

Raport Vjetor 2020



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

PARATHËNIE

Raporti vjetor është një botim i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Synimi i këtij botimi është informimi i publikut mbi menaxhimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor të paraqitura përgjatë aktivitetit vjetor të institucionit. Materialet në këtë botim mbrohen nga e drejta e autorit dhe nuk mund të riprodhohen pa bërë të ditur me saktësi burimin dhe autorësinë.

Prill 2021

TABELA E PËRMBAJTJES

Shkurtime e përdorura	5
1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor	6
1.1 Vizioni	6
1.2 Misioni	6
1.3 Baza Ligjore	6
2. Menaxhimi i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor	7
2.1 Drejtimi i Fondit	7
2.2 Struktura organizative e Fondit gjatë vitit 2020	8
2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2020	9
3. Zbatimi i Skemës së Sigurimeve Shëndetësore	10
3.1 Panoramë e përgjithshme e skemës së sigurimeve shëndetësore	10
3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri	11
3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve	11
3.4 Sigurimi vullnetar	13
3.5 Baza për llogaritjen e kontributeve	13
3.6 Masa e kontributit	13
4 Burimet Financiare	14
4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2020	14
4.2 Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore (DPT, ISSH)	18
4.3 Transferta nga buxheti i shtetit	18
4.4 Të ardhura të tjera	19
5. Financimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor	19
5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve	21
5.2 Financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor	22
5.3 Financimi i shërbimit spitalor	22
6. Shpenzime të Tjera të Fondit	23
6.1 Shpenzimet administrative	23
6.2 Shpenzimet për investime	23
7. Përfitimet e Popullatës	23
7.1 Paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor	24
7.2 Kontrolli mjekësor bazë	30
7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor	33
7.4 Kostot spitalore	49
7.5 Paketat shëndetësore	52
7.6 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikalë	59
7.7 Lista e barnave të rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore të rimbursueshme	61
8. Zhvillimi i sistemit të informacionit	73

8.1 Përditësimi dhe integrimi i sistemit elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes dhe regjistrin elektronik të të siguruarve	73
8.2 Përditësimi i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike	75
8.3 Nënshkrimi Elektronik	75
8.4 Sistemi e-Rx	75
8.5 Implementimi i sistemit e-Kontroll: sistemi i kontrollit të subjekteve që kanë kontratë me Fondin	76
9. Monitorimi i Kontratave me Dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore	76
9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave	76
9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore	77
9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike	78
9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet	81
9.5 Problematikat Kryesore	83
10. Përmirësimi i Administrimit të Fondit	83
10.1 Misioni i auditimit të brendshëm	83
10.2 Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit	84
10.3 Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre	85
10.4 Rekomandimet	85
11. Komunikimi dhe Informimi i Publikut	86
12. Bashkëpunimi me Institucionet	89
12.1 Bashkëpunimi ndërinstitutional	90
12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare	91
13. Prioritetet Strategjike dhe Objektivat	92
13.1 Prioritetet strategjike	92
13.2 Objektivat kryesore për vitin 2020 dhe statusi i realizimit të tyre	92
13.3 Objektivat vjetore 2021	94

Shkurtime e përdorura

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
ATC	Klasifikimi Anatomik Terapeutik Kimik
RMI	Rezonanca magnetike
EKG	Elektrokardiogramë
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
e-RX	Receta Elektronike
KSH	Karta e Shëndetit
PKIE	Plani Kombëtar për Integrimin European
SHISH	Shërbimi Informativ i Shtetit
HAP	Health for All Project

1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

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, për mbulimin universal, për përballueshmërinë, për efikasitetin, për ta bërë skemën e shërbimeve shëndetësore më të aksesueshme.

E drejta për kujdes shëndetësor është sanksionuar në ligjet ndërkombëtare dhe sigurisht edhe në ligjin themeltar të shtetit shqiptar. Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë e njeh të drejtën për kujdes shëndetësor për të gjithë shtetasit e saj, duke sanksionuar parimet e mbulimit universal. Më konkretisht, në nenin 55 të saj thuhet: “Shtetasit gëzojnë në mënyrë të barabartë të drejtën për kujdes shëndetësor nga shteti. Kushdo ka të drejtë për sigurim shëndetësor sipas procedurës së caktuar me ligj”.

FSDKSH-ja 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-ja 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-ja, menaxhon skemën e sigurimeve shëndetësore, duke synuar në mbulimin e popullsisë në përfitimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, të financuara nga sektori publik dhe privat, në bazë të legjislacionit, duke siguruar fleksibilitet në financimin e shërbimeve shëndetësore, transparencë në administrim dhe besueshmëri maksimale të popullatës, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. FSDKSH-ja, 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-ja ushtron veprimtarinë e tij bazuar në ligjin nr. 10383, 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-ja organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të miratuar nga Këshilli i Ministrave, sipas të cilit: Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, është person juridik publik, autonom, me qendër në Tiranë dhe e shtrin veprimtarinë e tij në të gjithë vendin nëpërmjet zyrave vendore. FSDKSH-ja, është i vetmi organ autonom publik, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

Në ecurinë e reformave të sistemit shëndetësor, legjislacioni në tërësi synon përmirësimin e skemës së financimit të shërbimeve shëndetësore. FSDKSH-ja menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Të ardhurat dhe shpenzimet kryhen sipas ligjit nr. 10383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar dhe legjislacionit financiar në fuqi.

Legjislacioni ka parashikuar mbulimin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor dhe pagesën e kontributeve përkatëse për të gjithë personat ekonomikisht aktivë me banim të përhershëm në Shqipëri dhe kategorinë e personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj.

FSDKSH-ja, menaxhon veprimtarinë e tij brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe. FSDKSH-ja, 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 Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

2.1 Drejtimi i Fondit

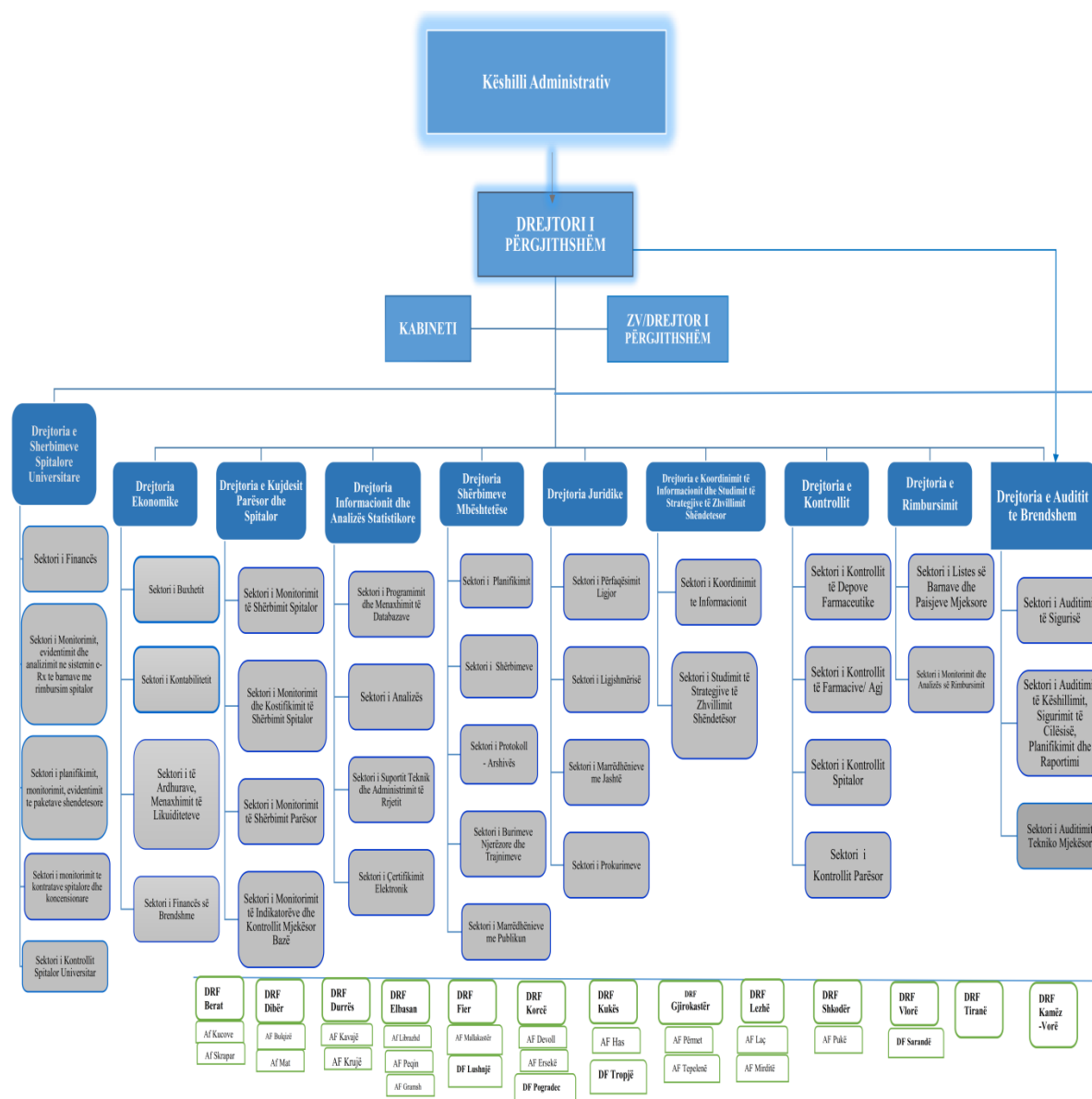
Drejtimi i FSDKSH-së organizohet dhe funksionon mbi bazën e Statutit të tij, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave. FSDKSH-ja drejtohet nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm. Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i FSDKSH-së dhe ka aktualisht në përbërjen e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

- Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale ose përfaqësuesi i tij;
- Ministri i Financave dhe Ekonomisë ose përfaqësuesi i tij;
- Drejtori i Përgjithshëm i FSDKSH-së ose përfaqësuesi i tij;
- Drejtori i Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesi i tij;
- Një përfaqësues i sindikatës së të punësuarve, të përcaktuar nga Këshilli i Ministrave;
- Një përfaqësues i organizatës së profesionistëve të shëndetësisë, të përcaktuar nga Këshilli

i Ministrave.

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 organizative e Fondit gjatë vitit 2020



2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2020

- Vendim Nr. 1, datë 06.02.2020 “Për miratimin e Buxhetit të FSDKSH për vitin 2020”;
- Vendim Nr. 2, datë 06.02.2020 “Për financimin shtesë të spitaleve publike për realizimin e paketave të shërbimeve të miratuara me VKM, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2020”;
- Vendim Nr. 3, datë 19.02.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor dhe nga Buxheti për paketa të shërbimeve shëndetësore të miratuara me VKM”;
- Vendim Nr. 4, datë 26.02.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020 “Për blerje materiale dhe mjete mbrojtëse” ”;
- Vendim Nr. 5, datë 03.04.2020 “Për një ndryshim në VKA Nr.1 “Për miratimin e Buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2020”;
- Vendim Nr. 6, datë 03.04.2020 “Për sistemimin e fondeve të çelura shërbimeve spitalore me VKA Nr.4, datë 26.02.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020 “Për blerje materiale dhe mjete mbrojtëse” ”;
- Vendim Nr. 7, datë 03.04.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020 “Për SUOGJ “Koço Gliozheni” ”;
- Vendim Nr.8, datë 16.06.2020 “Për miratimin e Raportit Financiar dhe Bilancit Vjetor 2019 të FSDKSH”;
- Vendim Nr.9, datë 28.07.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020 dhe nga Buxheti për paketa të shërbimeve shëndetësore të miratuara me VKM”;
- Vendim Nr.12, datë 07.10.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020”;
- Vendim Nr.13, datë 30.10.2020 “Për miratimin e Programit Buxhetor Afatmesëm 2021 – 2023 të FSDKSH”;
- Vendim Nr 14, datë 30.10.2020 “Për një ndryshim të VKA Nr. 1, datë 06.02.2020 “Për miratimin e Buxhetit të FSDKSH për vitin 2020”, të ndryshuar;
- Vendim Nr.15, datë 30.10.2020 “Për rishpërndarje fondesh nga Buxheti i shërbimit spitalor dhe shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020”;
- Vendim Nr.16, datë 30.10.2020 “Për propozimin për një ndryshim në Vendimin Nr. 42, datë 22.01.2020, të Këshillit të Ministrave “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2020”, i ndryshuar;
- Vendim Nr. 17, datë 30.10.2020 “Për krijimin e komisionit teknik për llogaritjen e kostos së paketës së trajtimit Anti-Covid ambulator në banesë”;
- Vendim Nr. 18, datë 30.10.2020 “Për funksionimin e komisionit teknik për llogaritjen e kostos së paketës së trajtimit Anti-Covid ambulator në banesë”;

- Vendim Nr. 19, datë 04.11.2020 “Për propozimin e projekt vendimit të KM për miratimin e paketës së trajtimit Anti-Covid ambulator në banesë, që do të financohet nga FSDKSH”;
- Vendim Nr. 20, datë 03.12.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020”;
- Vendim Nr.23, datë 18.12.2020 “Për propozimin e ndryshimit të transfertës së Buxhetit midis programeve, brenda Buxhetit të miratuar të Fondit për vitin 2020”;
- Vendim Nr. 24, datë 21.12.2020 “Për shpërndarje fondesh nga rezerva e Buxhetit të shërbimit spitalor të vitit 2020”;
- Vendim Nr. 25, datë 21.12.2020 “Për një ndryshim në VKA Nr. 1, datë 06.02.2020, “Për miratimin e Buxhetit të FSDKSH për vitin 2020”, i ndryshuar;
- Vendim Nr. 26, datë 30.12.2020 “Për miratimin e kontratave me dhënësit e shërbimeve në kujdesin parësor dhe spitalor për vitin 2021”.

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. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Që nga krijimi mbuloi një listë bazë barnash të rimbursueshme, si dhe pagesën e mjekut të familjes në sistemin publik. Skema evoloi gradualisht, me zgjerimin e gamës së shërbimeve të mbuluara, duke kaluar nga financimi i padiferencuar, në pagesa për paketa shërbimesh shëndetësore. Modeli i skemës së sigurimeve shëndetësore në Republikën e Shqipërisë, është një model 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 (që vijnë nga taksimi i përgjithshëm), mbulojnë popullatën joaktive dhe kategoritë në nevojë, duke i dhënë kështu skemës qasje solidare. Skema e sigurimeve shëndetësore bazohet në modelin e pagesit të 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 shëndetësorë të popullatës. Mekanizmi i implementimit të skemës së sigurimeve shoqërore janë kontratat vjetore me dhënësit publikë dhe privatë të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

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

- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike;
- vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në dhënës privatë të kujdesit parësor dhe spitalet private;

- barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënës të kontraktuar shërbimesh shëndetësore.

3.2 Parimet e skemës së sigurimeve shëndetësore në Shqipëri

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

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

3.3 Kategoritë përfituese nga skema e sigurimeve

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

Personat e siguruar në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor regjistrohen në regjistrin elektronik të të siguruarve, i krijuar dhe i menaxhuar nga FSDKSH. Identifikimi i personave të siguruar bëhet me anë të dokumentit të identifikimit, nëpërmjet shërbimit të regjistrat elektronik ose portalit e-Albania. Regjistri i të siguruarve përmban të dhëna lidhur me kategoritë e personit të siguruar ekonomisht aktivë, jo aktivë ose me sigurim vullnetar, si dhe kohëzgjatjen e sigurimit. Personat me statusin e të siguruarit sipas kategorive, përfitojnë shërbimet e kontraktuara nga FSDKSH, sipas parashikimit në aktet ligjore dhe nënligjore.

Gjatë vitit 2020, bazuar edhe në vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 908, datë 18.11.2020 “Për miratimin e paketës së barnave për trajtimin ambulator në banesë të personave të diagnostikuar me Covid-19, që do të financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”, në kategoritë e këtyre personave u shtuan dhe persona të diagnostikuar me Sars-Cov-2, si pasojë e pandemisë Covid-19. Pacientët e konfirmuar pozitivë do të klasifikohen në kategorinë e dedikuar dhe do të përfitojnë rimbursim të trajtimit sipas dy paketave, sipas skemave të trajtimit për rastet e lehta dhe të moderuara, sipas parashikimit në udhëzimet përkatëse.

Për shërbime të ndryshme shëndetësore që mbulohen nga skema e sigurimit shëndetësor, personat e siguruar, 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:

- të punësuarit;

- personat e vetëpunësuar;
- punonjësit e papaguar të familjes;
- 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:

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

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

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

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

- Pensionistët;
- Personat e paraburgosur dhe të dënuarit me burgim;
- Azilkërkuesit;
- Viktimat e trafikimit;
- 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-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 muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor. Sigurimi shëndetësor vullnetar paguhet nga vetë personi, i cili lidh me Fondin kontratë sigurimi shëndetësor vullnetar.

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. 10383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar. Për të punësuarit, kontributet paguhet, në masën 50% (për qind) nga punëdhënësi dhe në masën 50% (për qind) nga i punësuar.

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 2020

Buxheti vjetor i Fondit, u miratua me Ligjin nr. 88/2019 “Për buxhetin e vitit 2020”, në vlerën 44,104 milionë lekë.

Buxheti fillestar i Fondit:

Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore e të tjera u përcaktuan 14,416 milionë lekë dhe transferimet nga buxheti i shtetit 29,688 milionë lekë. Fondi për rimbursimin e barnave u përcaktua në tavanin prej 11,000 milionë lekësh, përfshirë edhe detyrimet e prapambetura.

Ndryshimet e buxhetit fillestar:

Viti që kaluam, nuk ishte i zakonshëm, për shkak të situatës së krijuar nga pandemia. Për të përballuar efektet e saj, janë ndërmarrë akte ligjore e nënligjore, të cilat ndikuan disa herë gjatë vitit në buxhetin e Fondit, duke krijuar fleksibilitet në transferimin e fondeve midis programeve, me qëllim përdorimin me efektivitet të Fondeve buxhetore.

Me Aktin Normativ nr. 6, datë 21.03.2020, “Për disa ndryshime e shtesa në Ligjin nr. 88/2019 “Për buxhetin e vitit 2020”, është shtuar buxheti i Fondit me 1.2 miliardë lekë, nga transfertat e buxhetit për shërbimin spitalor, duke synuar alokimin e fondeve të nevojshme buxhetore për përballimin e situatës emergjente të krijuar nga pandemia e shkaktuar nga infeksioni Covid-19, përmes financimit të sektorit të shëndetësisë për pajisje, barna, materiale mjekësore dhe shërbime të tjera të nevojshme. Në nenin 5 të ligjit, krahas rritjes së buxhetit të Fondit është përcaktuar përdorimi i një fondi prej 2.5 miliardë lekë, për përballimin e situatës së pandemisë së shkaktuar nga infeksioni Covid-19, parashikuar për t’u detajuar me vendim të Këshillit të Ministrave.

Sipas Vendimit nr. 249 të Këshillit të Ministrave, datë 27.3.2020, “Për detajimin dhe mënyrën e përdorimit të fondit Anti-Covid-19”, fondi prej 2.5 miliardë lekë shkon:

- 500 milionë lekë në programin “Shërbimet e kujdesit dytësor”, në kategorinë e shpenzimeve korrente;
- Shtesë me 150 milionë lekë në programin “Shërbimet e shëndetit publik”, në kategorinë e shpenzimeve korrente;
- Shtesë me 50 milionë lekë në programin “Shërbimi Kombëtar i Urgjencës”, në kategorinë e shpenzimeve korrente;
- Shtesë me 800 milionë lekë në programin “Planifikimi, Menaxhimi dhe Administrimi”, në kategorinë e shpenzimeve korrente;
- Shtesë me 1,000 milionë lekë në programin “Planifikimi, Menaxhimi dhe Administrimi”, në kategorinë e shpenzimeve kapitale.

Në zbatim të masave për përballimin e pandemisë, u miratua gjithashtu vendimi nr. 261 i Këshillit të Ministrave datë 27.3.2020, “Për një rishpërndarje fondesh në buxhetin e vitit 2020, miratuar për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, i cili pakësoi transfertën nga buxheti për Fondin me 2 miliardë lekë, nga të cilat:

- 450 milionë lekë nga transferta për shërbimin parësor (pakësuar fondi për financimin e kontratës konçensionare të kontrollit bazë, e cila pezullohet përkohësisht),
- 1,550 milionë lekë nga tranferta për shërbimin spitalor (400 milionë lekë nga pakësimi i financimit të kontratës konçensionare të laboratorëve, e cila shtyhet në kohë për shkak të situatës së fatkeqësisë natyrore, 450 milionë lekë pakësim i financimit të kontratës konçensionare të sterilizimit, shërbim i cili pakësohet, si rezultat i realizimit të ndërhyrjeve kirurgjikale vetëm për raste urgjente, si dhe 700 milionë lekë të pakësuara nga fondi prej 1.2 miliardë lekë i shtuar në total për Fondin, të cilit i mbeten 500 milionë lekë për të financuar shërbimet spitalore lidhur me përballimin e pandemisë).

Nga sa më sipër, nga buxheti fillestar i Fondit, u pakësuan 800 milionë lekë, nga të cilat:

- 450 milionë lekë nga financimi i shërbimit parësor, për ndërprerjen e përkohshme të kontratës konçensionare të kontrollit bazë;
- 350 milionë lekë nga financimi i shërbimit spitalor (pakësohen me 850 milionë lekë financimi i kontratave konçensionare dhe shtohen 500 milionë lekë për përballimin e situatës së krijuar nga pandemia).
- Të ardhurat nga transferta e buxhetit pakësohen me të njëjtën vlerë.

Me Aktin Normativ nr. 28, datë 02.07.2020, ka patur përsëri ndryshime midis transfertës së buxhetit të shtetit dhe të ardhurave nga kontributet, në buxhetin e Fondit, si më poshtë:

- Kontributet dhe të tjera -1,256 milionë lekë
- Transferimet nga buxheti i shtetit +1,256 milionë lekë

Me vendim të Këshillit të Ministrave nr. 755, datë 23.09.2020, “Për rishpërndarje fondesh buxhetore, ndërmjet programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2020, për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, nga shuma prej 1,256 milionë lekë, 406 milionë lekë janë transferuar në programin e shërbimit parësor dhe 850 milionë lekë kanë mbetur në programin e shërbimit spitalor.

Me Aktin Normativ nr. 34, datë 16.12.2020, është shtuar buxheti i Fondit me 400 milionë lekë, nga të cilat

- Kontributet dhe të tjera +300 milionë lekë
- Transferimet nga buxheti i shtetit +100 milionë lekë

Gjithashtu, në këtë akt është rritur edhe kufiri i shpenzimeve të rimbursimit të barnave, nga 11 miliardë lekë në 11.15 miliardë lekë, përfshirë detyrimet e prapambetura.

Me vendim të Këshillit të Ministrave nr. 1043, datë 18.12.2020, “Për rishpërndarje fondesh buxhetore, ndërmjet programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2020, për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, është shtuar transfertat e buxhetit për shërbimin spitalor dhe është pakësuar me të njëjtën vlerë transfertat për shërbimin parësor.

Sa më sipër, janë reflektuar në vendimet përkatëse të Këshillit Administrativ të Fondit, lidhur me ndryshimet e buxhetit dhe detajimin e rezervave në buxhetin për shërbimin spitalor.

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

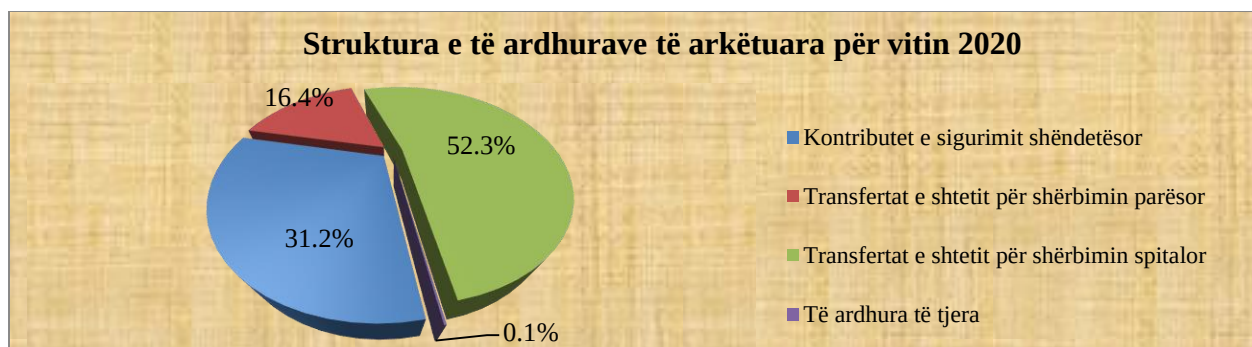
(Në milionë lekë)

FOND I SIGURIMIT TE DEITYRUESHEM TE KUJDESIT SHENDETESOR																					
PERMBLEDHESHE E NDRYSHIMEVE BUXHETORE																					
Buxheti per vitin 2020 (000 lekë)	Buxheti fillestar (VKA nr.1 (6.2.2020))	NDRYSHIM VKA 2 (6.2.2020) (paketi)	Ndryshim i VKA 3 19.2.2020 0	Ndryshimi VKA 4 (CoVID), dat 26.02.2020)	ndryshimi AKT Normativ 6	Ndryshimi VKM 249, 260, 261 dhe VKA 5 (03.04.2020, 2020)	Ndryshim VKA 6 (3.4.2020)	Ndryshim VKA 7 (3.4.2020)	Ndryshim VKA 9 (28.07.2020)	Me Aktin Normativ nr. 28, datë 02.07.2020	Ndryshimi VKM 755, date 23.09.2020	Ndryshimi VKA 12, dat 07.10.2020	Ndryshimi VKA 15, dat 30.10.2020	VKA nr.14, datë 30.10.2020	VKM 886 (13.11.2020)	VKA 20 (3.12.2020)	Akt Normativ 34 (16.12.2020)	VKM 1043 (18.12.2020)	VKA 24 (21.12.2020)	VKA 25 (21.12.2020)	Buxheti i përditësuar
I. Te ardhurat gjithsej	44,104	0	0	0	1,200	-2,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	400	0	0	0	43,704
1. Kontributi i sigurimeve shendetesore	14,246	0	0	0	0	0	0	0	0	-1,186	0	0	0	0	0	0	300	0	0	0	13,360
2. Kontribut i Buxhetit te Shtetit	29,688	0	0	0	1,200	-2,000	0	0	0	1,256	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	30,244
paresor	7,546	0	0	0	0	-450	0	0	0	0	406	0	0	0	0	0	0	-300	0	0	7,202
spitalor	22,142	0	0	0	1,200	-1,550	0	0	0	1,256	-406	0	0	0	0	0	100	300	0	0	23,042
3. Te ardhura te tjera	170	0	0	0	0	0	0	0	0	-70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
II. Shpenzimet gjithsej	44,104	0	0	0	1,200	-2,000	0	0	0	0	850	0	0	-850	0	0	100	300	0	0	43,704
1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve	11,020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	11,120
Likuidimi i rimbursimit te barnave	11,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	11,100
fisha diabeti (0-25) vjec	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
2. Shpenzime per kujdesin shendetesor paresor	8,886	0	0	0	0	-450	0	0	0	0	0	0	0	-850	0	0	0	0	0	-100	7,512
3. Shpenzimet administrative	985	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-5	0	0	0	0	0	-25	954
4. Investime	116	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	121
5. Shpenzime per Spitalin Durrës (nga kontributet)	955	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	955
6. Financime per Shërbimin Spitalor (thesar)	22,142	0	0	0	1,200	-1,550	100	0	0	0	850	0	0	0	0	0	100	300	0	0	23,042
spitalet+ rezerve	15,614	1,454	20	-3	1,200	-700	0	0	4	0	850	0	-8	0	187	58	100	300	-20	0	19,056
paketat	3,175	-1,460	-20	0	0	0	0	0	-16	0	0	0	0	0	-232	0	0	0	0	0	1,447
Spitali Durrës nga buxheti për shërbimin spitalor	0	6	0	3	0	0	0	0	12	0	0	0	8	0	0	0	0	0	20	0	50
rimbursime VKM	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-15	0	0	0	0	0	15
transferta per individe (mjekë specialiste)	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	-2	0	0	0	0	18
pagesa e shërbimeve PPP	3,293	0	0	0	0	-850	0	0	0	0	0	0	0	0	-360	-49	0	0	0	0	2,034
Marrëveshja COVAX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	430	-7	0	0	0	0	423

• TË ARDHURAT

Të ardhurat faktike (të arkëtuara) u realizuan në vlerën 43.85 miliardë lekë, ose 100.4% e planifikimit, me tejkalim në vlerën 155 milionë lekë.

Në strukturën e të ardhurave, të ardhurat nga transfertat e buxhetit të shtetit përbëjnë peshën kryesore me 68.7% (nga të cilat 52.3% për shërbimin spitalor dhe 16.4% për shërbimin parësor), ndjekur nga të ardhurat e kontributeve të sigurimeve shëndetësore me 31.2%. Të ardhurat nga burime të tjera zënë një peshë specifike të vogël prej 0.1%.

