



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

RAPORTI VJETOR 2019



FJALA E DREJTORESHËS SË PËRGJITHSHME, ZNJ. RUDINA DEGJONI



*Të nderuar lexues!
Sistemi shëndetësor në vendin tonë po përfshin një qasje të re universale me një kujdes gjithëpërfshirës, cilësor e të sigurt, bazuar në parimet e përgjegjësisë kombëtare, të solidaritetit e barazisë. Gjatë vitit 2019, FSDKSH ka siguruar*

fleksibilitet në financim, transparencë në administrim e besueshmëri maksimale në popullatë, në përputhje e në zbatim të politikave kombëtare shëndetësore. Reformat e ndryshme shëndetësore që po shoqërojnë sistemin shëndetësor, janë një proces i vazhdueshëm dhe vendi ynë, ashtu si shumë vende të tjera aspiron të sigurojë kujdes shëndetësor cilësor e të integruar për të gjithë. Plakja e popullsisë, rritja e kostove, avancimi dhe zhvillimi i teknologjisë, të gjitha këto kërkojnë që vendet e zhvilluara dhe ato në zhvillim të modifikojnë dhe adaptojnë sistemet e organizimit, integritetit dhe të financimit të kujdesit shëndetësor.

Sistemi shëndetësor është kompleks por ka njohur dhe reforma të mëdha, pra ka shumë gjëra, që ju, të dashur lexues, duhet t'i njihni dhe për këtë do t'ju ndihmojë raporti i Fondit. Ky raport do t'ju ndihmojë të mësoni konceptet themelore të kujdesit shëndetësor, në mënyrë që të na ndihmoni dhe ne, në përmirësimin e punës sonë, por dhe të kuptoni sesi funksionon sistemi i financimit të kujdesit shëndetësor.

Gjatë vitit 2019 ishte e rëndësishme qasja në shërbimet shëndetësore gjithëpërfshirëse, cilësore për promovimin, ruajtjen e shëndetit, parandalimin, menaxhimin e sëmundjeve dhe ruajtjen e shëndetit të popullatës. Menaxhimi i skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor u arrit përmes garantimit të përfitimeve të sigurimeve shëndetësore për popullatën dhe qëndrueshmërisë së skemës së sigurimeve nën parimin e solidaritetit e barazisë.

Në vitin 2019 u përqëndruam në komponentë të rëndësishëm të aksesit për kujdes shëndetësor: në mbulimin e skemës së sigurimeve, në shërbime shëndetësore cilësore për komunitetin dhe në përmirësimin e infrastrukturës së teknologjisë së informacionit dhe digjitalizimit në shëndetësi.

Gjatë vitit 2019 janë lëshuar 3,924,016 receta me rim-

bursim dhe ka patur një rritje të numrit të recetave me rimbursim krahasuar me vitin 2018 prej 156,371 recetash me rimbursim, duke nënkuptuar rritjen e përfitueshmërisë nga ana e popullatës që përfiton barna të rimbursuara.

Lista e Barnave të Rimbursuara që filloi efektet në Korrik 2019 u zgjerua me 14 barna të reja, nga të cilat 12 barna lëvrohen në farmacitë e spitaleve. Kjo listë përmban 1,150 alternativa tregtare, nga të cilat 585 janë alternativata të para dhe të vetme, si edhe 350 principe aktive.

Indeksi i çmimeve të listës ekzistuese të barnave në muajin Mars 2019, hyrja në fuqi e listës së re të barnave 2019 në muajin Korrik 2019 dhe lidhja e 6 marrëveshjeve me Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim për aplikimin e çmimeve të reduktuara në skemën e rimbursimit për 18 barna spitalore dhe ambulatorie me impakt të lartë financiar, nga të cilat 5 barna të reja dhe 13 barna ekzistuese ndikuan në uljen e çmimeve të barnave si rrjedhojë edhe në uljen e shpenzimeve të rimbursimit. Gjithashtu, monitorimi dhe kontrolli i subjekteve të kontraktuara me Fondin bazuar në riskun më të lartë ndikuan në ruajtjen e tavanit të buxhetit.

Sa më sipër vlerësohen si një hap suksesi në optimizimin e përdorimit të buxhetit të barnave, me një kursim të përlogaritur vjetor, rreth 800 milionë lekë nga indeksi i çmimeve të listës së barnave të rimbursuara dhe rreth 105 milion lekë për periudhën 6 mujore Korrik - Dhjetor 2019 nga marrëveshjet e lidhura me MAT.

Gjatë vitit 2019 është zgjeruar grupmosha e përfituesve të pajisjeve mjekësore të rimbursuara krahasuar me vitin 2018, duke shtuar grupmoshën 18 - 25 vjeç, e cila nuk ka qënë e përfshirë gjatë vitit 2018. Numri i pacientëve që kanë përfituar fisha diabeti për kategorinë 0 - 25 vjeç është gjithsej 489 pacientë, të cilët kanë përfituar gjithsej 416,768 fisha diabeti, me një total vlere rimbursimi vjetor prej 8,2 milion lekë ose 422 mijë lekë më shumë se viti 2018.

Në fokus janë kategoritë në nevojë dhe vulnerabël të popullatës, çka vërehet edhe nga rritja e shpenzimeve të rimbursimit krahasuar me vitin 2018 për kategoritë e popullsisë siç janë:

Të paaftët fizik e psiqik, ka rritje të shpenzimeve të rimbursimit me 24,2 milion lekë dhe rritje të numrit të recetave me rreth 5,346 receta më shumë, si tregues i rritjes së rasteve të trajtuara me barna të rimbursuara.

Fëmijët 1-18 vjeç, ka rritje të shpenzimeve të rimbursimit me 2 milion lekë.

Pensionistët social, ka rritje të shpenzimeve të rimbursimit me rreth 3,4 milion lekë dhe rritje të numrit të recetave me 5,366 receta, duke evidentuar rritjen e rasteve të trajtuara me barna të rimbursuara të pacientëve që i përkasin kësaj kategorie. Rritja e përfitueshmërisë sidomos të popullsisë aktive, është një sukses i Fondit, që tregon se edhe popullsia që ka më shumë mundësi paguese konsumon dhe përfiton nga skema e sigurimeve shëndetësore.

Gjatë vitit 2019 janë kryer në Qendrat Shëndetësore të Kujdesit Parësor 6,733,220 vizita, me një numër mesatar prej 12.6 vizitash në ditë për mjek.

Kontrolli Mjekësor Bazë është i shtrirë në të gjithë territorin e vendit dhe për vitin 2019 janë kryer gjithsej 482,716 kontrole mjekësore bazë me një realizim në rang vendi prej 102%. Rezultatet e kontrolleve mjekësore bazë ndahen sipas shkallës së riskut në pa risk ose risk të ulët, me risk të moderuar dhe me risk të lartë. Për personat me risk të lartë, nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes, referohet për konsultë tek mjeku specialist

Për vitin 2019 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 311,775 pacientë, ku një pjesë të madhe vazhdojnë të zënë shtrimet nga urgjenca.

Gjatë vitit 2019 janë financuar paketa të shërbimeve shëndetësore në institucione shëndetësore publike dhe jo publike të kontraktuara nga FSDKSH, shpenzimet e të cilave janë rritur me 38 milionë lekë, tregues i rritjes së numrit të përfituesve nga këto paketa të shërbimeve shëndetësore. Paketat e shërbimeve shëndetësore përfshijnë: paketën e shërbimit të dializës, të vendosjes së fistulës së thjeshtë dhe të vendosjes së grafitit të thjeshtë, paketën e shërbimeve të kardiologjisë, paketën e shërbimeve të kardiokirurgjisë, paketën e shërbimit të transplantit të veshkës dhe flakjes akute, paketën e implantit koklear, paketën e trajtimit të kataraktës dhe paketën e shërbimeve të radioterapisë.

Gjatë vitit 2019 ka patur benefite konkrete për punonjësit e shëndetësisë, duke rritur pagat me 7% në sistemin e shëndetësisë publike (gjithsej 587.1 miliardë lekë).

Viti 2019 vijoi të karakterizohej nga përmirësimi i infrastrukturës së teknologjisë së informacionit dhe digjitalizimit në shëndetësi, në përmirësim dhe mbështetje të funksionimit të skemës së kujdesit shëndetësor në mbarë vendin dhe realizimi i projekteve të iniciuara gjatë vitit 2018, si vijon:

- eVizita: një sistem i ri që integron sistemin elektronik të formularëve të vizitave të mjekut të familjes dhe regjistrin elektronik të të siguruarve.

Ky projekt mundëson raportimin online të vizitave të pacientit pranë mjekut të familjes. Implementimin e sistemit e-vizita për regjistrimin, administrimin dhe përpunimin e vizitave të pacientëve online nga ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor që raportojnë pranë FSDKSH dhe MSHMS. Ndërveprimi me sistemet e tjera elektronike rrit saktësinë e të dhënave që regjistrohen. Raporte në kohë reale të qendëruara mbi të dhënat do të shërbejnë për vendim-marrje klinike, manaxheriale dhe administrative.

- Single Sign On: një modul i ri në portalin për mjekun e familjes që bën të mundur aksesimin e Sistemit të Regjistrimit Elektronik i të Siguruarve (AHIS), Sistemit të Formularit të Vizitës (SISHP), Sistemit të Referimit Online (e-Referimi), Sistemit të Recetës Elektronike (e-Rx).
- eDepo: një sistem i ri i menaxhimit të Depove Farmaceutike. Ky projekt mundëson raportimin online të depove farmaceutike mbi qarkullimin e barnave të Listës së Barnave të Rimbursuara midis distributorëve të ndryshëm, duke mundësuar shmangien e fiktivitetit.
- Nënshkrimi Elektronik: implementim me sukses i nënshkrimit elektronik për farmacistët e rrjetit të hapur.
- Receta 6 mujore elektronike (eRx): implementimi i recetës elektronike (2x3) për pacientët kronik në gjendje të stabilizuar.

Në përputhje me objektivat e strategjisë kombëtare të shëndetësisë, për t'u arritur vizioni i sistemit shëndetësor "Shëndet për të gjithë, më shumë vite jetës, më shumë shëndet viteve" dhe misioni "Të mbrojmë, të përmirësojmë dhe të promovojmë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqënien e të gjithë njerëzve në Shqipëri", Fondi në bazë të misionit të tij, synon të forcojë promovimin e shëndetit dhe mirëqënies së njeriut; zgjerimin e mbulimit shëndetësor universal për të gjithë popullatën dhe krijimin e mundësive financiare për arritjen e tij; përmirësimin e mëtejshëm të përdorimit të të dhënave digjitale sa më gjerësisht e në mbarë vendin; monitorimin më efektiv lidhur me financimin e kujdesit shëndetësor e optimizimin e përdorimit të burimeve dhe përmirësimin e qeverisjes institucionale dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin.

Jemi të bindur që duke ndjekur këto prioritete dhe objektiva strategjike, falë punës së stafit të FSDKSH, mbështetjes së Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe asistencës ndërkombëtare të Qeverisë Shqiptare, Shqipëria do të arrijë standartet Evropiane, ku të gjithë aspirojmë!

Rudina Degjoni
DREJTORE E PËRGJITHSHME



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.

Maj 2020

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 2019
- 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 Upgrade dhe integrim i sistemit elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes dhe regjistrin elektronik të të siguruarve.
- 8.2 Upgrade i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike.
- 8.3 Ndërtimi i dhomës së serverave dhe sistemeve kombëtare të FONDI-t

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 ndërinstytucional
- 12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

13. Prioritetet strategjike dhe objektivat

- 13.1 Prioritetet strategjike
- 13.2 Objektivat vjetore 2020

LISTA E SHKURTIMEVE TË FJALËVE

| | |
|---------------|---|
| 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 |
| 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 European |

1. RRETH FONDI-T

1.1 Vizioni

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

FSDKSH, 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

FSDKSH 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, FSDKSH 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 politikën kombëtare të kujdesit shëndetësor. FSDKSH 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

FSDKSH ushtron veprimtarinë e saj bazuar në ligjin nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, dhe akteve nënligjore të dala në zbatim të tij.

FSDKSH 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 shtrirë veprimtarinë e tij në të gjithë vendin nëpërmjet zyrave vendore. FSDKSH është i vetmi organ autonom publik, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

FSDKSH menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikën kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Të ardhurat dhe shpenzimet kryhen sipas ligjit nr. 10 383, datë 24.02.2011 “Për Sigurimin e Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, dhe legjislacionit financiar në fuqi.

FSDKSH menaxhon veprimtarinë e saj brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe. FSDKSH, nëpërmjet organeve të saj drejtuese, ka të drejtë të hartojë dhe të nxjerrë vendime, udhëzime, urdhëresa, rregullore dhe akte të tjera administrative, në mbështetje dhe zbatim të akteve ligjore e nënligjore dhe të kompetencave që i janë dhënë.

2. MENAXHIMI I FSDKSH

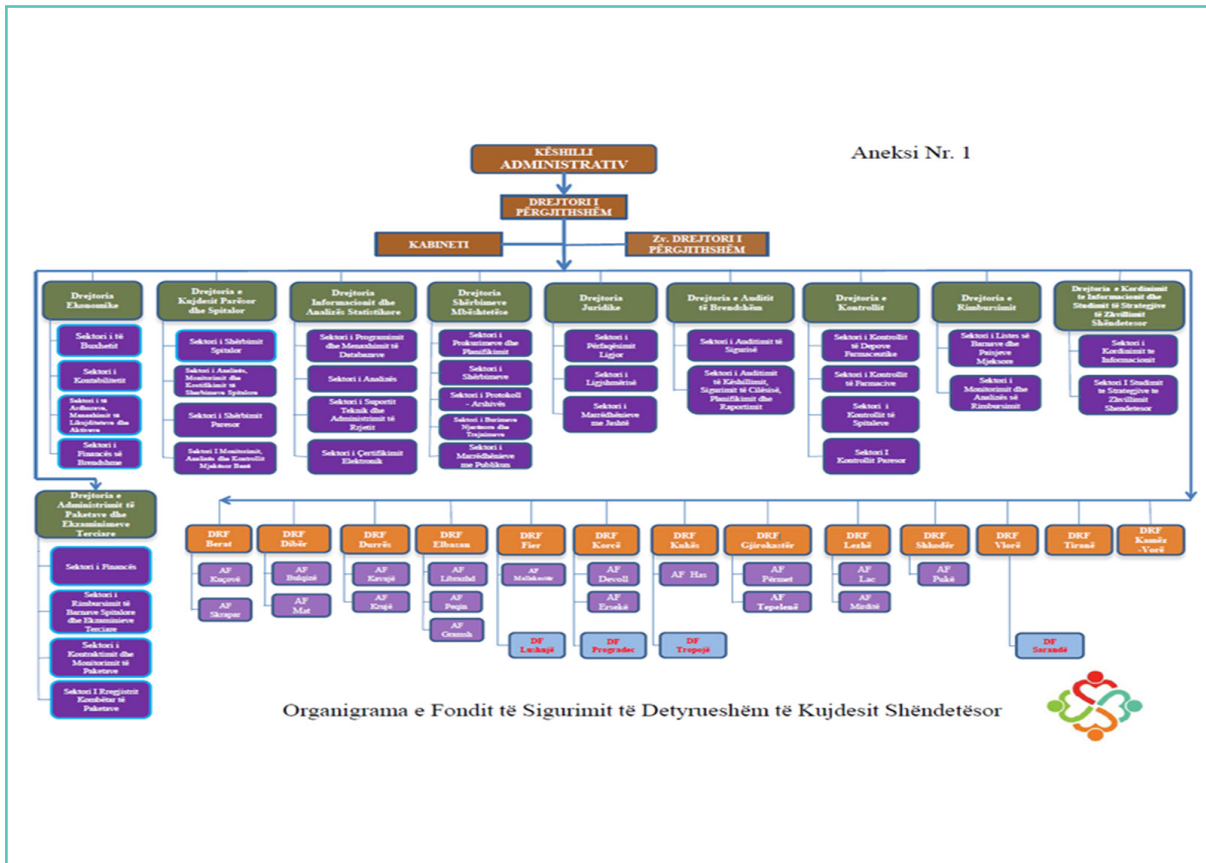
2.1 Drejtimi i FSDKSH

Drejtimi i FSDKSH organizohet dhe funksionon mbi bazën e Statutit të saj, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave. FSDKSH drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm. Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i FSDKSH dhe ka aktualisht në përbërjen e tij 6 anëtarë si më poshtë:

- Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ose përfaqësuesin e tij;
- Ministrinë e Financave dhe Ekonomisë ose përfaqësuesin e tij;
- Drejtorin e Përgjithshëm të FSDKSH ose përfaqësuesin e tij;
- Drejtorin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesin e tij;
- Një përfaqësues të sindikatës së të punësuarve;
- Një përfaqësues të organizatës së profesionistëve të shëndetësisë.

Koha e ushtrimit të detyrës së Drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet. Ndërsa, koha e shërbimit të anëtarëve në Këshillin Administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës.

2.2 Struktura Organizatave e FONDI-t gjatë vitit 2019



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 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Që prej krijimit të saj, skema mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme, të hartuar mbi bazën e listës thelbësore të barnave sipas OBSH, si dhe pagesën e mjekut të përgjithshëm dhe të familjes në sistemin publik. Skema u zhvillua 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 miks (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 dhënë kështu skemës qasjen solide.

Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesës së vetëm, që është FSDKSH, i cili e menaxhon atë në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. FSDKSH 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:

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

FSDKSH financon për paketat e shërbimeve shëndetësore të ofruara nëpërmjet kontraktimit:

- 413 Qendra Shëndetësore të Kujdesit Parësor në sistemin publik, nga të cilat 407 QSh të përgjithshme dhe 6 QSh të specialiteteve;
- 40 spitale publike, nga të cilat 5 spitale universitare, 11 spitale rajonale dhe 24 spitale bashkiake dhe 10 spitale private për disa paketa shëndetësore të ofruara;
- 916 Farmaci dhe Agjensi farmaceutike;
- 53 Depo Farmaceutike.

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 regjistrimit elektronik të të siguruarve të FSDKSH ose portalit e-Albania. Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, të siguruarit mund të bashkëpagojnë një pjesë të çmimit.

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

- a) të punësuarit;
- b) personat e vetëpunësuar;
- c) punonjësit e papaguar të familjes;
- 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;
- d) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;
- e) fëmijët nën moshën 18 vjeç;
- f) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;
- g) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta;
- h) viktimat e trafikimit, sipas identifikimit të bërë nga strukturat e Ministrisë së Brendshme.

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

- a) Fëmijët 0 - 18 vjeç;
- b) Invalidët e plotë, përfshirë edhe invalidët paraplegjikë, tetraplegjikë dhe të verbrit e plotë;
- c) Invalidët e luftës;
- d) Veteranët;
- e) Personat që gëzojnë statusin e ish-të dënuarve dhe të përndjekurve politikë;
- f) Jetimët;
- g) 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;
- d) Viktimat e trafikimit;
- e) 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 FSDKSH për sigurim vullnetar brenda 3 (tre) muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 (një) vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor. Për sigurimet shëndetësore vullnetare, baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

3.5 Baza për Llogaritjen e Kontributeve

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

Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht

joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga FSDKSH dhe miratohet nga Kuvendi, së bashku me miratimin e buxhetit vjetor.

Baza për llogaritjen e kontributit për punonjësit e vetëpunësuar është dyfishi i pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve. Paga minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve për të vetëpunësuarit në qytet dhe në fshat, përcaktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Për kategori të veçanta personash, të cilët kryejnë veprimtari ekonomike profesionale, përfshirë edhe punonjësit e papaguar të familjes që punojnë e bashkëjetojnë me të vetëpunësuarin, profesionet, paga për efekt të llogaritjes së kontributeve, nga paga minimale deri në pagën maksimale, si dhe kriteret e përcaktimit të saj caktohen nga Këshilli i Ministrave.

3.6 Masa e Kontributit

Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3 dhe 4 të nenit 7 të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, 'Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë', të ndryshuar". Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuarit.

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 2019

Buxheti vjetor i Fondit, u miratua me Ligjin nr.99/2018, datë 3.12.2018, “Për buxhetin e vitit 2019”, në vlerën 41.9 miliardë lekë.

Në këtë Ligj u përcaktuan të ardhurat nga kontributet e të tjera në vlerën 13.7 miliardë lekë dhe transfertë nga buxheti i shtetit në vlerën 28.2 miliardë lekë.

Nga transfertat e buxhetit, 20.7 miliardë lekë i takojnë financimit të shërbimit spitalor, i cili u detajua me Vendim të Këshillit të Ministrave nr.46, datë 30.01.2019, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2019”.

Me Vendimin e Këshillit Administrativ nr.6, datë 6.02.2019, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2019”, u detajua buxheti i Fondit, në programet e rimbursimit të barnave e pajisjeve, në financimin e shërbimit parësor, shpenzime administrative e investime, si dhe në financimin e Spitalit Rajonal Durrës.

Sa i përket të ardhurave, detajimi i tyre në kontribute të arkëtuara nga Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve, nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore e të ardhura të tjera të Fondit, bëhet nga Ministria e Financave dhe Ekonomisë.

Gjatë vitit, buxheti i Fondit pësoi ndryshime, të cilat konsistuan në:

- rritje e buxhetit për përballimin e rritjes së pagave me 7% në sistemin e shëndetësisë publike (gjithsej 587.1 miliardë lekë);
- rishpërndarje e fondeve buxhetore për zgjidhjen e problematikave vjetore.

Aktet ligjore e nënligjore që ndikuan në buxhetin e vitit 2019 të Fondit:

- Ligji nr.99/2018, datë 3.12.2018, “Për buxhetin e vitit 2019”;

- Vendimi i Këshillit të Ministrave nr.46, datë 30.01.2019, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2019”;
- Vendimi i Këshillit Administrativ nr.5, datë 06.02.2019, “Për financimin shtesë të spitalëve publike për realizimin e paketave të shërbimeve të miratuara me vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2019”;
- Vendimi i Këshillit Administrativ nr.6, datë 06.02.2019, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2019”;
- Vendimi i Këshillit të Ministrave nr.439, datë 26.06.2019, “Për rishpërndarje fondesh buxhetore brenda programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2019, për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”;
- Akti Normativ nr.2 datë 2.10.2019 “Për disa ndryshime në Ligjin Nr. 99/2018, datë 03.12.2018, “Për buxhetin e vitit 2019”;
- Vendimi i Këshillit të Ministrave nr. 440, datë 26.06.2019, “Për një ndryshim në Vendimin nr. 46, datë 30.01.2019, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2019”;
- Vendimi i Këshillit Administrativ nr. 25, datë 19.7.2019, “Për një ndryshim në Vendimin nr.6, datë 06.02.2019, i Këshillit Administrativ “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2019”;
- Vendimi i Këshillit Administrativ nr. 29, datë 31.10.2019, “Për një ndryshim në Vendimin nr.6, datë 06.02.2019, i Këshillit Administrativ “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2019”, i ndryshuar”;
- Vendimi i Këshillit të Ministrave nr.802, datë 11.12.2019, “Për një ndryshim në Vendimin nr. 46, datë 30.01.2019, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2019”, i ndryshuar”.

