIE 2018-2020.

Nënshkrimi i Marrëveshjes me Ambasadën Amerikane për rregjistrimin e punonjësve të kësaj Ambassade në rregjistrin elektronik të të siguruarve. Për vitin 2018 u realizua rregjistrimi i afërsisht 300 punonjësve.

12.2 Marrëveshjet Ndërkombëtare

Në kuadër të rekomandimeve të Komisionit Evropian, Qeveria Shqiptare ka negociuar dhe lidhur një sërë marrëveshjesh, të cilat konsistojnë në ofrimin e mbrojtjes shoqërore, duke përfshirë sigurimet shoqërore dhe shëndetësore. Në zbatim të marrëveshjeve, FONDI është institucioni përgjegjës për ndjekjen e procedurave administrative duke aplikuar lëshimin e formularëve të sigurimit shëndetësor.

Me **Republikën e Turqisë**, 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 pjesë e zbatimit të kësaj marrëveshje janë 19 Formularë.

Me **Mbretërinë e Belgjikës**, marrëveshja është ratifikuar me Ligjin Nr. 9066, nr.35/2014, datë 03.04.2014 “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Mbretërisë së Belgjikës për Mbrojtjen Shoqërore”. FONDI zbaton Marrëveshjen nëpërmjet aplikimit të 14 formularëve të miratuar. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Janar të vitit 2016.

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”. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Korrik të vitit 2016. Në këtë marrëveshje, është vendosur vetëm pranimi i sigurimit vullnetar ndërmjet dy Shteteve Kontraktuese. (Formulari AL/LU 3).

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”. Me zbatimin e kësaj Marrëveshje janë miratuar në mënyrë reciproke 18 formularë. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Qershor të vitit 2016.

Me **Republikën e Hungarisë**, marrëveshja është ratifikuar me Ligjin Nr.151/2015, datë 21.12.2015 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Hungarisë për mbrojtjen shoqërore”. FONDI zbaton Marrëveshjen nëpërmjet aplikimit të 6 formularëve të miratuar. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Korrik të vitit 2016.

Me **Republikën e Çekisë** marrëveshja është ratifikuar me Ligjin Nr.34/2016, datë 24.3.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Çeke për mbrojtjen shoqërore”. FONDI zbaton Marrëveshjen nëpërmjet 6 formularëve të miratuar. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 shkurt të vitit 2017.

Me **Republikën Federale të Gjermanisë** marrëveshja është ratifikuar me Ligjin Nr. 23/2016, datë 10.3.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Federale të Gjermanisë për Mbrojtjen Shoqërore dhe të Protokollit Përfundimtar të saj”. FONDI zbaton Marrëveshjen nëpërmjet 1 formulari të miratuar AL/DE 101.

Me **Republikën e Rumanisë**, marrëveshja është ratifikuar me Ligjin Nr. 42/2016, datë 14.4.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës dhe Rumanisë për mbrojtjen shoqërore”.

13. Prioritetet Strategjike dhe Objektivat

13.1 Prioritetet Strategjike

Në përputhje me Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë, për tu arritur vizioni i sistemit shëndetësor ”Shëndet për të gjithë, më shumë vite jetës, më shumë shëndet viteve” dhe misioni ”Të mbrojë, të përmirësojë dhe të promovojë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqënien e të gjithë njerëzve në Shqipëri”, FONDI në bazë të misionit të tij, ka përcaktuar si prioritet strategjike:

- Sigurimi në shëndetin e njerëzve gjatë gjithë ciklit të jetës;
- Mundësimi financiar i mbulimi Shëndetësor Universal për të gjithë;
- Përmirësimi i mëtejshëm i sistemeve të teknologjisë së informacionit, të shtrirë sa më gjerësisht e në mbarë vendin;
- Monitorim më efektiv lidhur me financimin e kujdesit shëndetësor e optimizimin e përdorimit të burimeve;
- Përmirësimi i qeverisjes institucionale dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin.

13.2 Objektivat Vjetore 2019

- Administrimi i skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, me synim optimizimin e financimit të saj duke shtuar efektivitetin e përdorimit të burimeve në përmbushje të nevojave të popullatës.
- Përmirësimi i treguesve shëndetësor të popullatës nëpërmjet gjurmimit të check up –it duke mundësuar në kohë parandalimin e sëmundshmërisë dhe evidentimin e saj.
- Sigurimi i trajtimeve të efektshme për pacientët, bazuar në udhërrëfyesit dhe protokollet e praktikës klinike të miratuara.
- Përmirësimi i mënyrës së financimit të qendrave shëndetësore të kujdesit parësor me fokus pagesën bazuar në ‘kapitacion’ sipas grupmoshave të popullatës dhe elementë të pagesës për shërbim/performancë, një sfidë e re për të nisur.
- Sigurimi i disponibilitetit të barnave të rimbursueshme në sasi dhe kohë për të mbuluar nevojat e pacientëve, në respektim të plotë të detyrimeve kontraktore që kanë subjektet farmaceutike me FONDI-n.
- Përditësimi i kuadrit të brendshëm rregullativ institucional në përputhje me dinamikën e zhvillimeve të kuadrit të jashtëm dhe mjedisit socio – kulturor e shëndetësor.
- Përditësimi i regjistrit të riskut, kryerja e kontrolleve bazuar në risk, dhe prezantimi i metodologjive respektive me qasje ndaj tij.
- Harmonizimi i të dhënave dhe informacioneve, për të përftuar një panoramë të plotë të gjendjes shëndetësore të popullatës.

- Nxitja e transparencës, integritetit dhe llogaridhënies në sistemin shëndetësor. Dhënia e një rëndësie të veçantë komunikimit me popullatën dhe perceptimit të tyre për cilësinë e shërbimit shëndetësor që ata marrin.
- Shtrirja plotësisht e sistemit të recetës elektronike në të gjithë strukturat ofruese të kujdesit shëndetësor në mbarë vendin, dhe pajisja me USB, mbartëse e nënshkrimit elektronik edhe e farmacistëve.
- Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar prej vitit 2018, për sa vijon:
 - Ndërtimi i dhomës së serverave dhe sistemeve kombëtare të FONDI-t, sipas standarteve të AKSHI-t për lokalizimin e sistemeve informatike kombëtare që FONDI disponon.
 - Regjistri elektronik për formularët e vizitave të Mjekut të Familjes, një sistem informatik që mundëson zëvendësimin e sistemit aktual (letër) me një të ri (online) mbi plotësimin e formularit të vizitave nga mjekët e familjes, rrjedhimisht dhe uljen e barrierës administrative për mjekët.
 - Sistemi informatik i raportimit online të Depove Farmaceutike, një sistem informatik mbi raportimin online të Depove Farmaceutike lidhur me qarkullimin e barnave të Listës, ndërmjet distributorëve, duke ulur fiktivitetin e qarkullimit të barnave në vend.
 - Unifikimi i sistemit të shpenzimeve spitalore dhe atij të kostos spitalore, me shtrirjen e sistemit online të raportimit të shpenzimeve spitalore në të gjitha spitalet dhe bashkimin e tij në një program informatik të vetëm, me atë të kostove spitalore.