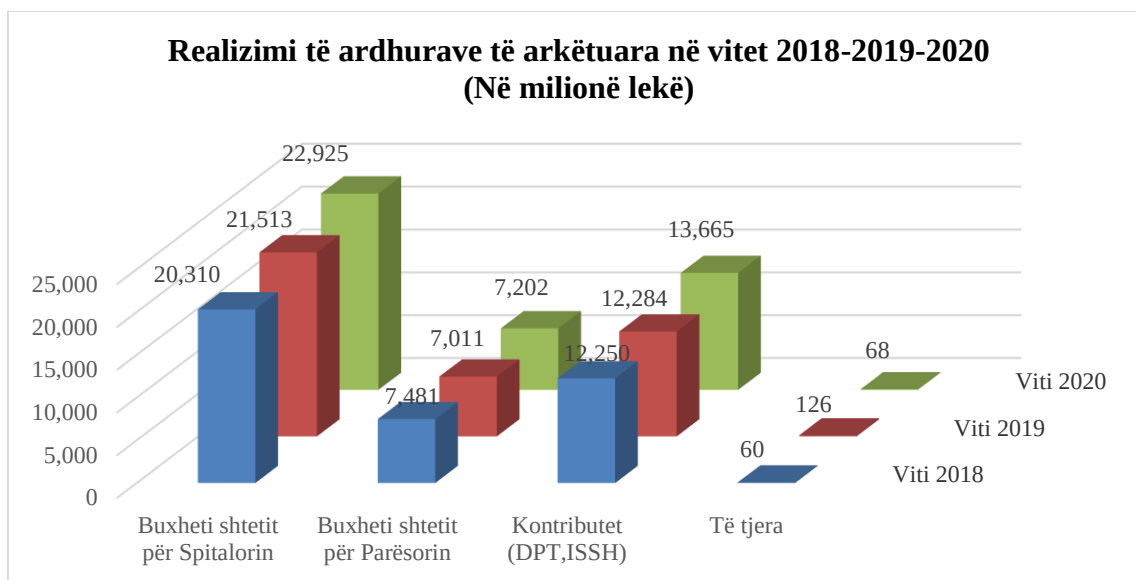


Të ardhurat e vitit 2020

(Në milionë lekë)

	ZËRAT E TË ARDHURAVE	Viti 2019	Viti 2020			Realizimi fakt viti 2020 ndaj planit		Ndryshimi fakt konsta. viti 2020 ndaj vitit 2019		Peshë spec. fakti 2020
		Fakti – konstatuar	Plani	Fakti - cash	Fakti - konstatuar	vlerë	%	vlerë	%	
	TË ARDHURAT GJITHSEJ	41,819	43,704	43,859	43,176	155	100.4%	1,357	103.2%	100.0%
a	Kontributet e sigurimit shëndetësor	13,014	13,360	13,665	12,997	305	102.3%	-17	99.9%	31.2%
	nga DPT në BSH	12,952	13,180	13,615	12,946	435	103.3%	-6	100.0%	31.0%
	nga ISSH (fermerët)	62	180	50	50	-130	27.9%	-12	81.4%	0.1%
b	Transferta e buxhetit të shtetit, nga këto	28,524	30,244	30,127	30,127	-117	99.6%	1,603	105.6%	68.7%
	Transferte për shërbimin parësor	7,011	7,202	7,202	7,202	0	100.0%	191	102.7%	16.4%
	Transferte për shërbimin spitalor	21,513	23,042	22,925	22,925	-117	99.5%	1,412	106.6%	52.3%
	Spitalet	17,043	19,056	18,939	18,939	-117	99.4%	1,896	111.1%	43.2%
	Tërheqje nga FSDKSH për paketat, bonus, VKM, PPP	4,470	3,986	3,986	3,986	0	100.0%	-484	89.2%	9.1%
c	Të ardhura të tjera	281	100	68	52	-32	67.7%	-229	18.6%	0.2%

Duhet theksuar fakti se në të ardhurat faktike (cash) përfshihen arkëtimet e kontributeve shëndetësore mbetur pa arkëtuar në fund të vitit kaluar, të cilat janë më të larta nga shuma mbetur pa arkëtuar në fund të vitit 2020. Kjo ka ndikuar që të ardhurat faktike (cash) janë më të larta nga të ardhurat sipas të drejtës së konstatuar për vitin 2020.



4.2 Të ardhurat nga kontributi i sigurimeve shëndetësore (DPT, ISSH)

Kontributet shëndetësore u realizuan në vlerën 13,665 milionë lekë, ose në masën 102.3% e planifikimit, me tejkalim në vlerën 305 milionë lekë.

- Nga organet tatimore (DPT) transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore u realizuan në vlerën 13,615 milionë lekë, ose në masën 103.3% e planifikimit, me tejkalim në vlerën 435 milionë lekë.
- Nga organet e sigurimeve shoqërore (ISSH) transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore derdhur nga fermerët u realizuan në vlerën 50 milionë lekë, në nivel shumë të ulët nga planifikimi prej 27.9%, më pak për vlerën 130 milionë lekë.

4.3 Transferta nga buxheti i shtetit

Transfertat nga buxheti i shtetit në total u realizuan në vlerën 30,127 milionë lekë, në masën 99.6% e planifikimit, më pak për vlerën 117 milionë lekë, përkatësisht:

- Transfertat për shërbimin parësor u realizuan në vlerën 7,202 milionë lekë, ose në masën 100% e planifikimit. 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) u realizuan në vlerën 22,925 milionë lekë, ose në masën 99.5% të planifikimit, më pak për vlerën 117 milionë lekë.
- Nga transfertat totale, vlera prej 18,939 milionë lekë është lëvruar nga spitalet publike nëpërmjet sistemit të thesarit dhe vlera prej 3,986 milionë lekë është tërhequr nga fondi për pagesa të shpenzimeve që përballohen nga programi i shërbimit spitalor.

Tërheqja e Fondit nga llogaria e thesarit përcaktuar për shërbimin spitalor bëhet, sipas përcaktimeve në VKM për:

- financimin e paketave shëndetësore në institucionet jopublike;
- financimin e kontratave konçesionare të lidhura nga autoriteti qendror (Ministria e Shëndetësisë dhe 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;
- pagesa të angazhimit për pjesëmarrjen në strukturën globale të qasjes në vaksinat COVID-19.

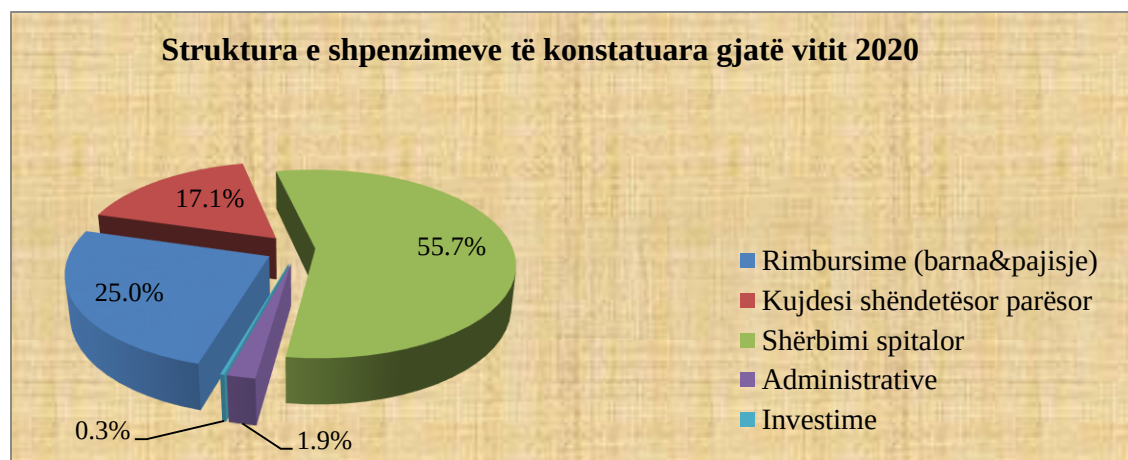
4.4 Të ardhura të tjera

Nga burime të tjera (interesat e depozitave, dëmet ekonomike, sponsorizime, etj) u arkëtuan të ardhura në vlerën 68 milionë lekë, në masën 67.7% e planifikimit, më pak për vlerën 32 milionë lekë.

5. Financimi i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor

Shpenzimet totale (përfshirë shpenzimet e spitaleve publike) konstatohen në vlerën 42,767 milionë lekë, ose 97.9% e planifikimit, më pak për vlerën 937 milionë lekë.

Në strukturën e shpenzimeve, peshën specifike më të madhe e zënë shpenzimet e shërbimit spitalor me 55.7%, ndjekur nga shpenzimet për rimbursimin e barnave e pajisjeve me 25%, shpenzimet e kujdesit parësor (*financimi i QSH e kontrolli mjekësor bazë*) me 17.1%, shpenzimet administrative (*pagat e shpërblimet, sigurimet shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime*) me 1.9 % dhe së fundi investimet me 0.3% të totalit.



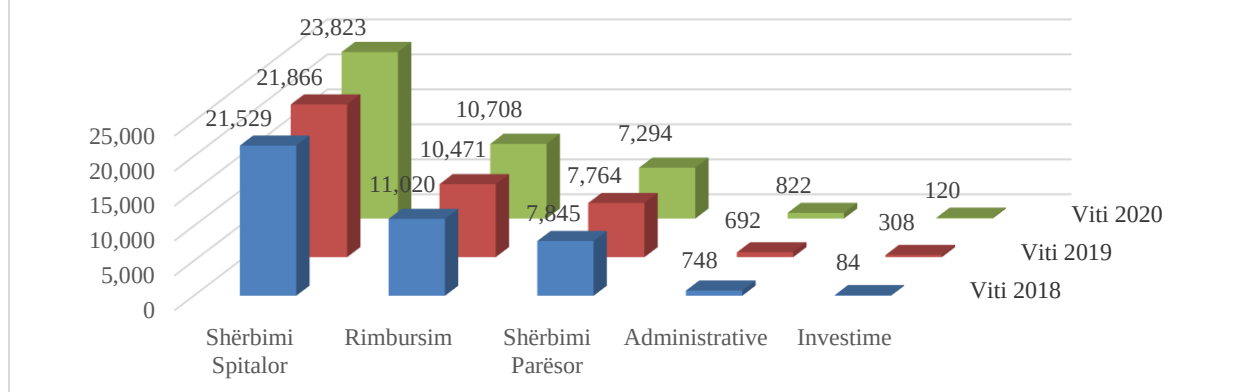
Shpenzimet e vitit 2020

(Në milionë lekë)

	ZËRAT E SHPENZIMEVE	Viti 2019	Viti 2020			Ndryshimi fakt konstatuar v.2020 ndaj planit v.2020		Ndryshimi fakt konstatuar v.2020 ndaj v.2019		Peshë spec. konsta v.2020
		Fakti-konstatuar	Plani	Fakti - cash	Fakti-konstatuar	në vlerë	në %	në vlerë	në %	
	SHPENZIMET GJITHSEJ	41,101	43,704	43,277	42,767	-937	97.9%	1,666	104.1%	100.0%
a	1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve	10,471	11,120	11,085	10,708	-412	96.3%	237	102.3%	25.0%
b	2. Shpenzime për kujdesin shëndetësor parësor	7,764	7,512	7,419	7,294	-217	97.1%	-470	93.9%	17.1%
	Financimi i QSH	6,888	7,160	7,096	7,118	-42	99.4%	230	103.3%	16.6%
	Kontrolli bazë	876	352	322	176	-176	50.1%	-700	20.1%	0.4%
c	3. Shpenzimet administrative	692	954	804	822	-132	86.2%	130	118.8%	1.9%
d	4. Investime	308	121	115	120	-1	99.1%	-188	38.9%	0.3%
e	5. Financime për shërbimin spitalor	21,866	23,997	23,855	23,823	-175	99.3%	1,957	108.9%	55.7%
	<i>Financime për Spitalin Durrës</i>	885	955	955	955	0	100.0%	70	107.9%	2.2%
	6. Financime për Shërbimin Spitalor (thesar)	20,981	23,042	22,900	22,868	-175	99.2%	1,887	109.0%	53.5%
	<i>Financime për spitalet publike(me thesar)</i>	17,043	19,056	18,939	18,939	-117	99.4%	1,895	111.1%	44.3%
	<i>Shpenzime për paketat spitalore në privat</i>	1,421	1,447	1,437	1,440	-7	99.5%	19	101.4%	3.4%
	<i>Spitali Durrës nga transfertat e spitalorit</i>	0	50	50	50	0	100.0%	50		0.1%
	<i>Shpenzime për trajtimin e pacientit me VKM</i>	3	15	15	15	0	98.6%	12	515.0%	0.0%
	<i>Shpenzimet – Bonusi për mjekët specialistë</i>	18	18	15	15	-3	83.8%	-3	82.8%	0.0%
	<i>Shpenzimet- PPP (dializa,sterilizimi)</i>	2,495	2,034	2,021	1,986	-48	97.7%	-509	79.6%	4.6%
	<i>Marrëveshja COVAX</i>	0	423	423	423	0	100.0%	423		1.0%

Duhet theksuar fakti që gjatë vitit 2020, Fondi ka paguar detyrimet e mbetura palikuiduar nga viti 2019, për këtë arsye shpenzimet faktike (cash) kanë qenë më të larta nga shpenzimet sipas të drejtës së konstatuar.

Realizimi i shpenzimeve faktike(të konstatuara) në vitet 2018-2019-2020 (Në milionë lekë)



Krahasuar me vitin e mëparshëm 2019, shpenzimet totale të konstatuara janë shtuar me 1,67 miliardë lekë (ose me 4.1%).

- Shpenzimet e rimbursimit të barnave e pajisjeve u shtuan me 237 milionë lekë (ose 2.3%).
- Shpenzimet e shërbimit të kujdesit parësor (financim QSH, kontrolli mjekësor bazë) u pakësuan me 470 milionë lekë (ose 6.1%), kryesisht nga ndërprerja e kontratës së kontrollit mjekësor bazë.
- Shpenzimet administrative u shtuan me 130 milionë lekë (ose 18.8%) ndikuar më së shumti nga pagesat lidhur me shërbimet e mirëmbajtjes së software-ve të Fondit, të shtuar gjatë një viti më parë.
- Shpenzimet e financimit të spitaleve publike u shtuan me 1.9 miliardë lekë (ose 11.1%), kryesisht për përballimin e shpenzimeve lidhur me pandeminë e shkaktuar nga infeksioni Covid-19.

5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve

Në vitin 2020 listëtreguesit e pranuar për rimbursim të barnave & pajisjeve arritën në vlerën 10,708 milionë lekë, ose në masën 96.3% e planifikimit, më pak për vlerën 412 milionë lekë. Nga vlera totale e listëtreguesve të pranuar mbetën palikuiduar në fund të vitit rreth 597 milionë lekë, ose më pak për 375 milionë lekë krahasuar me detyrimet nga viti 2019. Gjatë vitit u likuiduan të gjitha detyrimet nga viti i kaluar rreth 972 milionë lekë.

Gjatë muajit Nëntor 2020, me propozim të Komitetit Teknik të Ekspertëve, Fondi vlerësoi mundësinë e rimbursimit të barnave të paketës së trajtimit ambulator të infeksionit, sipas skemave të trajtimit, bazuar në simptomat (e lehta apo të moderuara), të shfaqura tek pacientët, duke u finalizuar me vendim të Këshillit të Ministrave, nr.908, datë 18.11.2020 “Për miratimin e paketës së barnave për trajtimin ambulator në banesë të personave të diagnostikuar me Covid-19, që do të financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”.

5.2 Financimi i shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor

Shpenzimet e shërbimit të kujdesit shëndetësor parësor (financimi i QSH dhe kontrolli mjekësor bazë) u konstatuan në vlerën 7,294 milionë lekë, ose në masën 97.1% të planifikimit, më pak për vlerën 217 milionë lekë.

Financimi i QSH u bë për diferencë të gjendjes financiare të trashëguar nga viti i mëparshëm, e cila dha efekt kursimi në këtë zë shpenzimi. Janë financuar qendrat shëndetësore për aktivitetin e tyre vjetor, përfshirë financimin shtesë për qendrat që ofrojnë shërbim të pandërprerë gjatë sezonit veror, si dhe paketën e barnave e materialeve të mjekimit për qendrat shëndetësore që bllokohen gjatë dimrit. Financimi i QSH u realizua në vlerën 7,118 milionë lekë, ose 99.4% e planifikimit. Shpenzimet për shërbimin e kontrollit mjekësor bazë të popullsisë të grupmoshës 35-70 vjeç, u konstatuan në vlerën 176 milionë lekë. Këtë vit për shkak të situatës së krijuar nga pandemia e shkaktuar nga infeksioni Covid-19 shërbimi i kontrollit mjekësor bazë për popullsinë nga 35-70 vjeç është dhënë i ndërprerë në periudhat kohore nga data 01 Janar deri 16 Mars 2020, dhe nga data 26 deri 30 Shtator 2020. Ndërprerja dhe rifillimi i dhënies së shërbimit të kontrollit mjekësor bazë u bë bazuar në akte të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në cilësinë e Autoritetit Kontraktor me ofruesin e shërbimit.

5.3 Financimi i shërbimit spitalor

Financimi i Spitalit Rajonal Durrës

Shpenzimet për Spitalin Rajonal Durrës u realizuan në vlerën 955 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.

Spitali Durrës, u financua gjithashtu, me një vlerë shtesë prej 50 milionë lekë, për përballimin e situatës së krijuar nga pandemia, si dhe për realizimin e paketës shëndetësore të kataraktës, nëpërmjet buxhetit të shërbimit spitalor.

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. Plani vjetor i shpenzimeve për shërbimin spitalor (nëpërmjet thesarit) është 23.04 miliardë lekë. Shpenzimet për shërbimet spitalore u konstatuan në vlerën 22.87 miliardë lekë, ose në masën 99.2% të planifikimit, ose më pak për vlerën 175 milionë lekë. Në financimin e shërbimit spitalor nëpërmjet thesarit përfshihen financimet: e spitaleve publike, paketave spitalore në dhënës privatë të shërbimit (spitalet jopublike), trajtimeve shëndetësore

miratuar rast pas rasti me VKM, e kontratave të lidhura me mjekë specialistë në disa spitale rajonale e bashkiake për ofrimin e shërbimit të munguar, e shërbimit të hemodializës të kryer nëpërmjet kontratës së partneritetit publik-privat (PPP), e shërbimit të sterilizimit të personalizuar të pajisjeve kirurgjikale të kryera nga partneriteti publik-privat (PPP). Për përfshirjen në aleancën COVAX FACILITY, e miratuar në parim me VKM nr. 734, datë 16.09.2020, dhe të ratifikuar nga Kuvendi me ligjin nr. 134/2020, “Për ratifikimin e marrëveshjes së angazhimit ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë, përfaqësuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, dhe Aleancës GAVI, për pjesëmarrjen në strukturën globale të qasjes në vaksinat Covid-19 (covax facility)”, bëhet pagesa e angazhimit në vlerën 423 milionë lekë për pjesëmarrjen globale për vaksinat Covid-19.

6. Shpenzime të Tjera të Fondit

6.1 Shpenzimet administrative

Shpenzimet administrative u konstatuan në vlerën 822 milionë lekë, ose në masën 86.2% e planifikimit, më pak për vlerën 132 milionë lekë.

6.2 Shpenzimet për investime

Shpenzimet për investime u realizuan në vlerën 120 milionë lekë, ose në masën 99.1% e planifikimit, më pak për vlerën 1.1 milionë lekë. Vlerën më të madhe të investimit e përbën investimi për software të sistemit të inspektimit të depove dhe farmacive.

7. 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 Fondit, 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.

7.1 Paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor

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

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

Popullsia e deklaruar nga mjekët e familjes në total është 4,071,166 banorë, ku 2,179,696 banorë janë në zonat urbane dhe 1,891,470 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 2020 është 1,489.

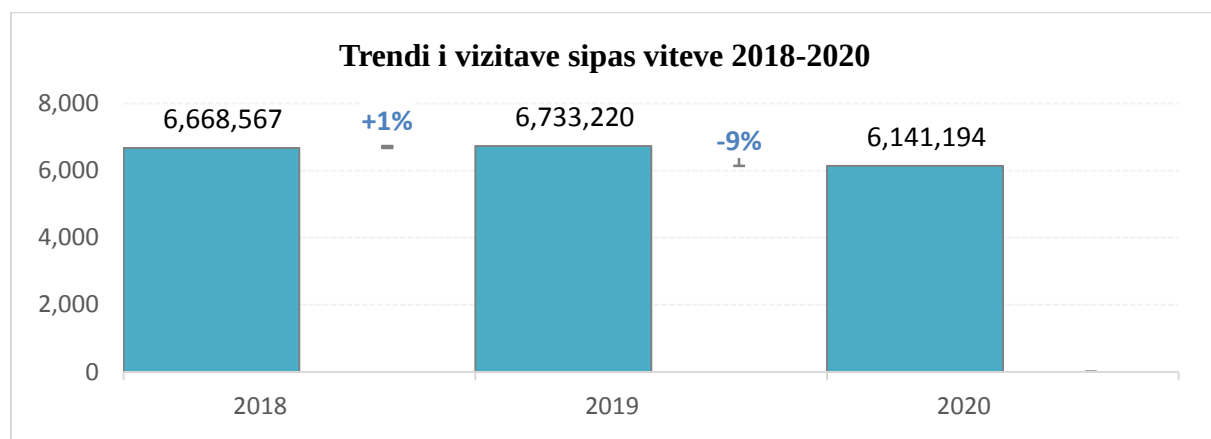
Gjatë vitit 2020 nga ana e Qendrave Shëndetësore të Kujdesit Parësor janë kryer 6,141,194 vizita, nga këto 5,592,496 vizita janë kryer nga Mjekët e Përgjithshëm dhe të Familjes (MPF) dhe 548,698 vizita janë kryer nga Mjekët Specialistë të Qendrave Shëndetësore të Specialiteteve në Tiranë. Përqindja e realizimit në total të numrit të vizitave në rang vendi është 130% dhe mesatarja ditore e vizitave është rreth 11.7.

Numri i infermierëve dhe laborantëve është 6,863, nga të cilët 1,833 janë infermierë të Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes. Numri i mjekëve specialistë është 312.

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).

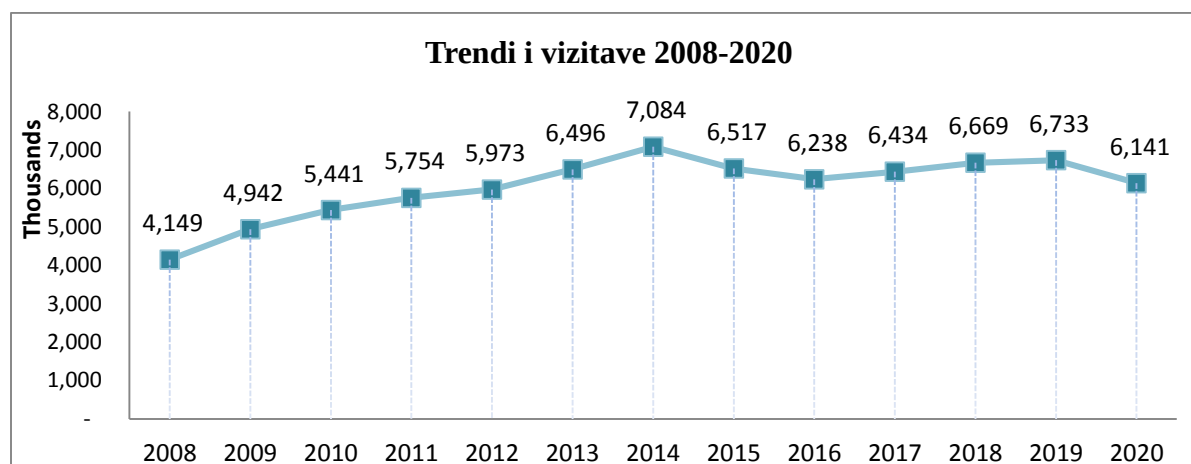
Kufizimi i lëvizjes së pacientëve në sistemin shëndetësor parësor sipas Urdhërit të Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me Nr. 159, datë 11.03.2020 "*Për kufizimin e lëvizjes së pacientëve, shoqëruesve dhe/ose familjarëve dhe organizimin e shërbimeve në institucionet e kujdesit shëndetësor ku kryhen vizita dhe konsulta ambulatorie*", Urdhërit Nr. 156, datë 10.03.2020 "*Për marrjen e masave të veçanta për parandalimin e përhapjes së infeksionit të shkaktuar nga COVID-19*" me qëllim mbrojtjen e shëndetit të popullatës nga COVID-19, shmangien e grumbullimit të pacientëve, organizimin e shërbimeve duke nxitur përdorimin e shërbimeve online, telemjekësisë, ka ndikuar në uljen e numrit të vizitave në rang vendi në krahasim me vitet e mëparshme.

➤ **Vizitat e realizuara për periudhën 2018 - 2020 nga Qendrat Shëndetësore të Kujdesit Parësor**

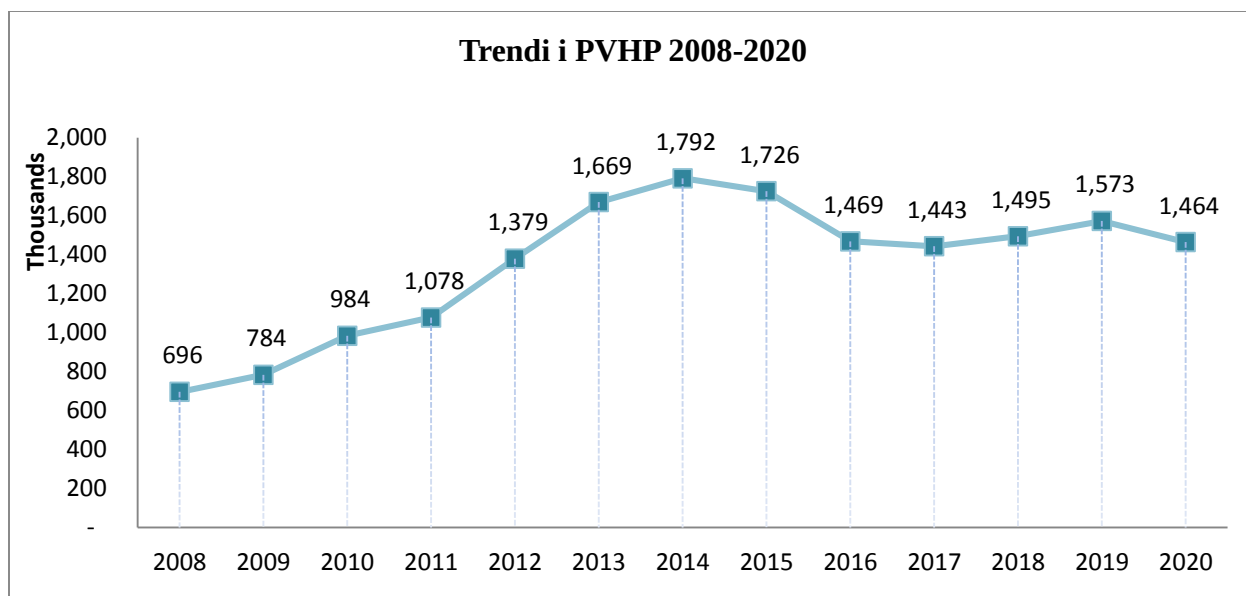


Paraqitja grafike e mësipërme tregon trendin e vizitave të kryera nga qendrat shëndetësore të kujdesit parësor gjatë viteve 2018-2020 dhe ndryshimin midis viteve të shprehur në përqindje. Nga krahasimi i numrit të vizitave vihet re një rritje e lehtë e vizitave rreth 1% nga viti 2018 në 2019 dhe një ulje me rreth 9% në vitin 2020, ulje kjo si pasojë kufizimit të lëvizjes së pacientëve në sistemin shëndetësor parësor.