Bazuar në këto akte, buxheti i Fondit ka ndryshuar si më poshtë:

Bazuar në këto akte, buxheti i Fondit ka ndryshuar si më poshtë:

(në milionë/lekë)

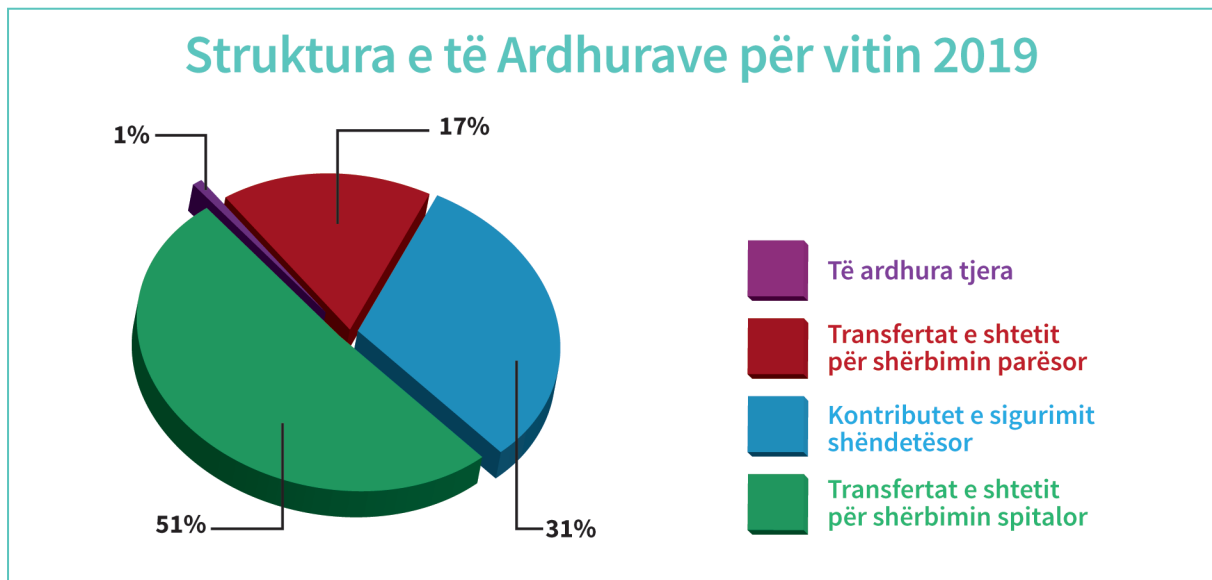
| ARTIKUJT | VKA nr.6, datë 06.02.19 | VKA nr.5, datë 06.02.19 | VKA nr.439, datë 26.06.19 | VKA nr.25, datë 19.07.19 | VKA nr.28, datë 31.10.19 | VKA nr.29, datë 31.10.19 | VKA nr.802, datë 11.12.19 | Buxheti Përfund. |
|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------|
| I. Të ardhura gjithsej | 41,900 | 0 | 0 | 587 | 0 | 0 | 0 | 42,487 |
| 1. Kontributi i sigurimeve shëndetësore e të tjera | 41,900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13,730 |
| Kontribute shëndetësore | 13,730 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13,549 |
| Të ardhura të tjera | 181 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 181 |
| 2. Transferta e Buxhetit të shtetit | 28,170 | 0 | 0 | 587 | 0 | 0 | 0 | 28,757 |
| Për programin e shërbimit parësor | 7,493 | 0 | -749 | 267 | 0 | 0 | 0 | 7,011 |
| Për programin e shërbimit spitalor | 20,677 | 0 | 749 | 320 | 0 | 0 | 0 | 21,747 |
| II. Shpenzimet gjithsej | 41,900 | 0 | 0 | 587 | 0 | 0 | 0 | 42,487 |
| 1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve mjekesore | 10,520 | 0 | 0 | 0 | 490 | 0 | 0 | 11,011 |
| Rimbursim barnash | 10,500 | 0 | 0 | 0 | 500 | 0 | 0 | 11,000 |
| Fisha diabeti | 20 | 0 | 0 | 0 | -10 | 0 | 0 | 10 |
| 2. Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor (art.604) | 8,100 | 0 | 0 | -19 | -310 | 0 | 0 | 7,771 |
| 3. Shpenzimet administrative | 895 | 0 | 0 | 0 | -140 | 0 | 0 | 755 |
| 4. Investime | 369 | 0 | 0 | 0 | -50 | 0 | 0 | 319 |
| 5. Shpenzime për S. Durrës (art. 604) | 860 | 0 | 0 | 15 | 10 | 0 | 0 | 855 |
| 6. Shpenzime për Shërbimin Spitalor nga thesari | 26,677 | 0 | 0 | 1,069 | 0 | 0 | 0 | 21,747 |
| Spitalor+ reserve | 15,446 | 1,355 | 0 | 320 | 0 | 140 | 16 | 17,277 |
| Paketat e shërbimeve | 3,005 | -1,355 | 0 | 0 | 0 | -140 | -56 | 1,453 |
| Trajtime me VKM | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -20 | 20 |
| Transferta për individët (mjekë specialistë) | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -30 | 20 |
| Pagesa të shërbimeve PPP | 2,137 | 0 | 0 | 749 | 0 | 0 | 90 | 2,976 |
| Vlerë e padetajuar | 479 | 0 | 0 | -479 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

TË ARDHURAT

Të ardhurat e konstatuara në total janë **realizuar 41,819 milionë lekë** ose **98.4% e planifikimit**, me mosrealizim në vlerën 668 milionë lekë.

Në strukturën e të ardhurave, të ardhurat nga transfertat e buxhetit të shtetit përbëjnë peshën kryesore me 68% (nga të cilat 51% për shërbimin spitalor dhe 17% për shërbimin parësor), ndjekur nga të ardhurat e kontributeve të sigurimeve shëndetësore me 31%. Të ardhurat nga burime të tjera zënë një peshë specifike të vogël prej 1%.



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

Të ardhurat e vitit 2019

(Në milion lekë)

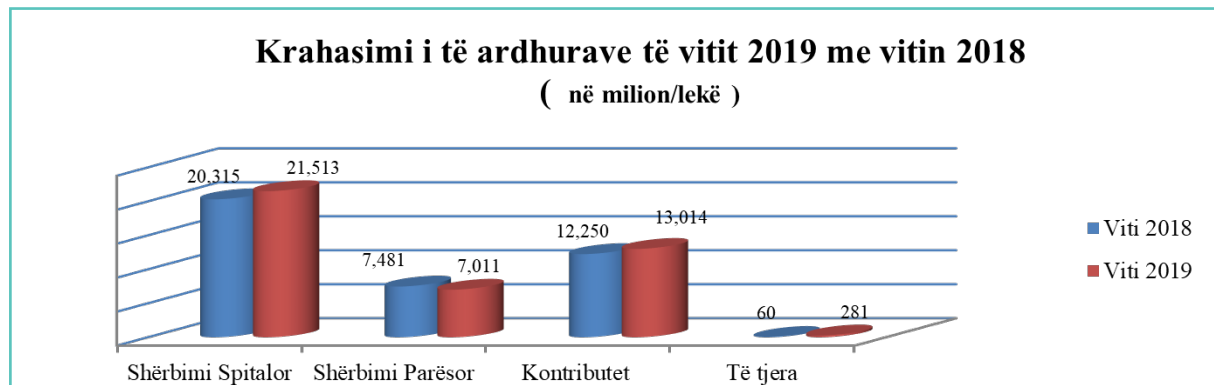
| ZËRAT E TË ARDHURAVE | Viti 2018 Fakti - konstatim | Viti 2019 | | | Krahasimi të ardhurave të konstatuara në vlerë | | Krahasimi të ardhurave të konstatuara në % | | Peshë spec. fakti 2019 |
|---|-----------------------------------|-----------|------------|-----------------------|---|-------------|---|-------------|---------------------------|
| | | Plani | Fakti cash | Fakti- konstatuara | ndaj 2018 | ndaj planit | ndaj 2018 | ndaj planit | |
| TË ARDHURAT GJITHSEJ | 40,106 | 42,487 | 40,933 | 41,819 | 1,713 | -668 | 104.3% | 98.4% | 100% |
| Kontributet e sigurimit shëndetësor | 12,250 | 13,549 | 12,284 | 13,014 | 764 | -535 | 106.2% | 96.1% | 31.1% |
| nga DPT në BSH | 12,187 | 13,239 | 12,220 | 12,952 | 765 | -287 | 106.3% | 97.8% | 31.0% |
| nga ISSH (fermerët) | 63 | 310 | 64 | 62 | -2 | -248 | 97.6% | 20.0% | 0.1% |
| Transferta e buxhetit të shtetit, nga këto | 27,796 | 28,757 | 28,524 | 28,524 | 728 | -233 | 102.6% | 99.2% | 68.2% |
| Transfertë për shërbimin parësor | 7,481 | 7,011 | 7,011 | 7,011 | -470 | 0 | 93.7% | 100.0% | 16.8% |
| Transfertë për shërbimin spitalor | 20,315 | 21,747 | 21,513 | 21,513 | 1,198 | -233 | 105.9% | 98.9% | 51.4% |
| Spitalet | 16,480 | 17,277 | 17,043 | 17,043 | 564 | -233 | -103.4% | 98.6% | 40.8% |
| Tërheqje nga FSDKSH për paketat, bonus, VKM, PPP | 3,835 | 4,470 | 4,470 | 4,470 | 635 | 0 | 116.6% | 100% | 10.7% |
| Të ardhura të tjera | 60 | 181 | 126 | 281 | 221 | 100 | 465.2% | 155.4% | 0.7% |

Duhet theksuar fakti se në të ardhurat sipas të drejtës së konstatuar përfshihen edhe të ardhurat e vitit në pritje për t'u arkëtuar, për këtë arsye janë më të larta nga të ardhurat cash, arkëtuar në llogaritë e Fondit gjatë vitit 2019.

Për vitin 2019, të ardhurat e konstatuara në total, janë realizuar në masën 104.3%, ose më shumë 1,713 milionë lekë.

Në krahasim me planin 2019, të ardhurat e konstatuara në total janë realizuar në masën 98.4%, ose me mosrealizim 668 milionë lekë.

Grafikisht krahasimi i të ardhurave të vitit 2019 me vitin e mëparshëm 2018, paraqitet si vijon:



4.2 Të Ardhurat nga Kontributi i Sigurimeve Shëndetësore

Kontributet shëndetësore janë realizuar në masën 96.1% ose më pak 535 milionë lekë.

- Nga organet tatimore transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore janë realizuar në masën 97.8%, ose më pak 287 milionë lekë.
- Nga organet e sigurimeve shoqërore transferimet kontribute të sigurimeve shëndetësore derdhur nga fermerët janë realizuar në nivel shumë të ulët prej 20% e planifikimit, ose më pak 248 milionë lekë.

4.3 Transferta nga Buxheti i Shtetit

- ▶ Transfertat nga buxheti i shtetit në total janë realizuar në masën 99.2% e planifikimit, ose më pak 233 milionë lekë, përkatësisht:
- ▶ Transfertat për shërbimin parësor janë realizuar në masën 100% ose në shumën 7,011 milionë 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 98.9%, ose më pak për vlerën 233 milionë. Transferuar gjithsej 21,513 milionë lekë, nga të cilat 17,043 milionë janë lëvruar nga spitalet publike nëpërmjet sistemit të thesarit dhe 4,470 milionë 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.

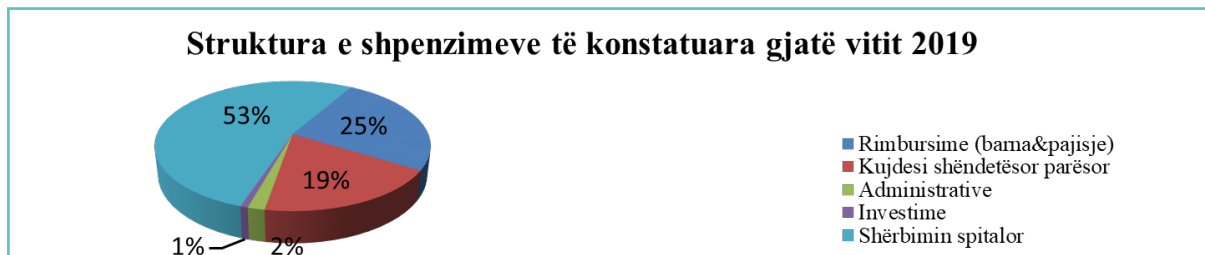
4.4 Të Ardhura të Tjera

Nga burime të tjera (arkëtimet nga interesat e depozitave, nga dëmet ekonomike, nga tarifa për recetë), konstatohen të ardhura në masën 155.4% e planifikimit, ose me tejkalim për vlerën 100 milionë lekë, ndikuar kryesisht nga interesat e përfituara rreth 50 milionë lekë nga investimi në letra me vlerë të vendosjes (bono thesari).

5. FINANCIMI I SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Për vitin 2019 shpenzimet (përfshirë shpenzimet e spitaleve publike) konstatohen në vlerën 41,101 milionë lekë, ose 96.7% e planifikimit, më pak për 1,385 milionë lekë.

Në strukturën e shpenzimeve, peshën specifike më të madhe e zënë shpenzimet e shërbimit spitalor me 53%, ndjekur nga shpenzimet për rimbursimin e barnave e pajisjeve me 25%, shpenzimet e kujdesit parësor (financimi i QSH e kontrolli bazë shëndetësor) me 18.9%, shpenzimet administrative (pagat e shpërblimet, sigurimet shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime) me 2 % dhe së fundi investimet me 1% të totalit.

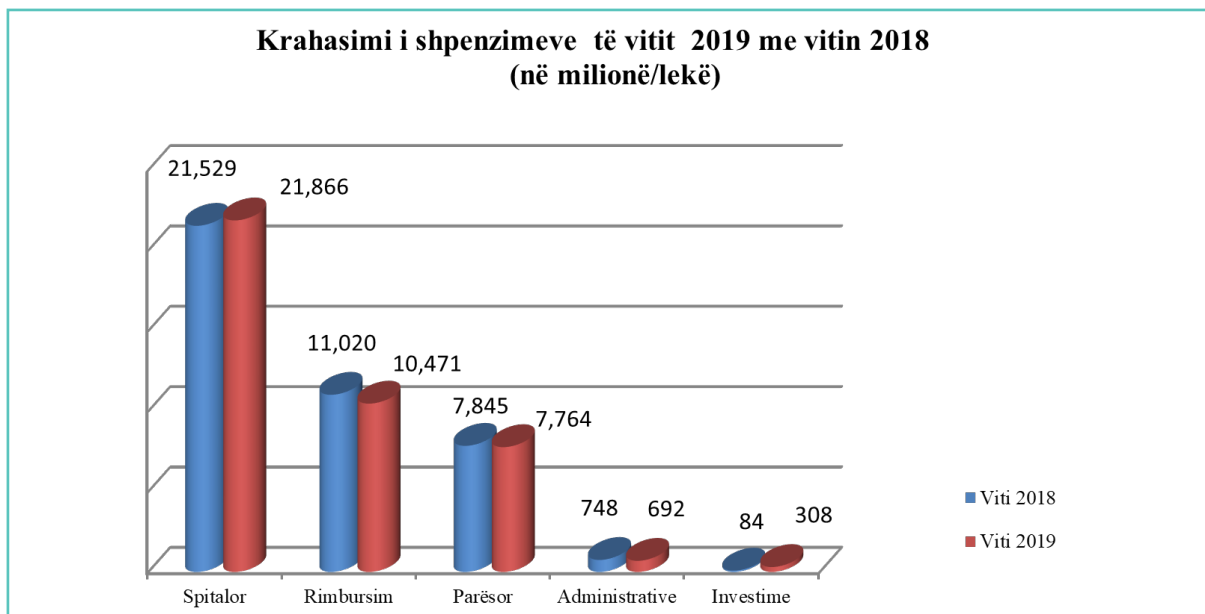


Grafikisht, struktura e shpenzimeve të konstatuara gjatë vitit 2019, paraqitet si vijon: Fondi gjatë vitit 2019, ka paguar detyrimet e prapambetura nga viti 2018.

Krahasuar me vitin 2018, shpenzimet e konstatuara në vitin 2019 janë realizuar në masën 99.7%, ose pakësuar me 126 milionë lekë, referuar zërave si më poshtë:

- ▶ Shpenzimet e rimbursimit barnave e pajisjeve realizuar në masën 95%, ose pakësuar me 550 milionë lekë;
- ▶ Shpenzimet e investimeve realizuar në masën 364.5%, ose rritur me 223 milionë lekë;
- ▶ Shpenzimet e shërbimit spitalor realizuar në masën 101.6%, ose rritur me 337 milionë lekë, përkatësisht:
 - Shpenzimet e financimit të spitaleve publike rritur me 564 milionë lekë;
 - Shpenzimet e financimit të spitalit Durrës rritur me 93 milionë lekë;
 - Shpenzimet e paketave spitalore rritur me 38 milionë lekë;
 - Shpenzimet e financimit të shërbimeve spitalore nga ofrues me PPP pakësuar me 328 milionë lekë;
 - Shpenzimet për trajtim spitalor të pacientit miratuar me VKM pakësuar me 26 milionë lekë,;
 - Shpenzimet e financimit të mjekëve specialist pakësuar me 4 milionë lekë.

Grafikisht shpenzimet e vitit 2019 krahasuar me vitin e mëparshëm 2018, janë si vijon:



5.1 Financimi i Listës së Barnave të Rimbursueshme dhe Pajisjeve

Në vitin 2019 listëtreguesit të pranuar për rimbursim të barnave & pajisjeve arritën në vlerën 10,471 milionë lekë, ose në masën 95.1% e planit, më pak për 539 milionë lekë. Nga vlera totale e listëtreguesve të pranuar mbetën palikuiduar në fund të vitit 983.9 milionë lekë, ose më pak për 539.4 milionë lekë krahasuar me detyrimet nga viti 2018. Gjatë vitit 2019 u likuiduan të gjitha detyrimet nga viti 2018 rreth 1.5 miliardë lekë.

Indeksi i çmimeve të listës ekzistuese të barnave në muajin mars 2019 dhe hyrja në fuqi e listës së re të barnave 2019 në muajin korrik 2019, ndikuan në uljen e çmimeve të barnave si rrjedhojë edhe në uljen e shpenzimeve të rimbursimit. Gjithashtu, monitorimi dhe kontrolli i subjekteve të kontraktuara me Fondin bazuar në riskun më të lartë kanë ndikuar në ruajtjen e tavanit të buxhetit.

5.2 Financimi i Shërbimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor

Shpenzimet e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor (financimi i QSH dhe kontrolli bazë shëndetësor) u konstatuan në shumën 7,764 milionë lekë, ose në masën 99.9% të planifikimit, më pak se plani në shumën 7 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 QSH për aktivitetin e tyre vjetor, përfshirë financimin shtesë për qendrat që ofrojnë shërbim të pandërprerë gjatë sezonit veror, si dhe paketën e barnave dhe materialeve të mjekimit për ato qendra shëndetësore të cilat bllokohen gjatë sezonit të dimrit. Qendrat shëndetësore të shërbimit parësor 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 na ndihmon në menaxhimin e situatës së detyrimeve gjatë vitit në vazhdim.

Shpenzimet për shërbimin e kontrollit bazë shëndetësor të popullatës nga 35 - 70 vjeç u konstatuan në të njëjtën masë sa planifikimi i shpenzimeve për një total prej 876 milionë lekë. Në konstatimin e shpenzimeve përfshihet edhe vlera e projeksionit e përcaktuar në kontratë për 475,000 kontrolle mjekësore bazë në vit. Gjatë vitit 2019 janë realizuar 482,716 kontrolle mjekësore bazë ose 7,716 raste më shumë se projeksioni me një realizim prej 101.6%.

5.3 Financimi i Shërbimit Spitalor Financimi i Spitalit Rajonal Durrës

Shpenzimet për Spitalin Rajonal Durrës u realizuan në shumën 885 milionë lekë, ose 100% e planit. 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 e Shërbimit Spitalor nëpërmjet thesarit

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

6. PËRFITIMET E POPULLATËS

Ligji nr. 10 383, datë 24.02.2011, "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.

6.1 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 4,030,923 banorë, ku 2,152,363 banorë janë në zonat urbane dhe 1,877,930 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 2019 është 1,480. Gjatë vitit 2019 nga ana e Qendrave Shëndetësore (QSH) të Kujdesit Parësor janë kryer 6,733,220 vizita, nga këto 6,218,044 vizita janë kryer nga Mjek i Përgjithshëm dhe i Familjes (MPF) dhe 515,176 vizita janë kryer nga Mjekët Specialistë (MS) të Qendrave Shëndetësore të Specialiteteve në Tiranë. Numri i Infermierëve dhe laborantëve është 6,896, nga të cilët 1,831 janë Infermierë të Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes. Numri i mjekëve specialistë është 319.

Numri i QSH është 407 dhe 6 QSH të specialiteteve që operojnë vetëm në Rajonin e Tiranës

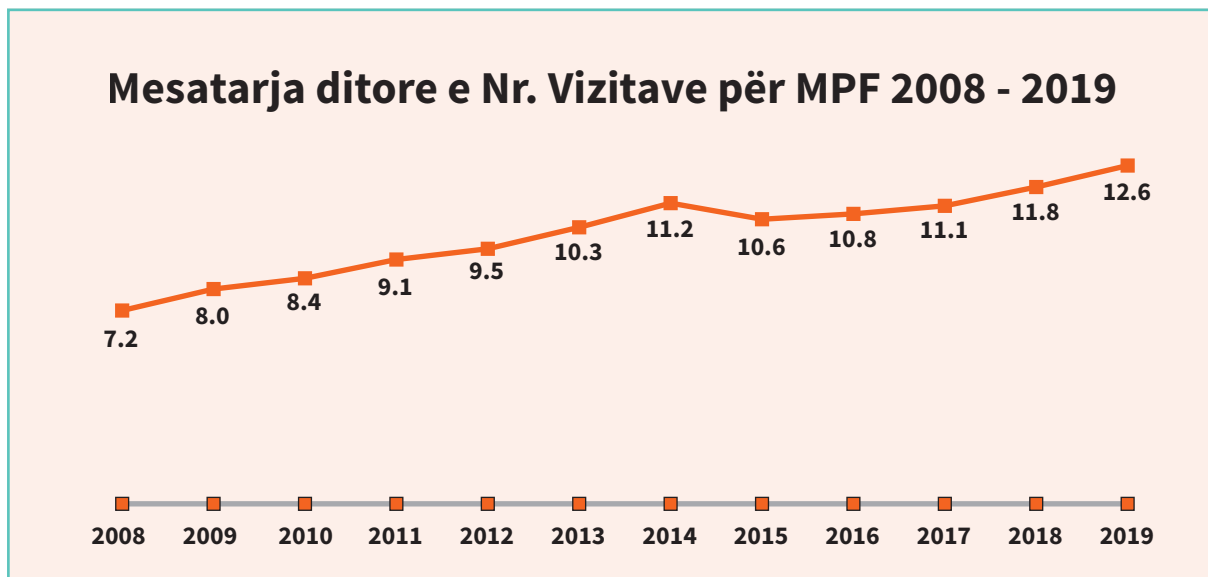
(Specialiteti Nr. 1, Specialiteti Nr. 2, Specialiteti Nr. 3, Specialiteti Nr. 4 (Paskuqan), Dispanseria dhe Qendra Shëndetësore SOB.

Për vitin 2019, numri mesatar i vizitave për MPF është realizuar në masën 13 vizita /ditë, për MS të QSH të Specialiteteve 12.2 vizita/ditë, pra për vitin 2019 në rang vendi numri mesatar i vizitave është 12.6 vizita/ditë.

Gjatë vitit 2019, nga ana e MPF janë realizuar afërsisht i njëjti numër vizitash me vitin 2018, me një diferencë të vogël rreth 995 vizita më pak. Ndërsa, nga ana e MS të QSHS në Tiranë janë realizuar rreth 66 mijë vizita (ose 15%) më shumë se gjatë vitit 2018. Gjithashtu, mesatarja e vizitave në ditë dhe realizimi në përqindje i numrit të vizitave, të kryer nga MP/F dhe QSH të Specialiteteve paraqiten më të rritura për vitin 2019. Përqindja e realizimit në total për vitin 2019, paraqitet rreth 1% më shumë se gjatë vitit 2018.