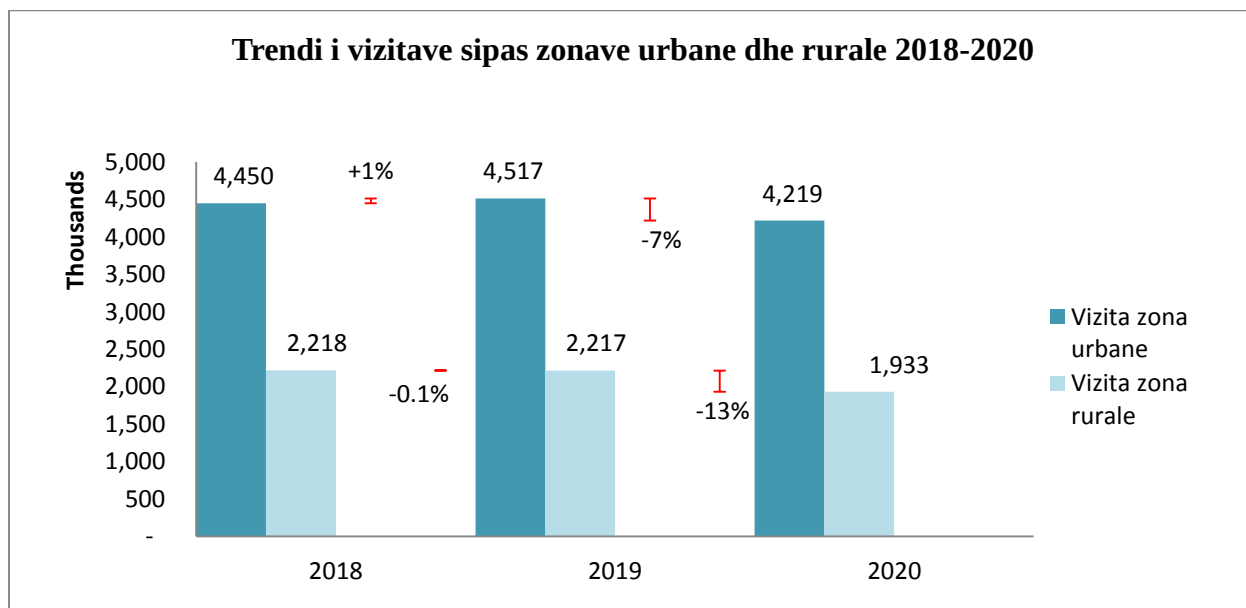
Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrave të vizitave të mjekëve të QSH në kujdesin parësor gjatë viteve 2008 – 2020:



Trendi i personave të paraqitur për herë të parë për vizitë tek mjeku në QSH gjatë viteve 2008-2020 paraqitet në grafikun e mëposhtëm:



a) Vizitat e kryera sipas zonave urbane dhe rurale 2018-2020

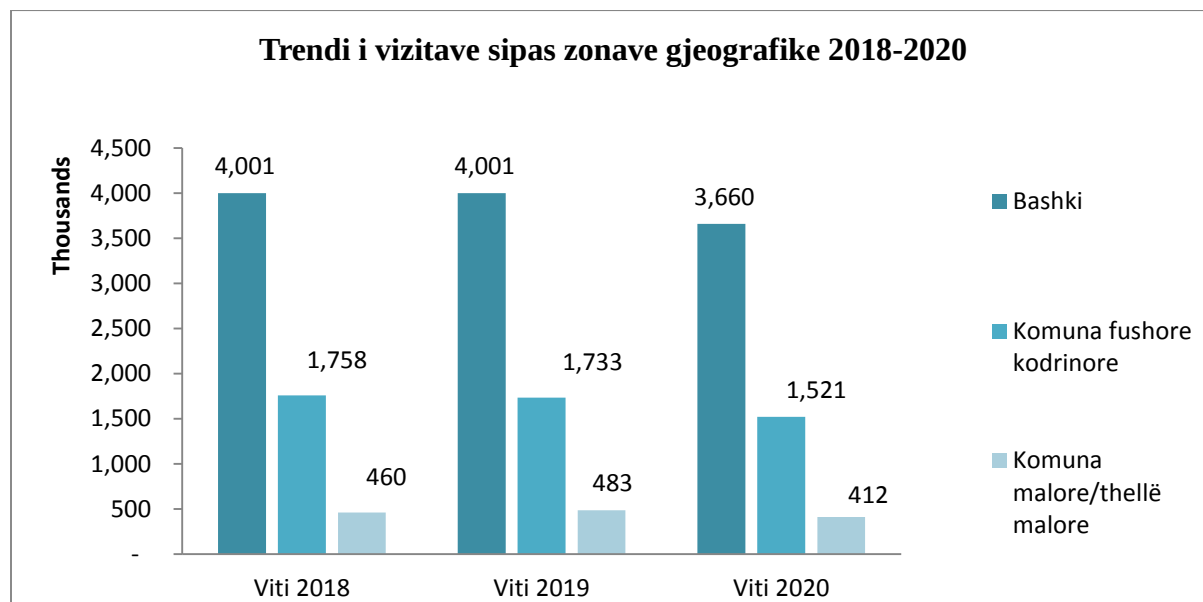


Në grafikun e mësipërm, jepen të dhënat sipas zonave urbane/rurale gjatë viteve 2018-2020 si dhe diferenca e shprehur në (%) midis viteve. Gjatë viteve 2018-2019 nuk kemi ndryshim të dukshëm të vizitave në zonat urbane dhe rurale. Ndërsa, në vitin 2020 këto vizita u ulën me rreth 7% për zonat urbane dhe 13% për zonat rurale.

b) Vizitat e realizuara sipas zonave gjeografike, Bashki, Komunë Fushore / Kodrinore, Komunë Malore/Thellë malore 2018-2020

Shpërndarja e vizitave sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitet 2018-2020 paraqitet si më poshtë:

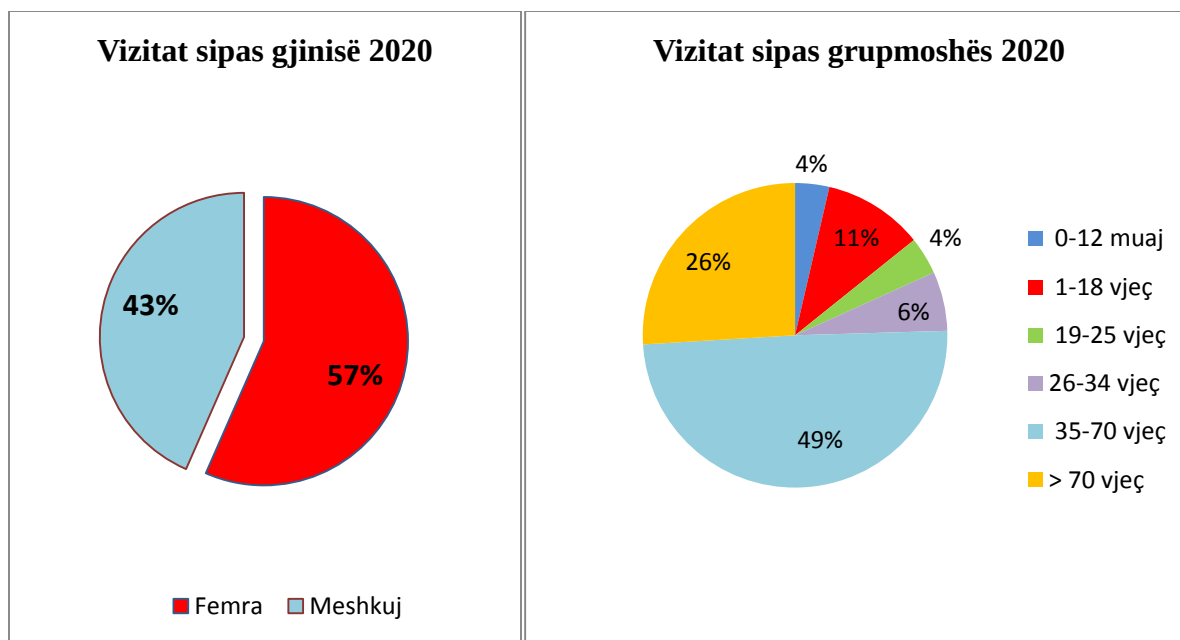
- vizitat nga MPF e Qendrave Shëndetësore në Bashki gjatë viteve 2018-2019 paraqiten me vlera afërsisht të njëjta, ndërsa gjatë vitit 2020 u ulën me ~ 342 mijë vizita ose 9%;
- vizitat nga MPF e Qendrave Shëndetësore në zonat Komunë Fushore/Kodrinore gjatë viteve 2018-2019 janë ulur lehtësisht me ~ 25 mijë vizita (ose 1.4%), ndërsa gjatë vitit 2020 kjo ulje u bë më e dukshme me ~212 mijë vizita (ose 12%) më pak.
- vizitat nga MPF në Qendrat Shëndetësore të zonave Komunë Malore/Thellë Malore në vitin 2019, u rritën me ~23 mijë vizita (ose 5%). Ndërkohë, gjatë vitit 2020 vizitat u ulën me ~ 72 mijë vizita (ose 15%) më pak.



c) Shpërndarja e vizitave sipas të dhënave demografike gjatë vitit 2020 nga sistemi e-vizita

Sistemi e-vizita që mundëson regjistrimin, administrimin dhe përpunimin online të vizitave të pacientëve nga ofruesit e kujdesit shëndetësor parësor, përfundoi shtrirjen në të gjithë vendin me 1 Qershor 2020.

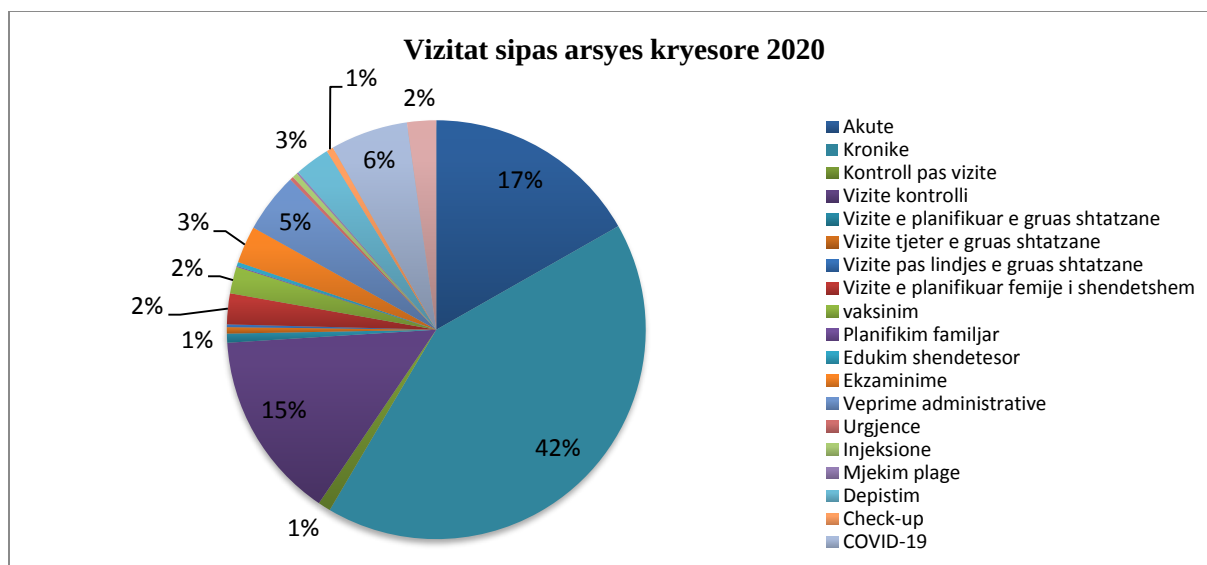
Nga sistemi e-vizita për periudhën kur u mundësua shtrirja në të gjithë vendin, u morën të dhënat si më poshtë:



Nga realizimi i vizitave të kryera në Qendrat Shëndetësore të kujdesit parësor në rang vendi, 57% e pacientëve që kanë marrë kujdes shëndetësor janë femra dhe 43% meshkuj. Grupmosha 35-70 vjeç zë pjesën më të madhe të vizitave totale rreth 49%, e ndjekur nga grupmosha mbi 70 vjeç (26%) dhe grupmosha 1-18 vjeç (11%).

d) Shpërndarja e vizitave sipas arsyes kryesore të vizitës, nga sistemi e-vizita

Vizitat e të sëmurëve kronike përbëjnë pjesën më të madhe të vizitave totale të kryera gjatë vitit 2020 (nga sistemi e-vizita), me rreth 42%. Ndërsa, vizitat akute zënë rreth 17% të vizitave totale, vizitat e kontrollit 15% të vizitave totale dhe vizitat COVID-19 zënë 6% të vizitave totale për vitin 2020.



➤ Realizimi i Indikatorëve të Cilësisë në përqindje, sipas viteve 2018-2020

Indikatorët për matjen e cilësisë në qendra shëndetësore janë:

Indikatori **I “PVHP”** (përqindja e pacientëve të regjistruar që janë vizituar për herë të parë nga personeli shëndetësor) me standart vjetor 80%, u realizua gjatë vitit 2020 në masën 38%, afërsisht me të njëjtat vlera si 2018 por me një ulje rreth 1% me vitin 2019.

Indikatori **II “Diagnozat”** (vlera e rimbursimit për pacient sipas katër diagnozave të zgjedhura) me standart jo më shumë se 5% mbi vlerën rajonale të rimbursimit për pacient sipas diagnozës u realizua në masën 99% dhe në krahasim me 2018 dhe 2019 (97%), u rrit me 2%.

Indikatori **III “Kronikët”** (përqindja e pacientëve kronikë të vizituar/trajtuar me recetë me rimbursim nga MPF) me standart 95%, tregoi një trend rritës nga viti 2018 (68%) në 2019 (73%), por që u ul lehtësisht me 1% në vitin 2020 (72%).

Indikatori **IV “Gra Shtatzana”** (përqindja e grave shtatzëna që marrin vizitën e parë të detyrueshme brenda tremujorit të parë të shtatzanisë) me standart 90%, u realizua në masën 56% tregoi një trend rritës për periudhën 2018-2020.

Indikatori **V “Fëmijët e vaksinuar”** (përqindja e fëmijëve të moshës 0-14 vjeç të vaksinuar) me standart 95%, u realizua në masën 93% dhe me një ulje të lehtë rreth 2% në krahasim me dy vitet e fundit.

Indikatori **VI “Fëmijë 0-1 vjeç”** (përqindja e fëmijëve 0-1 vjeç që marrin vizitat e detyrueshme nga personeli shëndetësor) me standart 100%, u realizua në masën 91% dhe ka shfaqur një trend rritës nga 2018-2020.

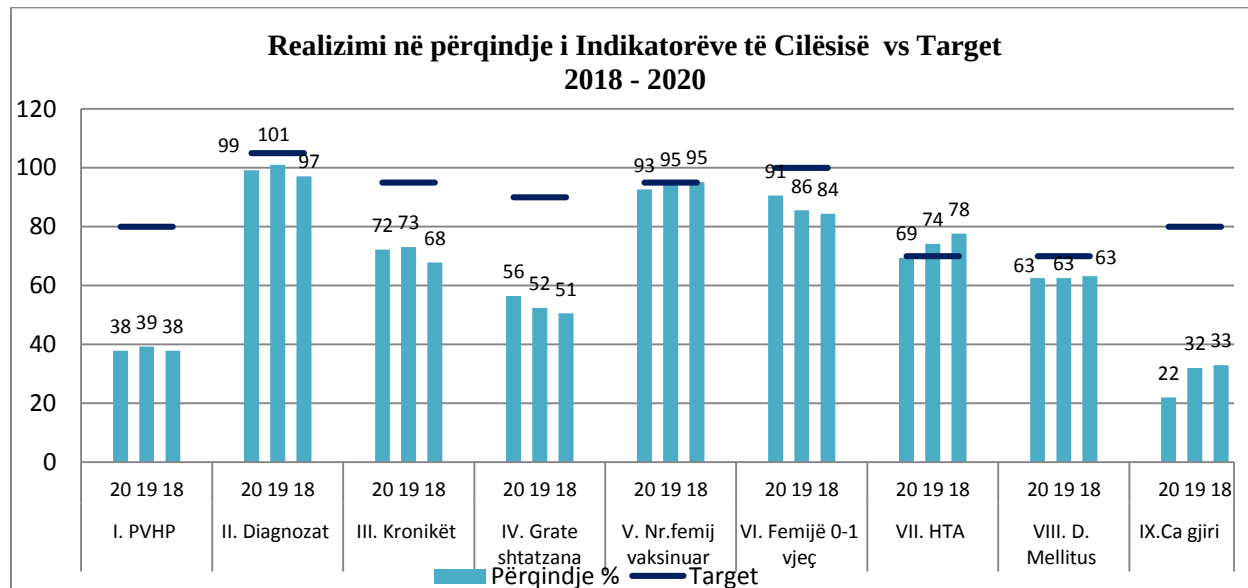
Indikatori **VII “HTA”** (përqindja e pacientëve me HTA që kanë vlerat e tensionit arterial brenda normave) me standart 70%, u realizua në masën 69% për vitin 2020 dhe tregoi një trend në zbritje për periudhën 2018 në 2020.

Indikatori **VIII “Diabet”** (përqindja e pacientëve me Diabet Mellitus që kanë nivelin e glicemisë esëll/HbA1c brenda normave) me standart 70%, u realizua në masën 63% dhe ka shfaqur të njëjtin trend për periudhën 2018-2020.

Indikatori **IX “Ca gjiri”** (përqindja e grave mbi 35 vjeç të depistuar me Ca gjiri) me standart vjetor 80% në vitin 2020, u realizua në masën 22%, u ul ndjeshëm me rreth 10% dhe 11% respektivisht me vitin 2019 dhe vitin 2018.

Kufizimi i lëvizjes së njerëzve si pasojë e pandemisë COVID-19, me qëllim mbrotjen e shëndetit të popullatës, shmangien e grumbullimit të pacientëve, organizimin e shërbimeve duke nxitur përdorimin e shërbimeve online, telemjekësisë, ka ndikuar në ulje të numrit të vizitave në rang vendi dhe në ulje të indikatorëve të cilësisë në krahasim me periudhën 2018-2019.

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet realizimi në përqindje i të 9 (nëntë) indikatorëve të cilësisë në rang vendi, krahasuar me standartin për periudhën 2018-2020.



7.2 Kontrolli mjekësor bazë

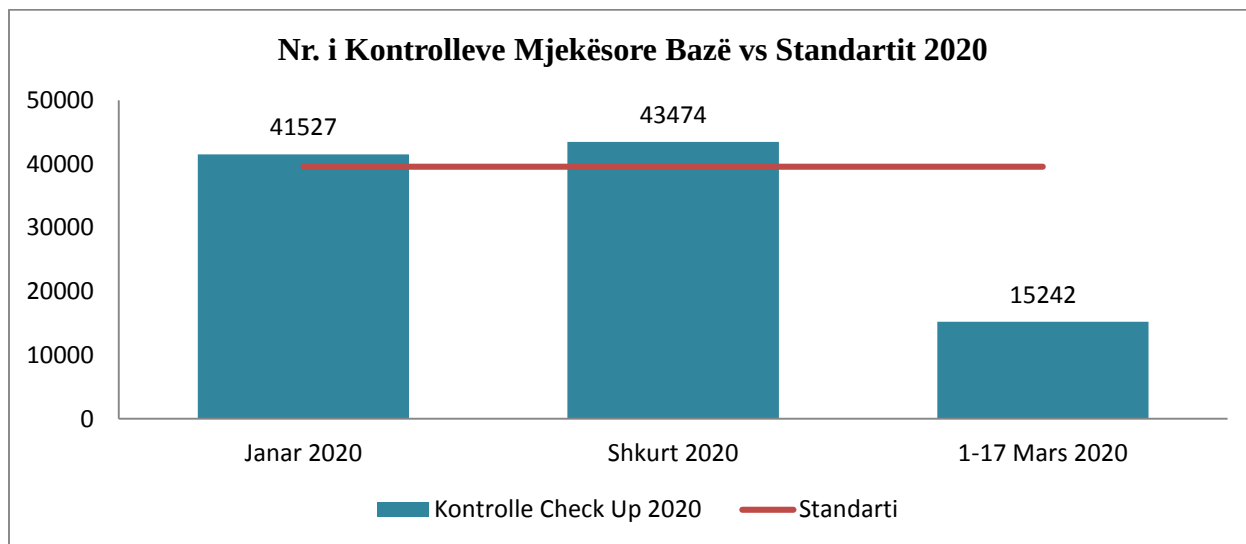
Ofrimi i paketës së Kontrollit Mjekësor Bazë (KMB) realizohet bazuar në Vendimin nr. 185, datë 02.04.2014 “Për përcaktimin e mënyrës së realizimit të kontrollit mjekësor bazë për shtetasit e moshës 35-70 vjeç”, ndryshuar me VKM, nr. 721, datë 12.10.2016.

Për vitin 2020 për periudhën që është ofruar shërbimi i kontrollit mjekësor bazë janë kryer gjithsej 101,426 kontrolle.

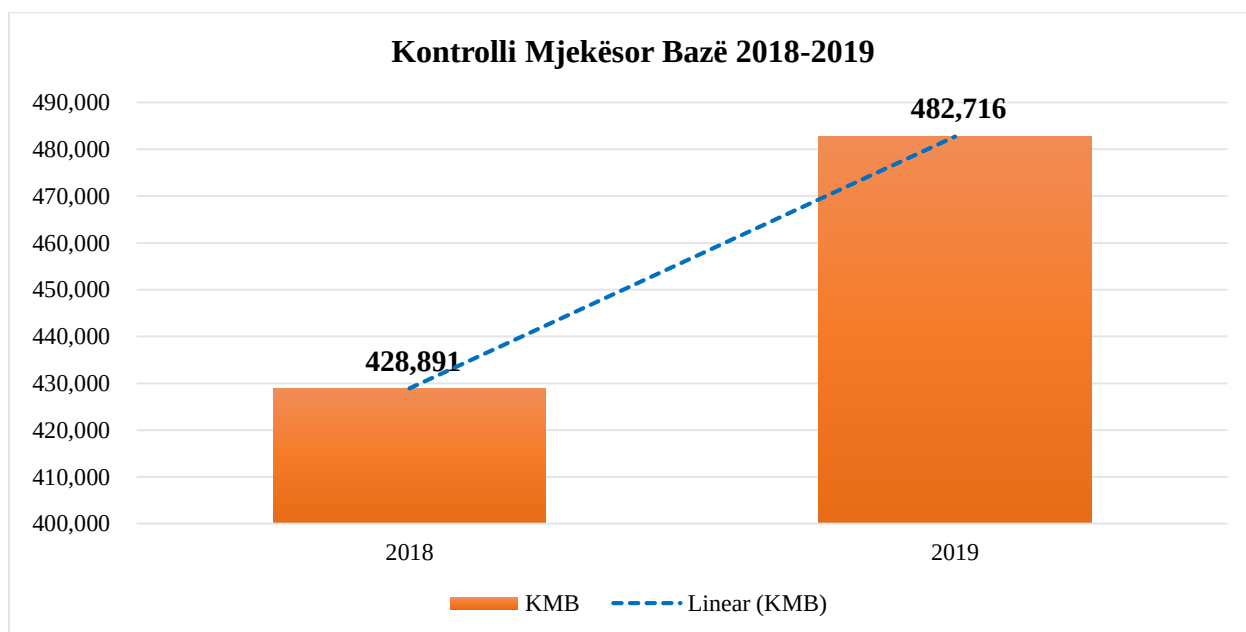
Për shkak të situatës së krijuar nga masat e marra në lidhje me pandeminë e shkaktuar nga infeksioni Covid-19, është kryer pezullimi i përkohshëm i zbatimit të detyrimeve kontraktore që

rrjedhin nga kontrata konçesionare “Për ofrimin e Paketës së Shërbimit të Kontrollit Mjekësor Bazë për grupmoshat 40-65 vjeç”, e ndryshuar, në muajin Mars 2020.

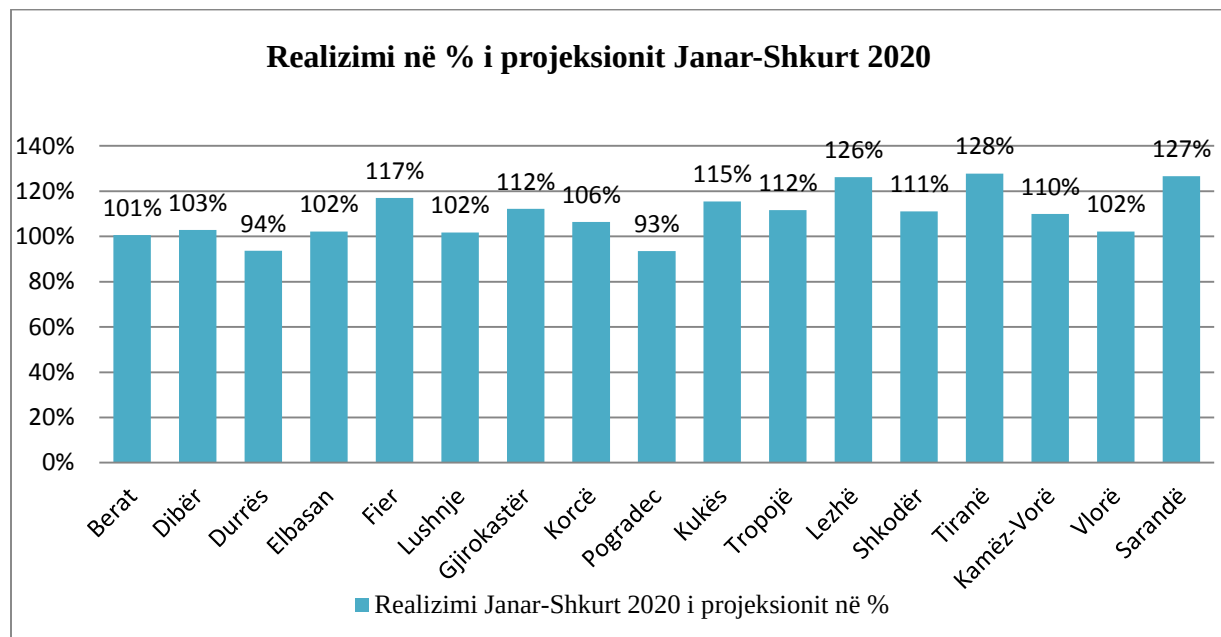
Gjatë periudhës Janar – Shkurt 2020, theksojmë se u tejkalua projeksioni mujor mbi kontrollin mjekësor bazë.



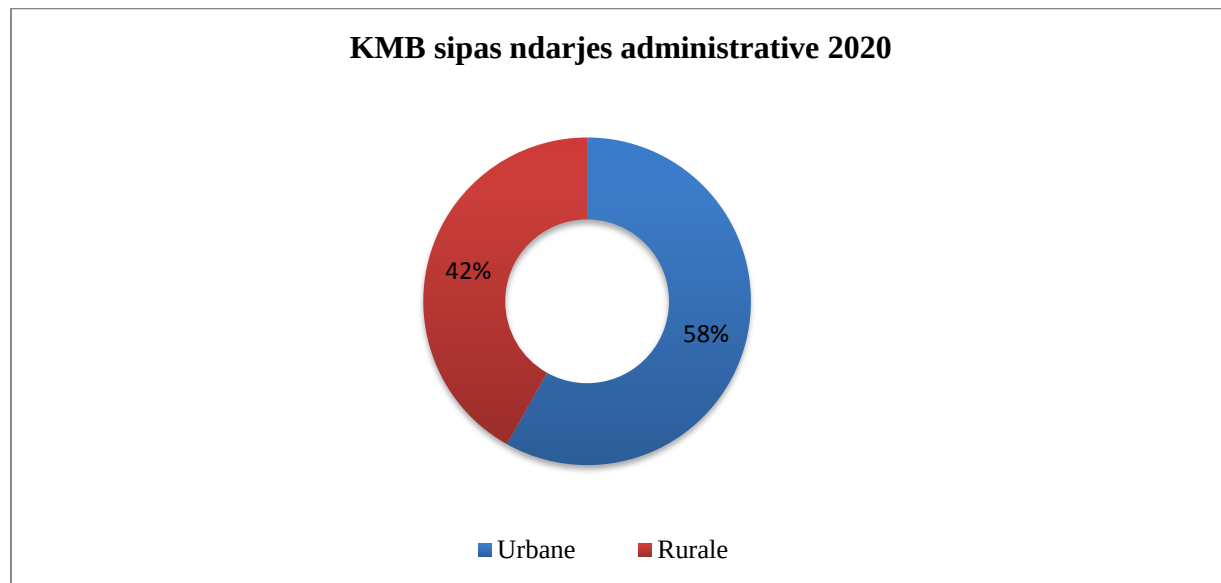
Gjithashtu për vitin 2019 kontrolli mjekësor bazë ka patur një realizim mbi projeksionin vjetor.



Realizimi i planit të projeksionit të kontrollit mjekësor bazë për periudhën Janar-Shkurt 2020:

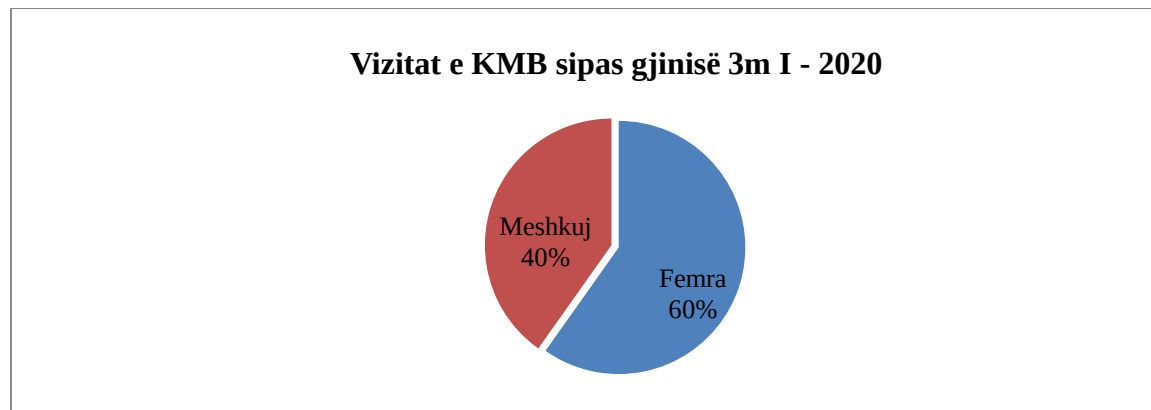


Sipas ndarjes administrative në zona urbane dhe rurale, kontrolli mjekësor bazë për periudhën Janar-17 Mars 2020 dhe 26-30 Shtator 2020, paraqitet në grafikun si më poshtë:



Sipas grafikut, përqindjen më të lartë të realizimit të kontrolleve mjekësore bazë për vitin 2020, e kanë zonat urbane, 58%.

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



7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor

Në kontratën me spitalet në vitin 2020 janë monitoruar gjithsej 15 indikatorë të performancës dhe cilësisë. Në totalin e indikatorëve të monitoruar në vlerësimin e performancës spitalore janë: numri i shtrimeve, niveli i shfrytëzimit të shtratit, përqindja e shtrimeve urgjente në spital si dhe ditëqëndrimi mesatar.

Në muajin Mars 2020 me qëllim mbrotjen e shëndetit të popullatës nga COVID-19, shmangien e grumbullimit të pacientëve, organizimin e shërbimeve, MSHMS nxorri:

Urdhërin me Nr. 160, datë 11.03.2020 “Për ndërprerjen e ndërhyrjeve kirurgjikale të planifikuara në të gjithë strukturat spitalore publike dhe jopublike” të ndryshuar;

Urdhërin me Nr. 147, datë 9.03.2020 “Për ndërprerjen e ndërhyrjeve kirurgjikale të planifikuara në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe Spitalin “Shefqet Ndroqi”, të ndryshuar;

Urdhërin me Nr. 189, datë 19.03.2020 “Për ndërprerjen e ndërhyrjeve kirurgjikale të urgjencës në Shërbimin e Kirurgjisë së Përgjithshme I, Shërbimin e Kirurgjisë Urologjike II, Shërbimin e Kirurgjisë së Përgjithshme Digjестive III, për patologjitë malinje në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” si dhe të ndërhyrjeve kirurgjikale të urgjencës, për patologjitë malinje në Spitalin Universitar “Shefqet Ndroqi” dhe transferimin e tyre pranë Spitalit Universitar të Traumës”;

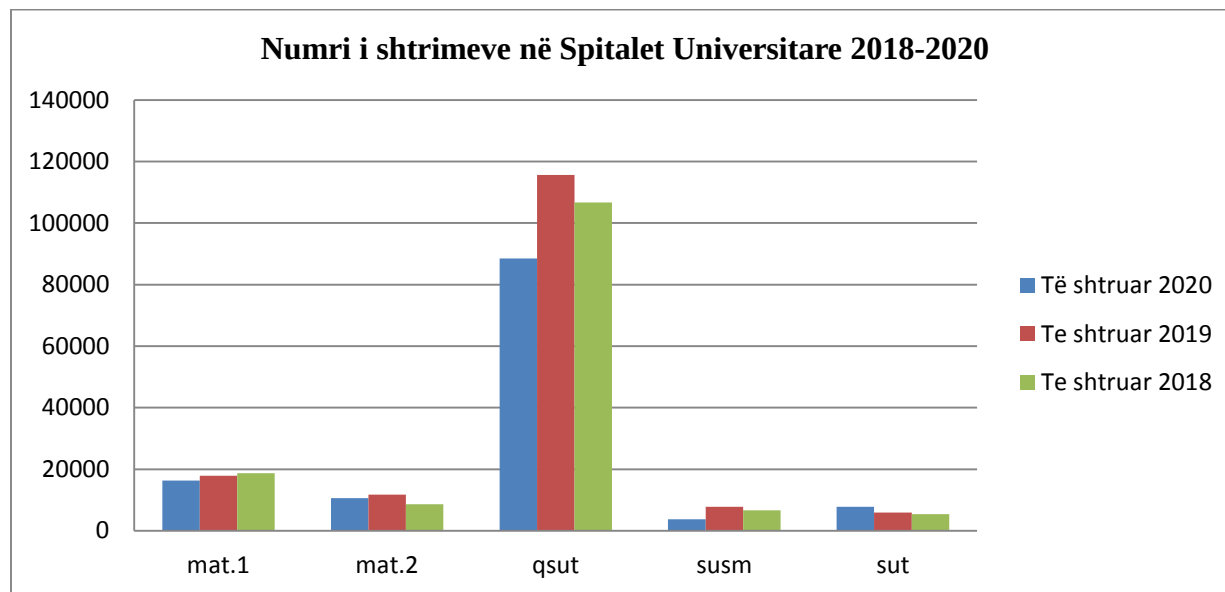
Pandemia dhe kufizimi i lëvizjes në institucionet shëndetësore ka ndikuar që disa indikatorë të mos jenë në nivelin e vitit 2019.

a. Numri i shtrimeve

Për vitin 2020 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 218,408 pacientë. Numri i shtrimeve sipas spitaleve rezultoi: për Spitalet Rajonale 68,480 pacientë, për Spitalet Universitare

126,986 pacientë dhe për Spitalet Bashkiake 22,942 pacientë. Nga spitalet universitare vihet re se QSUT ka numrin më të lartë të shtrimeve me 88,519 pacientë.

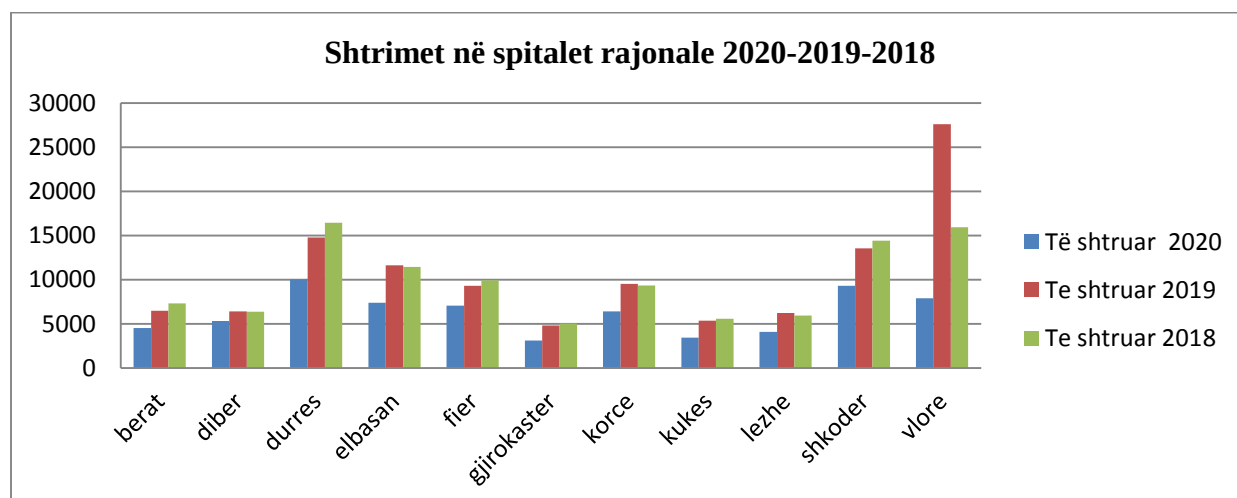
Krahasimi i shtrimeve në spitalet universitare për tre vitet e fundit paraqitet si vijon:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Universitare 2020-2019-2018 vihet re një ulje e konsiderueshme e numrit të shtrimeve për vitin 2020 si pasojë e pandemisë.

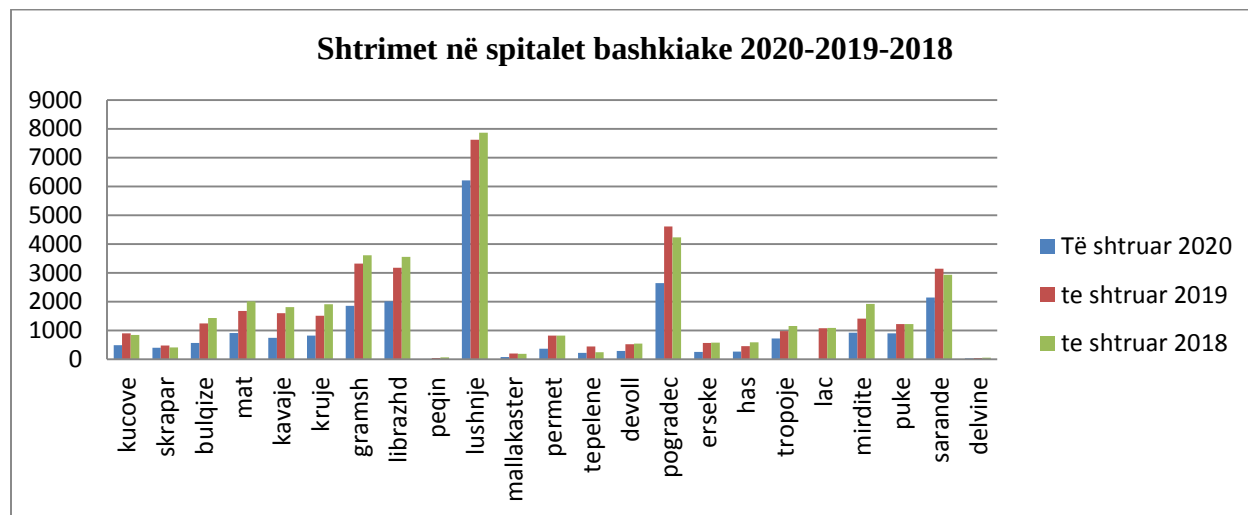
Numri i shtrimeve gjatë vitit 2020 për Spitalet Universitare në total, rezulton më i ulur krahasuar me vitin 2019, me 32,058 shtrime më pak.

Krahasimi i numrit të shtrimeve në spitalet rajonale 2020-2019-2018:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në spitalet rajonale për vitet 2020-2019-2018, vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2020 ka një ulje me rreth 47,104 shtrime më pak si pasojë e pandemisë.

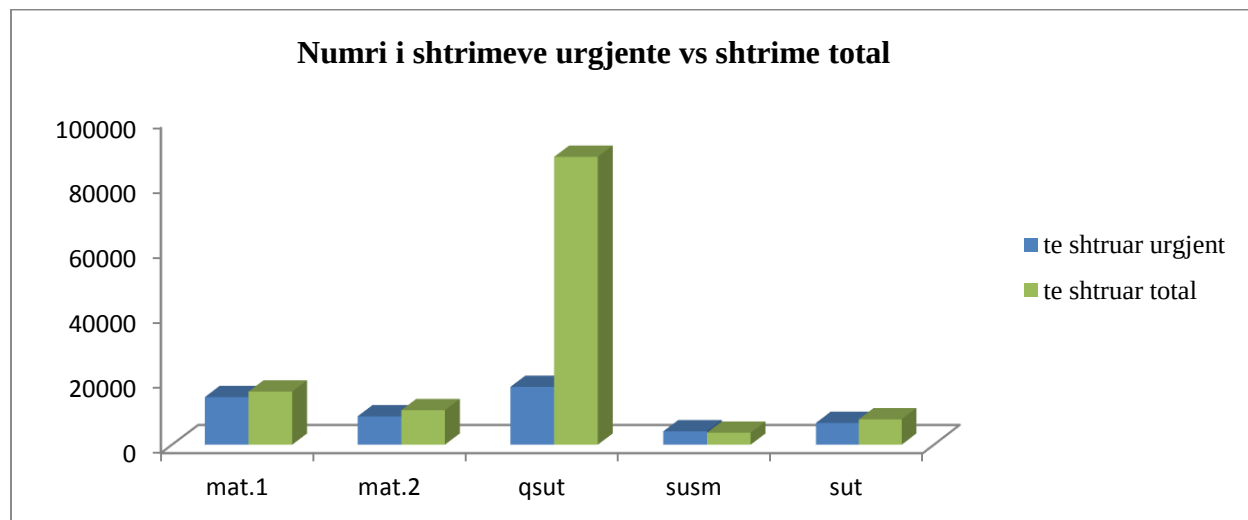
Krahasimi i numrit të shtrimeve në spitalet bashkiake 2020-2019-2018:



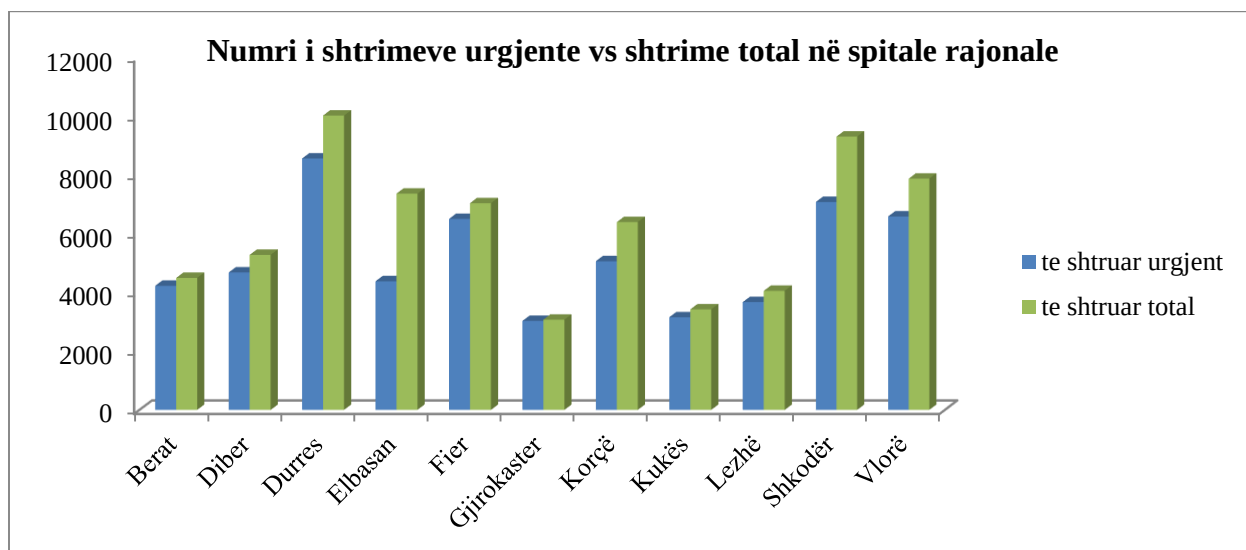
Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në spitalet bashkiake për vitet 2020-2019- 2018, vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2020 ka një ulje me rreth 14,205 shtrime më pak, si pasojë e pandemisë.

Një indikator i performancës së spitaleve është përqindja e shtrimeve urgjente në spital.

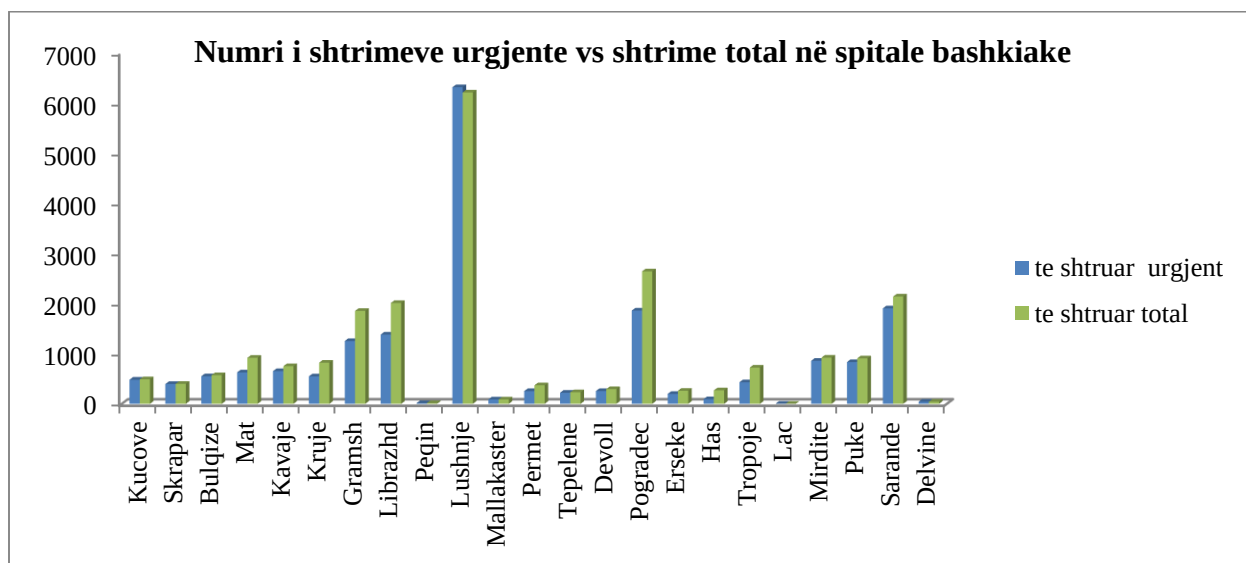
Për vitin 2020, 41 % të shtrimeve në spitalet universitare e zënë shtrimet nga urgjenca.



Për vitin 2020, 83.4 % e shtrimeve në spitalet rajonale e zënë shtrimet nga urgjenca, me 57,107 shtrime.



Për vitin 2020, 84.0 % të shtrimeve në spitalet bashkiake e zënë shtrimet nga urgjenca.

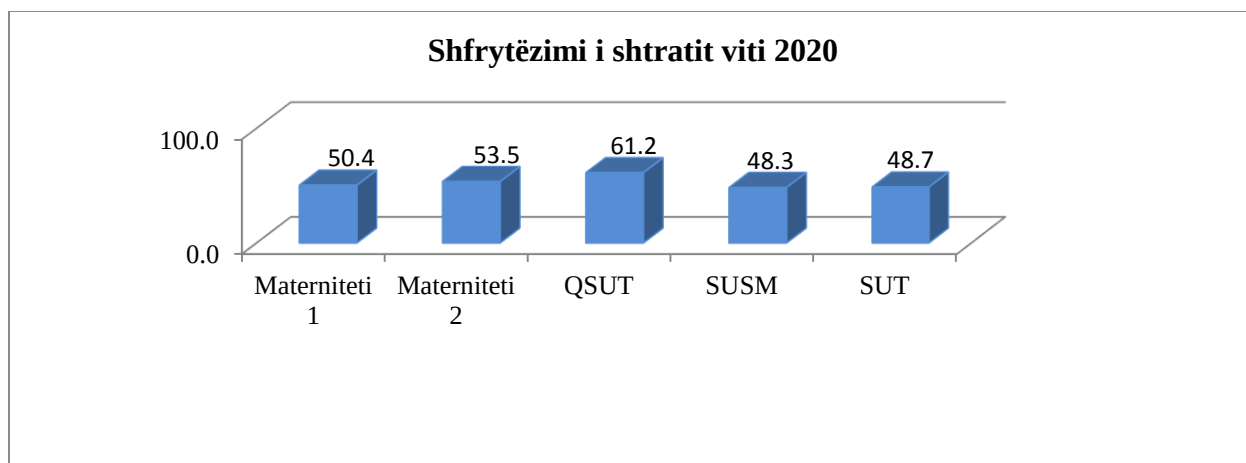


b. Shfrytëzimi i shtratit

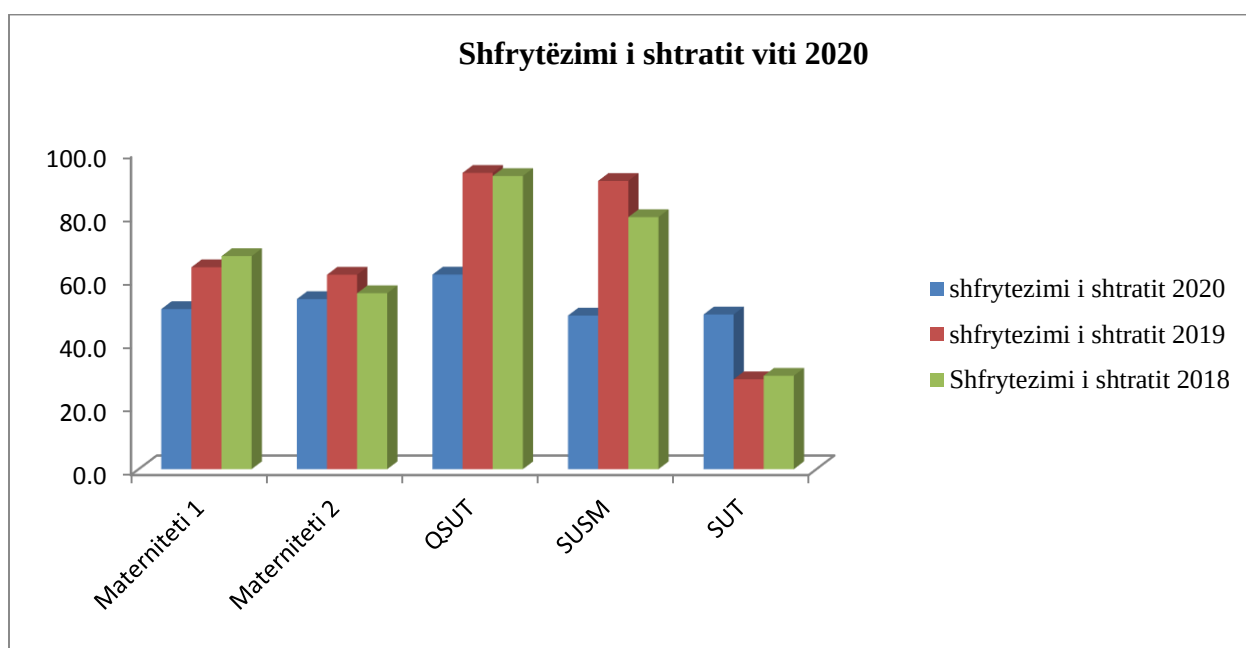
Shfrytëzimi i shtratit, si një indikator tepër i rëndësishëm i efijencës spitalore paraqitet në nivele të ulura për disa spitale, si pasojë e pandemisë.

Më poshtë do të gjeni grafikët krahasues për shfrytëzimin e shtratit në spitalet universitare rajonale dhe bashkiake.

Spitalet Universitare 2020

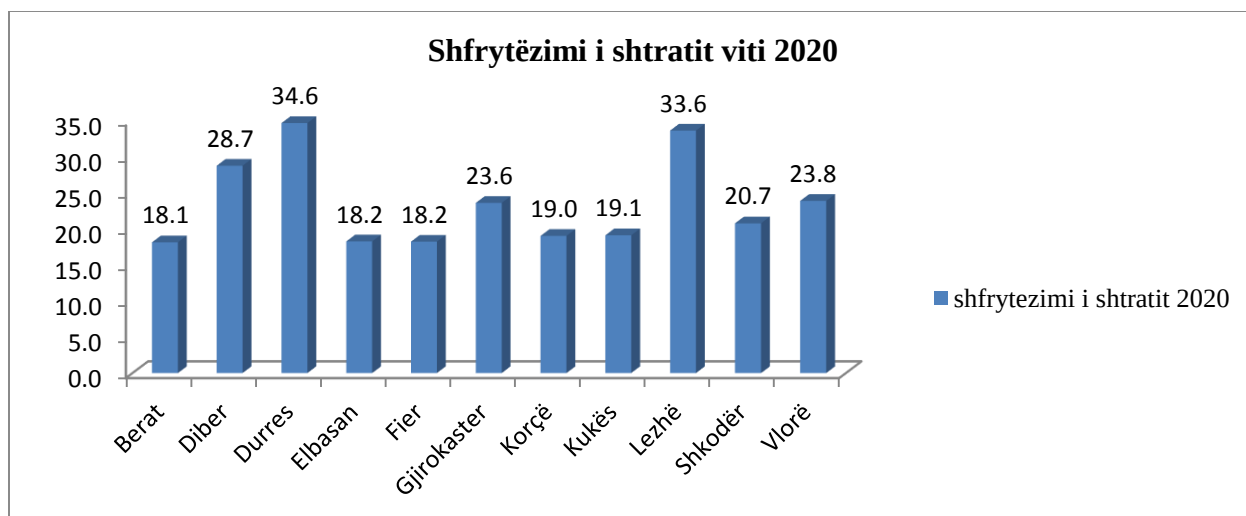


Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit 2020-2019-2018 për spitalet universitare:

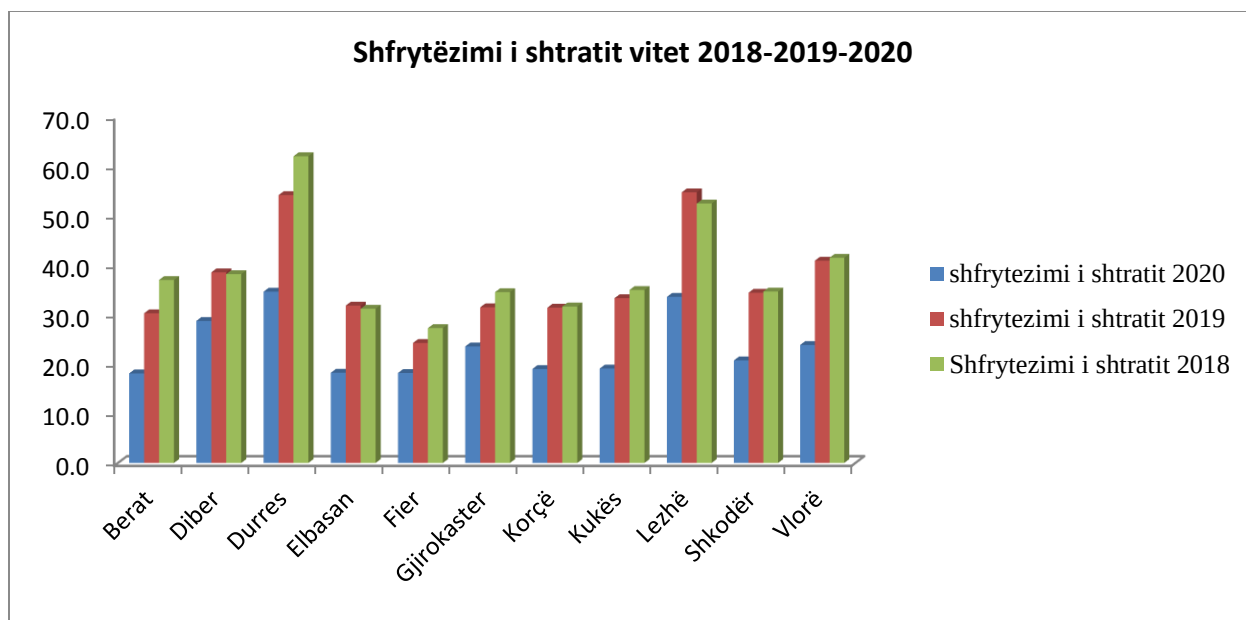


Për Spitalin Universitar të Traumës kemi një rritje të indikatorit të shfrytëzimit të shtratit për vitin 2020, si pasojë e urdhërave të nxjerra nga MSHMS, ndërsa vihet re një ulje e këtij indikator në vlerë mesatare për vitin 2020 në spitalet Universitare.

Spitalet Rajonale 2020



Krahasimi i shfrytëzimit të shtratit në spitalet rajonale për periudhën 2020-2019-2018:



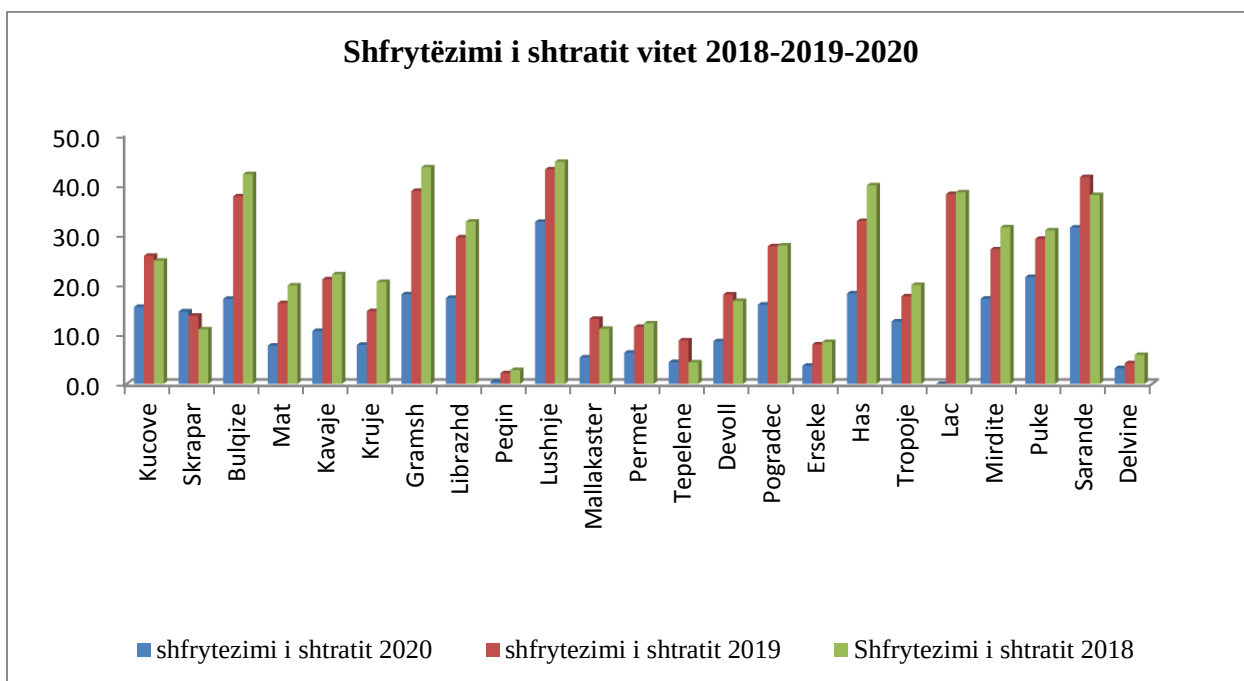
Nga krahasimi i mësipërm vihet re një ulje e këtij indikator në të gjithë spitalet rajonale si pasojë e pandemisë.