Ecuria në vite e numrit mesatar ditor të vizitave nga MPF (2008-2019).

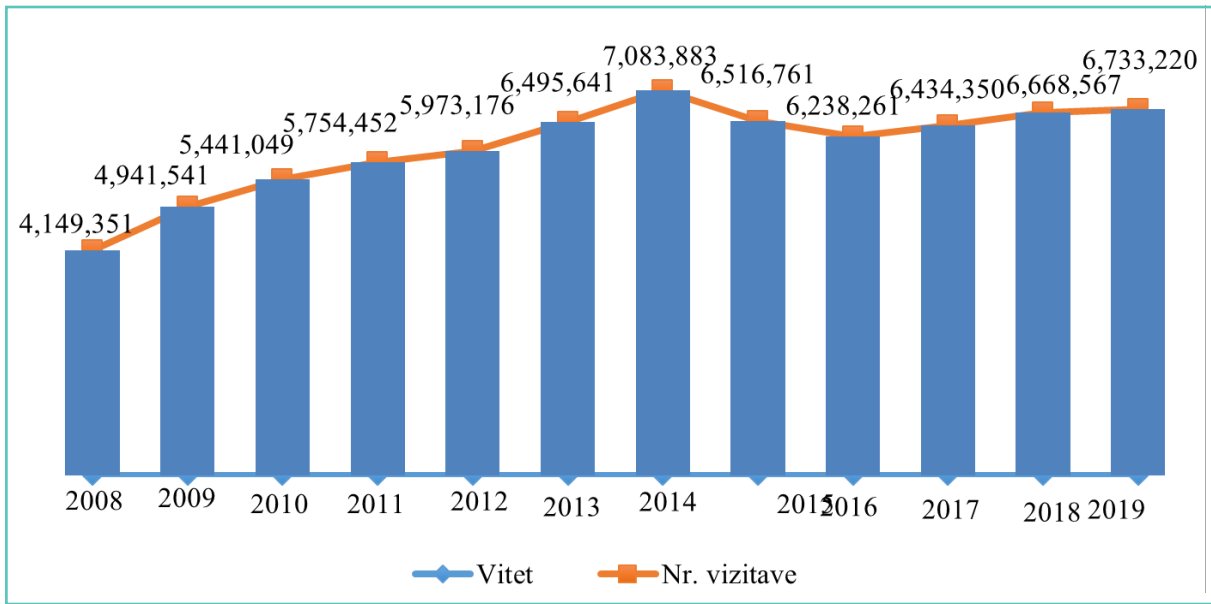
Grafiku i mëposhtëm, paraqet ecurinë e numrit mesatar të vizitave nga MPF gjatë periudhës 2008-2019.



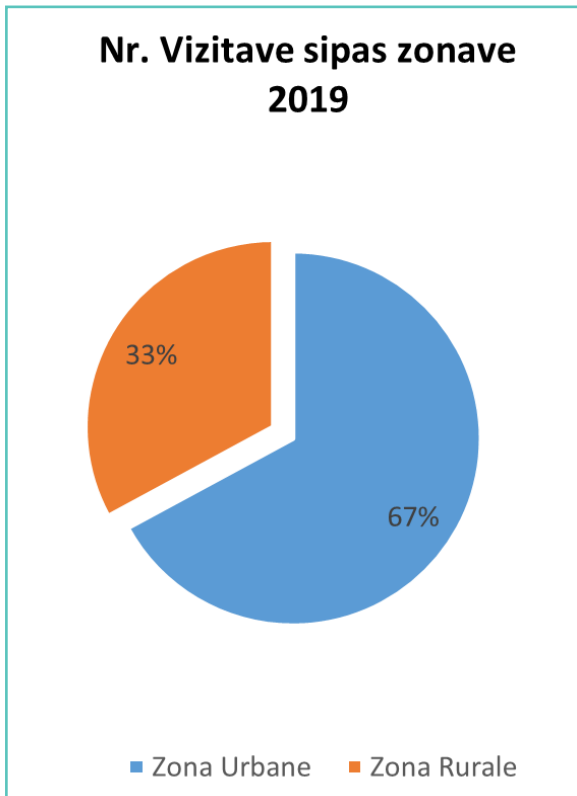
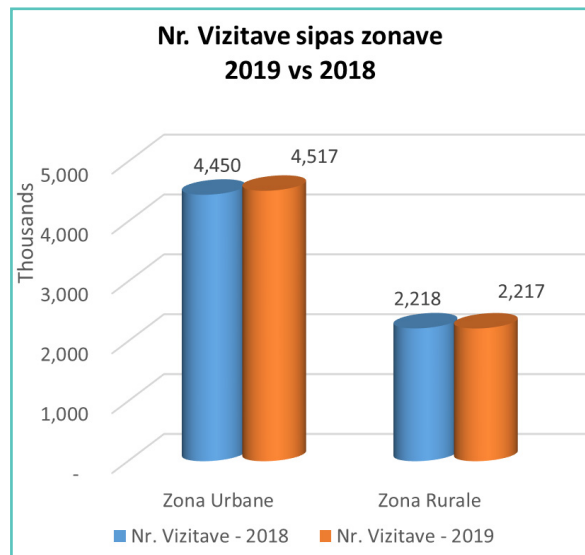
Nga paraqitja grafike e kurbës në vite, vihet re një trend në rritje, nga viti në vit të numrit mesatar të vizitave në ditë. Krahasuar me vitet 2008 - 2018, nga të gjithë QSH sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitin 2019, ka një rritje të numrit mesatar ditor të vizitave për mjek nga 7.2 në 2008 në 12.6 në 2019.

Numri i vizitave të kryera nëtotal nga QSH të kujdesit parësor nga viti 2008-2019.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrave të vizitave të mjekëve të QSH në kujdesin parësor gjatë viteve 2008 - 2019.



Në grafikët e mëposhtëm, pasqyrohen të dhënat, sipas zonave të shprehur në (%), ku shihet shpërndarja e vizitave sipas zonave ku zonat urbane zënë rreth 67% të vizitave totale, ndërsa zonat rurale 33% të vizitave totale. Gjatë vitit 2019 zonat urbane, kanë realizuar rreth 66 mijë numër vizitash ose 1% më shumë se gjatë vitit 2018. Ndërsa, zonat rurale paraqiten me vlera afërsisht të njëjta rreth 1 mijë vizita më pak se gjatë vitit 2018.



Vizitat e kryera për vitin 2019 vs. 2018 sipas zonave urbane dhe rurale

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:

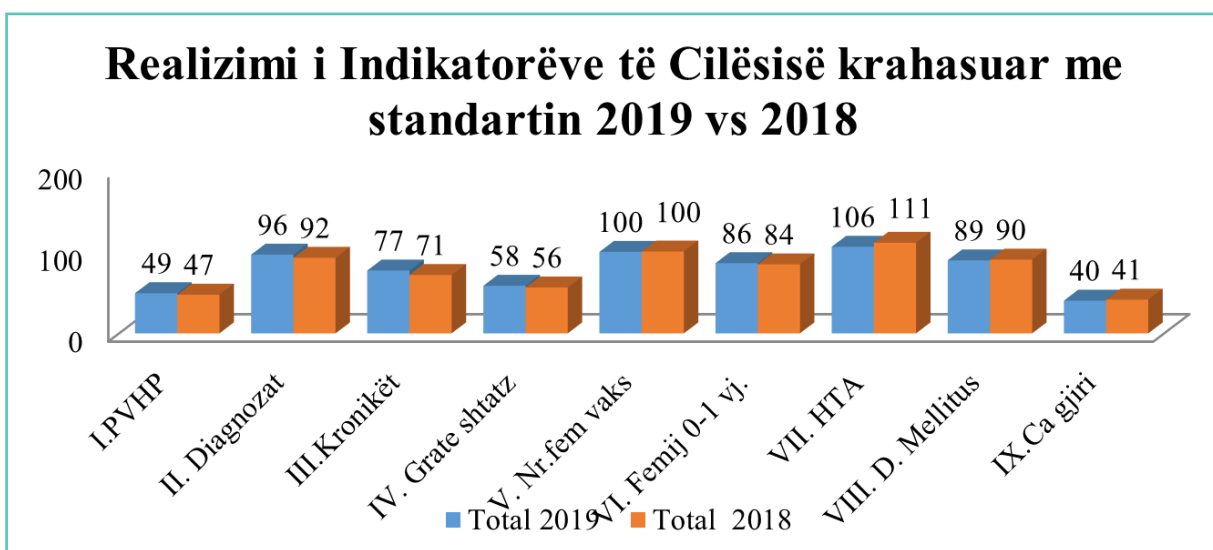
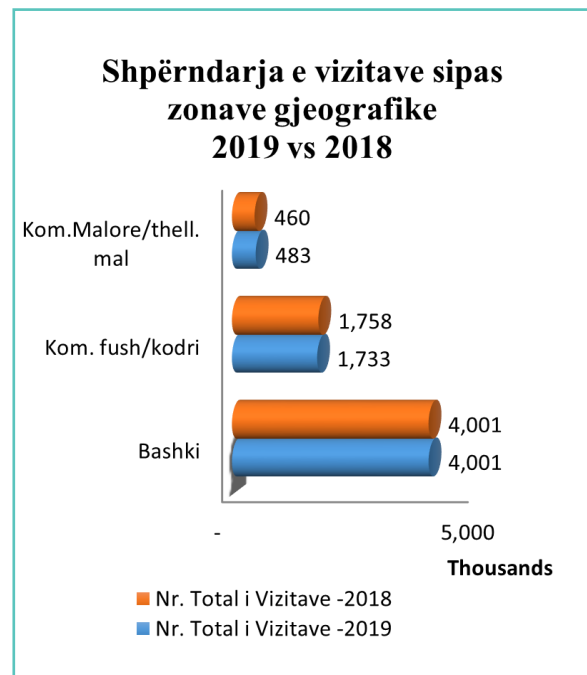
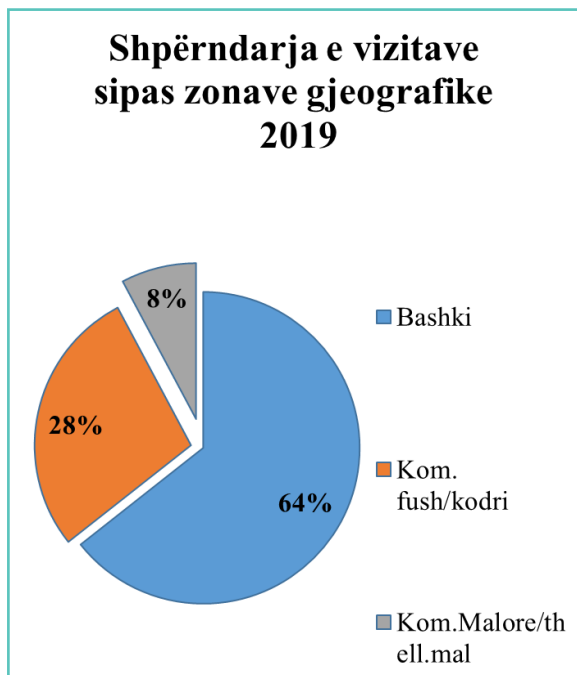
Nga MPF e QSH në bashki janë realizuar 64% të numrit të vizitave në total, të cilët në krahasim me vitin 2018 paraqiten me vlera afërsisht të njëjta; vizitat nga MPF e QSH në zonat Komunë Fushore/Kodrinore janë realizuar 28% e numrit të vizitave në total dhe në krahasim me vitin 2018 kanë realizuar rreth 25 mijë vizita ose 1.4%

më pak dhe vizitat nga MPF në QSH të zonave Komunë Malore/Thellë Malore janë realizuar 8% të numrit të vizitave në total, afërsisht 23 mijë numër vizitash ose 5% më shumë se gjatë vitit 2018.

Për vitin 2019 rezulton se indikatorët e cilësisë të Qendrave Shëndetësore krahasuar me standartin, janë realizuar në masën 78%, në vlera lehtësisht të rritura (rreth 1% më shumë) me vitin 2018.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet realizimi i nëntë indikatorëve të cilësisë në rang vendi, krahasuar me standartin, sipas tremujorëve për vitin 2019 dhe krahasimi me vitin 2018.

Realizimi i Indikatorëve të cilësisë, sipas tremujorëve në total 2019 dhe krahasuar me vitin 2018.



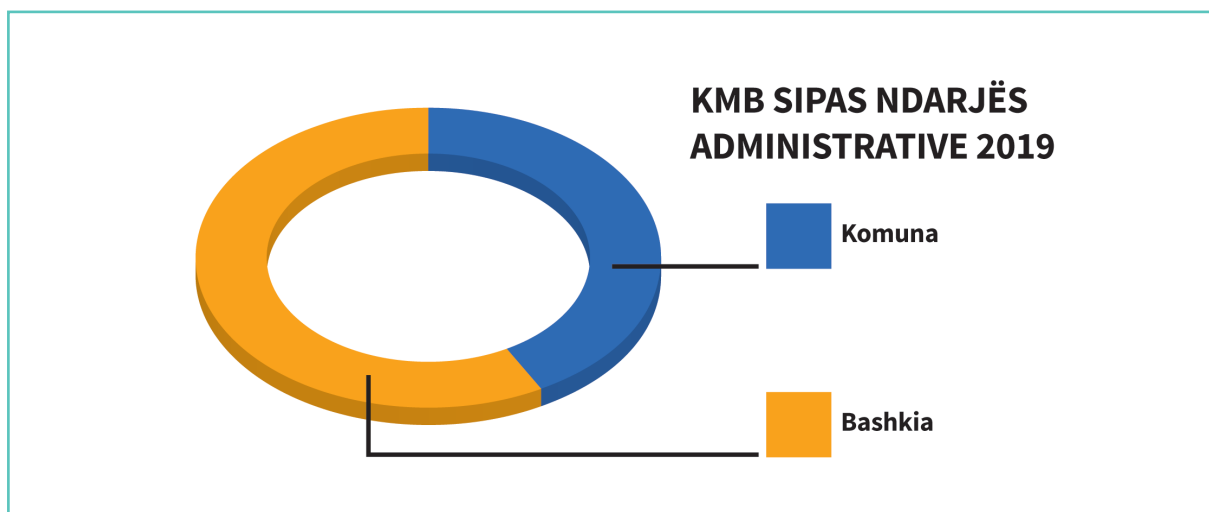
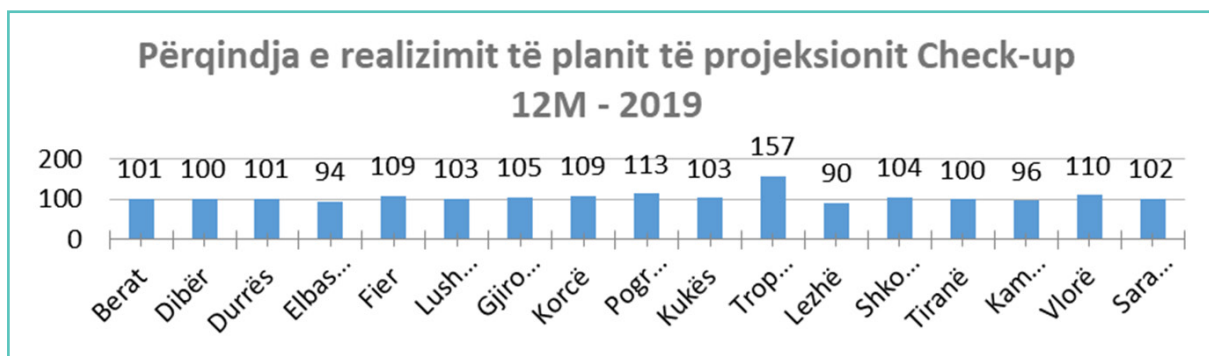
6.2 Kontrolli Mjekësor Bazë

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 02.04.2014 “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.

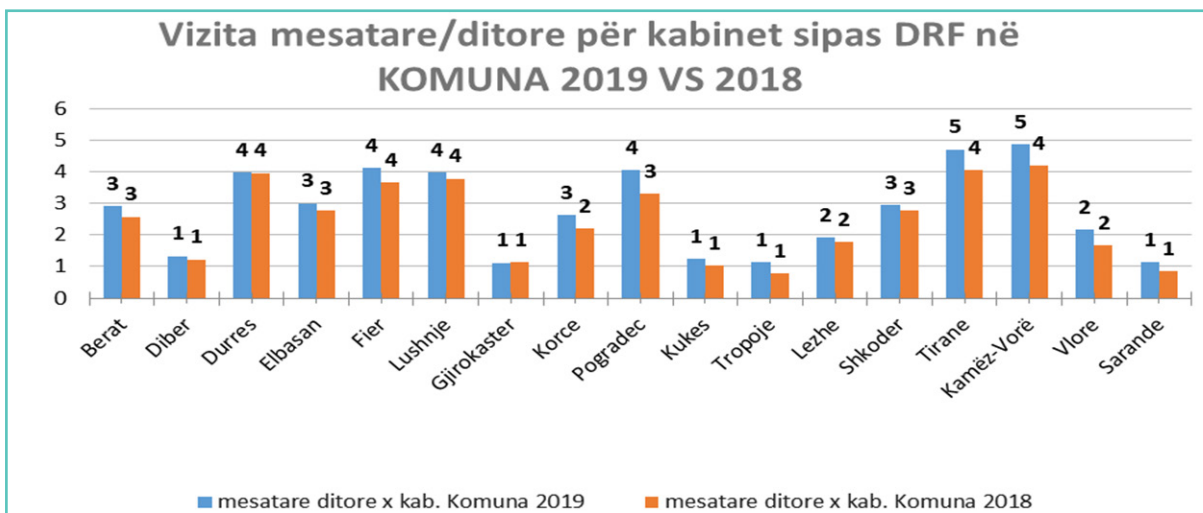
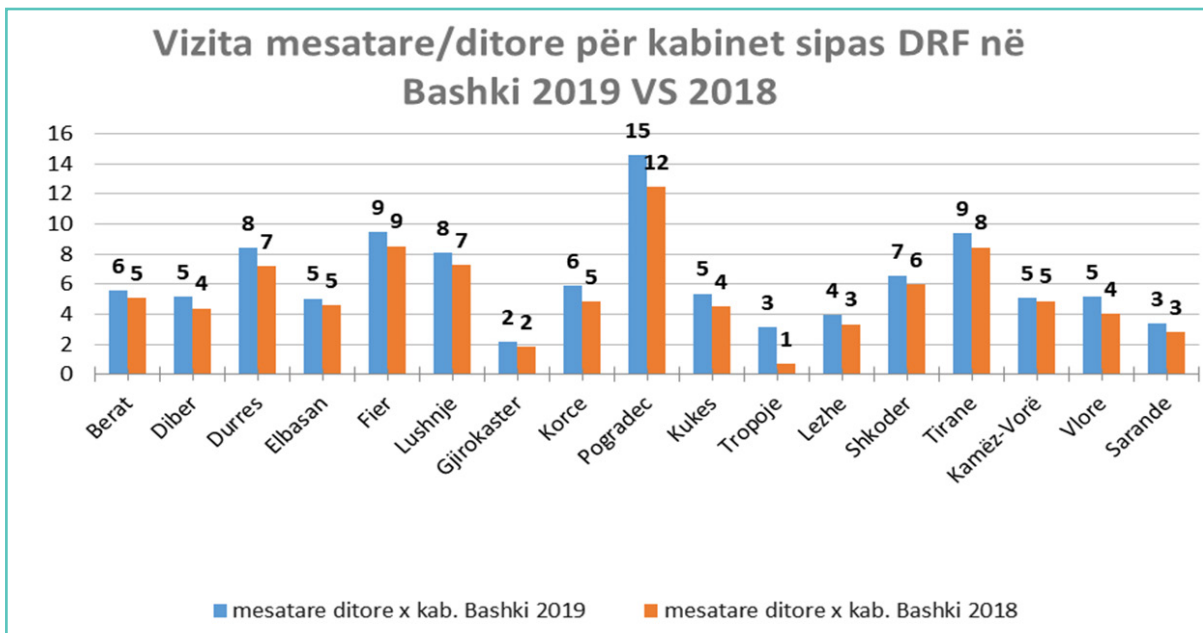
Për gjatë gjithë vitit, është monitoruar në të gjithë vendin realizimi i procesit të Kontrollit Mjekësor Bazë për grupmoshat 35-70 vjeç.

Për vitin 2019 janë kryer gjithsej 482,716 kontrolle bazë. Bazuar në projeksionin e planifikuar për kryerjen e kontrollit mjekësor bazë për periudhën Janar-Dhjetor 2019, kemi një realizim të këtij treguesi në rang vendi prej 102%.

Ky tregues sipas Drejtorive Rajonale të Fondit ka nivele shumë të mira, pothuajse në të gjitha rajonet. Kryesojnë rajonet Tropojë, Pogradec, Vlorë, Fier, Lushnjë, Korçë, Durrës, Berat, Gjirokastrë, Kukës Shkodër, Sarandë dhe Dibër. Ndërkohë që kanë tregues më të ulët rajonet Lezhë, Kamëz-Vorë dhe Elbasan, me mos realizim të projeksionit vjetor.

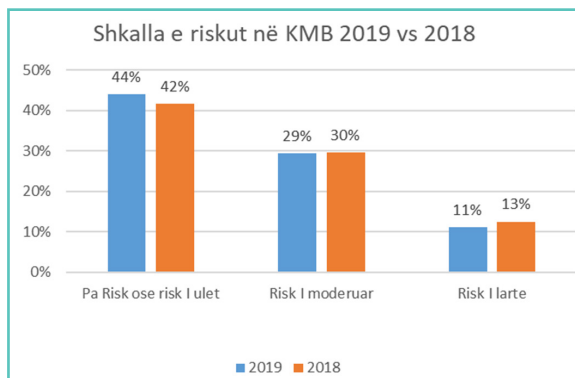


Sipas grafikut, përqindjen më të lartë të realizimit të kontrolleve mjekësore bazë për vitin 2019, e kanë zonat urbane, 58%.