Spitalet Bashkiake 2020



Indikatori i shfrytëzimit të shtratis rezulton më i ulur për spitalet bashkiake krahasuar me vitin 2019 dhe 2018.

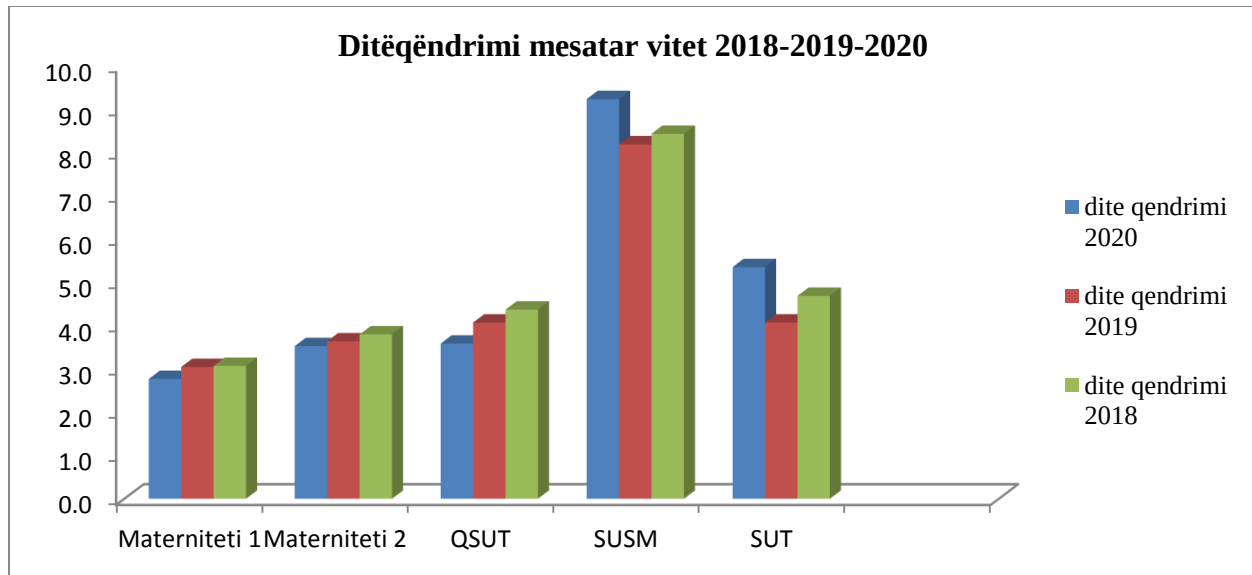
Më poshtë grafiku krahasues 2020-2019-2018:



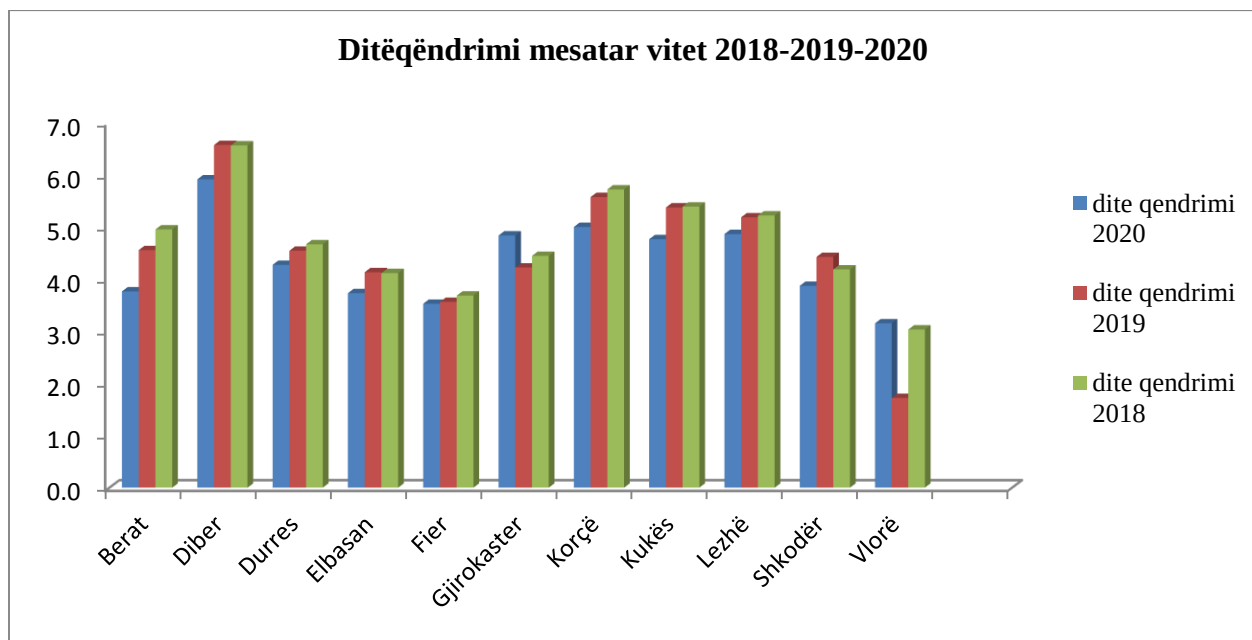
c. Indikatori i ditëqëndrimit mesatar

Më poshtë do të gjeni grafikët krahasues për ditëqëndrimin mesatar në spitalet universitare rajonale dhe bashkiake, të krahasuara sipas viteve 2020-2019-2018.

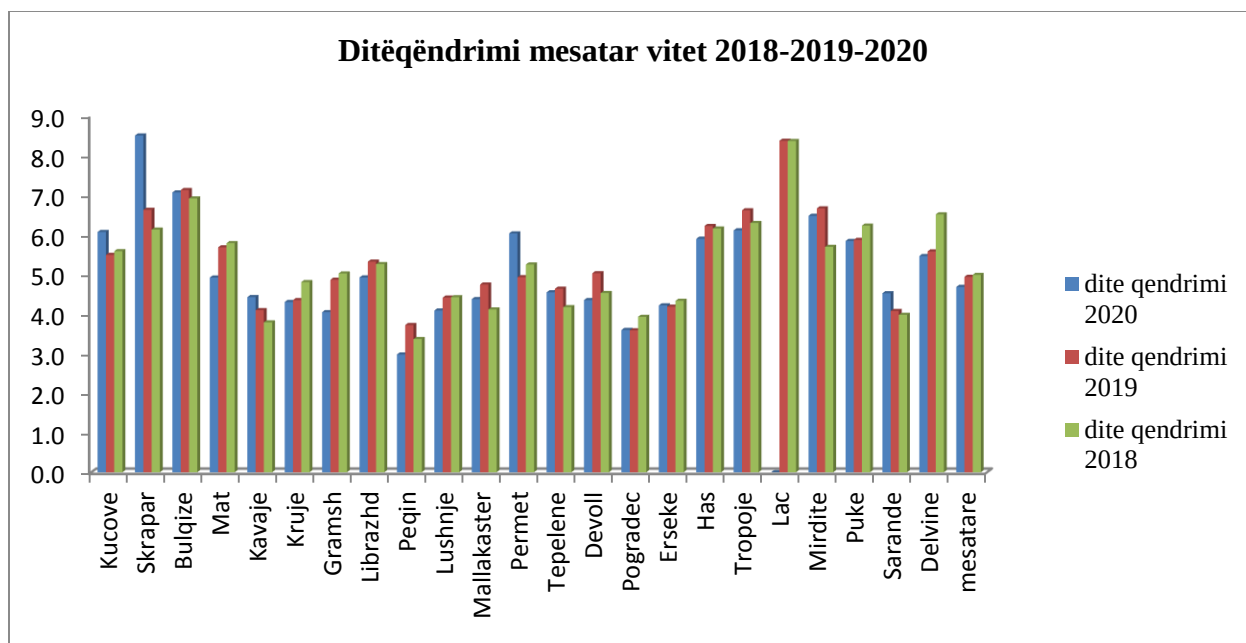
Spitalet Universitare



Spitalet Rajonale

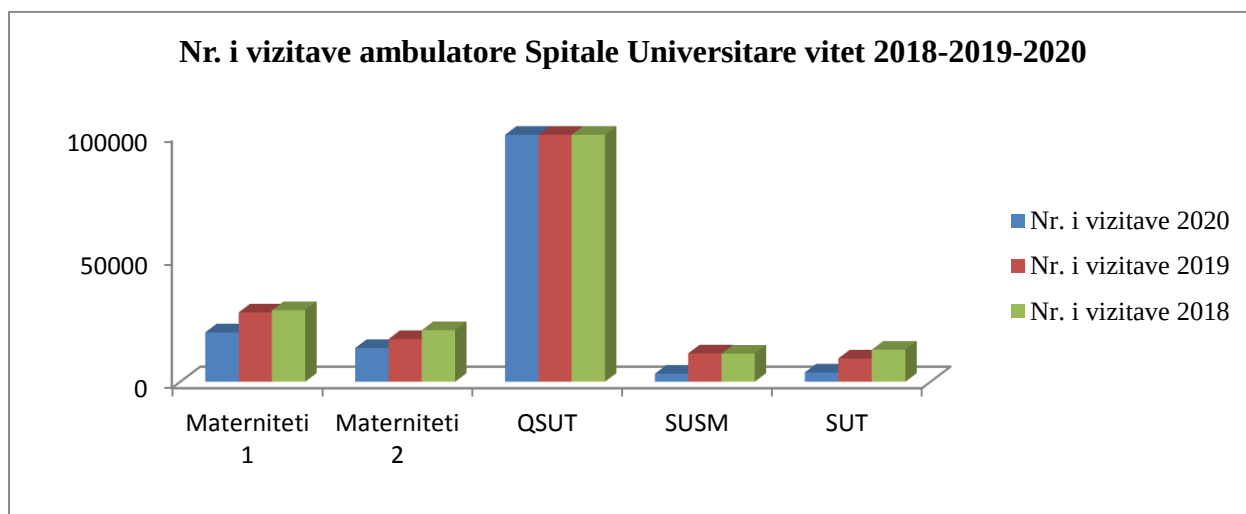


Spitalet Bashkiake



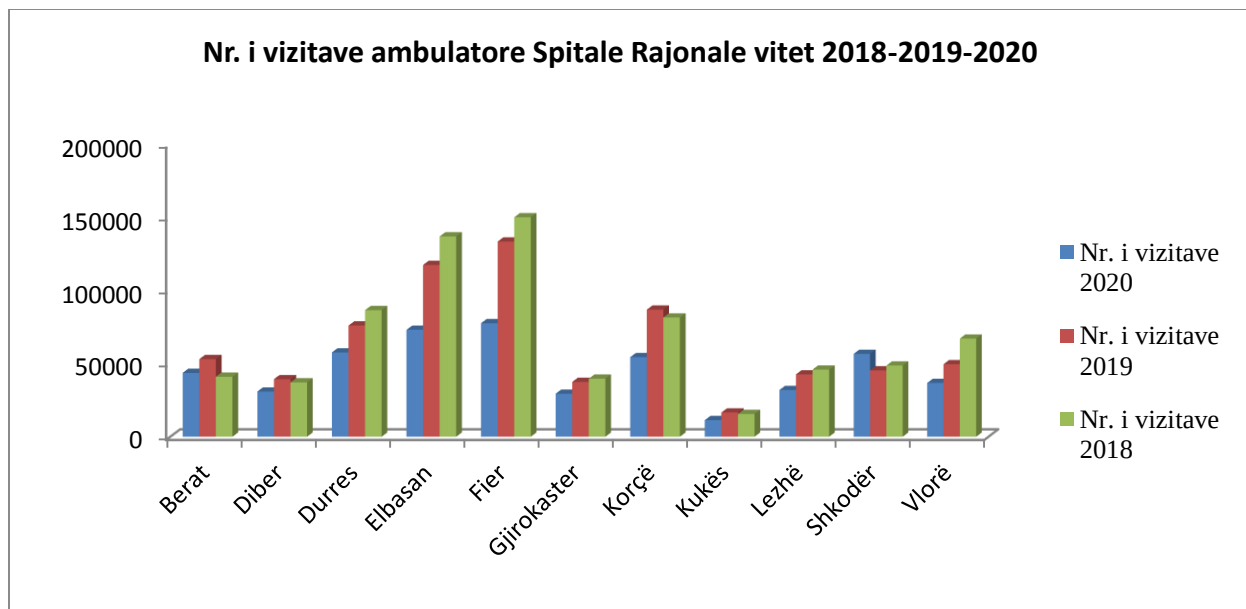
d. Vizitat Ambulatore

Në grafikun e mëposhtëm jepet në total krahasimi i numrit të vizitave ambulatorie të specializuara për spitalet universitare 2020-2019-2018:

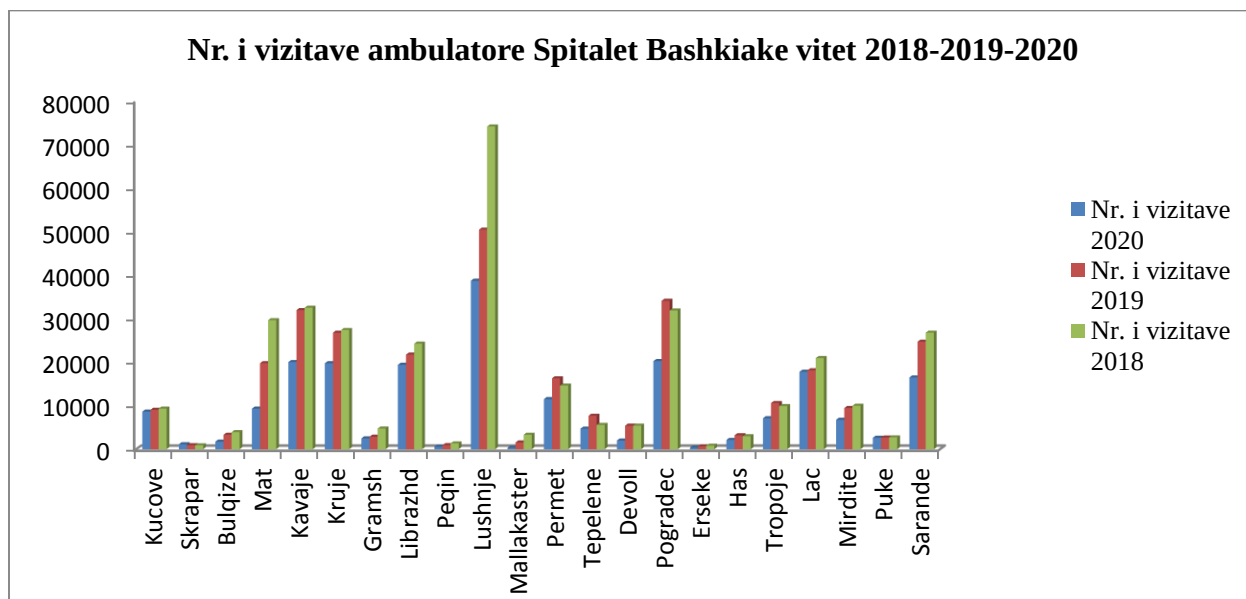


Për vitin 2020 rezulton se kemi një rënie të numrit të vizitave ambulatorie në spitalet universitare në krahasim me vitet 2019-2018, si pasojë e pandemisë dhe kufizimit të lëvizjeve.

Në grafikun e mëposhtëm jepet në total krahasimi i numrit të vizitave ambulatorie të specializuara për spitalet rajonale për vitet 2020-2019-2018:



Në grafikun e mëposhtëm jepet në total krahasimi i numrit të vizitave ambulatorie të specializuara për spitalet bashkiake për vitet 2020-2019-2018.



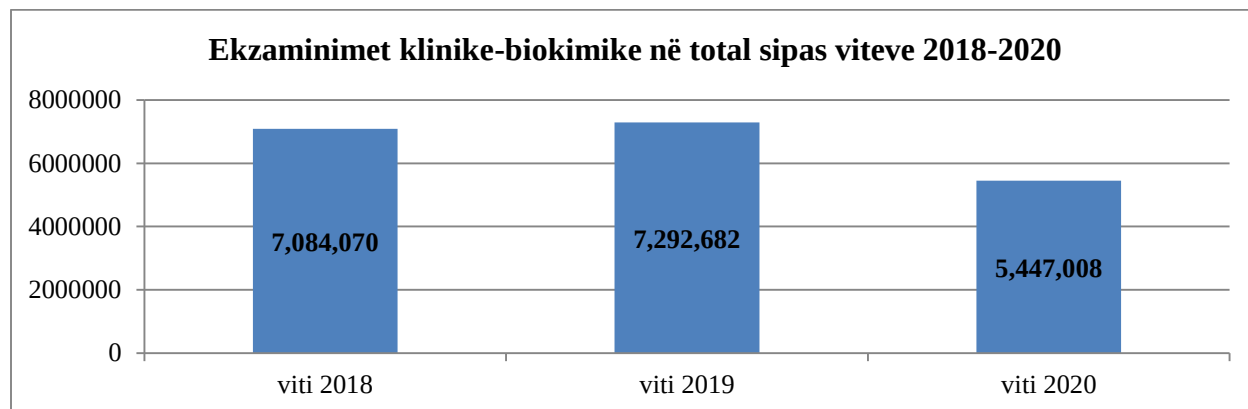
Nga grafiku rezulton se kemi një ulje të numrit të vizitave në spitalet bashkiake për vitin 2020, si pasojë e pandemisë.

e. Ekzaminimet Laboratorike

Ekzaminimet klinike-biokimike:

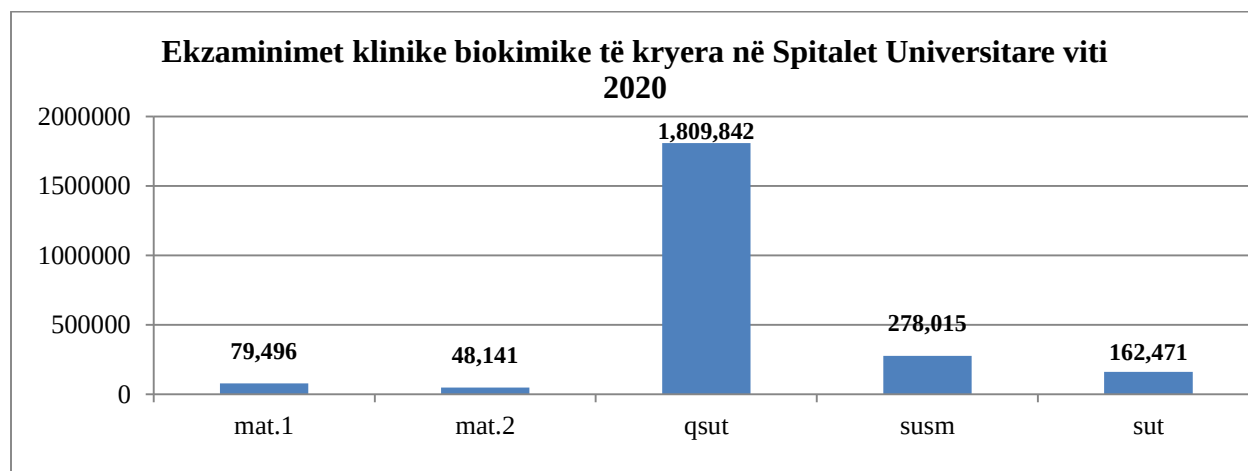
Nga analizimi dhe përpunimi i të dhënave të raportuara nga të gjithë spitalet e kontraktuara nga Fondi, rezulton të jenë realizuar në total për periudhën Janar - Dhjetor 2020 5,447,008 ekzaminime klinike-biokimike. Nga këto, spitalet universitare kanë raportuar 2,377,965 ekzaminime, spitalet rajonale kanë raportuar 2,172,444 ekzaminime, ndërsa spitalet bashkiake kanë raportuar 896,599 ekzaminime klinike.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në total në spitalet rajonale, bashkiake dhe universitare për vitet 2018-2019-2020.



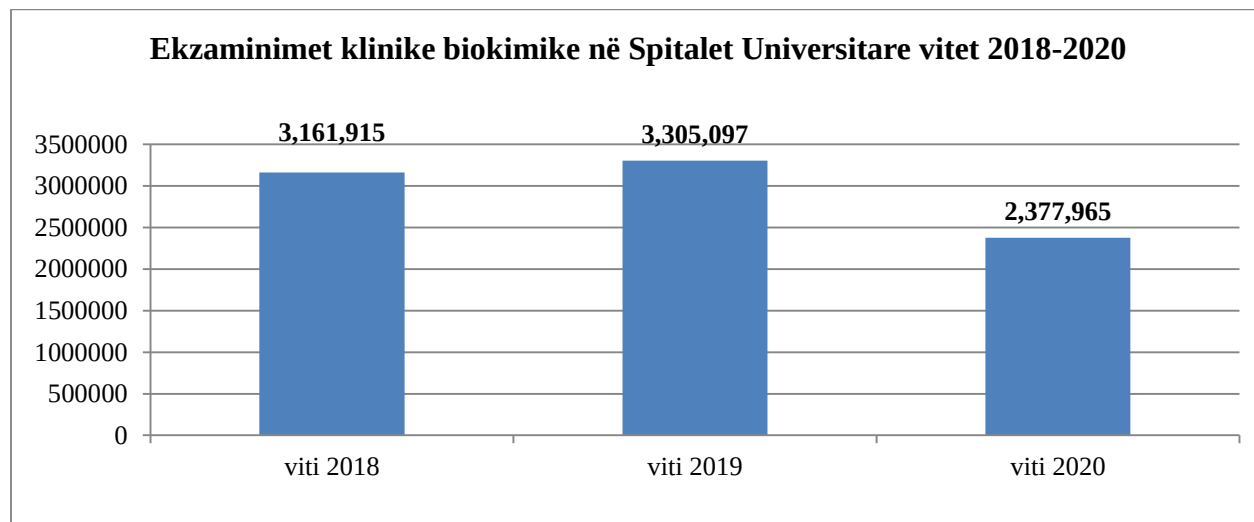
Nga grafiku vihet re se për vitin 2020 kemi numrin më të ulët të ekzaminimeve klinike të kryera në total për të gjitha spitalet, kjo si pasojë e pandemisë.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në spitale universitare për vitin 2020:



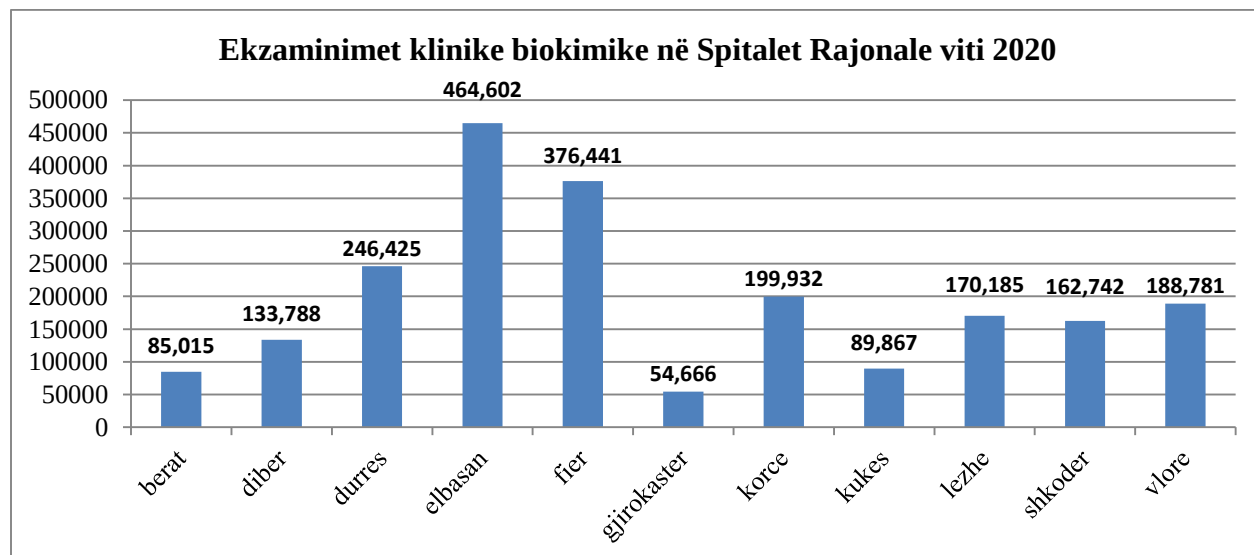
Nga grafiku vihet re se QSUT ka numrin më të lartë të ekzaminimeve klinike biokimike të kryera për vitin 2020.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në total në spitalet universitare për vitet 2018-2020:

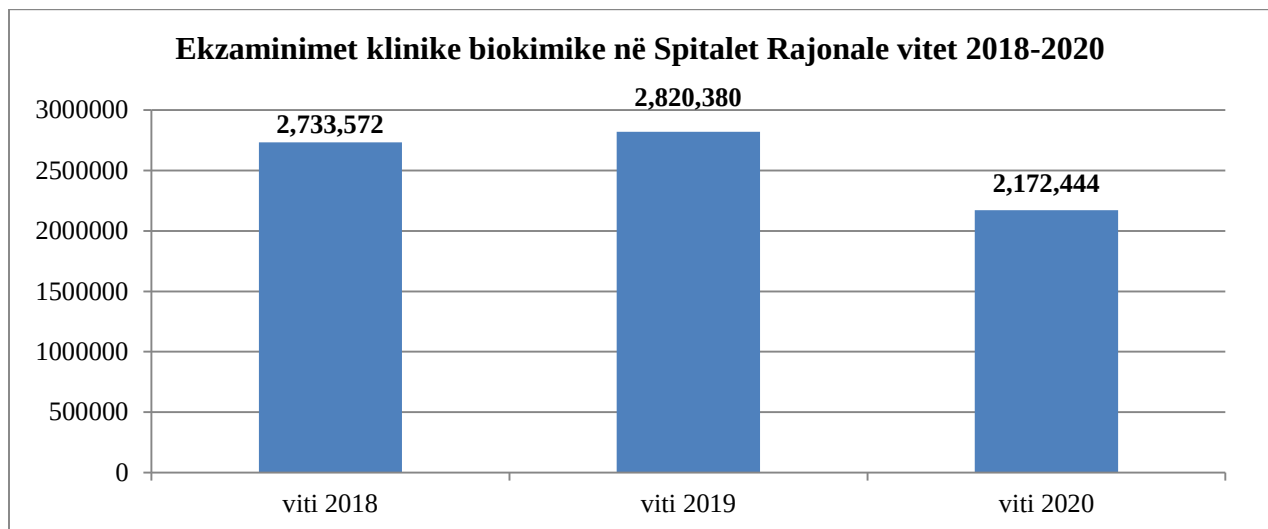


Nga grafiku krahasues 2020-2019-2018 vihet re se për vitin 2020 kemi numrin më të ulët të ekzaminimeve klinike të kryera në total në spitalet universitare.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në total në spitalet rajonale për vitin 2020:

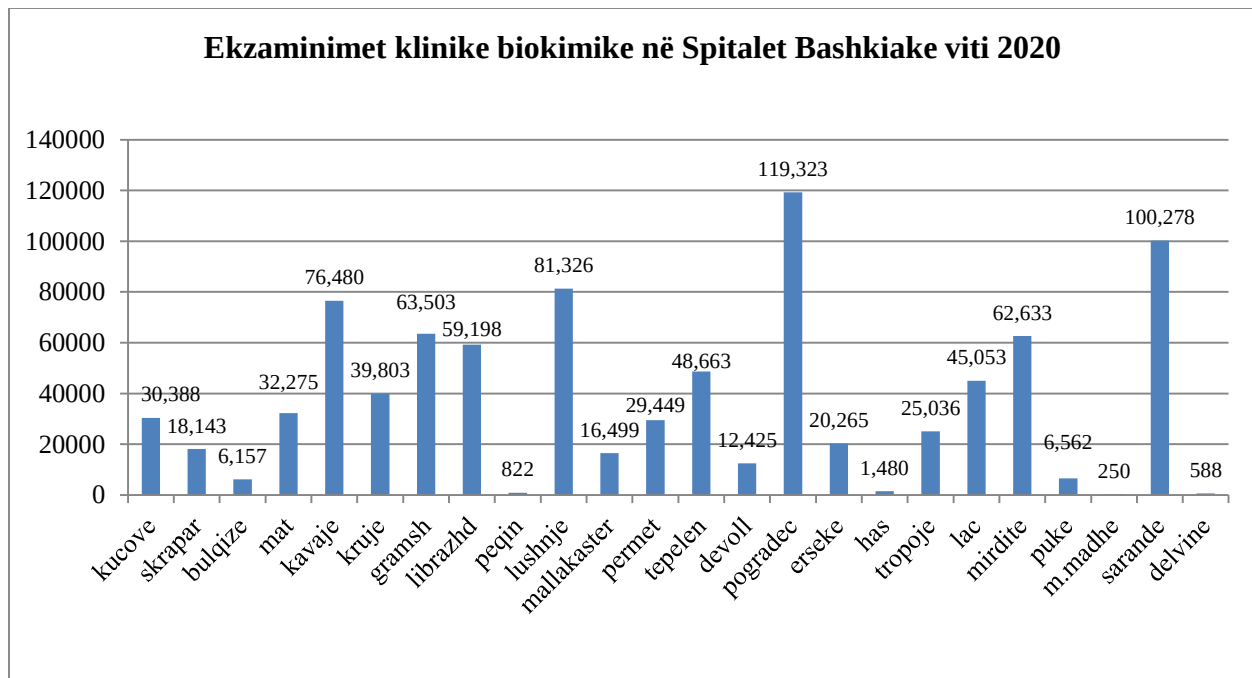


Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në total në spitalet rajonale për vitet 2018-2019-2020:

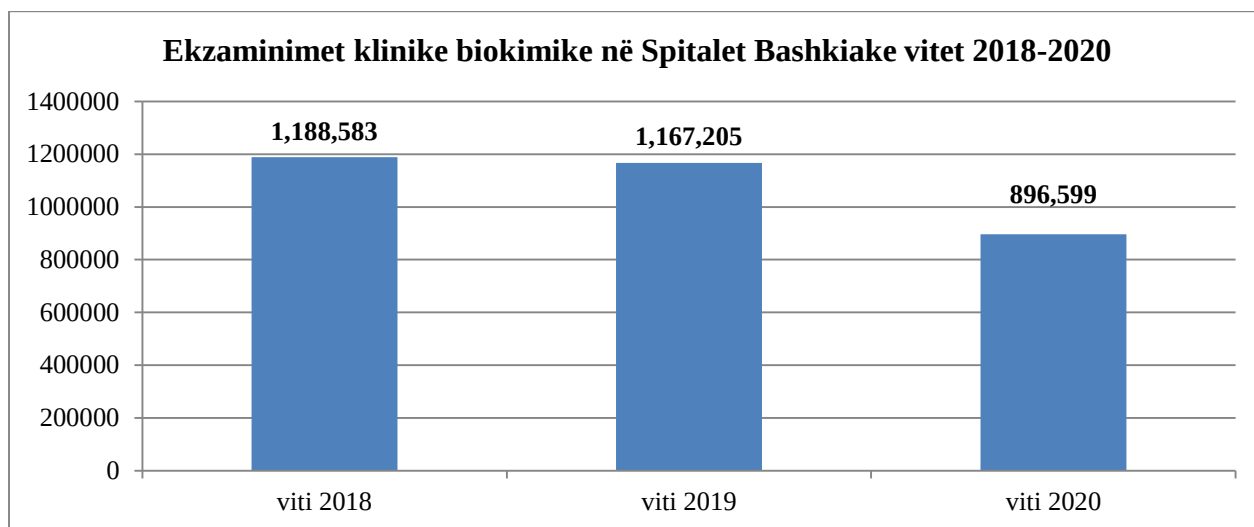


Nga grafiku krahasues 2020-2019-2018 vihet re se për vitin 2020 kemi numrin më të ulët të ekzaminimeve klinike të kryera në spitalet rajonale.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në spitalet bashkiake për vitin 2020.



Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në total në spitalet bashkiake për vitet 2018-2019-2020:

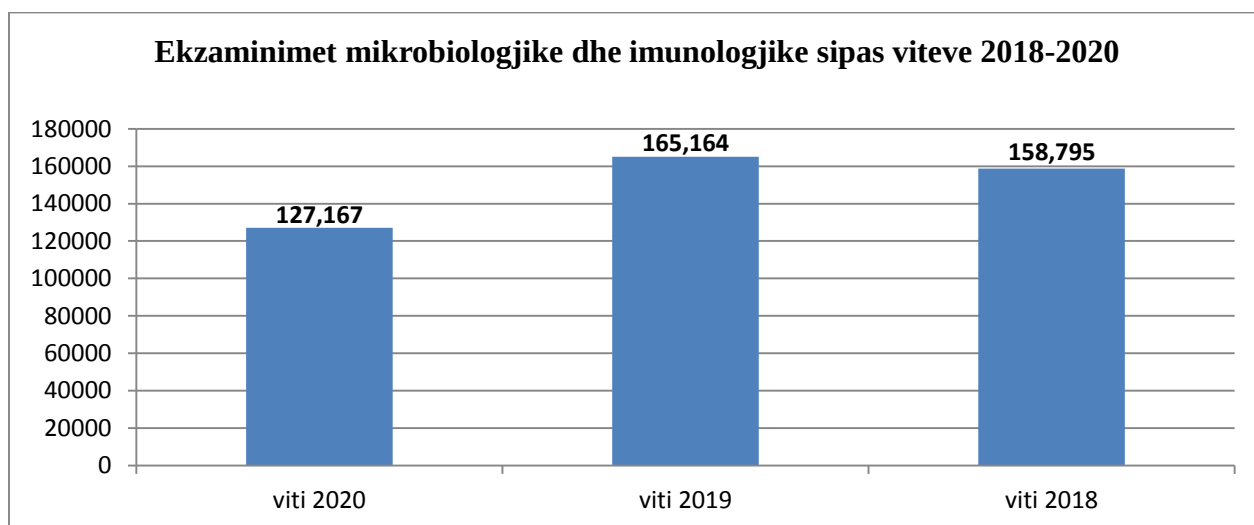


Nga grafiku krahasues 2018-2019-2020 vihet re se për vitin 2020 kemi numrin më të ulët të ekzaminimeve klinike të kryera në spitalet bashkiake.

Ekzaminimet mikrobiologjike dhe imunologjike

Për vitin 2020 janë kryer në total 127,152 ekzaminime mikrobiologjike dhe imunologjike në të gjithë spitalet rajonale bashkiake dhe universitare.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve të kryera në spitale për vitet 2018-2020:



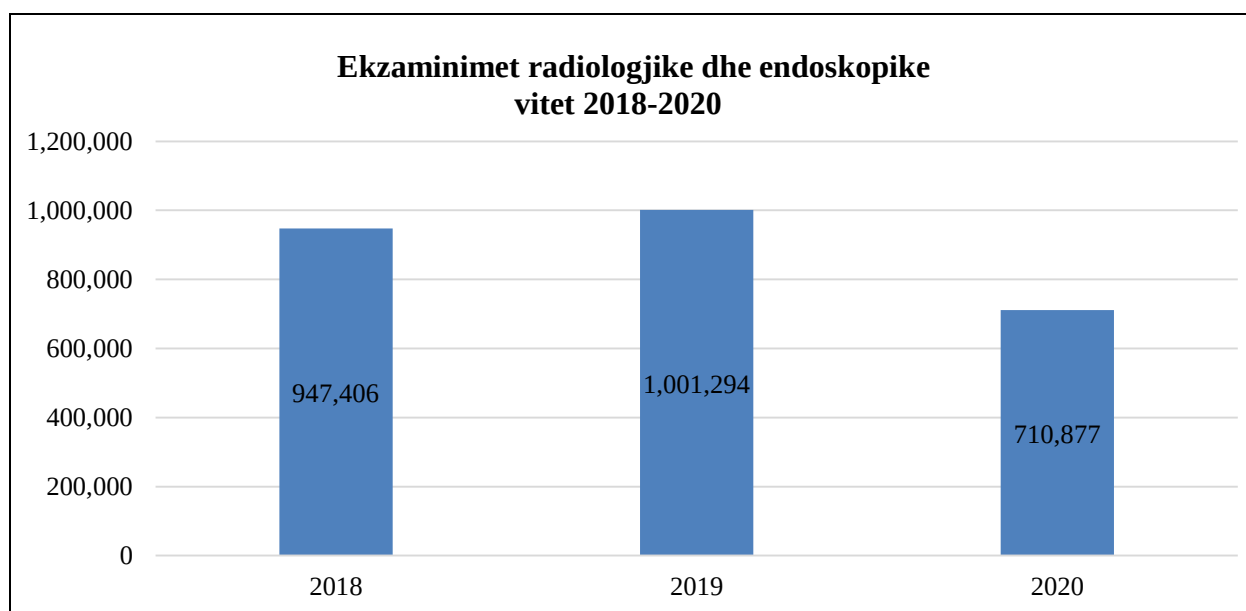
Nga grafiku vihet re se për vitin 2020 numri i ekzaminimeve mikrobiologjike dhe imunologjike të kryera në spitale është më i ulët krahasur me vitet 2019 dhe 2018, kjo për arsye të pandemisë.

f. Ekzaminimet radiologjike dhe endoskopike

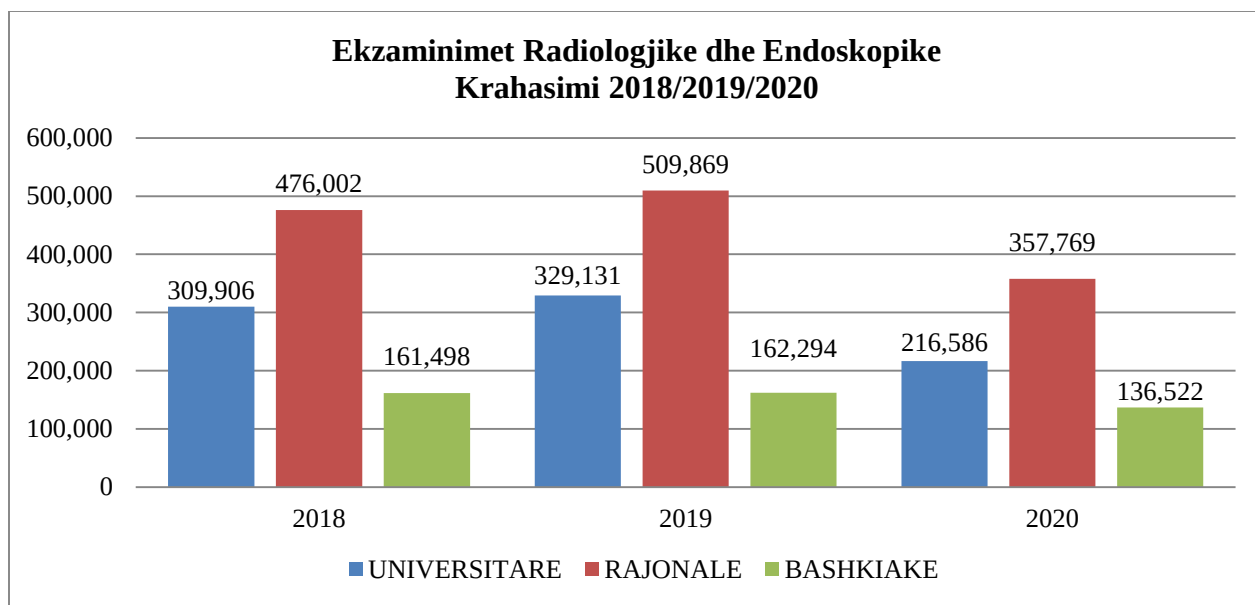
Në lidhje me numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të realizuara për periudhën Janar-Dhjetor 2020, për spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake janë raportuar në total 710,877 ekzaminime.

- Nga krahasimi i periudhës Janar-Dhjetor të vitit 2019 me periudhën Janar-Dhjetor të vitit 2020 rezulton se janë realizuar 290,417 ekzaminime më pak për vitin 2020.
- Nga krahasimi i periudhës Janar-Dhjetor të vitit 2018 me periudhën Janar-Dhjetor të vitit 2020 rezulton se janë realizuar 236,529 ekzaminime më pak në vitin 2020.

Më poshtë paraqitja grafike për periudhën 12 mujore Janar-Dhjetor 2020, Janar-Dhjetor 2019 dhe Janar-Dhjetor 2018 për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të kryera nga spitalet universitare, rajonale, bashkiake.



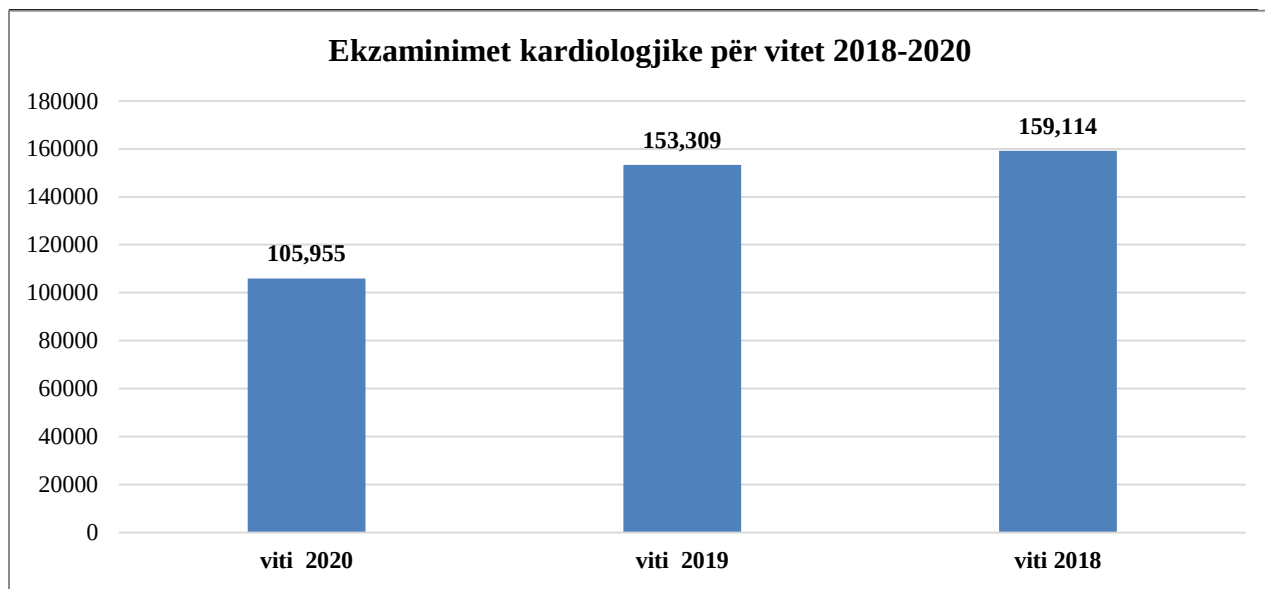
Më poshtë paraqitja grafike për periudhën 12 mujore Janar-Dhjetor 2018, Janar-Dhjetor 2019 dhe Janar-Dhjetor 2020 për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të kryera nga spitalet universitare, rajonale, bashkiake.



g. Ekzaminimet Kardiologjike

Në lidhje me numrin e ekzaminimeve kardiologjike, për periudhën Janar-Dhjetor 2020, janë realizuar në total 147,305 ekzaminime kardiologjike (QSUT, Spitale Rajonale dhe Spitale Bashkiake).

Paraqitja grafike sipas viteve 2020, 2019 dhe 2018:



7.4 Kostot spitalore

Nga analizimi i treguesve të aktivitetit spitalor për vitin 2020, rezulton si vijon:

- Numri i rasteve dhe numri i ditë qëndrimeve në spitale për vitin 2020 është:

Spitalet	Nr. i rasteve	Nr.Ditë/Qëndrimi
1. Rajonale	68,896	280,746
2. Bashkie	23,313	104,634
3. Universitare	123,290	359,566

Nga analizimi i treguesve të aktivitetit spitalor për vitin 2020, rezulton si vijon:

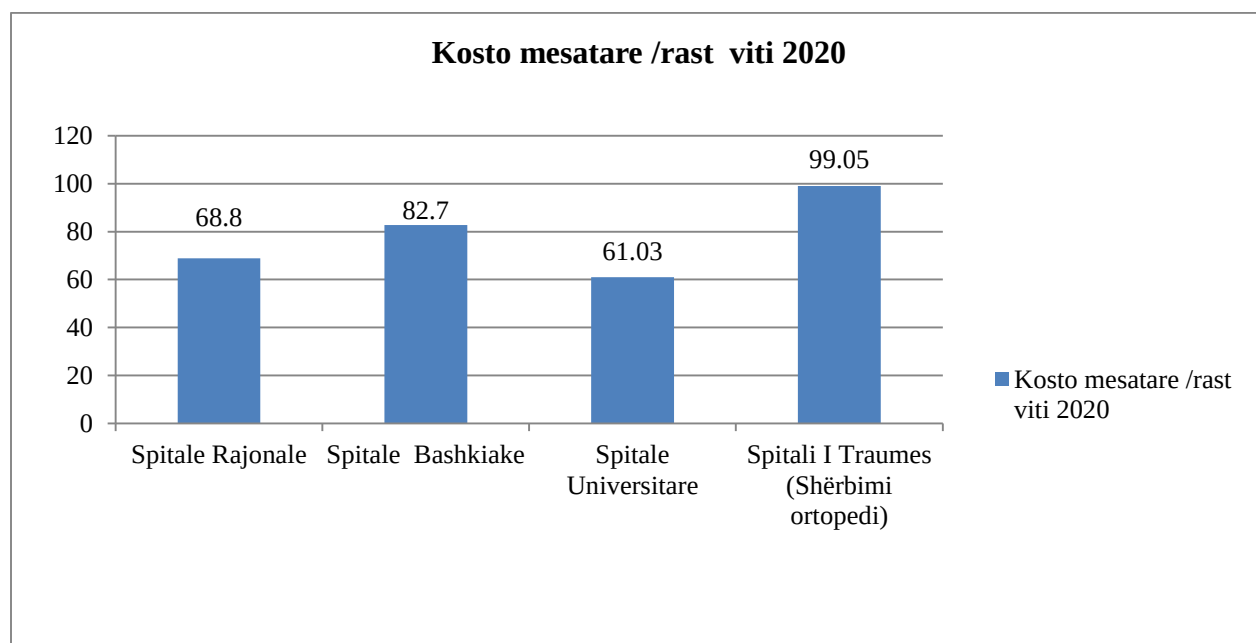
Kosto mesatare për rast në tre nivelet spitalore në vitin 2020

Kosto mesatare/rast në spitalet nivel Rajonal është 68.8 mijë lekë.

Kosto mesatare/ rast në spitalet nivel Bashkiak është 82.7 mijë lekë.

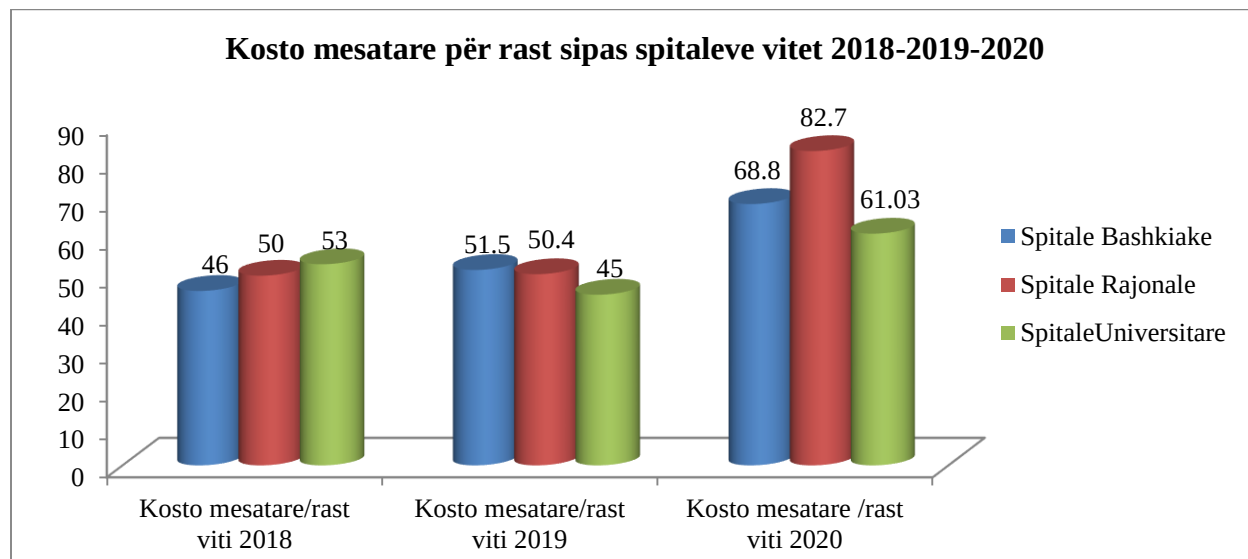
Kosto mesatare/rast në spitalet e nivelit Universitar të financuara për shërbimet mjekësore nga Fondi është 61.03 mijë lekë.

Kosto mesatare/rast në spitalin Universitar të Traumës (Shërbimi i Ortopedisë është 99.05 mijë lekë.)

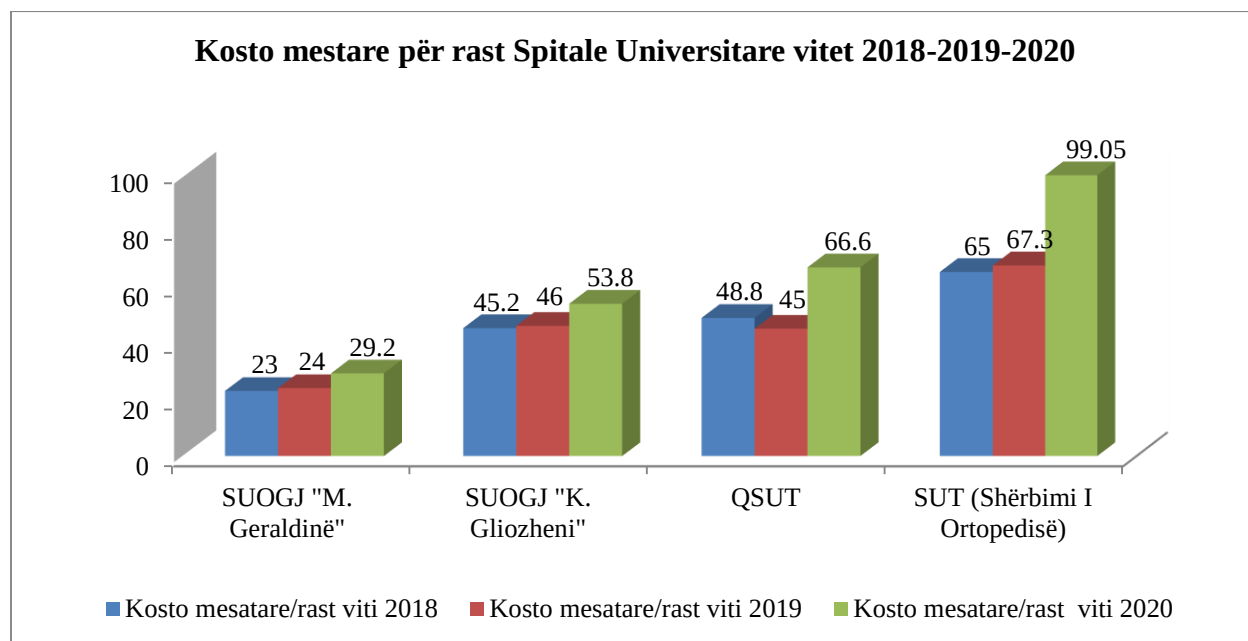


Kosto mesatare për rast sipas viteve dhe sipas spitaleve

Grafiku i koston mesatare/rast sipas nivelit të spitaleve vitet 2018-2020:



Spitalet Universitare Kosto mesatare / rast në 000/ lekë në vitet 2018-2020



Shpezimet faktike spitalore janë rritur sepse është ulur numri i rasteve në spitale për shkak të pandemisë.

Kosto mesatare për Ditëqëndrimi në tre nivelet spitalore në vitin 2020:

Kosto mesatare për Ditëqëndrimi në spitalet nivel Rajonal është 16.8 mijë lekë

Kosto mesatare për Ditëqëndrimi në spitalet nivel Bashkiak është 18.4 mijë lekë

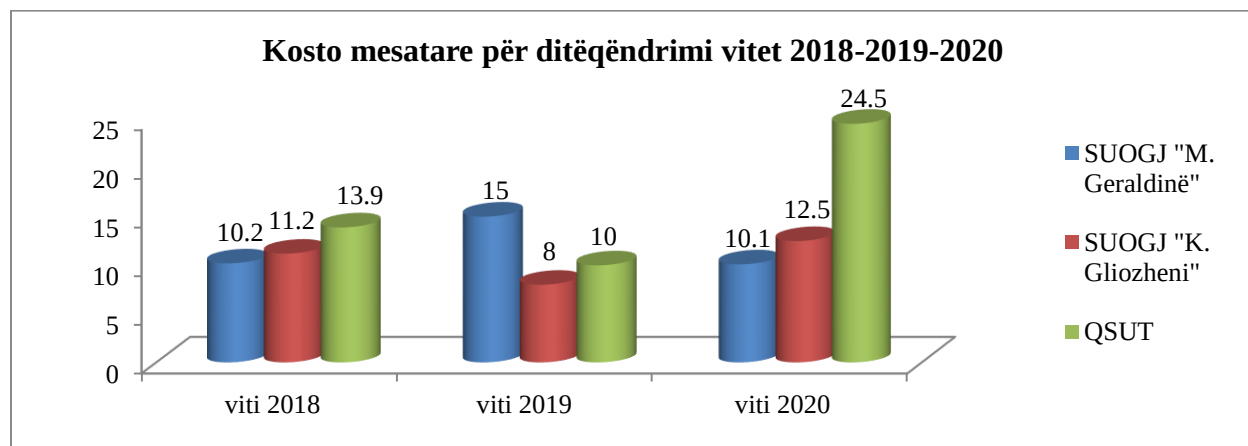
Kosto mesatare për Ditëqëndrimi në 3 spitalet nivel Universitar është 21.5 mijë lekë

Kosto mesatare për Ditëqëndrimi në spitalin Universitar të Traumës (Shërbimi i Ortopedisë) është 16.76 mijë lekë.

Në spitalet rajonale në vitin 2020 kosto mesatare për ditëqëndrim është më e lartë për Spitalin Vlorë me 33.2 mijë lekë, pasi numri i ditëve të shtrimit në spital, është më i ulët krahasuar me spitalet e tjera rajonale. Kosto mesatare 9.6 mijë lekë për ditëqëndrimi është më e ulëta në Spitalin Rajonal Dibër, pasi Spitali Rajonal Dibër ka numrin më të lartë të ditëqëndrimeve krahasuar me spitalet e tjera rajonale.

Në spitalet bashkiake, në vitin 2020, kosto mesatare për ditëqëndrim është më e lartë në Spitalin Peqin me 315 mijë lekë dhe kosto më e ulët është në Spitalin Lushnjë me 9 mijë lekë. Kjo shpjegohet pasi shpenzimet direkte dhe indirekte në spitalin Peqin, zënë një peshë specifike të konsiderueshme në totalin e shpenzimeve faktike dhe kemi numër të ulët të ditëqëndrimeve të pacientëve në spital.

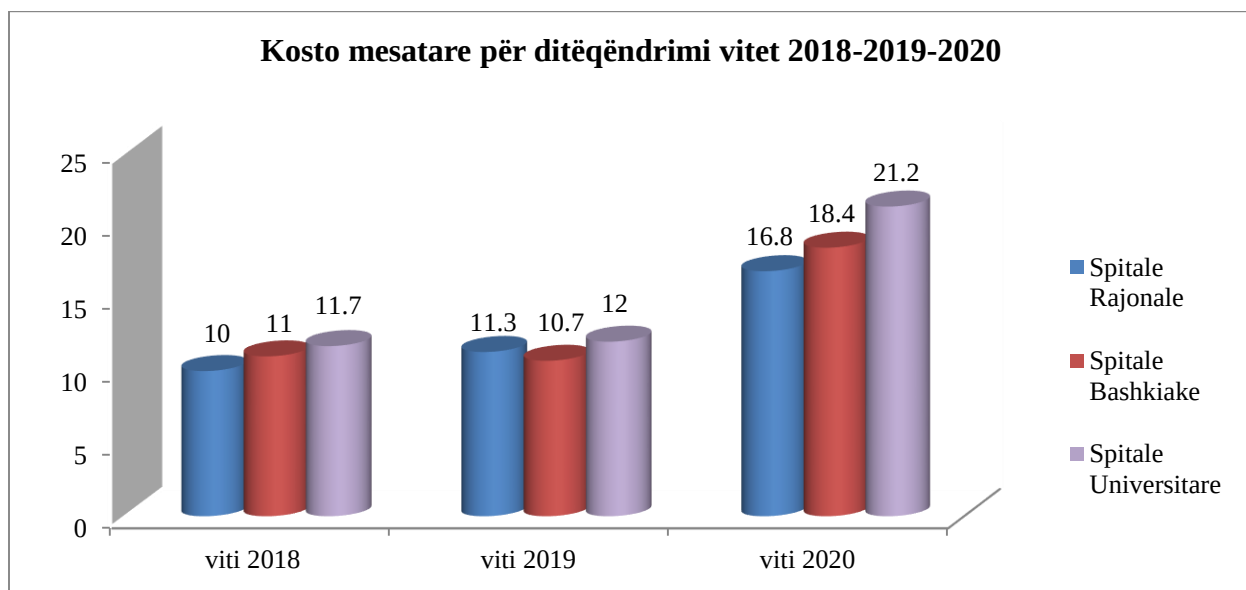
Grafiku i koston mesatare për ditëqëndrimi të tre Spitaleve Universitare vitet 2018-2019-2020:



Kosto mesatare për Ditëqëndrimi sipas viteve 2018-2019-2020:

Viti	2020	2019	2018
• Rajonale	16.8 mijë lekë	11.3 mijë lekë	10 mijë lekë
• Bashkiake	18.4 mijë lekë	10.7 mijë lekë	11 mijë lekë
• Universitare	21.2 mijë lekë	12 mijë lekë	11.7 mijë lekë

Grafiku i koston mesatare për ditëqëndrimi sipas nivelit të spitaleve vitet 2018-2019-2020:



7.5 Paketat shëndetësore

Monitorimi dhe analizimi i paketave shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe jopublike të kontraktuara dhe të financuara nga Fondi bëhet në zbatim të Vendimit të Këshillit të Ministrave 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 2020 institucionet shëndetësore publike, jopublike dhe shoqëria konçesionare të kontraktuara nga Fondi kanë ofruar shërbimet për ofrimin e paketave shëndetësore pacientëve.

Paketa e Dializës

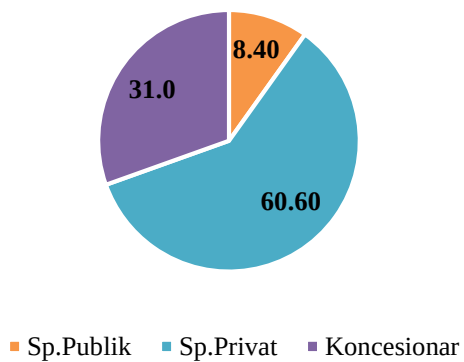
Shërbimi i paketës së Dializës është ofruar nga 2 spitale publike, 8 institucione shëndetësore private dhe një shoqëri konçesionare.

Numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe jopublike në muajin Dhjetor 2020 është 1,320 pacientë, nga të cilët 800 pacientë në spitalet jopublike, ose 60.60 %, 111 pacientë në spitalet publike, ose 8.40 % dhe 409 pacientë, ose 31 % në 5 qendrat e dializës të Shoqërisë Tregtare “Dia Vita sh.p.k”.

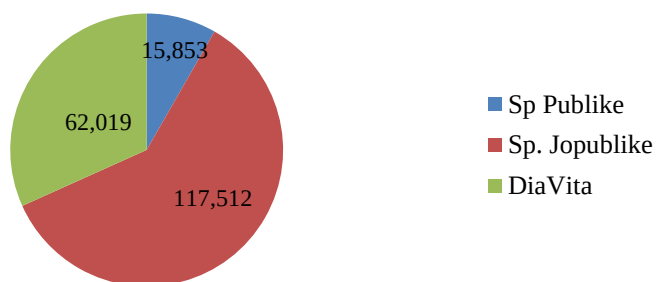
Në vitin 2020 nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara nga Fondi për ofrimin e shërbimit të hemodializës u kryen 195,384 seanca hemodialize në total, nga të cilat 15,853 seanca nga institucionet shëndetësore publike, 117,512 seanca nga institucionet shëndetësore private dhe 62,019 seanca dialize nga Konçesionari “DiaVita sh.p.k”.

Në vitin 2020 janë kryer 5,697 seanca dialize më shumë krahasuar me vitin 2019.

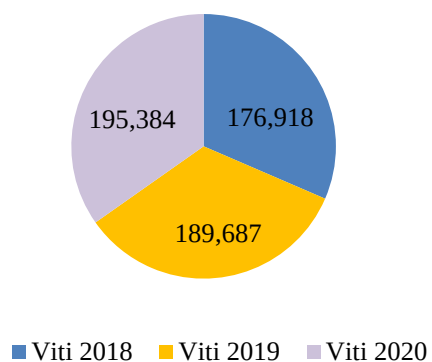
Numri i pacientëve të Dializës në % sipas spitaleve viti 2020



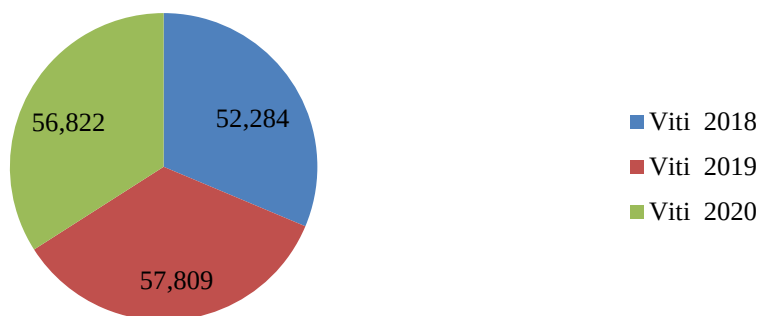
Numri i seancave të Dializës të realizuara Janar-Dhjetor 2020



Nr. i Seancave të Dializës vitet 2018-2019-2020



**Numri i Seancave të dializës të ofruar nga Koncesionari
DiaVita vitet 2018-2019-2020**



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 dhe Fier, si dhe 7 spitale private të kontraktuara me Fondin.

Në paketën e Kardiologjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

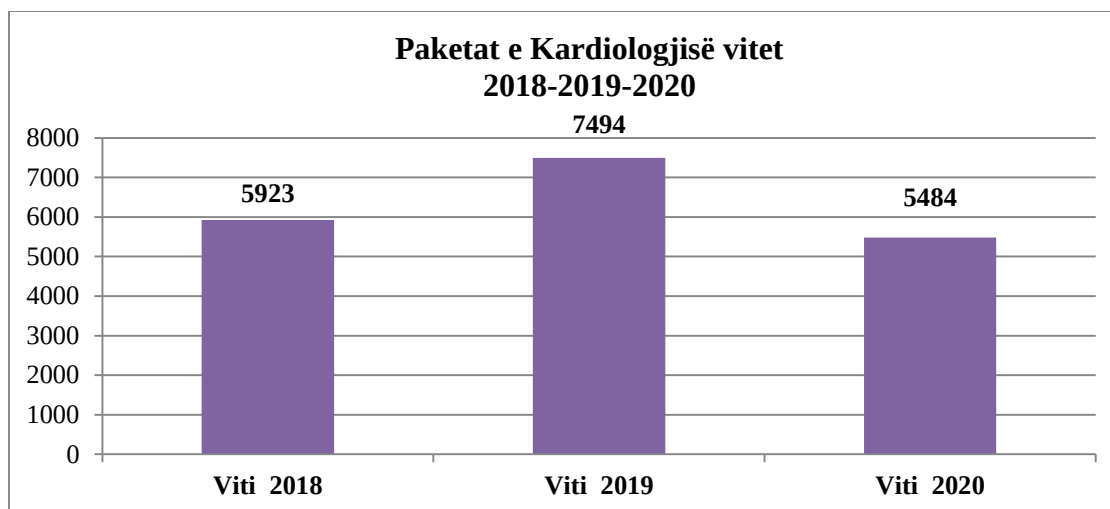
- Pacemaker definitiv
- Angiografi koronare
- Angioplastikë koronare (PCA)
- Angiografi + Angioplastikë.

Theksojmë se edhe gjatë vitit 2020 shërbimi i kardiologjisë në QSUT për procedurat e mësipërme, është ofruar në 24 orë, duke përmirësuar shërbimin shëndetësor për pacientët.

Për vitin 2020 janë kryer në total 5,484 procedura të Kardiologjisë, të cilat janë kryer të gjitha në spitale të publike. Të gjitha nevojat për paketën e kardiologjisë janë mbuluar 100 % nga spitale të publike.

Paketat shëndetësore të Kardiologjisë të realizuara sipas paketave shëndetësore për periudhën Janar- Dhjetor 2020 janë:

- | | | |
|------------------------------|-------|--------|
| • Pacemaker definitive | 287 | paketa |
| • Angiografi koronare | 2,663 | paketa |
| • Angioplastika koronare | 243 | paketa |
| • Angiografi + Angioplastikë | 2,291 | paketa |



Paketat shëndetësore në shërbimin e Kardiokirurgjisë: Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiokirurgjisë për vitin 2020, është mbuluar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, si dhe 6 spitale private të kontraktuara me Fondin.

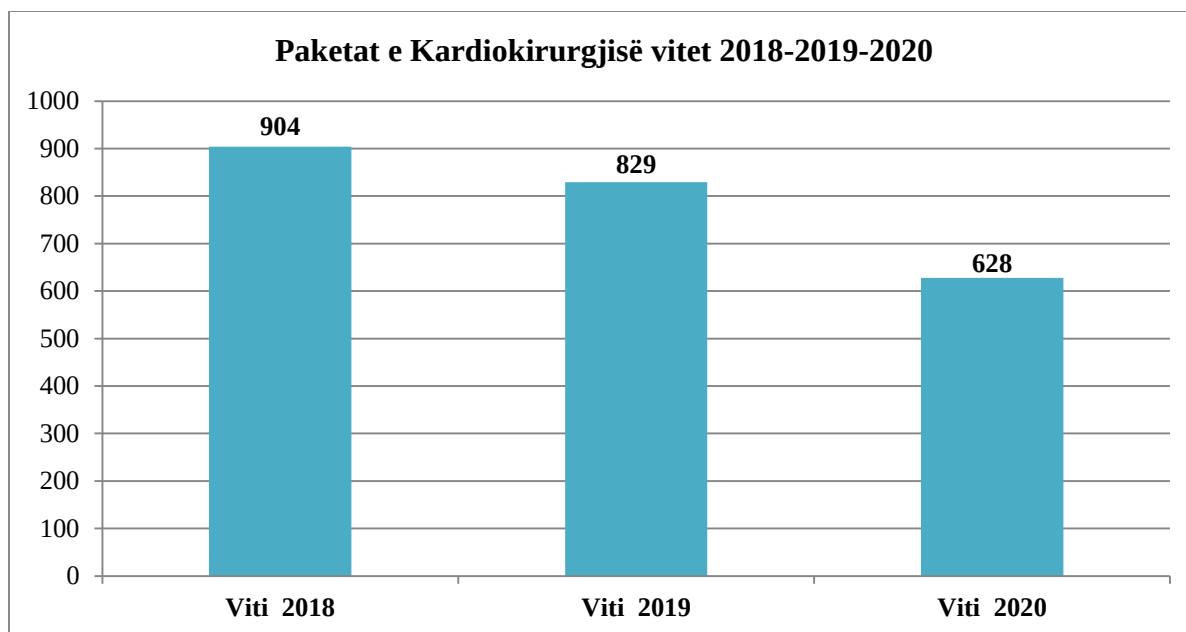
Në paketën e Kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

- By pass aorto koronar
- By Pass + Plastikë e Valvulës
- By Pass + Zëvendësim me Valvul Mekanike
- By Pass + Zëvendësim me Valvul Biologjike
- Valvular
- Mono Valvular me Protezë Mekanike
- Mono Valvular me Protezë Biologjike
- BI Valvular me Protezë Mekanike
- BI Valvular me Protezë Biologjike
- Interventi Kongenital

Për periudhën Janar - Dhjetor 2020, janë kryer 628 procedura mjekësore kardiokirurgjikale, të cilat janë kryer të gjitha në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë.

Në spitalet private të kontraktuara nga Fondi, nuk është kryer asnjë procedurë mjekësore për Kardiokirurgjinë.

Për vitin 2020 paketat e Kardiokirurgjisë janë ofruar 100% nga institucionet publike.



Paketat e Kardiologjisë dhe Kardiokirurgjisë kanë ulje për vitin 2020, si pasojë e pandemisë, pasi në muajin Mars 2020 me qëllim mbrojtjen e shëndetit të popullatës nga infeksioni i shkaktuar nga COVID-19, shmangien e grumbullimit të pacientëve, organizimin e shërbimeve, MSHMS nxorri disa urdhëra për ndërprerjen e ndërhyrjeve kirurgjikale të planifikuara.

Paketa e Transplantit Renal dhe paketa e Terapisë së Flakjes Akute të Veshkës është mbuluar nga institucionet shëndetësore jopublike të kontraktuara me Fondin.

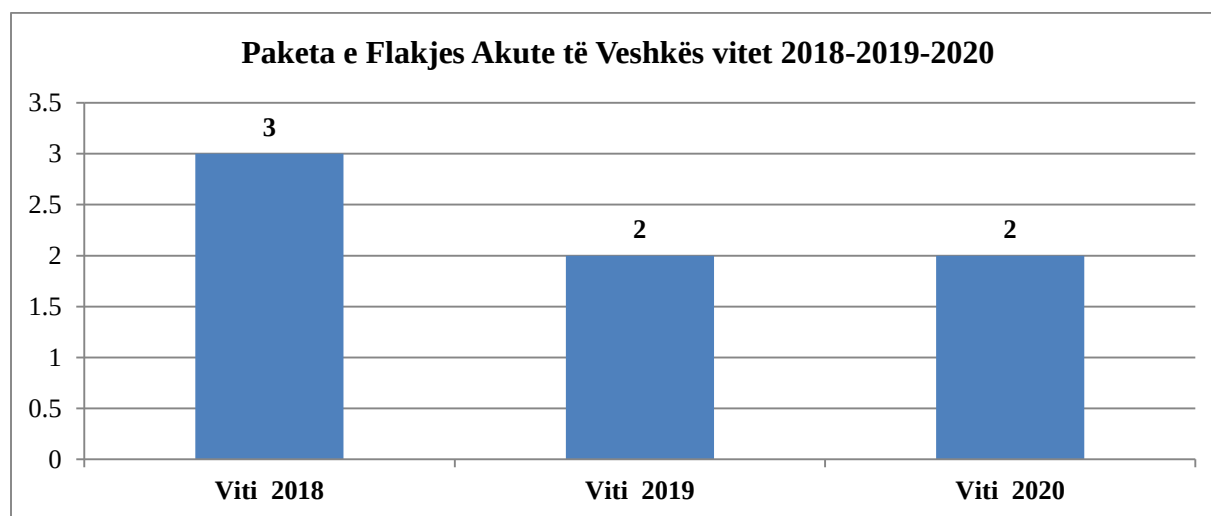
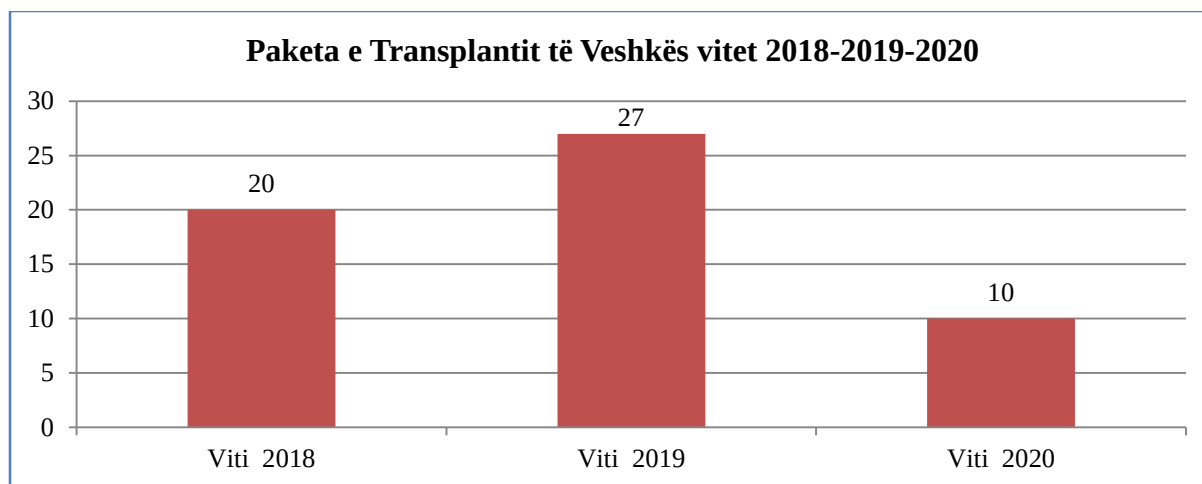
Për periudhën Janar – Dhjetor 2020, janë kryer gjithsej 10 transplante dhe 2 procedura Terapi të Flakjes Akute të Veshkës nga të cilat:

- 8**- Transplante renale të kryera te spitali jopublik “Amerikan 1”
- 2** - Transplante renale të kryera në spitalin jopublik “Hygeia”

Procedura e Terapisë të Flakjes Akute të Veshkës:

Gjate vitit 2020 janë kryer 2 procedura të Terapisë së Flakjes Akute, 1 procedurë është kryer në spitalin jopublik “Hygeia” dhe 1 procedurë është kryer në spitalin jopublik “Amerikan 1”.

Në Spitalet Universitare publike nuk ofrohet ende Paketa e Transplantit të Veshkës dhe Terapisë së Flakjes Akute.



Paketa e Implantit Koklear

Fondi gjatë vitit 2020 lidhi kontratë me QSUT dhe dy spitale jopublike, spitalin jopublik “Amerikan”, Tiranë dhe spitalin jopublik “Hygeia”, që e ofrojnë këtë shërbim.

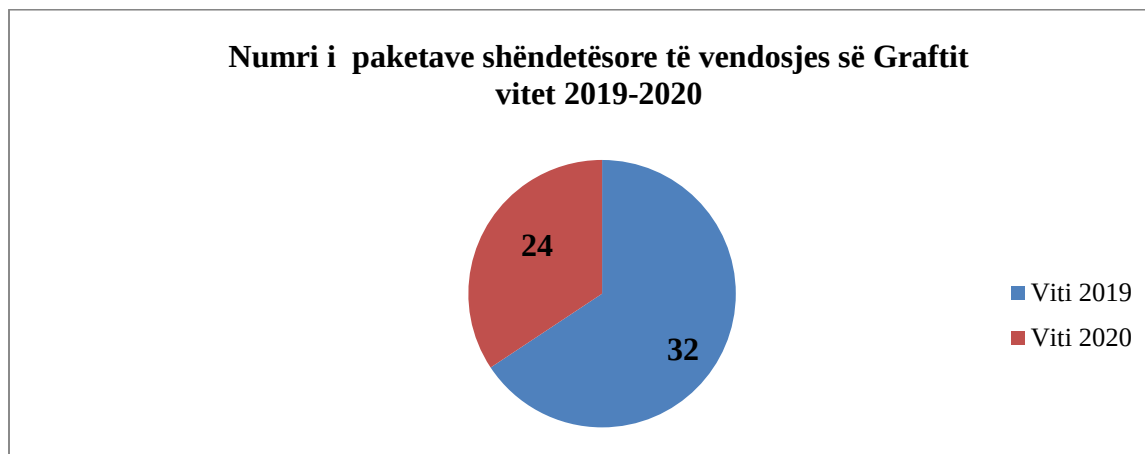
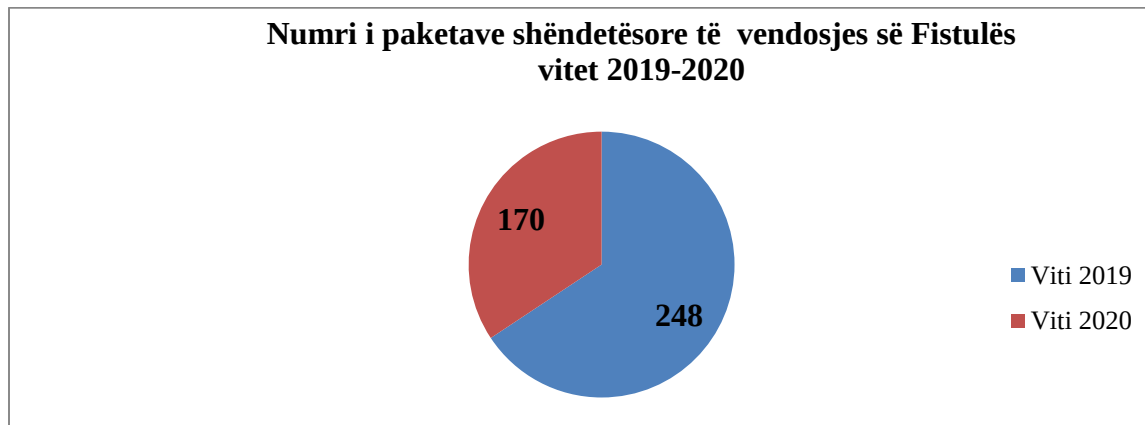
Gjatë periudhës Janar- Dhjetor 2020, janë realizuar 5 paketa të Implantit Koklear në QSUT (vetëm procedura kirurgjikale).

Paketa e vendosjes së Fistulës dhe Graftit

Bazuar në Vendimet e KA Nr. 8, datë 13.02.2017 dhe Nr. 76, datë 29.12.2017, Fondi në vitin 2020 lidhi kontrata me QSUT, me spitalin jopublik “Amerikan 1” dhe spitalin jopublik “Hygeia” që e ofrojnë këtë shërbim duke plotësuar nevojat e pacientëve.

Gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2020 janë realizuar gjithsej 170 vendosje fistule, nga të cilat 77 vendosje fistule në QSUT, 67 vendosje fistule në spitalin jopublik “Amerikan 1” dhe 26 vendosje fistule në spitalin jopublik “Hygeia”.

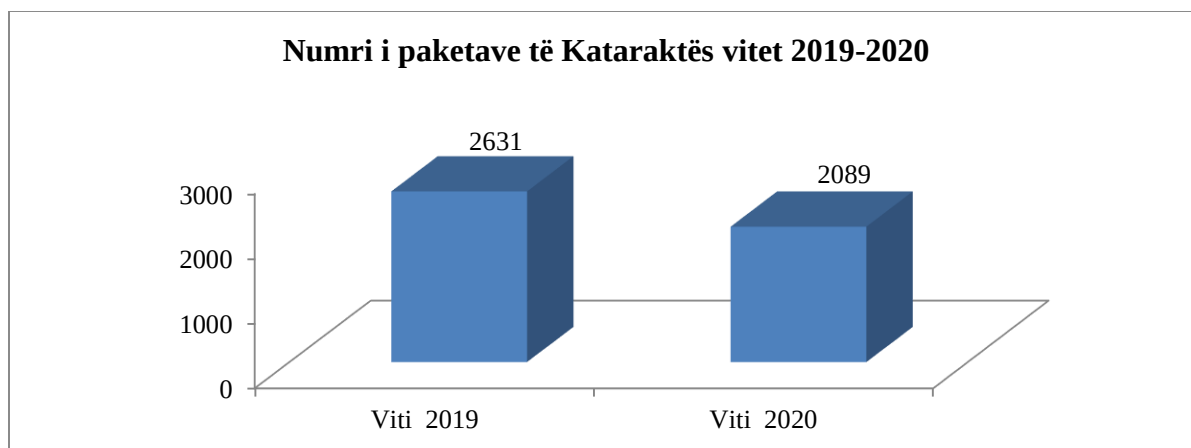
Gjithashtu janë realizuar gjithsej 24 grafte, nga të cilat 10 grafte në QSUT, 9 grafte në spitalin jopublik “Amerikan 1” dhe 5 grafte në spitalin jopublik “Hygeia”.



Paketa e Kataraktës

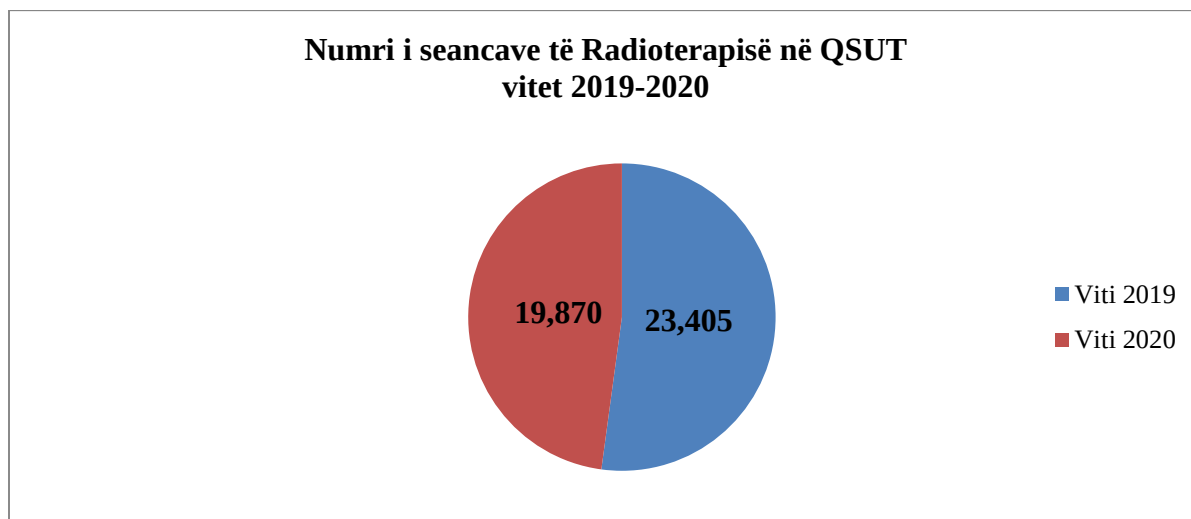
Është ofruar nga spitalet publike të kontraktuar nga Fondi si QSUT dhe spitalet rajonale Elbasan, Fier, Vlorë, Durrës dhe Spitali Universitar i Traumës.

Për periudhën Janar-Dhjetor 2020, janë trajtuar në total 2,089 pacientë me paketën e Kataraktës, nga të cilët: 1,378 raste në QSUT, 244 raste në Spitalin Rajonal Fier, 185 raste në Spitalin Rajonal Vlorë, 92 raste në Spitalin Rajonal Elbasan, 105 raste në Spitalin Rajonal Durrës dhe 85 raste në Spitalin Universitar të Traumës.



Paketa e Radioterapisë, Trajtimi me Akselerator Linear

Gjatë vitit 2020 është ofruar vetëm nga QSUT. Në periudhën Janar-Dhjetor 2020, janë realizuar gjithsej 19,870 seanca Radioterapie sipas llojit të paketave.



7.6 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikale

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, përfshihet në Kontratën e Konçensionit/Partneritet Publik Privat ndërmjet Ministrisë së Shëndetësisë me cilësinë e Autoritetit Kontraktor dhe Konçesionarit “Sani Service sh.p.k.”, për financimin e shërbimit “Për ofrimin e setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale sterile, furnizimin me material mjekësor steril njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale si dhe trajtimin e mbetjeve me rrezik biologjik dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale me operatorë të përzgjedhur”.