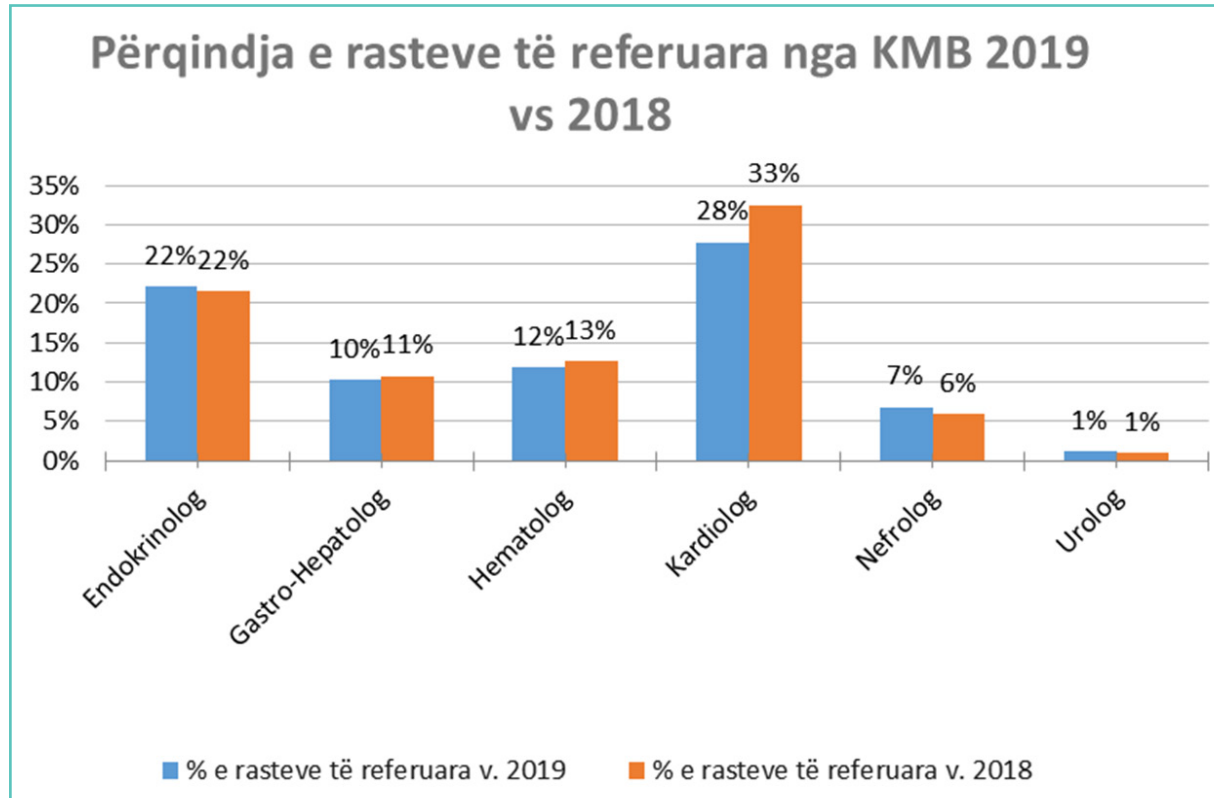
Sipas grafikëve më sipër numrin më të lartë të mesatares/ditore për kabinet, në zonat urbane dhe rurale e ka viti 2019, krahasuar me 2018.

Nga rezultatet e kontrollit mjekësor bazë për periudhën Janar-Dhjetor 2019 dhe krahasimi me 2018 është përcaktuar shkalla e riskut në %, sipas grafikut të mëposhtëm:



Krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit 2018, kemi një ulje 2% të rasteve me risk të lartë dhe 1% të atyre me risk të moderuar dhe ndërkohë, kemi një rritje prej 2% të rasteve pa risk ose risk të ulët.

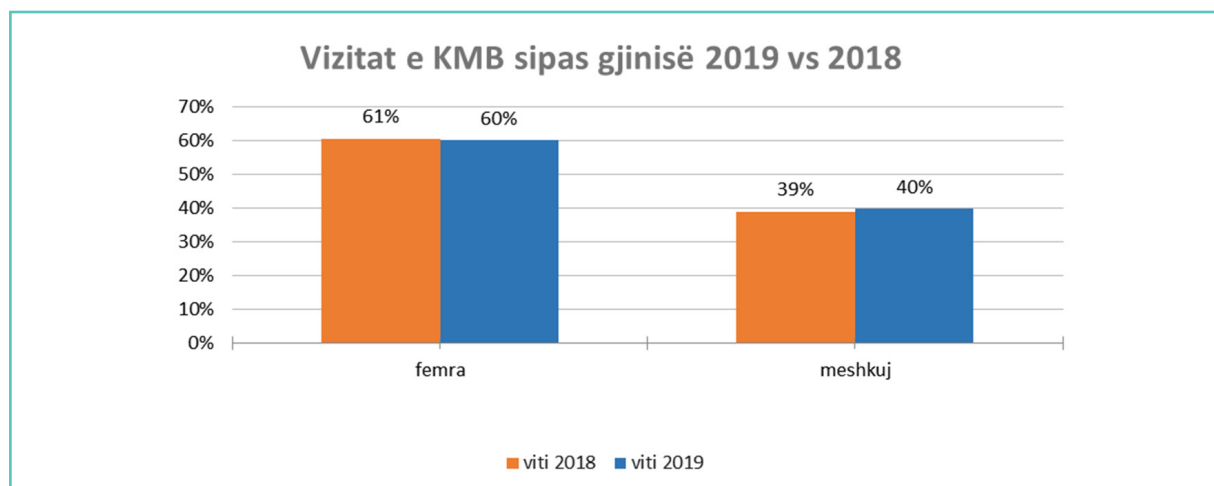
Për personat me risk të lartë, nga mjeku i përgjithshëm dhe i familjes, është referuar për konsultë tek mjeku specialist sipas grafikut më poshtë:



Referuar grafikut, për të dy vitet, kemi të njëjtën shifër 22%, për rastet e referuara tek Endokrinologu. Gastro-Hepatologu dhe Hematologu për vitin 2019, kanë një ulje prej 1% Nefrologu për vitin 2019, ka një ulje prej 1%. Urologu ka 1% për të dyja vitet dhe Kardiologu, krahasuar me vitin 2018, ka një ulje prej 5%.

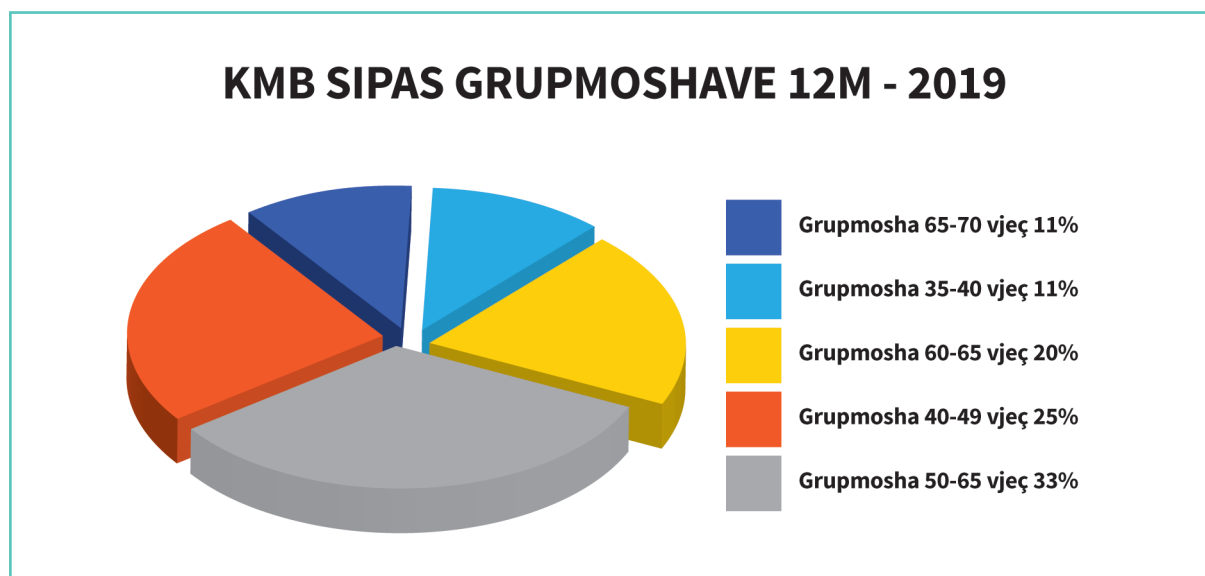
Për periudhën Janar–Dhjetor 2019 dhe krahasimi me të njëjtën periudhë të vitit 2018, disa tregues socialë të kontrollit mjekësor bazë në rang vendi po i paraqesim si më poshtë:

Struktura e kontrollit mjekësor bazë sipas gjinisë është në raportin e mëposhtëm:



Për vitin 2019 përqindja e femrave që kanë kryer kontrollin mjekësor është 60%, krahasuar me vitin 2018 kemi ulje të numrit të femrave, ndërsa përqindja e meshkujve që kanë kryer kontrollin mjekësor është 40%, krahasuar me vitin 2018 kemi rritje të numrit të meshkujve.

Struktura e kontrollit mjekësor bazë sipas grupmoshave paraqitet:



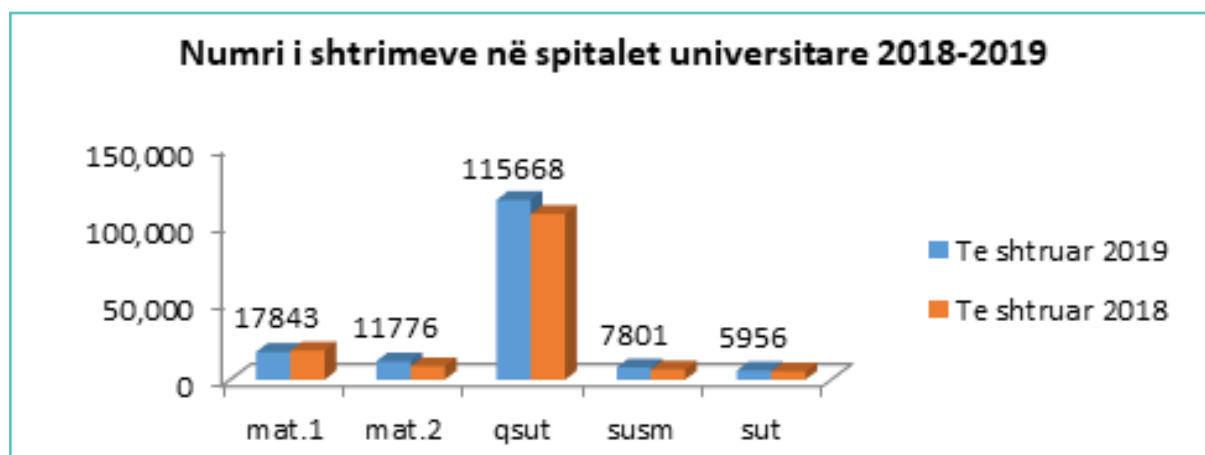
Krahasuar me vitin 2018, struktura e grupmoshave të popullatës që kanë kryer kontrollin mjekësor bazë për vitin 2018 është e njëjtë.

6.3 Paketa e Shërbimeve në Shërbimin Spitalor

Në kontratën me spitalet në vitin 2019 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 2019 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 311,775 pacientë. Numri i shtrimeve sipas spitaleve rezultoi: për Spitalet Rajonale është 115,584 pacientë, për Spitalet Universitare 159,044 pacientë dhe për Spitalet Bashkiake është 37,147 pacientë.

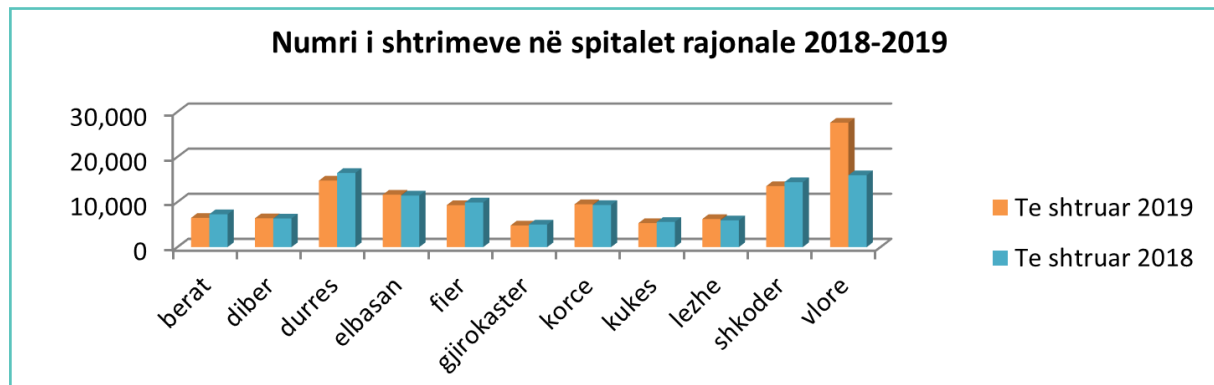
Krahasimi i shtrimeve në spitale universitare për dy vitet e fundit paraqitet si vijon:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Universitare 2018-2019 QSUT vihet re një rritje e konsiderueshme e numrit të shtrimeve për vitin 2019.

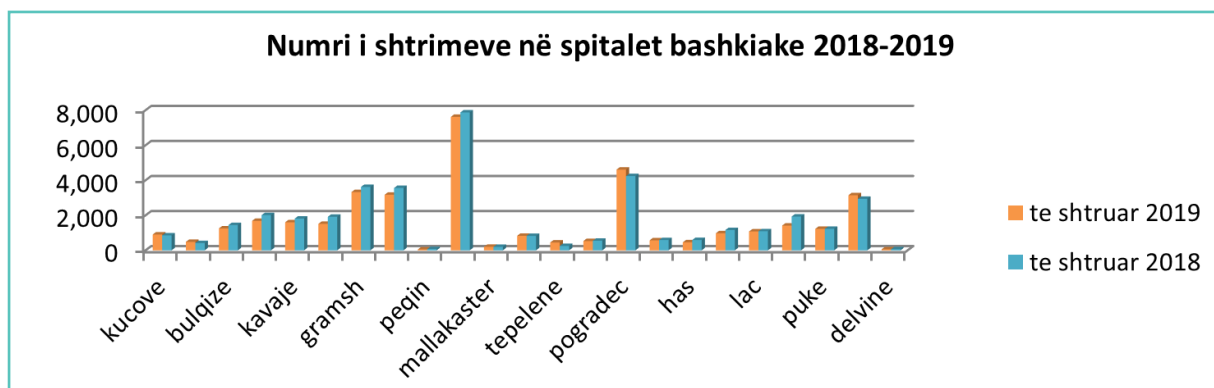
Numri i shtrimeve gjatë vitit 2019 për Spitalet Universitare në total rezulton më i rritur krahasuar me vitin 2018 me 13,065 shtrime më shumë.

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



Në spitalet rajonale krahasuar me vitin 2018, vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2019 ka rritje me rreth 7,945 shtrime më shumë.

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



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve për spitalet bashkiake me vitin 2018-2019 rezulton më i ulur me 2,057 pacientë më pak për vitin 2019.

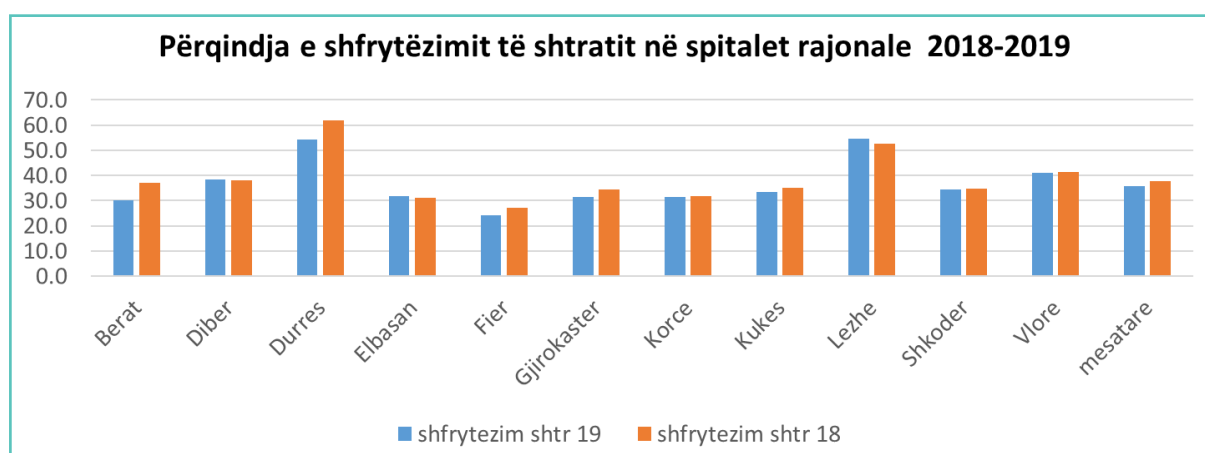
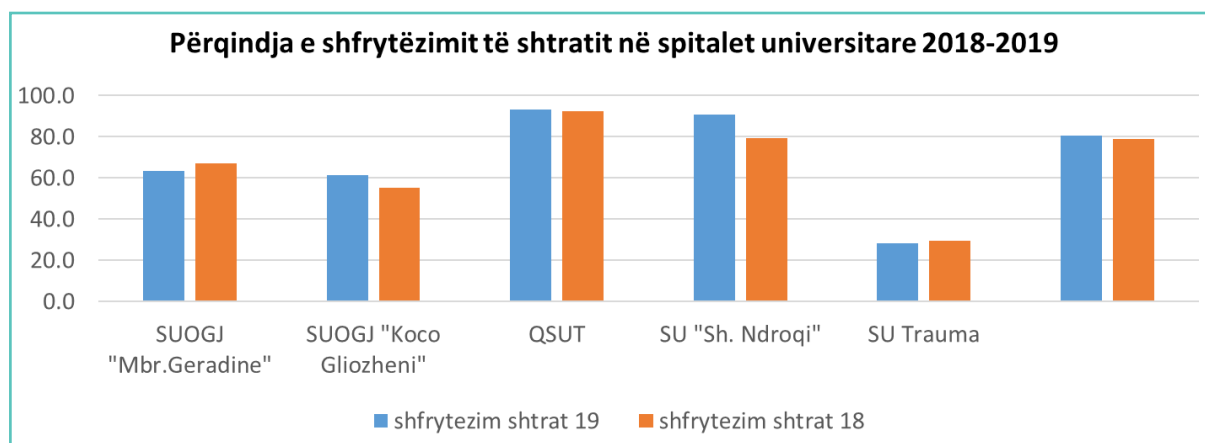
Prej shumë vitesh në spitalet e vendit tonë vërehet fenomeni i shtrimeve masive në spital nëpërmjet shërbimit të urgjencës.

Për vitin 2019, 81.46 % e shtrimeve në spitalet rajonale i zënë shtrimet nga urgjenca me 94,149 shtrime dhe 19.54% shtrimet e planifikuara nga konsultat ose 22,587 shtrime. Edhe në vitet e shkuara përqindja e shtrimeve urgjent ka rezultuar tepër e lartë.

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

Shfrytëzimi i shtratit rezulton në disa rajone më i ulur krahasuar me vitin 2018 ose në të njëjtat vlera.

Përqindja e shfrytëzimit të shtratit për vitin 2019 në spitalet universitare, rajonale e bashkiake, krahasuar me mesataren e shfrytëzimit të shtratit në këto spitalet është si më poshtë:



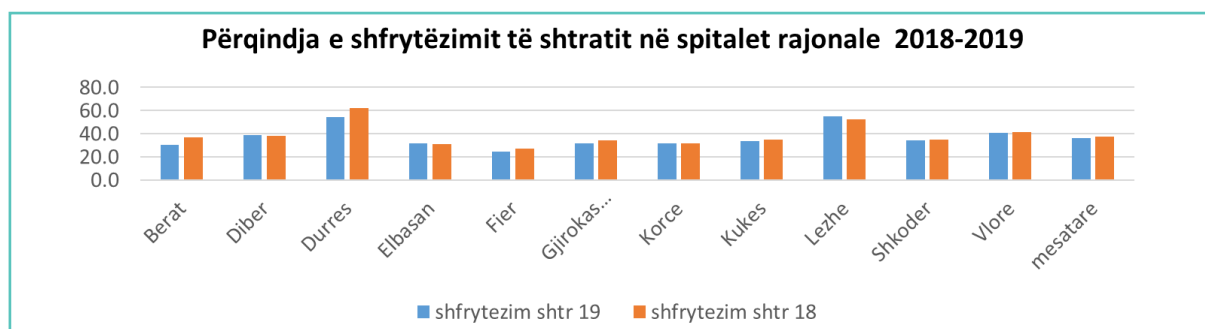
Indikatori i ditë qëndrimit mesatar paraqitet në shifra normale, ku për spitalet universitare është 4.2 ditë, për spitalet rajonale është 4 ditë dhe për spitalet bashkiake është 5 ditë.

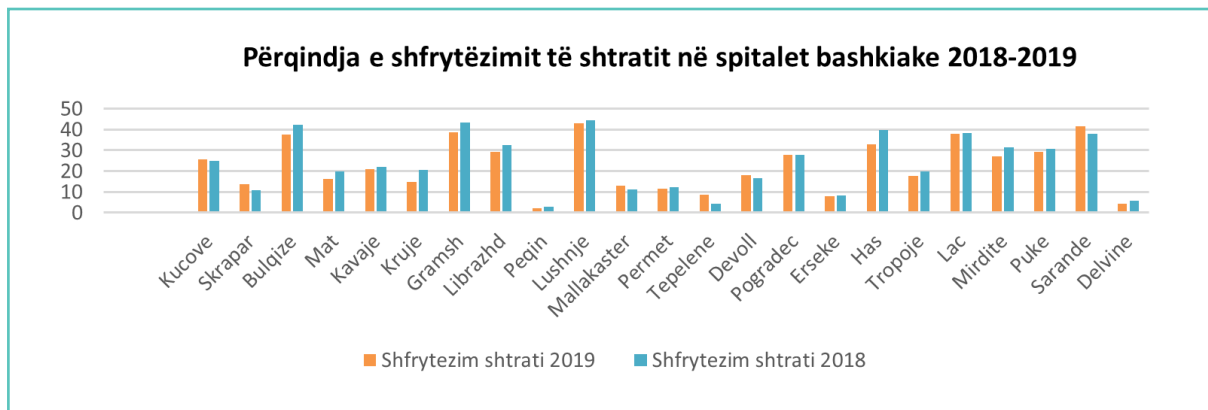
Indikator i rëndësishëm për matjen e performancës së spitaleve është dhe përqindja e pacientëve të shëruar që kanë dalë nga spitali.

Në spitalet rajonale 24.95 % e pacientëve, kanë dalë të shëruar dhe në spitalet bashkiake 25.41 % e pacientëve të dalë, kanë dalë të shëruar.

Gjatë vitit 2019 rezulton të jenë kryer 1,550,930 vizita ambulatorie në spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake. Konkretisht, në spitalet universitare rezulton të jenë kryer 548,702 vizita ambulatorike, në spitalet rajonale janë kryer 700,274 vizita ambulatorike të specializuara për poliklinikat e këtyre spitaleve dhe në spitalet bashkiake janë kryer 301,954 vizita ambulatorike të specializuara.

Numri i vizitave ambulatorike në spitalet universitare 2018-2019:





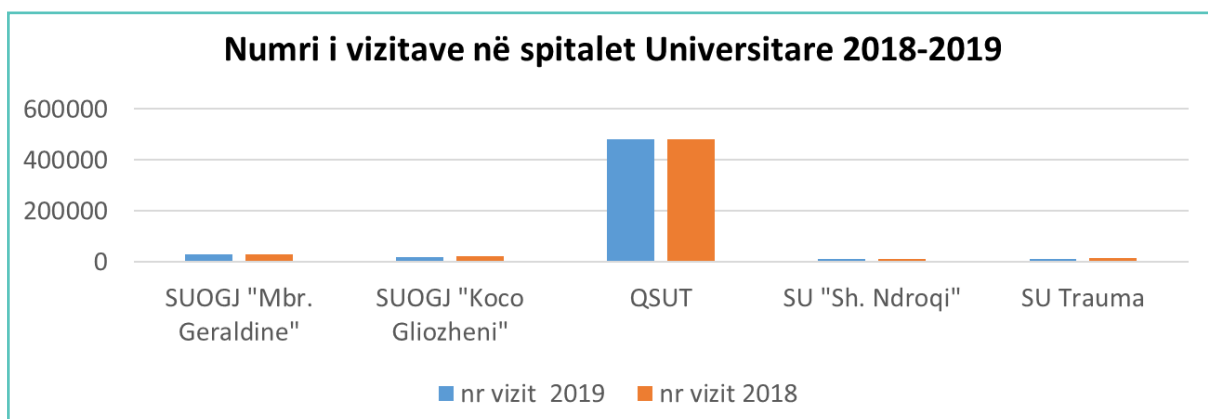
Indikatori i ditë qëndrimit mesatar paraqitet në shifra normale, ku për spitalet universitare është 4.2 ditë, për spitalet rajonale është 4 ditë dhe për spitalet bashkiake është 5 ditë.

Indikator i rëndësishëm për matjen e performancës së spitaleve është dhe përqindja e pacientëve të shëruar që kanë dalë nga spitali.

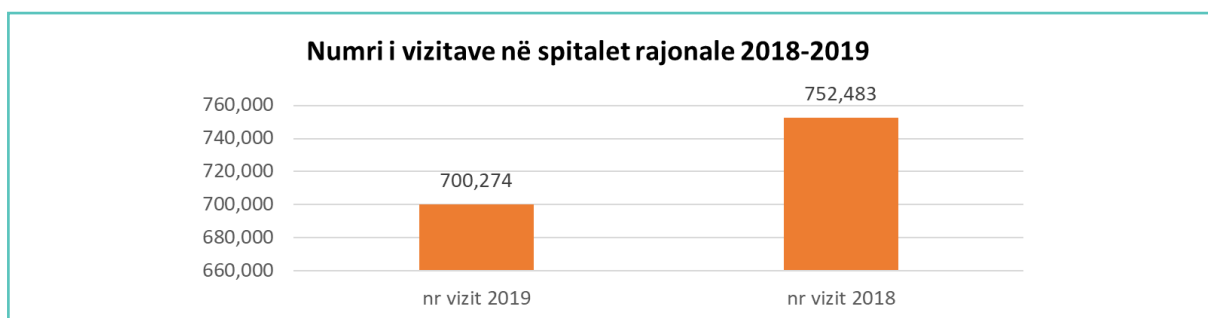
Në spitalet rajonale 24.95 % e pacientëve, kanë dalë të shëruar dhe në spitalet bashkiake 25.41 % e pacientëve të dalë, kanë dalë të shëruar.

Gjatë vitit 2019 rezulton të jenë kryer 1,550,930 vizita ambulatorie në spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake. Konkretisht, në spitalet universitare rezulton të jenë kryer 548,702 vizita ambulatorike, në spitalet rajonale janë kryer 700,274 vizita ambulatorike të specializuara për poliklinikat e këtyre spitaleve dhe në spitalet bashkiake janë kryer 301,954 vizita ambulatorike të specializuara.

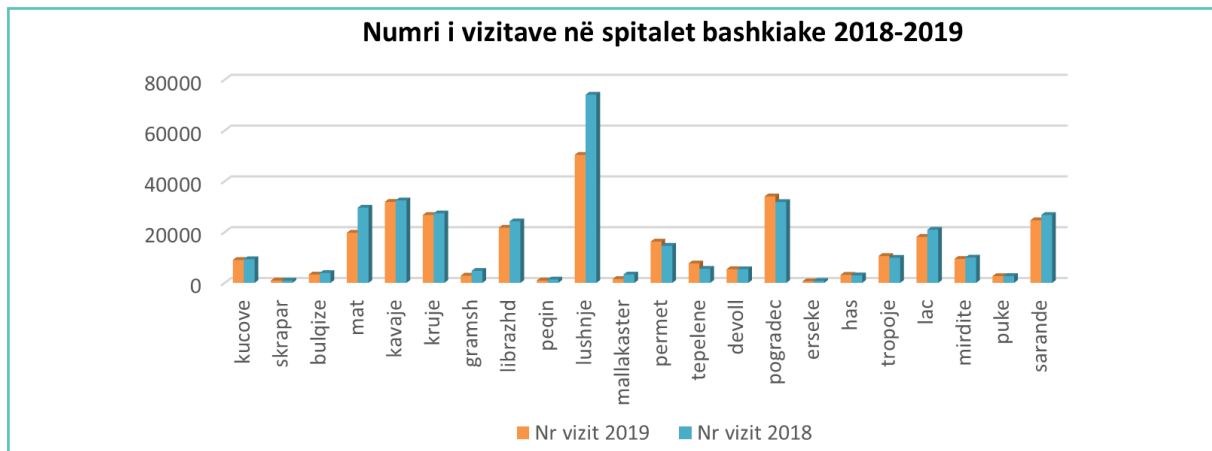
Numri i vizitave ambulatorike në spitalet universitare 2018-2019:



Numri i vizitave ambulatorike në spitalet rajonale 2018-2019:



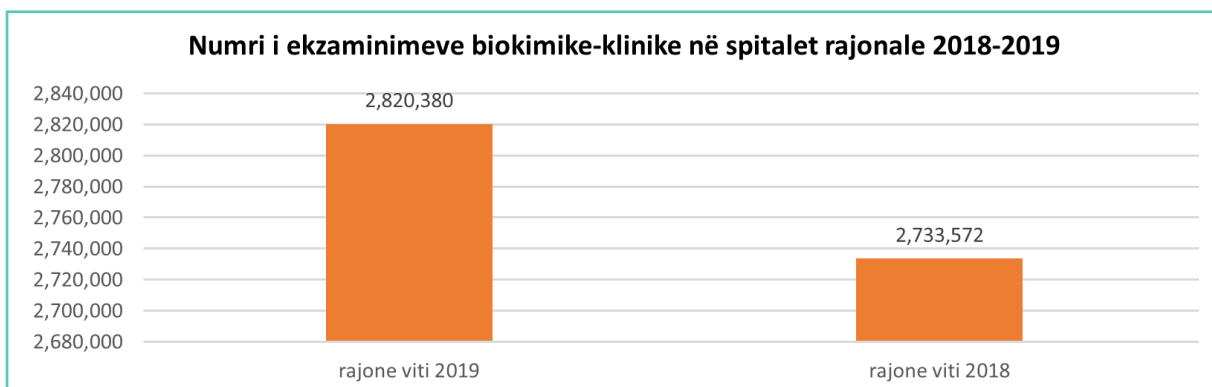
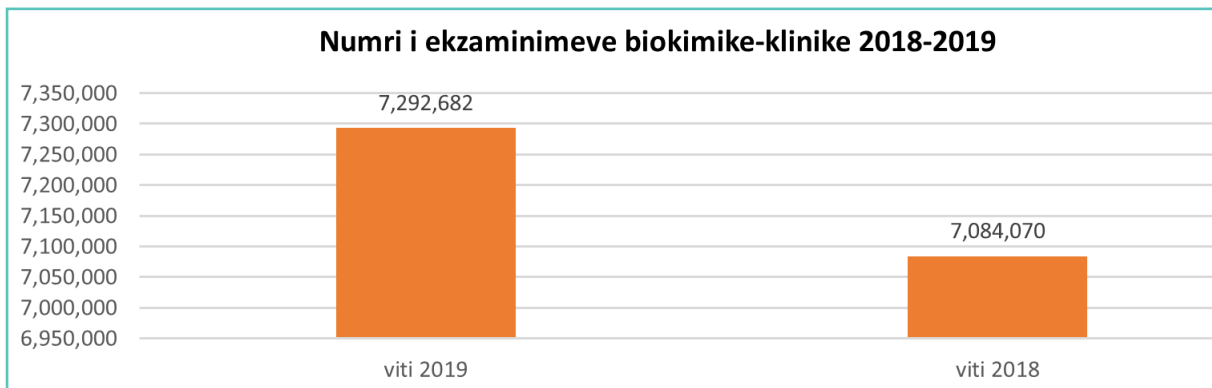
Numri i vizitave ambulatorike në spitalet bashkiake 2018-2019:

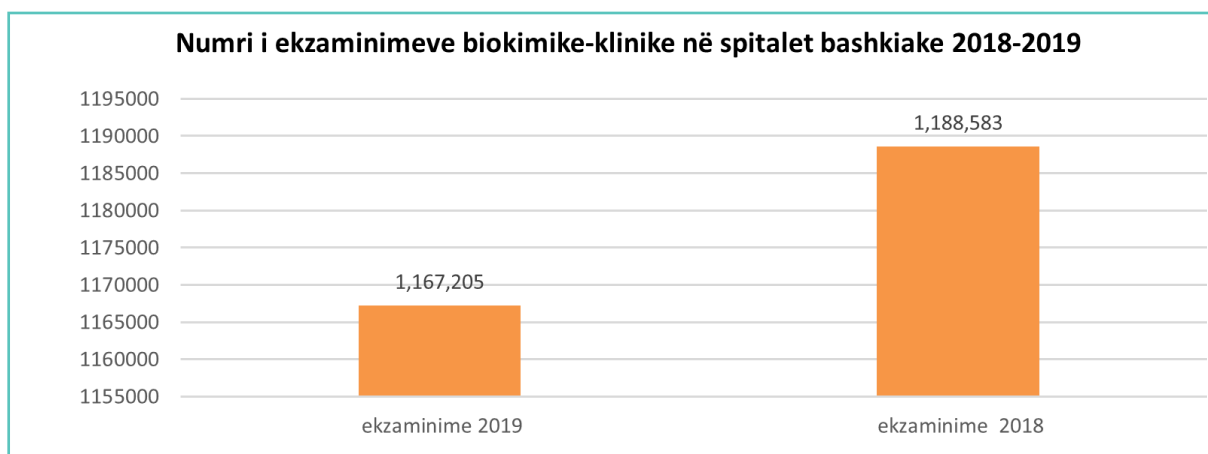
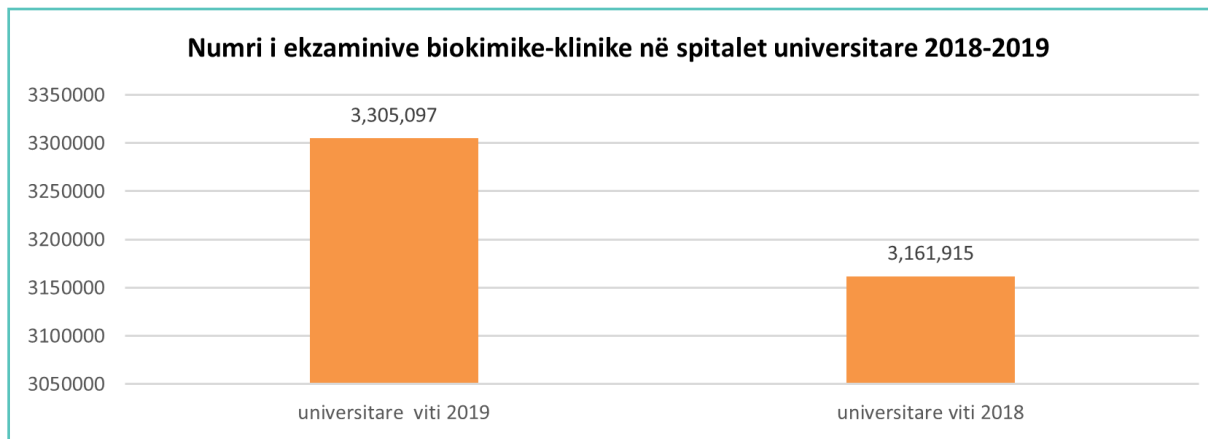


Ekzaminime Laboratorike

Për periudhën Janar - Dhjetor 2019 janë realizuar ekzaminime laboratorike si më poshtë vijon: 7,292,682 ekzaminime biokimiko-klinike. Nga këto spitalet rajonale kanë raportuar 2,820,380 ekzaminime, spitalet universitare 3,305,097 ekzaminime, ndërsa spitalet bashkiake kanë raportuar 1,167,205 ekzaminime klinike. QSUT-ja ka realizuar 2,755,944 ekzaminime klinike.

Për periudhën Janar - Dhjetor 2018 janë realizuar 7,084,070 ekzaminime biokimiko-klinike në total. 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 siguar dhe të pasiguar që kanë përfituar kryerjen e ekzaminimeve laboratorike është 92.52 % të siguar dhe 7.48 % të pasiguar.

- 1,001,294 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 509,869 ekzaminime dhe në ato bashkiake 162,294 ekzaminime.

- 329,131 ekzaminime janë realizuar në spitale universitare, prej të cilave vetëm QSUT ka raportuar 214,578 ekzaminime. Përfituesit e këtij shërbimi në spitale universitare kanë rezultuar 57.9 % pacientë të siguar (të shtruar, ambulator, nga urgjenca) 42.1 % pacientë të pasiguar (të shtruar, ambulator dhe nga urgjenca). Në spitalet rajonale ky tregues ka rezultuar me 75.1% pacientë të siguar (të shtruar, ambulator, nga urgjenca) 24.9% pacientë të pasiguar (të shtruar, ambulator dhe nga urgjenca). Ndërkohë në spitalet bashkiake ka rezultuar me 76.3 % pacientë të siguar (të shtruar, ambulator,

nga urgjenca) dhe 23.7 % pacientë të pasiguar (të shtruar, ambulator dhe nga urgjenca).

Ekzaminime Imazherike

Numri i ekzaminimeve imazherike me peshë specifike më të lartë të realizuara për periudhën Janar-Dhjetor 2019 është si më poshtë vijon:

- Skaner janë realizuar gjithsej 89,864 ekzaminime;
- Ekografi janë realizuar gjithsej 321,075 ekzaminime;
- RMI janë realizuar gjithsej 24,451 ekzaminime;

Nga këto QSUT ka raportuar 7,840 ekzaminime, Spitali Shkodër ka raportuar 3,566 ekzaminime, Spitali Durrës ka raportuar 4,968 ekzaminime, Spitali Vlorë ka raportuar 2,168 ekzaminime dhe Spitali Universitar i Traumës ka raportuar 2,829 ekzaminime;

- Mamografi janë realizuar 13,816 mamografi imazherike. QSUT ka realizuar 1,999 mamografi, SUOGJ “Mbretëresha Geraldine” 391 mamografi, Durrësi 1,918 mamografi, Shkodra 1,555 mamografi, Elbasani 1,532 mamografi, Vlora 1,314 mamografi,

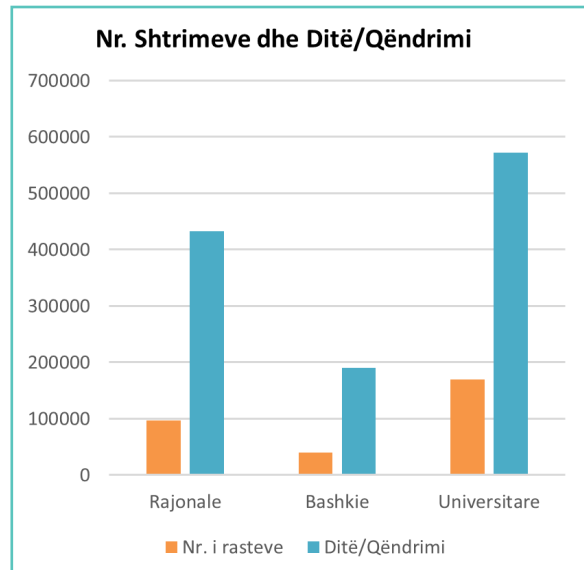
Korça 1,870 mamò, ndërsa spitalet e tjera rajonale kanë realizuar Berati 608 mamò, Dibra 1,118 mamò, Gjirokastra 994 mamò, Kukës 485 mamò dhe Pogradeci 32 mamò.

6.4 Kostot Spitalore

Nga analizimi i treguesve spitalor për vitin 2019, rezulton si vijon:

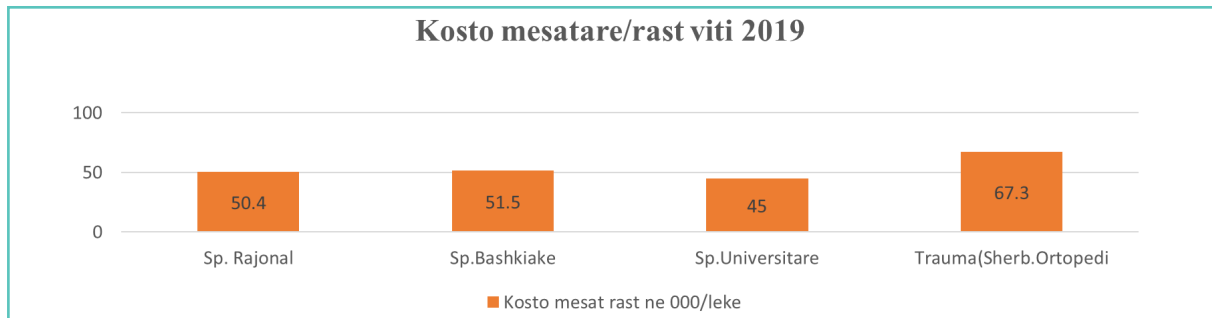
- Numri i rasteve dhe numri i ditë qëndrimeve në spitale për vitin 2019 është:

| Spitalet | Nr. i rasteve | Ditë/Qëndrimi |
|-----------------|---------------|---------------|
| 1. Rajonale | 97,400 | 432,527 |
| 2. Bashkie | 39,793 | 190,224 |
| 3. Universitare | 170,068 | 571,659 |



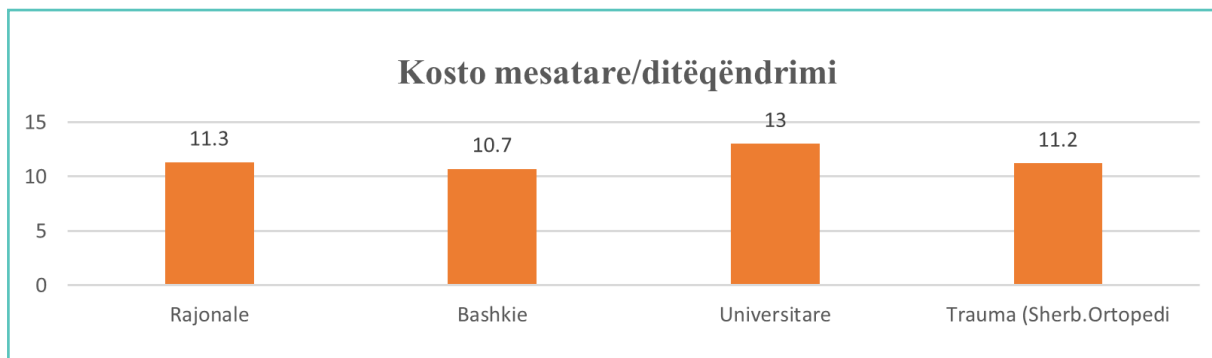
Kosto mesatare për rast (pacient) në tre nivelet spitalore, janë:

- Kosto mesatare/rast në spitalet nivel Rajonal është 50.4 mijë lekë.
- Kosto mesatare/ rast në spitalet nivel Bashkiak është 51.5 mijë lekë.
- Kosto mesatare/rast në 4 spitalet e nivelit Universitar të financuara të gjitha shërbimet mjekësore nga Fondi, është 45 mijë lekë.
- Për Shërbimin e Ortopedisë (të financuar nga Fondi) në spitalin Universitar të Traumës, është 67.3 mijë lekë.



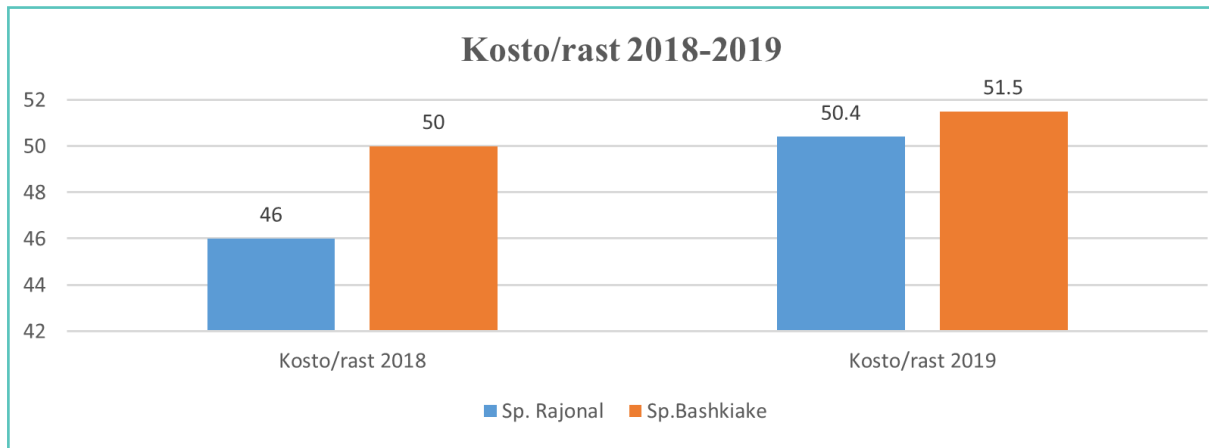
Kosto mesatare për Ditë - Qëndrimi në tre nivelet spitalore:

- Kosto mesatare për Ditë/ qëndrimi në spitalet nivel Rajonal është 11.3 mijë lekë
- Kosto mesatare për Ditë/ qëndrimi në spitalet nivel Bashkiak është 10.7 mijë lekë
- Kosto mesatare për Ditë/ qëndrimi në 4 spitalet nivel Universitar është 13 mijë lekë
- Kosto mesatare/për Ditë/ qëndrimi në spitalin Universitar të Traumës, Shërbimi i Ortopedisë, është 11.2 mijë lekë.



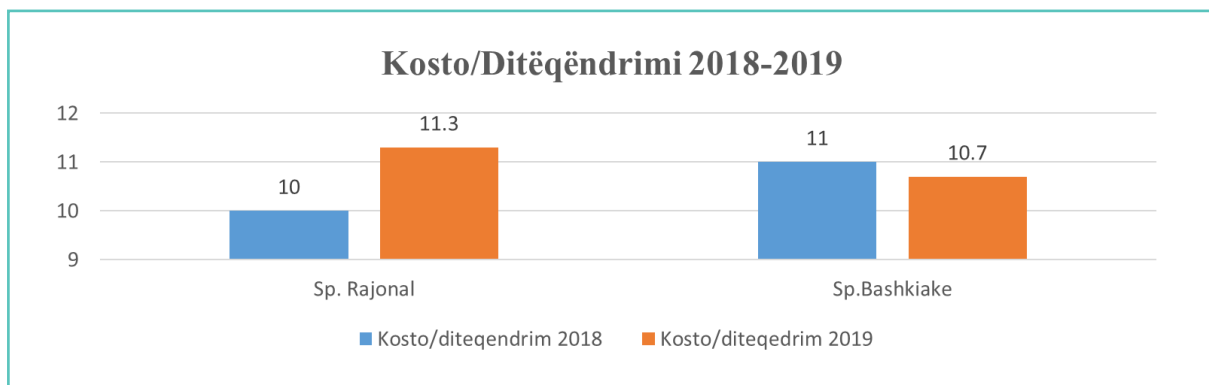
a) Kosto mesatare për rast:

| Viti | 2018 | | 2019 |
|-----------|--------------|-----------|----------------|
| Spitalet | | | |
| Rajonale | 46 mijë lekë | Rajonale | 50.4 mijë lekë |
| Bashkiake | 50 mijë lekë | Bashkiake | 51.5 mijë lekë |



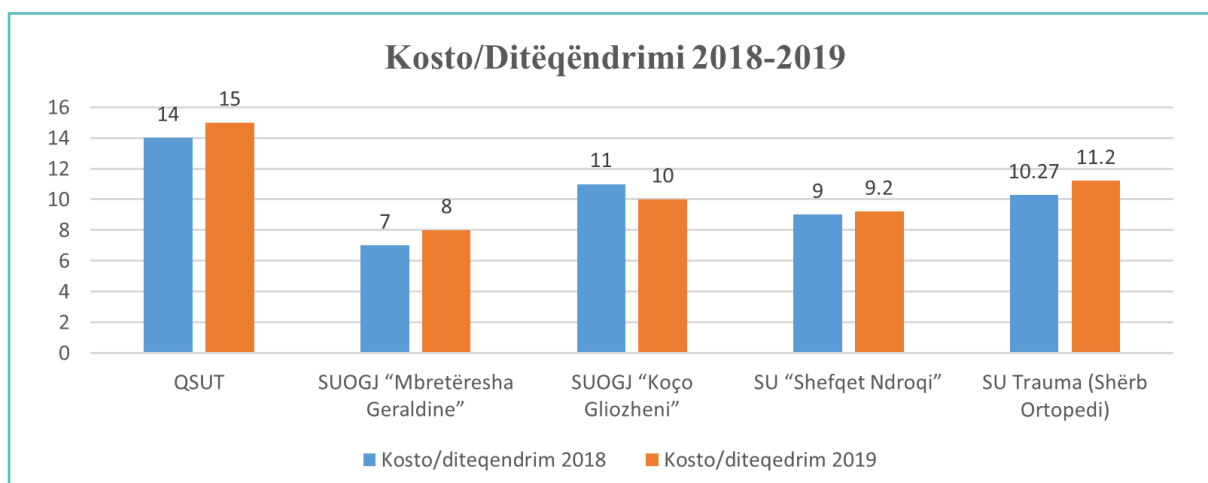
Spitalet Universitare Kosto / rast në mijë lekë

| Spitali | 2018 | 2019 |
|-------------------------------|--------------|----------------|
| QSUT | 49 mijë lekë | 45 mijë lekë |
| SUOGJ “Mbretëresha Geraldine” | 23 mijë lekë | 24 mijë lekë |
| SUOGJ “Koço Gliozheni” | 45 mijë lekë | 46 mijë lekë |
| SU “Shefqet Ndroqi” | 78 mijë lekë | 76 mijë lekë |
| SU Trauma (Shërb. Ortopedi) | 74 mijë lekë | 67.3 mijë lekë |



Spitalet. Universitare Kosto/ditëqëndrimi në mijë/lekë

| Spitali | 2018 | 2019 |
|-------------------------------|-----------------|----------------|
| QSUT | 14 mijë lekë | 5 mijë lekë |
| SUOGJ “Mbretëresha Geraldine” | 7 mijë lekë | 8 mijë lekë |
| SUOGJ “Koço Gliozheni” | 11 mijë lekë | 10 mijë lekë |
| SU “Shefqet Ndroqi” | 9 mijë lekë | 9.2 mijë lekë |
| SU Trauma (Shërb.Ortopedi) | 10.27 mijë lekë | 11.2 mijë lekë |



Paketat Shëndetësore

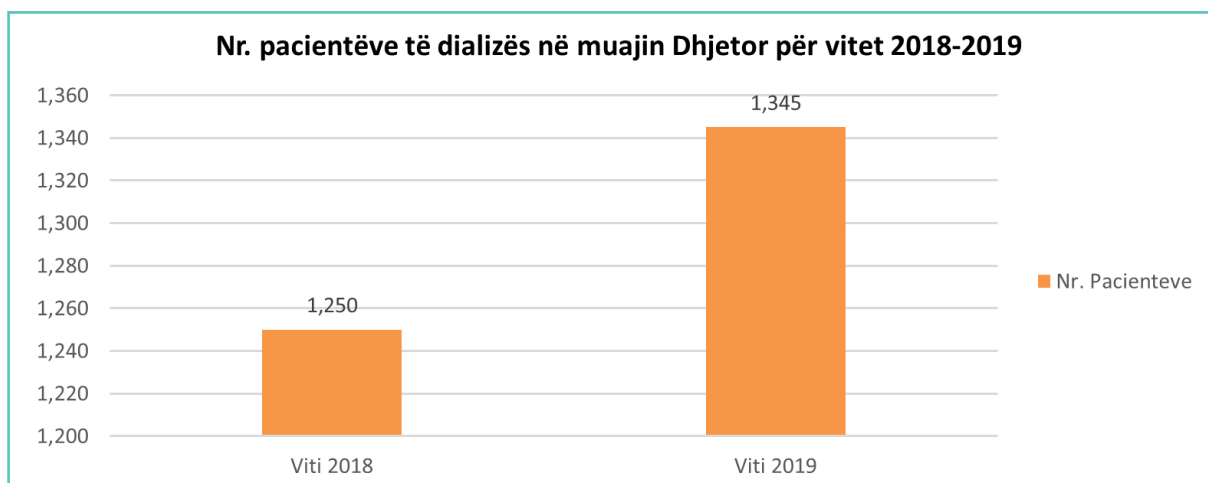
Monitorimi dhe analizimi i paketave shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara dhe të financuara nga FONDI bëhet në zbatim të Vendimit Nr. 308, datë 21.05.2014, "Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor", i ndryshuar. Gjatë periudhës Janar - Dhjetor 2019, 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 2 spitale publike, 7 institucione shëndetësore private dhe një shoqëri konçesionare.

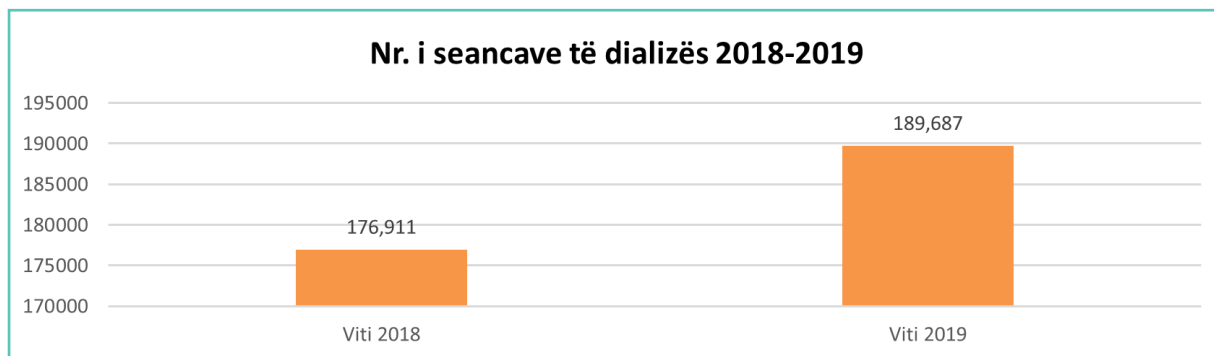
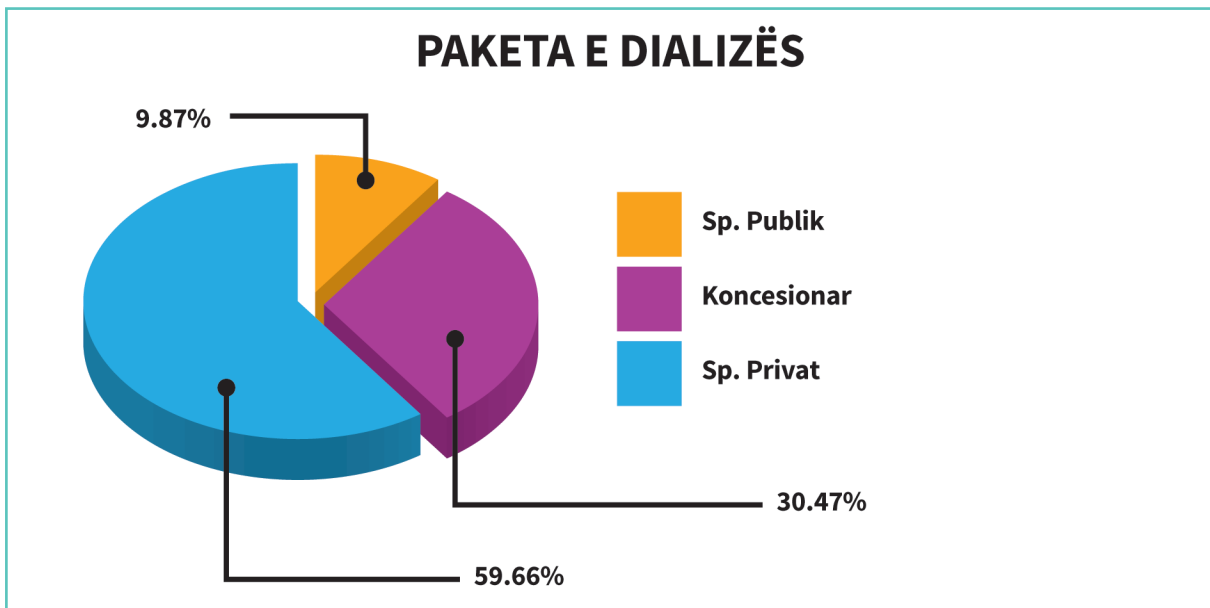
Në muajin Dhjetor 2019, numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe private, është 1,345 pacientë, nga të cilët 771 pacientë në spitalet private, 154 pacientë janë trajtuar në spitalet publike, dhe 420 pacientë në qendrat e dializës të konçesionarit Dia Vita.

Në muajin Dhjetor 2018, numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe private, është 1,250 pacientë.



Në vitin 2019, nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara nga FONDI për ofrimin e shërbimit të hemodializës, u kryen 189,687 seanca hemodialize në total, nga të cilat 18,730 seanca nga institucionet shëndetësore publike dhe 170,957 seanca nga institucionet shëndetësore private.

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. Në vitin 2019 krahasuar me vitin 2018 kemi një rritje prej 12,776 seanca.



Paketa e Kardiologjisë

Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiologjisë është mbuluar nga: Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, e cila ka kryer numrin më të madh të procedurave mjekësore, Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” Tiranë, spitalet rajonale Shkodër e Fier dhe 7 spitale private të kontraktuara me FONDI-n.

Në paketën e kardiologjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

- Pacemaker definitiv
- Angiografi koronare
- Angioplastikë koronare (PCA)
- Angiografi + Angioplastikë

Theksojmë se edhe gjatë vitit 2019 shërbimi i kardiologjisë në QSUT për procedurat e mësipërme, është ofruar në 24 orë, duke përmirësuar shërbimin shëndetësor për pacientët.

Për periudhën Janar - Dhjetor 2019, janë kryer 7,494 procedura, nga të cilat:

- Në Spitalet Publike janë kryer 7,391 procedura, dhe
- Në Spitalet Private janë kryer 103 procedura.

Rreth 98.6% e vlerës së paketës ofrohet nga institucionet publike dhe vetëm 1.4% ofrohet nga Institucionet Jopublike.

Për periudhën Janar - Dhjetor 2018, janë kryer 5,923 procedura të Kardiologjisë.

Paketat shëndetësore në shërbimin e Kardiokirurgjisë: Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiokirurgjisë, për periudhën Janar - Dhjetor 2019, është mbuluar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, e cila ka kryer numrin më të madh të procedurave mjekësore, si dhe 6 spitale private të kontraktuara me FONDI-n.

Në paketën e kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

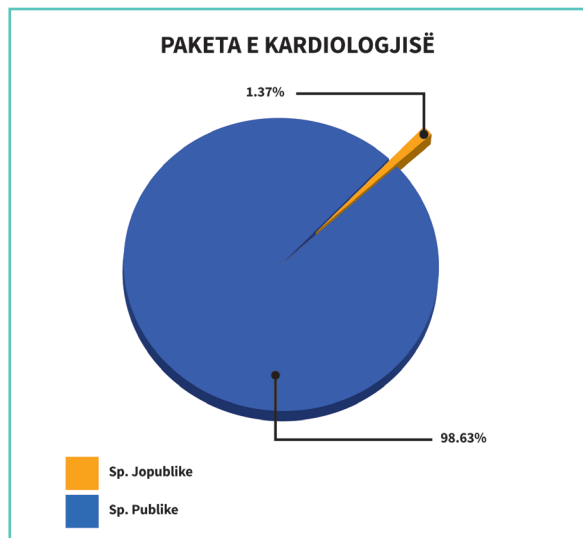
1. By pass aorto koronar

- 1.1. By Pass + Plastike e Valvulës
- 1.2. By Pass + Zëvendësim me Valvul Mekanike
- 1.3. By Pass + Zëvendësim me Valvul Biologjike

2. Valvular

- 2.1. Mono Valvular me Protezë Mekanike
- 2.2. Mono Valvular me Protezë Biologjike
- 2.3. BI Valvular me Protezë Mekanike
- 2.4. BI Valvular me Protezë Biologjike

Për periudhën Janar - Dhjetor 2018, janë kryer 904 procedura të Kardiokirurgjisë.

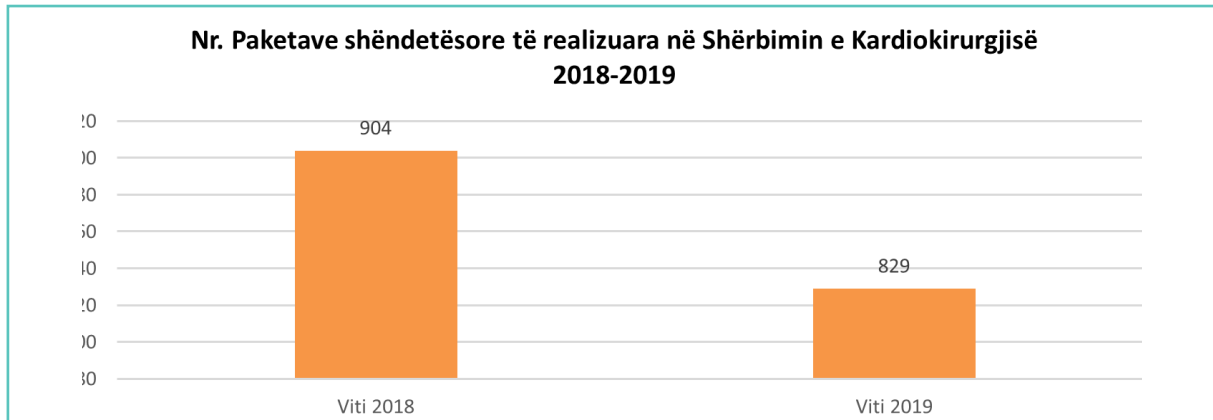
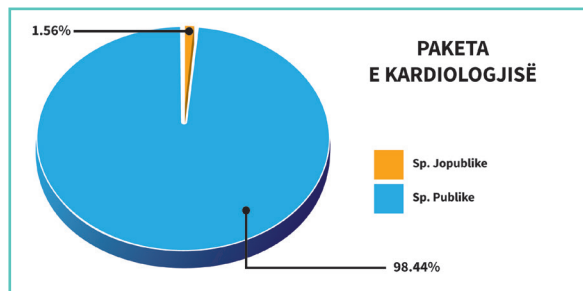


3. Interventi Kongenital

Për periudhën Janar - Dhjetor 2019, janë kryer 829 procedura mjekësore, nga të cilat:

- Në Spitalin Universitar “Nënë Tereza” Tiranë janë kryer 816 procedura mjekësore,
- Në Spitalet Private të kontraktuara nga FONDI janë kryer 13 procedura mjekësore.

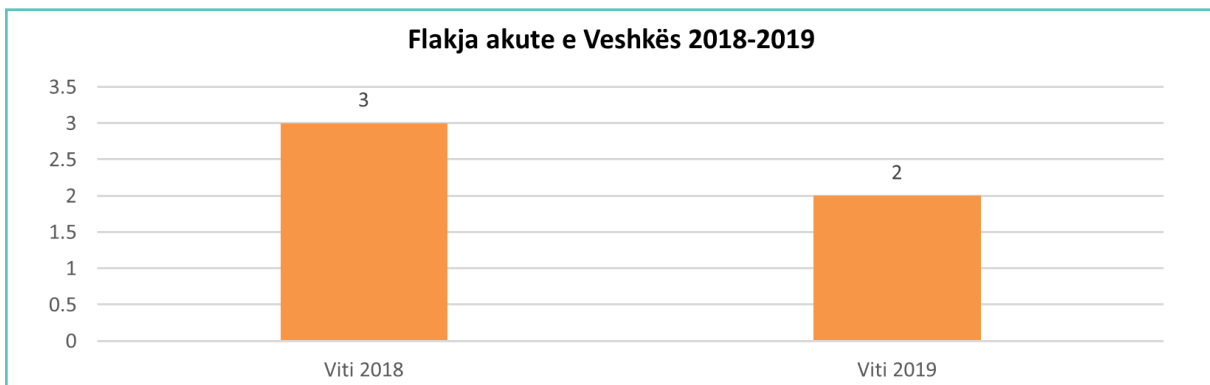
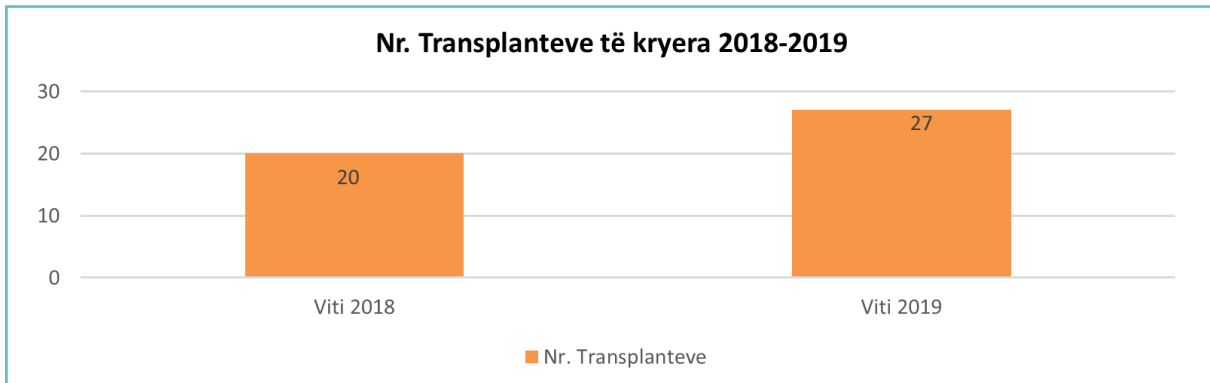
Për vitin 2019 paketat e kardiokirurgjisë janë ofruar nga institucionet publike (QSUT) rreth 98.4% e numrit total të kësaj pakete dhe 1.6% ofrohet nga spitalet jopublike të kontraktuara me FONDI-



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 2019, janë kryer 27 transplante veshke dhe 2 raste të trajtimit të pacientëve me paketën shëndetësore të terapisë së flakjes akute të veshkës.

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



Paketa e Vendosijes 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 shërbimi i kirurgjisë vaskulare. Në periudhën Janar - Dhjetor 2019, janë realizuar 248 vendosje fistule, nga të cilat 201 Vendosje Fistule në QSUT dhe 47 Vendosje Fistule në spitalin “Amerikan 1” dhe 32 grafte, nga të cilat 21 Grafte në QSUT dhe 11 grafte në spitalin “Amerikan 1”.

Paketa e Kataraktës është ofruar nga QSUT dhe spitalet rajonale Elbasan, Fier e Vlorë.

Për periudhën Janar-Dhjetor 2019 janë trajtuar në total 2631 pacientë me Paketën e Kataraktës, nga te cilët 2378 raste në QSUT, 96 raste në spitalin rajonal Fier, 131 raste në spitalin rajonal Vlorë dhe 26 raste në spitalin rajonal Elbasan.

Paketa e Radioterapisë, trajtimi me akselerator linear, është ofruar vetëm nga QSUT.

Në vitin 2019 janë realizuar gjithsej 23,405 seanca radioterapie sipas llojit të paketave si më poshtë vijon:

- a) Paketa e trajtimit paliativ 2,096 seanca.
- b) Paketa e trajtimit adjuvant/ nweoadjuvant 17,962 seanca.
- c) Paketa e trajtimit radikal 832 seanca.
- d) Paketa e trajtimit me IMRT 2,515 seanca.

Paketa e Implantit Koklear FONDI gjatë vitit 2019 ka lidhur kontratë me QSUT dhe me spitalet jopublike, spitali “Amerikan” Tiranë dhe spitali “Hygeia” që e ofrojnë këtë shërbim.

Gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2019, nuk është realizuar asnjë paketë në spitalet publike e jopublike.

6.6 Shërbimi i Sterilizimit të Instrumenteve Kirurgjikale

Është zgjeruar shtrirja e ofrimit të seteve të personaleve 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.

6.7 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 i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Mbi bazën e kontratave të FOND-it me subjektet farmaceutike, realizohet rimbursimi i barnave, sipas Listës së Barnave të Rimbursuara dhe referuar masës së mbulimit sipas kategorive të caktuar me Vendim të Këshillit të Ministrave.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 444, datë 26.06.2019, në datë 01.07.2019 u miratua dhe hyri në fuqi Lista e Barnave të Rimbursuara (LBR2019). Me hyrjen në fuqi të LBR-së së re, u lidhën kontratat me rreth 846 Farmaci dhe 70 Agjensi Farmaceutike, 14 Shpërndarës Farmaceutik dhe 38 Importues Farmaceutik.

Lista e barnave që filloi efektet në korrik 2019 u zgjerua me 14 barna të reja, nga të cilat 12 barna lëvrohen në farmacitë e spitaleve.

LBR 2019 përmban, 1,150 alternativa tregtare, nga të cilat 585 janë alternativata të para dhe të vetme, si edhe 350 principe aktive. Rritja e numrit të barnave në listë, rrjedhimisht sjell rritje të rasteve të reja për pacientë të trajtuar me këto barna.

Barnat me çmime të negociuara sipas marrëveshjeve

Me hyrjen në fuqi të LBR 2019, u lidhën 6 marrëveshje me Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim për aplikimin e çmimeve të reduktuara në skemën e rimbursimit. Marrëveshjet përfshijnë 18 barna, nga të cilat 5 barna të reja dhe 13 barna ekzistuese.

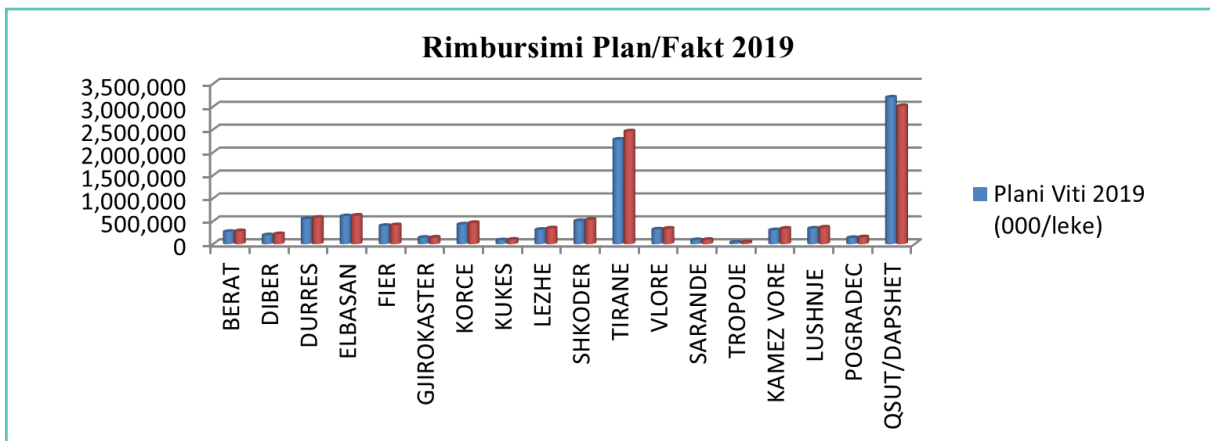
Në këto 18 barna, 15 prej tyre tregtohen në farmacitë e spitaleve dhe 3 barna tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur.

Shpenzimet e rimbursimit për grupin e barnave me marrëveshje kanë impakt më të lartë në periudhën Nëntor-Dhjetor 2019. Kjo ka ardhur për shkak të ndikimit të barnave që trajtojnë Hepatitit C të cilat kanë filluar të jepen gjatë periudhës Shtator-Tetor 2019 dhe kanë vijuar të rriten dhe gjatë periudhës Nëntor-Dhjetor 2019. Marrëveshjet e aplikuar për këto barna kanë sjellë një përfitim të rëndësishëm në shpenzimet e rimbursimit gjatë Vitit 2019. Konkretisht, me hyrjen në fuqi të LBR 2019, në 1 Korrik 2019, për barnat të cilat janë aplikuar çmime të ulura nga LBR 2019, janë shpenzuar rreth 357,1 milion lekë. Duhet theksuar se çmimet e negociuara të barnave janë më të ulura se çmimet e deklaruara zyrtarisht nga kompanitë, gjë e cila ka sjellë një përfitim për shpenzimet e rimbursimit gjatë vitit 2019. Konkretisht, vlera e barnave për të cilat janë lidhur marrëveshje, me çmimet e LBR 2019 do të kishim një vlerë 462,1 milion lekë. Pra nga çmimet e negociuara është përfituar një vlerë rreth 105 milion lekë për periudhën 6 muajore Korrik-Dhjetor 2019.

Realizimi i planit të shpenzimeve të rimbursimit për vitin 2019, paraqitet si vijon:

| Periodha | Plani (000/lekë) | Fakti (000/lekë) | Realizimi (%) | Tejkalimi në vlerë (000/lekë) |
|-----------|------------------|------------------|---------------|-------------------------------|
| Viti 2019 | 10,500,000 | 10,462,654 | 99.6 | -37,346 |

Shpenzimet e rimbursimit për vitin 2019 krahasuar me planin kanë një realizim në nivelin 99.9% ose rreth 13,4 milion lekë më pak se plani i parashikuar.



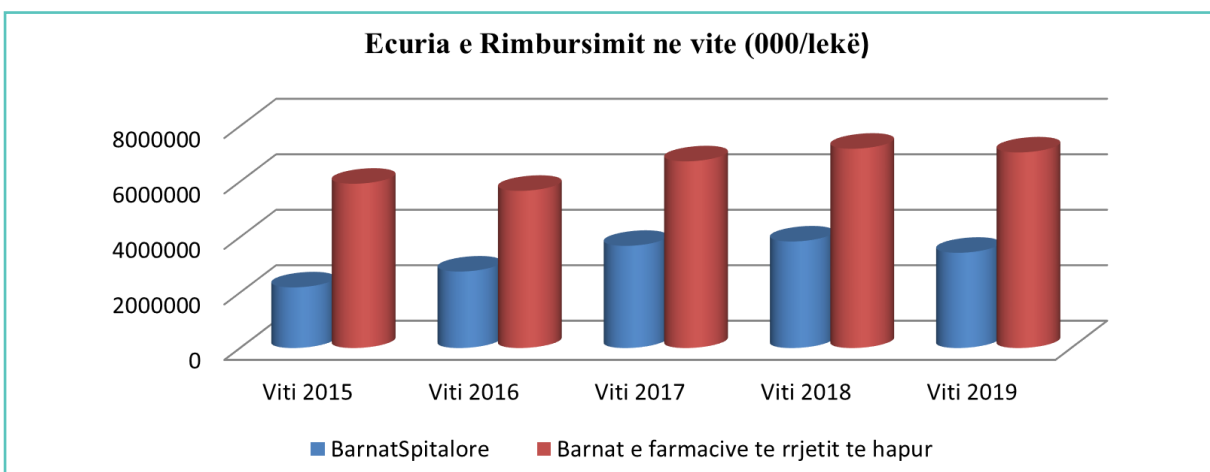
Situata e shpenzimeve të rimbursimit të vitit 2019 e krahasuar me rimbursimin e vitit 2018:

| Periudha | Fakti (000/lekë) | Receta | Rimbursimi/recetë (lekë) |
|----------------------|------------------|-----------|--------------------------|
| Viti 2019 | 10,462,654 | 3,924,016 | 2,666 |
| Viti 2018 | 11,012,768 | 3,767,645 | 2,927 |
| Diferenca 2019 -2018 | -550,114 | 156,371 | -261 |

Gjatë vitit 2019 vërehet ulje e shpenzimeve të rimbursimit krahasuar me vitin 2018. Kjo ka ardhur si pasojë e aplikimit dhe hyrjes në fuqi të LBR 2019 me çmime më të ulura se LBR 2018 si dhe e negociimit të çmimeve për disa barna spitalore dhe ambulatorie me impakt të lartë financiar.

Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit gjatë 5 viteve të fundit, e ndarë sipas barnave spitalore dhe barnave që tregtohen në rrjetin e hapur farmaceutik, paraqitet si më poshtë (në mijë lek):

| Grupet e barnave të LBR | Viti 2015 | Viti 2016 | Viti 2017 | Viti 2018 | Viti 2019 |
|--|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Barnat Spitalore | 2,186,793 | 2,757,320 | 3,684,301 | 3,827,251 | 3,410,244 |
| Barnat e farmacive të rrjetit të hapur | 5,922,975 | 5,667,712 | 6,732,530 | 7,185,517 | 7,052,410 |
| Barnat në total | 8,109,768 | 8,425,032 | 10,416,831 | 11,012,768 | 10,462,654 |
| % e barnave spitalore ndaj totalit | 27.0 | 32.7 | 35.4 | 34.8 | 32.6 |



Shpenzimet e rimbursimit sipas grupeve ATC (anatomik, terapeutik, kimik) të barnave

Gjatë vitit 2019, krahasuar me vitin 2018, megjithë uljen në total të shpenzimeve të rimbursimit, nga analiza në nivel të grupeve ATC të barnave të listës, ka patur një rritje të vlerës së tyre konkretisht:

Rritja më e madhe në shpenzimet e rimbursimit vërehet në grupet e mëposhtme:

- Grupi L “Barnat antineoplazike dhe immunosupresore” me **61,9 milion lekë më shumë** se periudha e vitit 2018, duke zënë rreth **22,3%** të totalit të shpenzimeve të rimbursimit vjetor. Ky grup përbëhet kryesisht nga barna spitalore me impakt të lartë financiar dhe që trajtojnë diagnoza të rënda si Tumore, Leucemi, Hepatit B dhe C, etj.

Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2018 konstatohet tek barnat e mëposhtëm:

- ▶ Nilotinib 150 mg me një rritje prej 14,4 milion lekë më shumë se një vit më parë;

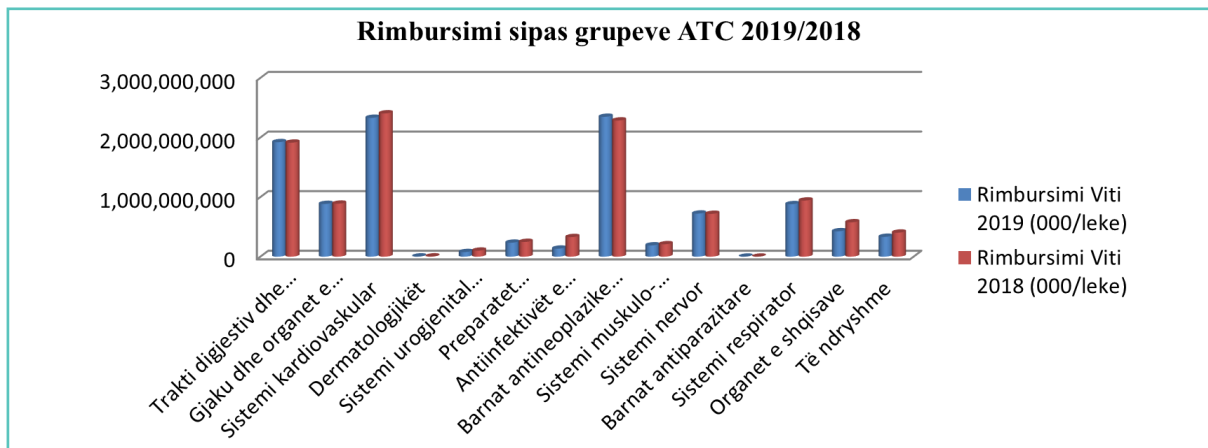
- ▶ Ribociclib 200 mg me një rritje prej 105 milion lekë më shumë se një vit më parë;
- ▶ Trastuzumab (Herceptine) me një rritje prej 44,3 milion lekë më shumë se një vit më parë;
- ▶ Abiraterone acetate 250 mg me një rritje prej 67,1 milion lekë më shumë, etj.

- Grupit A “Trakti digjektiv dhe metabolizmi” me **8 milion lekë më shumë** se e njëjta periudhë e një viti më parë. Për vitin 2019 grupi A zë **18.3%** të shpenzimeve të rimbursimit.

- Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2018 konstatohet tek barnat e nën-grupit të Antidiabetikëve të cilët zënë 96,4% të shpenzimeve të gjithë grupit A dhe rreth 17,6% të shpenzimeve vjetore të rimbursimit. Konkretisht për barnat:

- ▶ Insulinë Aspart solution 100 Nj.N/ml-3 ml me një rritje prej 28,2 milion lekë më shumë se një vit më parë;
- ▶ Insulinë Glarginë solution 300 Nj.N/ml (Lantus solostar) me një rritje prej 14,8 milion lekë më shumë.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet ecuria e rimbursimit sipas grupeve të barnave për vitin 2019 e krahasuar me vitin 2018.



Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit të fishave të diabetit

Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit për fishat e diabetit gjatë vitit 2019 i përket grup-moshës 0 --25 vjec. Kjo sipas Vendimi Nr. 318 datë 15.05.2019 “Për një ndryshim në vendimin Nr. 61, datë 03.02.2017, të Këshillit të Ministrave, “Për miratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”.

Gjatë vitit 2019, janë rimbursuar 58,220 fisha diabeti, për kategorinë 18-25 vjec (85 pacientë) dhe 358,548 fisha diabeti për kategorinë 0-18

vjec (404 pacientë). Numri i pacientëve që kanë përfituar fisha diabeti për kategorinë 0 – 25 vjeç është gjithsej 489 pacientë, të cilët kanë përfituar gjithsej 416,768 fisha diabeti.

Në vlerë rimbursimi, për kategorinë 0-18 vjeç janë rimbursuar rreth 7,1 milion lekë ndërsa për kategorinë 18-25 vjeç janë rimbursuar 1,1 milion lekë, me një total vjetor 8,2 milion lekë ose 422 mijë lekë më shumë se një vit më parë, pra viti 2018.

Krahasimi në përfitimin e fishave të diabetit sipas kategorive përfituese për vitet 2018 dhe 2019, paraqitet si ne tabelen e mëposhtme (vlere e rimbursimit është në lekë):

| Periudha | Kategoria e pacienteve 0-1 vjec | | | Kategoria e pacienteve 1-18 vjec | | | Kategoria e pacienteve 18-25 vjec | | | TOTALI - Paciente 0-25 vjec | | |
|----------|---------------------------------|---------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| | Sasia e Fishave | Vlera e rimbursimit | Nr I pacienteve | Sasia e Fishave | Vlera e rimbursimit | Nr I pacienteve | Sasia e Fishave | Vlera e rimbursimit | Nr I pacienteve | Sasia e Fishave | Vlera e rimbursimit | Nr I pacienteve |
| 2018 | 0 | 0 | 0 | 387,590 | 7,751,800 | 374 | 0 | 0 | 0 | 387,590 | 7,751,800 | 374 |
| 2019 | 240 | 4,800 | 1 | 358,308 | 7,066,146 | 403 | 58,220 | 1,102,380 | 85 | 416,768 | 8,173,326 | 489 |

Rimbursimi i barnave sipas kategorive të popullsisë për vitin 2019 krahasuar me vitin 2018.

Krahasuar me vitin 2018, vërejmë se shpenzimet e rimbursimit sipas kategorive të popullsisë në përgjithësi ka rënë, por tek disa prej tyre konstatohet një rritje konkretisht:

- **Të paaftë fizik e psiqik** ka rritje të shpenzimeve të rimbursimit me 24,2 milion lekë më shumë se një vit më parë. Kjo kategori zë 3.7% të shpenzimeve të rimbursimit për vitin 2019. Rritja për këtë kategori është shkaktuar nga rritja e numrit të recetave me rreth 5,346 receta më shumë se në Vitin 2018, si tregues i rritjes së rasteve të trajtuara me barna të rimbursuara;
- **Fëmijë 1-18 vjeç** ka rritje të shpenzimeve të rimbursimit me 2 milion lekë, rritje e cila ka ardhur nga rritja e vlerës mesatare të recetave të rimbursuara për pacientët e kësaj kategorie me +740 lekë më shumë se një vit më parë;
- **Pension social** ka rritje të shpenzimeve të rimbursimit me rreth 3,4 milion lekë me shumë se një vit më parë. Për këtë kategori konstatohet një rritje të numrit të recetave me 5,366 receta me shumë se një vit më parë duke evidentuar rritjen e rasteve të trajtuara me barna të rimbursuara të pa-

cientëve që i përkasin kësaj kategorie;

- **IEVP** ka rritje të shpenzimeve krahasuar me një vit më parë me rreth 2,2 milion lekë më shumë. Rritjen e ka shkaktuar numri më i madh i recetave të rimbursuara për këtë kategori, rreth 997 receta më shumë si dhe rritje e vlerës mesatare për recetë.

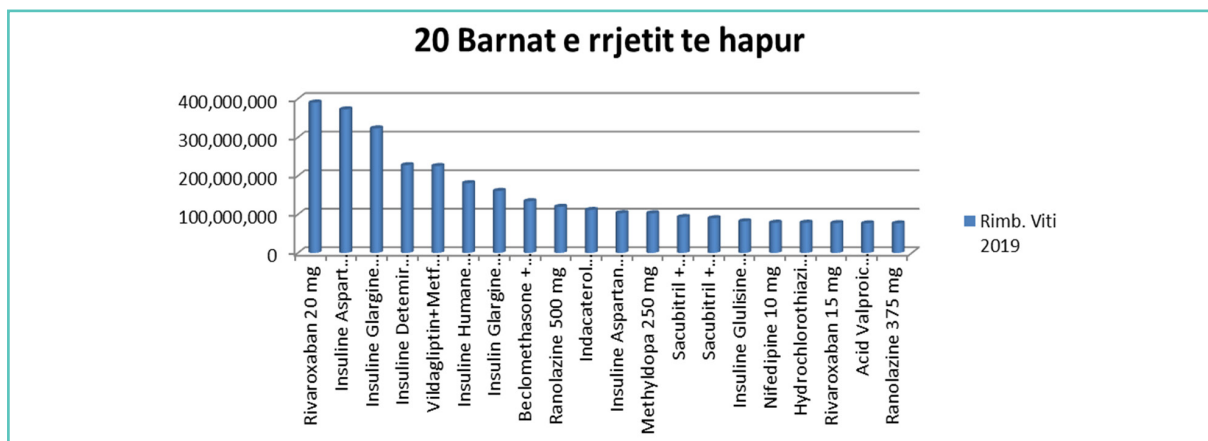
Identifikimi i barnave me impaktin më të lartë në shpenzimet e rimbursimit

Nga evidentimi i shpenzimeve të rimbursimit për 20 barnat me rimbursim më të lartë, të ndara në barna që tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur dhe barna që tregtohen në farmacitë e spitaleve, konstatohet:

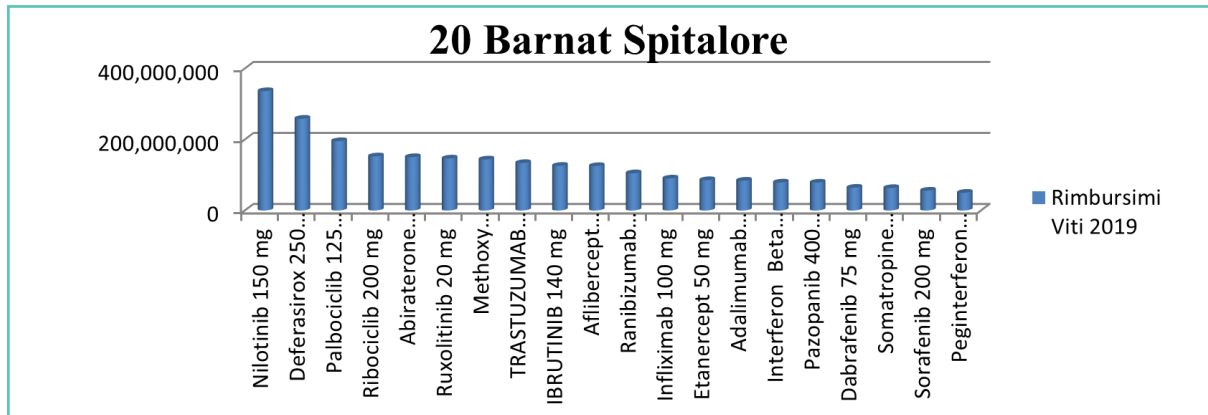
- Për vitin 2019, 20 barnat që tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur me impaktin më të lartë financiar në shpenzimet e rimbursimit, zënë rreth 29,1% të totalit të rimbursimit ose 3,104 milion lekë;
- Ndërsa 20 barnat spitalore me impaktin më të lartë financiar, zënë rreth 24.1% të shpenzimeve të vitit 2019 ose 2,524 milion lekë.

Bari spitalor me rimbursimin më të lartë është Nilotinib 150mg dhe bari ambulator (i rrjetit të hapur) me rimbursimin më të lartë është Rivaroxaban 20mg.

Shpenzimet e rimbursimit për barnat e rrjetit të hapur farmaceutik për vitin 2019 - në milione lekë



Shpenzimet e rimbursimit për barnat në rrjetin e farmacive spitalore për vitin 2019
- në milione lekë



7. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT

Viti 2019 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 dhe realizimi i projekteve të iniciuara gjatë vitit 2018, si vijon:

- 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 të familjes.
- 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.
- Ndërtimi i dhomës së serverave dhe sistemeve kombëtare të FONDI-t.

7.1 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 të familjes. Në vijim të zbatimit të kontratës me objekt “Regjistri elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes” Nr.Prot 1381, datë 18.03.2019,

datë 18.03.2019, Fondi në bashkëpunim me Agjensinë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit kanë zhvilluar një sistem të ri informatik për regjistrimin e Vizitave të pacientëve në shërbimin parësor, i cili ka për qëllim kalimin e sistemit aktual (SCIS) në një sistem të përqëndruar tërësisht online me të cilin procedurat e punës do të jenë në kohë reale.

- Implementimin e sistemit e-vizita për regjistrimin, administrimin dhe përpunimin e vizitave të pacientëve online nga ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor që raportojnë pranë FSDKSH dhe MSHMS. Ndërveprimi me sistemet e tjera elektronike rrit saktësinë e të dhënave që regjistrohen. Raporte në kohë reale të qendëruara mbi të dhënat do të shërbejnë për vendim-marrje klinike, manaxheriale dhe administrative.
- Portalin e mjekut të familjes dhe modul “Single Sign On” që bën të mundur aksesimin e sistemeve:
 - ▶ Sistemi i Regjistrin Elektronik i të Siguruarve (AHIS)
 - ▶ Sistemi i Formularit të Vizitës (SISHP)
 - ▶ Sistemi i Referimit Online (e-Referimi)
 - ▶ Sistemi i Recetës Elektronike (e-Rx)

U zhvilluan trajnimet e stafit të Fondit dhe të Drejtorive Rajonale të Fondit për përdorimin e sistemit. Rajonet ku është shtrirë e-Vizita gjatë vitit 2019 janë:

| DRF | Numri i Agjensive | Numri i QSH | Trajnuar në | Live në e-Vizita | Staf që plotëson formular vizite | |
|---------|-------------------|-------------|--------------|------------------|----------------------------------|-------------|
| | | | | | MJEKË | INFIERMIERË |
| Lezhë | 3 | 22 | Tetor 2019 | 1 Nëntor 2019 | 68 | 340 |
| Vlorë | 3 | 18 | Nëntor 2019 | 1 Dhjetor 2019 | 84 | 354 |
| Elbasan | 4 | 53 | Dhjetor 2019 | 15 janar 2020 | 170 | 736 |

Gjatë vitit 2020 do të vazhdojë implementimi në të gjitha Qendrat Shëndetësore të Shqipërisë.

7.2 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 shmangjen e fiktivitetit.

Në shtator 2019 ky sistem u morë në dorëzim nga Fondi. Fondi vijoi me trajnimin e stafeve të depove Farmaceutike, të cilët do të përdorin sistemin. Gjatë implementimit të sistemit në depot farmaceutike, shoqata e depove farmaceutike pati kërkesa shtesë për përdorimin e sistemit. Kërkesa e tyre konsistonte në lidhjen

| NR | DRF/DF | Farmacistë të pajisur me USB |
|-------|----------|------------------------------|
| 1 | Durrës | 125 |
| 2 | Elbasan | 82 |
| 3 | Korçë | 54 |
| 4 | Pogradec | 20 |
| 5 | Lushnje | 54 |
| Total | | 335 |

online të sistemeve të tyre të brendshme me sistemin e Edepo. Kërkesat e shoqatës së depove u shqyrtuan nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe nga AKSHI dhe u dakortësua zhvillimi i mëtejshëm i sistemit në realizimin e kërkesave të shoqatës së Depove Farmaceutike. Këto zhvillime shtynë për vitin 2020 implementimin e sistemit të eDEPO.

7.3 Nënshkrimi Elektronik

Gjatë vitit 2019 u implementua me sukses nënshkrimi elektronik për farmacistët e tregut të hapur. Sipas procesit të implementimit të nënshkrimit elektronik për farmacistët janë realizuar këto procese:

- ▶ Konfigurimi i USB nga AKSHI;
- ▶ Shpërndarja e USB eToken ;
- ▶ Konfigurimi i sistemit eRX, dhe konfigurimet përkatëse në çdo farmacist të tregut të hapur;
- ▶ Trajnimi i mjekëve, farmacistëve dhe punonjësve të DRF-ve;
- ▶ Suporti Online apo në terren lidhur me mbarëvajtjen/funksionimin normal të nënshkrimit elektronik;

Gjatë vitit 2019 u pajisën me nënshkrim elektronik 335 farmaci të tregut të hapur;

Gjatë vitit 2019 u rinovuan me nënshkrimin elektronik dhe 1,502 mjekë.

| NR | DRF/DF | USB Rinovim |
|-------|-------------|-------------|
| 1 | Lushnje | 54 |
| 2 | Durrës | 186 |
| 3 | Tiranë | 303 |
| 4 | Vlorë | 82 |
| 5 | Berat | 68 |
| 6 | Kamëz-Vorë | 64 |
| 7 | Shkodër | 99 |
| 8 | Dibër | 51 |
| 9 | Kukës | 32 |
| 10 | Tropojë | 13 |
| 11 | Gjirokastrë | 49 |
| 12 | Sarandë | 27 |
| 13 | Fier | 98 |
| 14 | Lezhë | 63 |
| 15 | Elbasan | 144 |
| 16 | Pogradec | 27 |
| 17 | Korçë | 51 |
| 18 | QSUT | 91 |
| Total | | 1502 |

8. MONITORIMI I KONTRATAVE ME DHËNËSIT E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE

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

8.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave

Drejtorja e Kontrollit gjatë vitit 2019, ka ushtruar kontrolle në 698 subjekte ose rreth 22% e totalit të subjekteve të cilat kanë lidhur kontratë me Fondin. Konkretisht, është ushtruar kontroll në këto subjekte:

- 150 Qendra Shëndetësore;
- 370 Mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- 131 Farmaci
- 32 Depo farmaceutike.
- 15 Spitale

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- Shpërblim dëmi ekonomik në vlerën totale 25,565,380 Lekë;
- Masë administrative Gjobë, në vlerën totale 498,000 Lekë;
- Masë administrative kushte penale, në vlerën totale 5,372,519 Lekë;

8.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Bazuar në planin vjetor, për vitin 2019 u planifikuan për kontroll dhe u realizuan kontrollet në rajonet si më poshtë vijon: rajonin e Beratit, Tiranës, Lushnjës, Pogradecit, Elbasanit, Gjirokastrës, Durrësit, Korçec, Kamëz Vorë, Kukësit e Tropojës, Fierit si dhe mjekët me rimbursim më të lartë në rajonin e Tiranës, rajonin Shkodër dhe Vlorë ose 100 % të Planit Vjetor 2019.

U kontrolluan 91 % e shpenzimeve totale të rimbursimit të mjekëve të të gjithë DRF-ve.

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat e detajuara mbi kontrollet në Qendrat Shëndetësore sipas secilit rajon:

| NR | DRSKSH | Total Q.Sh | Total mjekë | Subjektet e kontrolluara | | Lloji i kontrollit | SANKSIONET (në Lekë) | | |
|----|------------------------------------|------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------|----------------------|---------------|----------------|
| | | | | Q.SH | Mjekë | | Dëmi ekonomik | Kushte penale | Gjoba |
| 1 | Berat | 22 | 73 | 13 | 29 | I plotë | 201,530 | 5,000 | 7,000 |
| 2 | Tiranë | 27 | 242 | 12 | 66 | I plotë | 426,655 | 21,000 | 107,000 |
| 3 | Lushnjë | 17 | 84 | 10 | 10 | I plotë | 96,513 | | 39,000 |
| 4 | Pogradec | 8 | 32 | 5 | 9 | I plotë | 89,588 | | 12,000 |
| 5 | Elbasan | 53 | 161 | 17 | 38 | I plotë | 200,387 | | 55,000 |
| 6 | Gjirokastrë | 31 | 53 | 13 | 23 | I plotë | 98,034 | | 21,000 |
| 7 | Tiranë kardiologët | | | 10 | 14 | I plotë | | 57,000 | |
| 8 | Durrës | 34 | 197 | 15 | 32 | I plotë | 124,857 | | 46,000 |
| 9 | Korçë | 31 | 77 | 10 | 26 | I plotë | 142,685 | | 16,000 |
| 10 | Kamëz vorë | 8 | 65 | 7 | 24 | I plotë | 319,661 | | 54,000 |
| 11 | Kamëz vorë, Paskuqan, spec.tematik | 2 | 32 | 2 | 3 | tematik | | 15,000 | |
| 12 | Kukës | 19 | | 4 | 9 | I plotë | 73,495 | 0 | 10,000 |
| 13 | Tropojë | 8 | | 1 | 3 | I plotë | 39,136 | | |
| 14 | Tiranë | | | 8 | 17 | tematik | 397,476 | | 41,000 |
| 15 | Fier | 28 | 101 | 9 | 24 | I plotë | 76,520 | | 19,000 |
| 16 | Shkodër + Qaf Mali | 36 | 103 | 7 | 15 | I plotë | 85,054 | | 30,000 |
| 17 | Vlorë | | | 7 | 19 | | 82,901 | | 13,000 |
| | TOTALI | 260 | 1016 | 150 | 370 | 0 | 2,454,492 | 98,000 | 470,000 |

Nga kontrollet e ushtruar, janë konstatuar problematikat kryesore, si vijojnë:

Kane rezultuar shkelle të kufizimeve të listës së barnave të rimbursuara, protokolleve të përdorimit të barnave dhe akteve të Fondit për mirëadministrimin e shpenzimeve të rimbursimit për mjekimin e të sëmurëve, administrimin e kartelave të pacientëve. Mangësitë e konstatuara janë në kundërshtim me kontratën QSH /2018 dhe QSH/2019 Neni 10 pikat 9, 10 dhe 11.

Në përfundim të kontrolleve sipas evidencave të Drejtorisë janë marrë këto masa:

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 2,454,492 Lekë .
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 470,000 Lekë.
- Masa administrative “Kusht penal” në vlerën totale prej 98,000 Lekë .

8.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacite dhe Depot Farmaceutike

a) Për subjektet Farmaceutike

Kontroll i përmbushjes së detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit shëndetësor të subjektet farmaceutike të kontraktuara nga Fondi, kryhet duke u bazuar në planet mujore të aprovuara si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta.

Për periudhën Janar-Dhjetor 2019, u ushtruan kontrolle në 122 subjekte me kontratë me Drejtorinë Rajonale dhe 9 farmaci spitalore (90.3 % të shpenzimeve të rimbursimit që zë në Fond) si dhe u kontrolluan 100 % e Planit vjetor të miratuar.

Specifikisht:

Për periudhën Janar – Dhjetor 2019, janë kontrolluar 131 subjekte dhe janë marrë masat si më poshtë:

- Gjobë në vlerën 28,000 Lekë për 4 subjekte farmaceutike;
- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 10,789,846 Lekë për 126 subjekte farmaceutike;
- Kushte penale në vlerën 138,000 Lekë për 10 subjekte farmaceutike.

b) Për subjektet Depo Farmaceutike

Gjatë vitit 2019 u kryen kontrolle për disponibilitetin e barnave të listës së rimbursueshme, në 29 Depo farmaceutike dhe dy depo me inventar dhe farmacinë e QSUT -së , ku u konstatuan mungesa të barnave të listës së rimbursueshme. Rezultatet e këtyre kontrolleve janë :

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat mbi kontrollet në depot farmaceutike:

| KONTROLLI | SANKSIONET | | |
|---|--------------|------------------|-------|
| | Dëm ekonomik | Kushte Penale | Gjoha |
| Kontroll i plotë me inventarizim | - | 1,753,519 | - |
| Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave | - | 3,000,000 | - |
| Totali | - | 4,753,519 | - |

Problematikat kryesore të evidentuara nga kontrollet janë si më poshtë vijojnë:

- Nga kontrolli me inventar rezultuan mangësi në lidhje me:
 - Mosdeklarimin e saktë të të dhënave në DIAS e cila në bazë të kontratës me Depot për vitin 2018 neni 13, pika 4 i cili citon: “Kur nga kontrolli rezulton se Importuesi ka dërguar në FOND informacion jo të saktë, ai paguan kusht penal prej 200,000 lekë”.
- Diferencat në (+) gjatë procesit të inventarizimit për periudhën e përcaktuar. Nga kontrollet për disponibilitetin e barnave rezultuan mangësi të barnave në treg.

Drejtoria e Kontrollit është duke u punuar në lidhje me strategjinë e kontrolleve lidhur me kontrollin e Depove Farmaceutike.

8.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet

Bazuar në planin vjetor për vitin 2019, për periudhën Janar-Dhjetor 2019, janë kontrolluar respektivisht: Spitali Bashkiak i Kuçovës (i cili zë 0.5% të buxhetit të spitaleve), Spitali Rajonal Elbasani (i cili zë 3% të totalit të buxhetit të spitaleve), Institucion Shëndetësor jopublik “Amerikan Nr.1”, “Nr.2”, Nr.3” (të cilët zënë 21 % të totalit të buxhetit të Spitaleve), Spitali Rajonal i Gjirokastrës (i cili zë 1.4% të totalit të buxhetit), Spitali Rajonal i Lezhës (i cili zë 1.8% të totalit të buxhetit), Spitali Rajonal i Kukësit (i cili zë 1.8% të totalit të buxhetit), Spitali Bashkiak i Sarandës, Spitali i Shkodrës (i cili zë 3.5% të totalit të buxhetit), Spitali i Dibrës, Spitali i Beratit (i cili zë 2.2% të totalit të buxhetit), Spitali Bashkiak Librazhd filluar në Dhjetor 2019.

Totali i shpenzimeve të buxhetit të kontrolluar për periudhën Janar-Nëntor 2019 është 32.5 % dhe 50% të planit vjetor.

9. PROBLEMATIKAT

Problematikat kryesore të evidentuara nga kontrollat janë si më poshtë vijojnë:

- Kusht penal për mosplotësimin e kartelave sipas elementeve, në kundërshtim me Neni 6 “Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër” pika 5 që citon. “Të përdorë kartelat klinike tip të miratuara nga MSHMS. Plotësimi i tyre nga mjeku specialist të bëhet me shkrim të qartë dhe konform të gjitha rubrikave që kartela përmban. Vendosja e diagnozës klinike të bëhet brenda afateve kohore të kërkuara, si dhe të shkruhet e plotë.
- Dëmi ekonomik është vënë për mangësitë e konstatuara në farmacinë e spitalit për barnat e skaduar dhe diferenca, në bazë të Nenit 17 “Dëmi ekonomik” me pikën 4 a) i cili citon: “Spitali zhdëmton Fondin/ DRF në vlerën përkatëse kur në rast se: a) lejon skadencën e barnave, reagentëve, filmave, materialeve për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial për shkak të mosruajtjes së tyre në parimet e duhur, si dhe keqadministrimit të tyre si dhe mangësi në moszbatimin e kontratës.

10. PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDI-T

10.1 Aktiviteti i Auditimit të Brendshëm të FONDI-t

Misioni i Drejtorisë së Auditimit të Brendshëm është të japë siguri të arsyeshme dhe të pavarur, titullarit të institucionit nëse:

- risqet kryesore që kërcënojnë realizimin e objektivave të Fondit janë identifikuar dhe mbahen nën kontroll;
- strukturat në qendër dhe bazë menaxhojnë fondet sipas akteve ligjore, nën ligjore dhe akteve të tjera administrative të Fondit;
- kontabiliteti prodhon raporte financiare të sakta;
- në tërësi është ngritur dhe funksionon një sistem i kontrollit të brendshëm funksional.

Objekti i veprimtarisë ka qenë kryerja e auditimit të brendshëm të të gjitha strukturave, programeve, veprimtarive dhe proceseve të Fondit, të strukturave vartëse të tij si Drejtoritë Rajonale e Degët, vlerësimi i performancës së subjekteve të audituara me qëllim realizimin e objektivave të veprimtarisë duke përmirësuar sistemet e kontrollit, dhënien e një opinioni të saktë për identifikimin dhe trajtimin e risqeve, realizimin e objektivave në përputhje me ligjet duke përdorur fondet e dhëna me ekonomi, efektivitet dhe efikasitet.

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 2019 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 Fondit, drejtoritë dhe degët rajonale dhe subjekte të kontraktuara nga Fondi me dhënës të shërbimeve shëndetësore.

Struktura e misioneve të auditimit për vitin 2019 sipas subjekteve të audituara paraqitet si më poshtë:

| Nr | Emërtimi | Nr | Në % |
|----|--|----|------|
| 1 | Auditime të realizuara në strukturat e Fondit (Drejtoria e Përgjithshme, Drejtoritë Rajonale, Degët) | 18 | 94.7 |
| 2 | Auditime të realizuara në subjektet e kontraktuara me Fondin | 1 | 5.3 |
| 3 | Totali | 19 | 100 |

Struktura e misionëve të auditimit sipas llojit të auditimit:

| Nr | Emërtimi | Nr | Në % |
|----|-----------------------------------|----|------|
| 1 | Auditime të kombinuara | 15 | 79 |
| 2 | Auditime me kërkesën e titullarit | 4 | 21 |
| 3 | Totali | 19 | 100 |

Në përfundim të auditimeve të realizuara gjatë vitit 2019, Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka rekomanduar:

- ▶ 190 rekomandime për masa organizative.
- ▶ 18 rekomandime për masa disiplinore si më poshtë:
 - vërejtje 10 raste,
 - vërejtje me paralajmërim 4 raste,
 - kalim në një detyrë më të ulët 4 raste,

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

Rekomandimet e dhëna kanë synuar në marrjen e masave për përmirësimin e veprimitarisë së subjekteve të audituara. Rekomandimet janë përqëndruar në:

- Përgatitjen e rregulloreve/udhëzimeve për kontrollin e subjekteve jo publike (shpenzimeve koncensionare të sterilizimit të pajisjeve mjeksore e dializës dhe paketave të shërbimit) të kontraktuara me Fondin
- Përditësimin e rregjistrimit të riskut, gjurmëve të auditit dhe listës së proceseve të punës të Fondit dhe njësive vartëse.
- Përmirësimin e analizës së riskut dhe përqëndrimin e kontroleve në subjektet me risk të lartë.
- Përmirësimin e cilësisë së monitorimit, supervizimit e kontrollit në subjektet e kontraktuara me Fondin duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet si dhe duke kërkuar zbatimin e detyrimeve kontraktuale nga ofruesit e shërbimeve (spitale publik e jo publik, qendra shëndetësore, subjekte farmaceutike).
- 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 në vazhdimësi informacion të plotë e të saktë
- Mbështetjen me bazë dokumentare për çdo lloj shpenzimi si dhe analiza e faktorve për çdo rast tejkalimi.

- Zbatimin e akteve ligjore e nënligjore në fushën e prokurimeve. Argumentimin e blerjeve me bilance të plota e të sakta materiale si dhe zbatimin me korrektesë të procedurave të prokurimeve.
- Përmirësimin e organizimit të punës nga të gjitha strukturat, realizimin e detyrave funksionale në përputhje me Rregulloren e Funkcionimit të Fondit.

11. KOMUNIKIMI DHE INFORMIMI I PUBLIKUT

Komunikimi me publikun është gjithashtu një hallkë e rëndësishme e punës së Fondit, me qëllim rritjen e transparencës për aktivitetin e institucionit në përmbushje të nevojave të popullatës për shërbime shëndetësore. Përgjatë periudhës Janar – Dhjetor 2019, Sektori I Marrëdhënive me Publikun ka përmbushur detyrën e tij duke analizuar dhe trajtuar çdo kërkesë/ankesë të ardhur në Fond; duke koordinuar punën për menaxhimin dhe adresimin e kërkesë/ankesave njesive përkatëse të Fondit; duke komunikuar me publikun brenda afateve të trajtimit të këtyre kërkesave; duke promovuar punën dhe imazhin e Fondit nëpërmjet kanaleve zyrtare të komunikimit dhe marrëdhënive me mediat.

Zbatimi i ligjit të sigurimeve shëndetësore, pasqyrimi i përfitimeve që anë qytetarët nag 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 focus të komunikimit tonë me publikun.

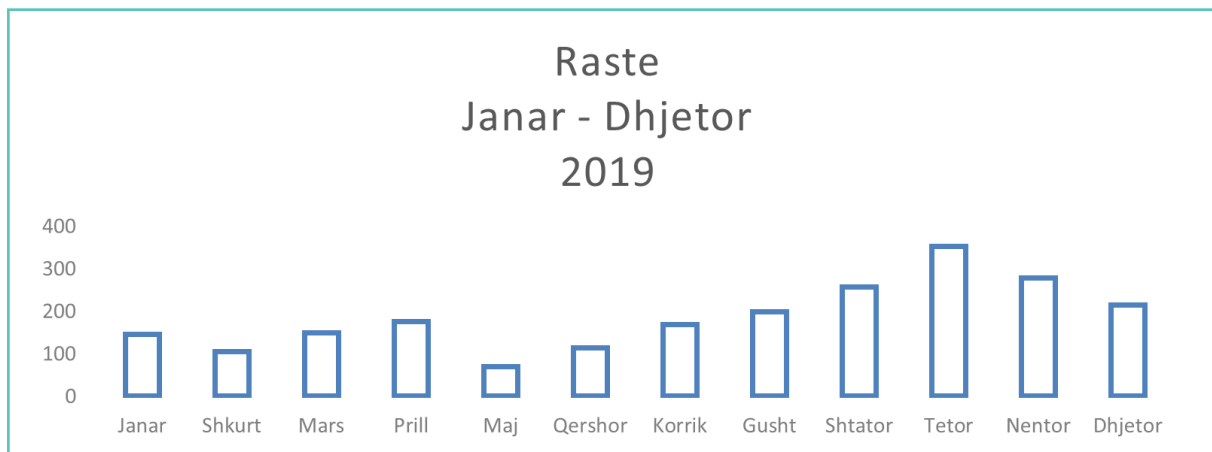
Duke e parë informimin si një urë lidhëse midis FONDIT dhe palëve të interesuara, gjatë vitit 2019, jemi fokusuar në publikimin e çdo materiali informues në lidhje me shërbimet, detyrimet apo përfitimet që rrjedhin nga përfshirja në skemën e sigurimeve shëndetësore në faqen web të FONDIT www.fsdksh.gov.al (faqe e re e

ndërtuar muaj të 2019), por edhe në kanalet zyrtare sociale, Facebook, Tëitter dhe Instagram. Sektori i Marrëdhënieve me Publikun, përgjatë vitit 2019 ka adresën e e-mailit info@fsdksh.gov.al, rastet e ardhura nga Platforma e Bashkëqeverisjes, Koordinatorin për të Drejtën e Informimit në bazë të ligjit nr. 119/2014 “Për të drejtën e informimit” dhe ankesë/kërkesat e pritura në zyrë/telefon drejtuar Fondit.

Gjithashtu është realizuar monitorimi i shtypit dhe ndjekja e rasteve të raportuara nga mediat në zyrë apo në adresën e email-it media@fsdksh.gov.al janë administruar kërkesat nga mediat dhe përgatitur përgjigjet në bashkëpunim me drejtoritë respektive të Fondit Brenda af-

ateve të përcaktuara në Ligjin për të Drejtën e Informimit.

Është bashkëpunuar me mediat e shkruara dhe visive për publikimin e rezultateve të punës së Fondit. Është realizuar përgatitja e materialeve grafike të publikuara dhe është ndjekur Kalendari I Shëndetit 2019 – fushata e ndërgjegjesimit. Janë përgatitur raportime analitike peroidike për evidentim të problematikave të ngritura lidhur me skemën e sigurimeve shëndetësore dhe mbi prezantimin e Fondit publikisht me matje të parametrave si numrin e shikimeve, sipas motorëve të ndryshëm të kërkimit; numrin e klikimeve në kohë të profileve zyrtare të Fondit dhe faqes Web.

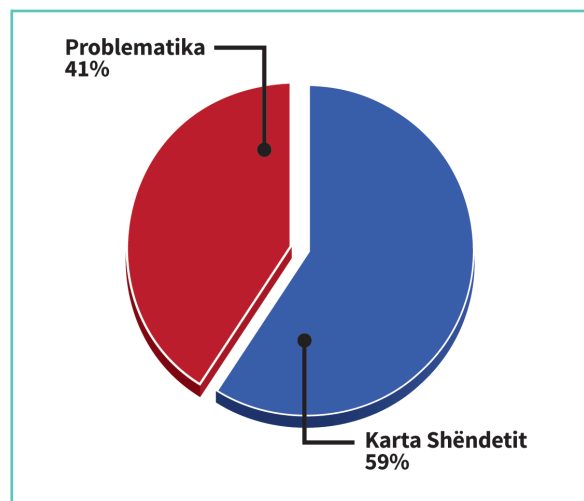


| SMP | Janar | Shkurt | Mars | Prill | Maj | Qershor | Korrik | Gusht | Shtator | Tetor | Nëntor | Dhjetor |
|---|-------------|--------|------|-------|-----|---------|--------|-------|---------|-------|--------|---------|
| Problematika te raportuara (Telefon, info@fsdksh.gov.al, zyre, PB, KDI, FB) | 145 | 105 | 149 | 175 | 69 | 113 | 168 | 198 | 256 | 352 | 278 | 214 |
| Totali Janar - Dhjetor 2019 | 2222 | | | | | | | | | | | |

Në total janë procesuar 2,222 raste të cilat, kanë marrë zgjidhje brenda afateve të përcaktuara ligjore. 10 janë procesuar duke kaluar afatet.

Problematikat e raportuara pranë Sektorit kanë qenë të ndryshmedhe ndër më të rëndësishmet dhe të shpeshta, të evidentuara janë përditësime dhe regjistrime në systemin online për kartën e shëndetit për shtetasit e huaj dhe shqiptar; kërkesa për informacion lidhur me shërbimet e ndryshme që Fondi ofron dhe problematika të tjera lidhur me këto shërbime.

Janë regjistruar 1,309 aplikime, përditësime dhe regjistrime në systemin online për kartën e shëndetit (regjistri për kartën e shëndetit), pë-



ben përqindjen më të lart të rasteve për shkak të problematikës së kategorisë “I punësuar”, pasi nuk ka gjetur zgjidhje gjatë vitit.

Të gjitha rastet janë proceduar nga Sektori i Marrëdhënieve me Publikun dhe janë përditësuar në Regjistrin online për Kartën e Shëndetit. Regjistrimi është bërë manualisht me paraqitjen e dokumentacionit përkatës për kategorinë. Të gjitha problematikat e ardhura janë të regjistruara në regjistrat përkatës të secilit muaj me detajet dhe të dhënat përkatëse dhe janë informuar rregullisht Drejtoritë teknike.

12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET

12.1 Bashkëpunimi Ndërinstitucional

FONDI bashkëpunon institucionalisht me MSHMS për politikat, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kanë lidhje me funksionimin e FSDKSH. Këshilli i Ministrave është organi, i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të FSDKSH. Në këtë kuadër, FSDKSH bashkëpunon institucionalisht me MFE për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e FSDKSH.

Gjithashtu, në realizimin e veprimtarisë së tij institucionale, FSDKSH 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 FSDKSH dhe Institutit të Statistikave (INSTAT). Ky memorandum, rregullon marrëdhënien mes dy institucioneve lidhur me llojin dhe mënyrën e raportimit të të dhënave zyrtare. Mbi këtë bazë po bashkëpunohet për përgatitjen dhe dërgimin e të dhënave sipas standarteve të dakortësuara.

Rishikimi dhe nënshkrimi i Marrëveshjes së lidhur midis Shërbimit Informativ të Shtetit dhe FSDKSH, për regjistrimin e punonjësve të SHISH në regjistrin elektronik të të siguruarve. Nënshkrimi i Marrëveshjes me Ambasadën Amerikane për regjistrimin e punonjësve të

kësaj Ambasade në regjistrin elektronik të të siguruarve.

Raportimi mbi zhvillimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në kuadër të Marrëveshjes së Stabilizimit Asocimit dhe PKIE 2018-2020 është një proces që është ndjekur në mënyrë dinamike, në përputhje me objektivat e ministrive përgjegjëse për kapituj të veçantë të Marrëveshjes së Stabilizimit Asocimit.

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, FSDKSH 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 marrëveshjeje 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”. FSDKSH 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 Repub-

likës 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”. FSDKSH 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”. FSDKSH 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”. FSDKSH 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”.

Me Republikën e Bullgarisë është mbajtur raundi i parë i negociatave për projekt Marrëveshjen për Mbrojtjen Shoqërore ndërmjet delegacionit të Republikës së Bullgarisë dhe delegacionit të Republikës së Shqipërisë, në Sofje, Bullgari.

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 mbrojmë, të përmirësojmë dhe të promovojmë shëndetin, produktivitetin dhe mirëqenien e të gjithë njerëzve në Shqipëri”, FONDI në bazë të misionit të tij, ka përcaktuar prioritetet strategjike:

- Promovimi i shëndetit dhe mirëqenies së njeriut;
- Zgjerimi i mbulimit Shëndetësor Universal për të gjithë popullatën dhe krijimi i mundësive financiare për arritjen e tij;

- Përmirësimi i mëtejshëm i përdorimit të të dhënave digjitale 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 2020

- 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 protokollat 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 përfutur 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 standardeve 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.