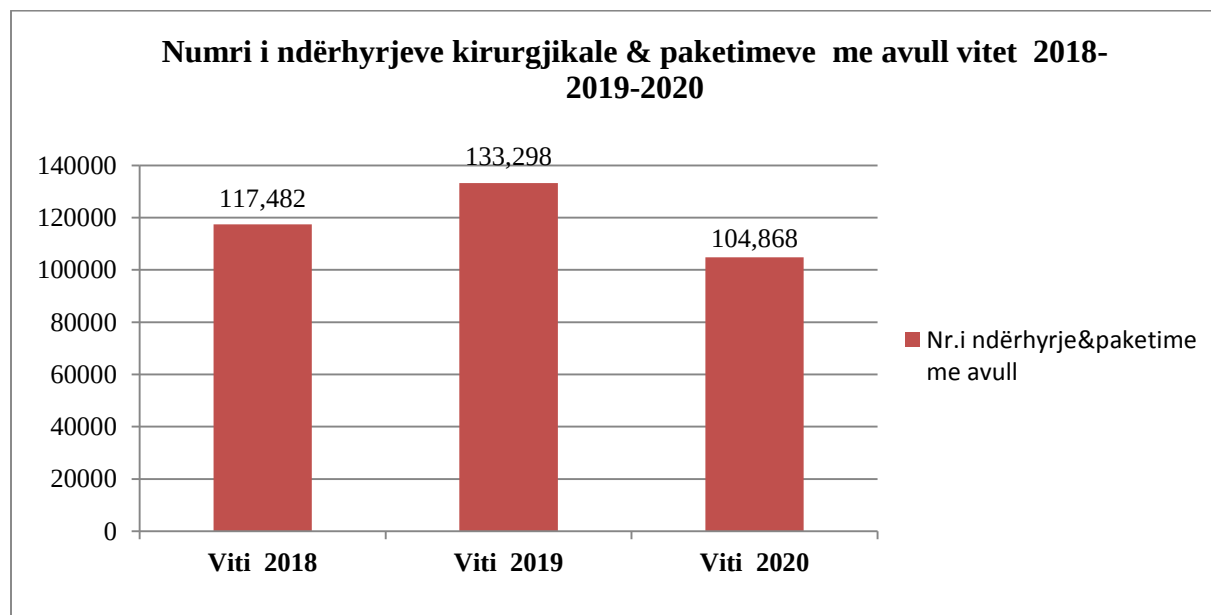
Në periudhën Janar-Dhjetor 2020 është ofruar shërbimi në 29 spitale publike (5 Spitale Universitare në Tiranë, 11 Spitale Rajonale dhe 13 Spitale Bashkiake), në total për 44,950 ndërhyrje kirurgjikale nga 63,782 ndërhyrje kirurgjikale që ka qënë projeksioni vjetor, pra kemi realizim të planit vjetor të ndërhyrjeve në masën 70%. Gjithashtu janë realizuar 59,918 sterilizime dhe paketime me avull.

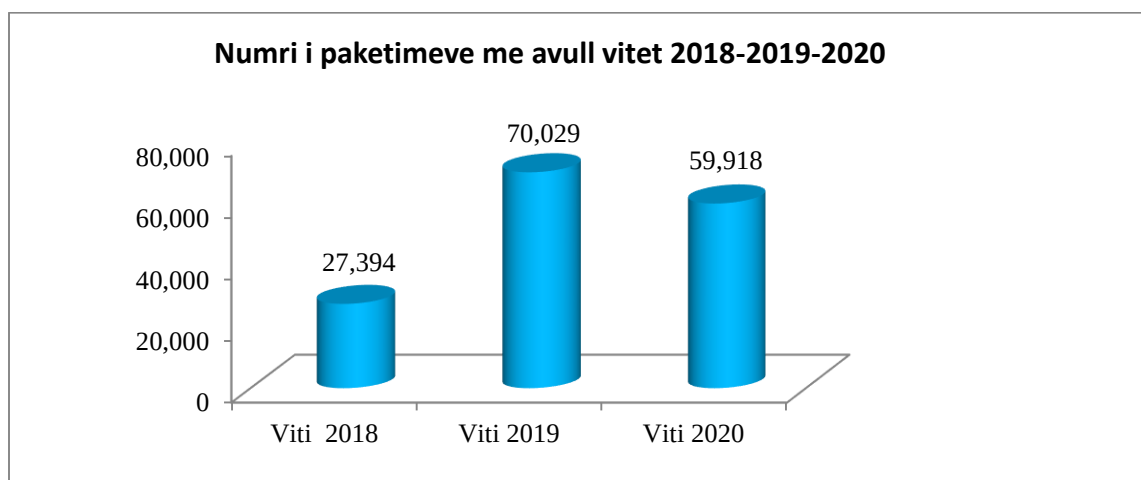
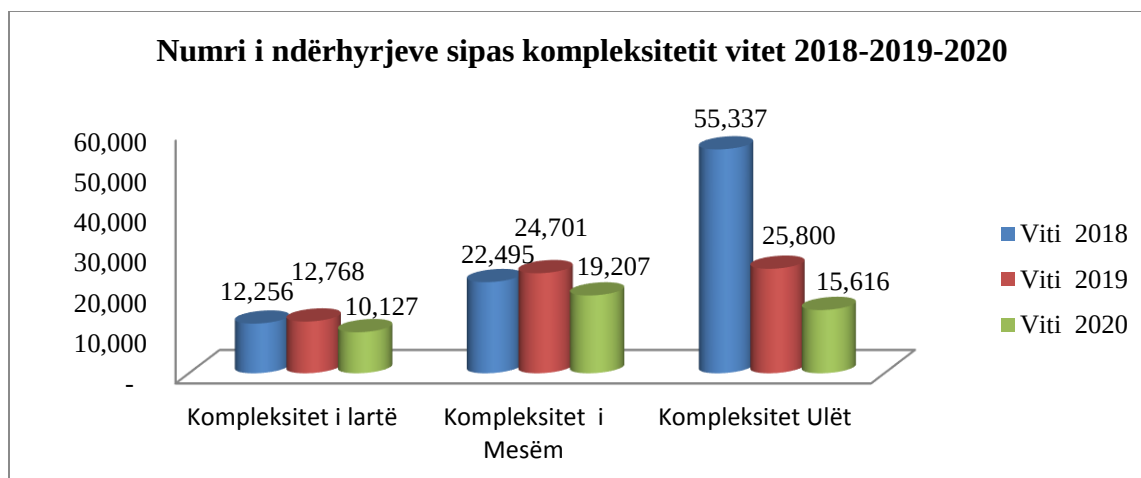
Vlerësojmë se në uljen e numrit të ndërhyrjeve kirurgjikale sipas kompleksitetit dhe paketimeve me avull në vitin 2020 krahasuar me vitin 2019, ka ndikuar faktori i pandemisë Covid-19 gjatë vitit 2020, pezullimi i operacioneve kirurgjikale të planifikuara në spitale për periudhën e izolimit (bazuar Urdhërit të MSHMS), si dhe amendimi i kontratës së sterilizimit nga palët përkatëse nga Autoriteti kontraktor (MSHMS) dhe Koncesionari “SaniService” në muajin Janar të vitit 2020, për numrin total të ndërhyrjeve që kryhen gjatë një viti.

Ndërhyrjet kirurgjikale sipas kompleksitetit për vitin 2020 janë:

1-	Kompleksitet i lartë	10,127 ndërhyrje kirurgjikale
2-	Kompleksitet i mesëm	19,207 ndërhyrje kirurgjikale
3-	Kompleksitet i ulët	15,616 ndërhyrje kirurgjikale
4-	Paketime me avull	59,918

Totali	104,868
---------------	----------------





7.7 Lista e barnave të rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore të rimbursueshme

Lista e barnave të rimbursueshme dhe e pajisjeve mjekësore është një nga paketat e rëndësishme që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Fondi në kuadër të situatës së krijuar nga infeksioni i shkaktuar nga Covid-19, ka nxjerrë udhëzimet mbi përfitimet e popullatës për barnat me rimbursim, si vijon:

- Urdhër i Fondit Nr. 131, datë 12.03.2020 “Për marrjen e masave të veçanta në parandalimin e përhapjes së infeksionit të shkaktuar nga Covid-19, për të sëmurët kronikë që trajtohen me barna me rimbursim”;
- Sqaruese mbi trajtimin e të sëmurëve kronikë që përfitojnë barna me rimbursim që tregtohen në farmacitë e spitaleve (me Nr. 2169/2 Prot., datë 12.03.2020).
- Udhëzim Nr. 4, datë 12.03.2020 “Mbi kufizimin e lëvizjes së pacientëve në sistemin shëndetësor publik parësor;
- Udhëzim Nr. 6, datë 26.03.2020 “Mbi lehtësimin e procedurave për pacientët që trajtohen me barna me rimbursim pranë farmacisë së QSUT”;

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

Për vitin 2020 Fondi ka kontraktuar rreth 852 Farmaci dhe 58 Agjensi Farmaceutike, 13 Shpërndarës Farmaceutik dhe 36 Importues Farmaceutik.

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 (LBR 2019).

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

Me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 77, datë 31.1.2020, në datë 01.02.2020 ka hyrë në fuqi Lista e Barnave të Rimbursuara 2019, e indeksuar me çmimet CIF 2020.

LBR 2019 përmban, 1,150 alternativa tregtare, nga të cilat 585 janë alternativa 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 18 barna, nga të cilat 5 barna janë barna të reja të shtuara 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. Gjatë vitit 2020 ka vazhduar rimbursimi i barnave sipas marrëveshjeve.

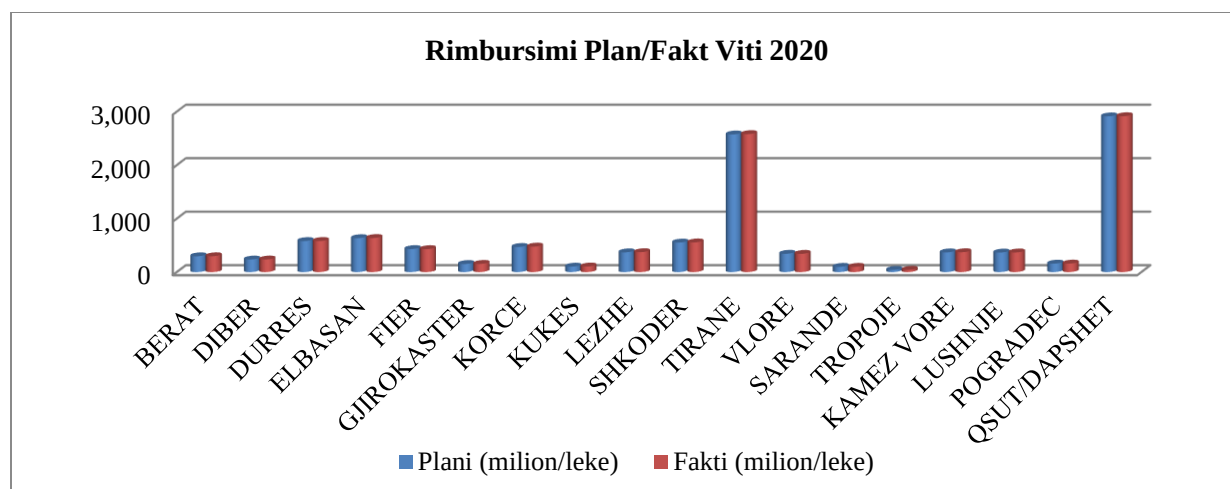
Marrëveshjet e aplikuara për këto barna kanë sjellë një përfitim të rëndësishëm në shpenzimet e rimbursimit gjatë vitit 2020 ashtu si dhe gjatë vitit 2019. Konkretisht, marrëveshjet kanë filluar të aplikohen me hyrjen në fuqi të LBR 2019, në 1 Korrik 2019 dhe për barnat për të cilat janë aplikuar çmime të ulura nga LBR 2019, janë shpenzuar rreth 764,6 milion lekë. Ndërkohë, nëse do të ishin rimbursuar sipas çmimit zyrtar të LBR 2019, të ndryshuar, vlera e rimbursuar do të shkonte në rreth 1,046 milion lekë.

Si rrjedhojë, nga çmimet e negociuara, për vitin 2020, është përfituar një vlerë rreth 281 milion lekë nga shpenzimet e rimbursimit të barnave.

Realizimi i planit të shpenzimeve të rimbursimit:

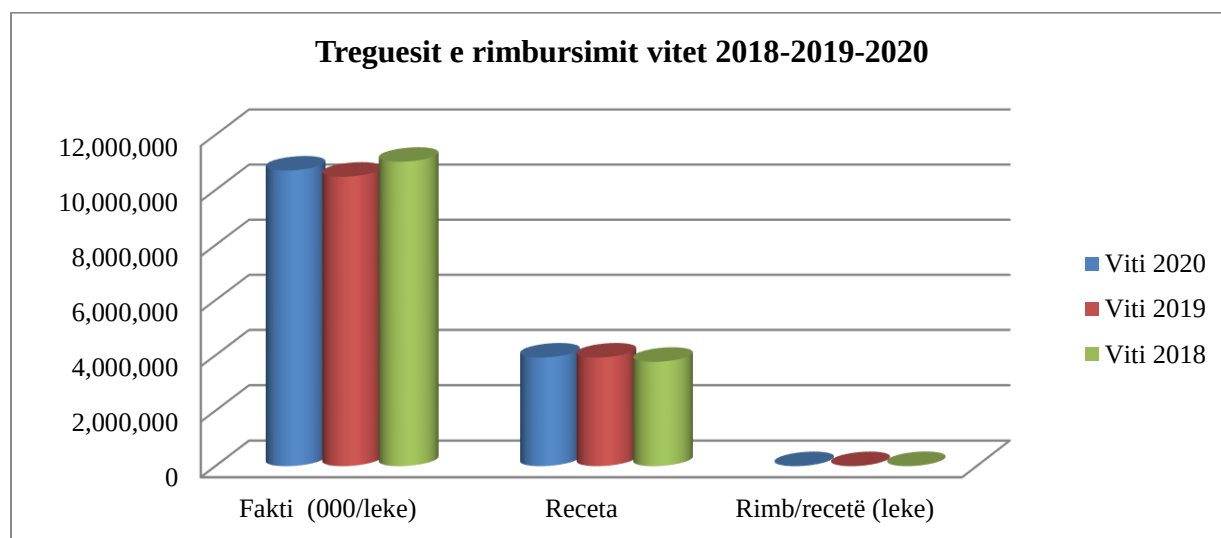
Periudha	Plani (milion/lekë)	Fakti (milion/lekë)	Tejkalimi (milion/lekë)	Realizimi në %
Viti 2020	10,674	10,710	35,1	100.33

Shpenzimet e rimbursimit për vitin 2020 krahasuar me planin kanë një realizim në nivelin 100.3% ose rreth 35,1 milion lekë më shumë se plani i parashikuar.



Situata e shpenzimeve të rimbursimit në nivel Fondi e krahasuar me rimbursimin e vitit 2019 dhe vitit 2018:

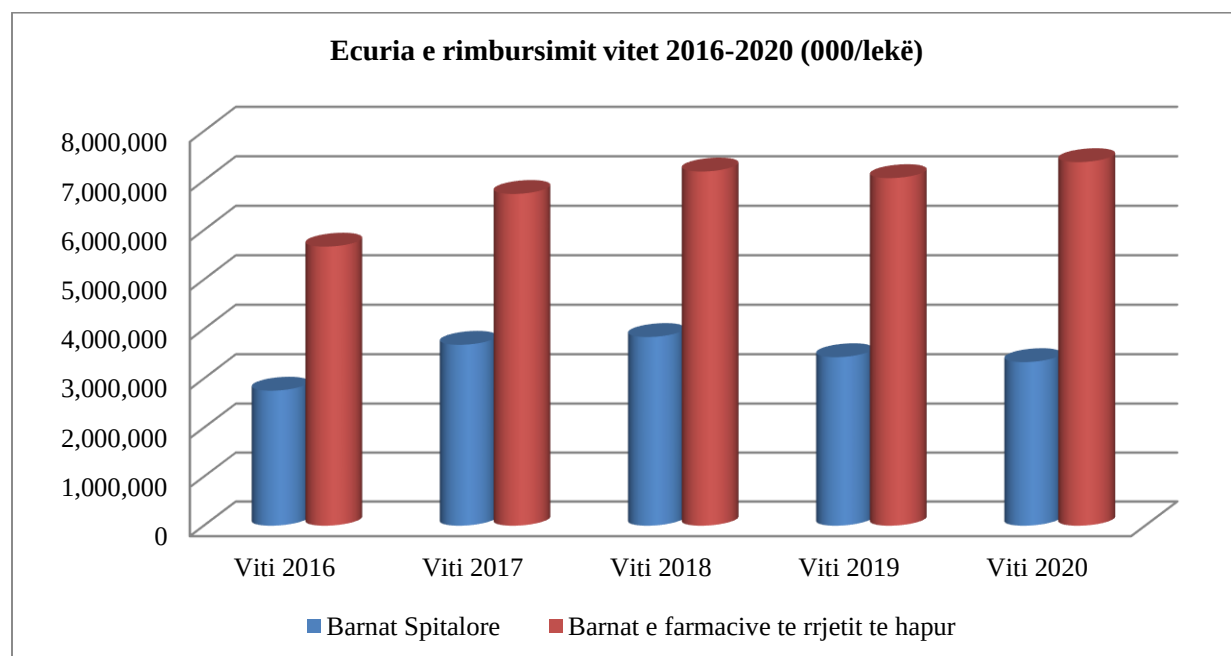
Periudha	Fakti (000/lekë)	Receta	Rimb/recetë (lekë)
Viti 2020	10,709,626	3,923,326	2,730
Viti 2019	10,486,592	3,923,807	2,673
Viti 2018	11,027,054	3,767,645	2,927
Dif. 2020 -2019	223,034	-481	57
Dif. 2020 -2018	-317,428	155,681	-197



Gjatë vitit 2020 shpenzimet e rimbursimit krahasuar me vitin 2019 janë rritur me 223 milion lekë më shumë. Kjo ka ardhur si pasojë e hyrjes në skemën e rimbursimit të një numri më të madh pacientësh.

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 lekë):

Grupet e barnave të LBR	Viti 2016	Viti 2017	Viti 2018	Viti 2019	Viti 2020
Barnat Spitalore	2,757,320	3,684,293	3,841,537	3,434,182	3,334,102
Barnat e farmacive të rrjetit të hapur	5,667,712	6,732,538	7,185,517	7,052,410	7,375,524
Barnat në total	8,425,032	10,416,831	11,027,054	10,486,592	10,709,626
% e barnave Spitalore ndaj totalit	32.7	35.4	34.8	32.7	31.1



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

Gjatë vitit 2020, krahasuar me vitin 2019, 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:

- Barnat e grupit C “Sistemi Cardiovascular” me rreth 156,5 milion lekë më shumë se në vitin 2019. Për vitin 2020 grupi C zë 23.2% të shpenzimeve të rimbursimit. Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2019 konstatohet në barnat e nëngrupit të “Barnat vepruese në Sistemin Renin-Angiotensin”, të cilat zënë 41% të shpenzimeve të gjithë grupit C dhe ka një rritje prej 99 milion lekë më shumë në shpenzimet vjetore të rimbursimit krahasuar me një vit më parë. Konkretisht rritja konstatohet për barnat:

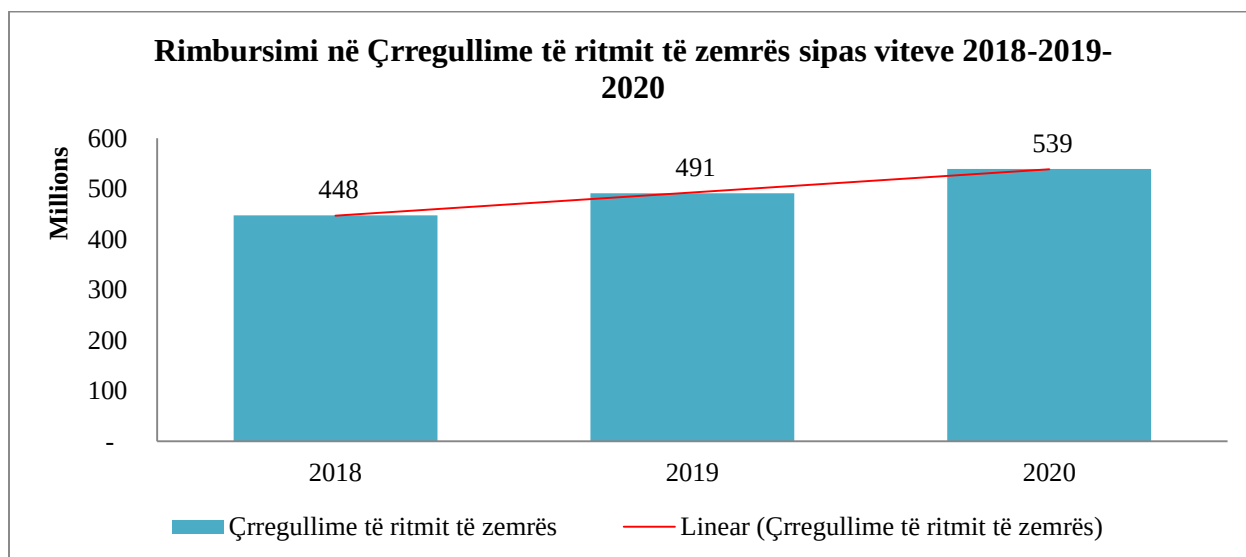
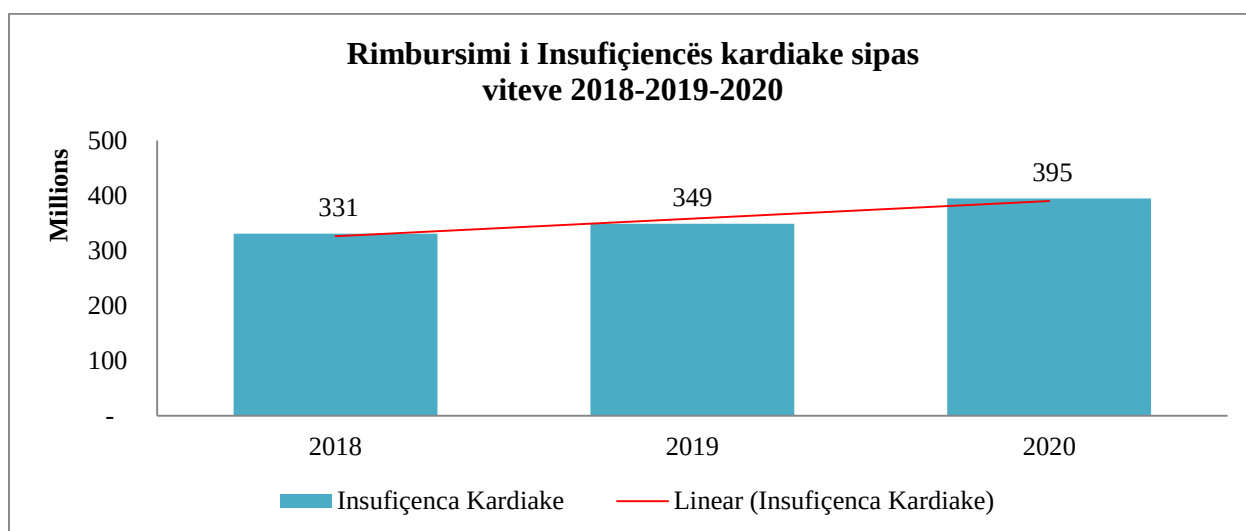
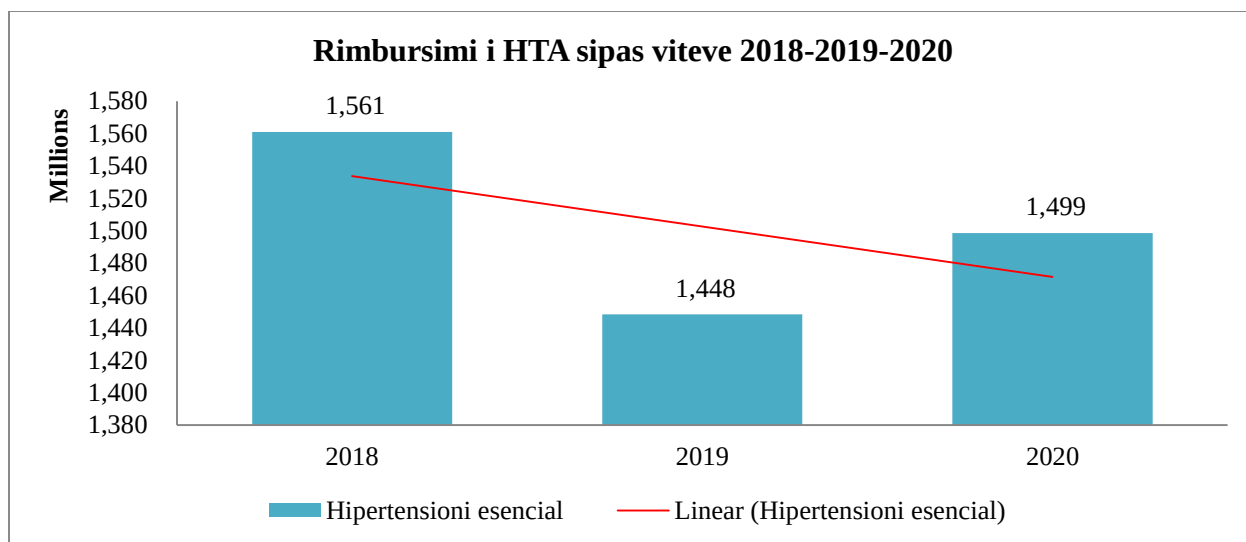
- Sacubitril + Valsartan 24 + 26 mg,
- Sacubitril + Valsartan 49 + 51 mg,
- Sacubitril + Valsartan 97 + 103 mg, të cilat kanë një rritje të shpenzimeve me rreth 45 milion lekë më shumë krahasuar më një vit më parë.
- Ranolazine 375 mg, Ranolazine 500 mg, Ranolazine 750 mg, të cilat kanë pësuar një rritje prej 32.7 milion lekë më shumë se një vit më parë në shpenzimet e rimbursimit.

Barnat si më sipër janë të lidhura direkt me rritjen e shpenzimeve të rimbursimit për 3 diagnoza më të kushtueshme, që janë në top 10 listën e diagnozave më frekvente dhe me vlerë rimbursimi më të lartë:

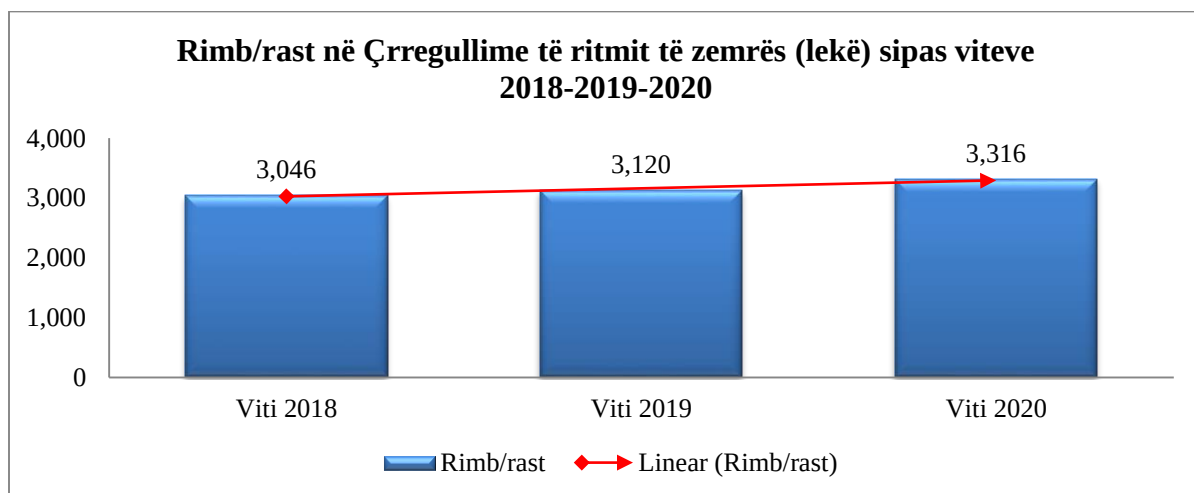
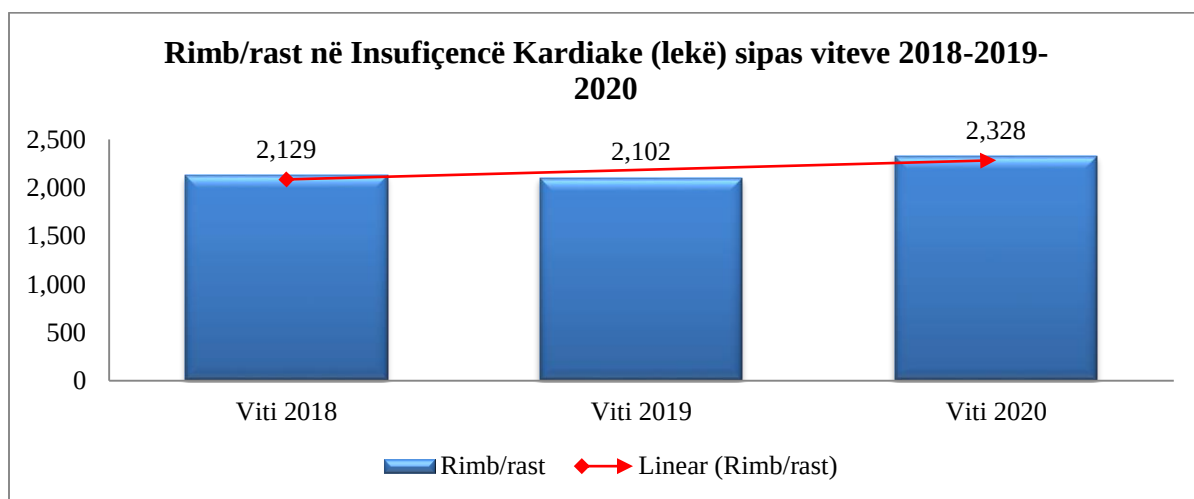
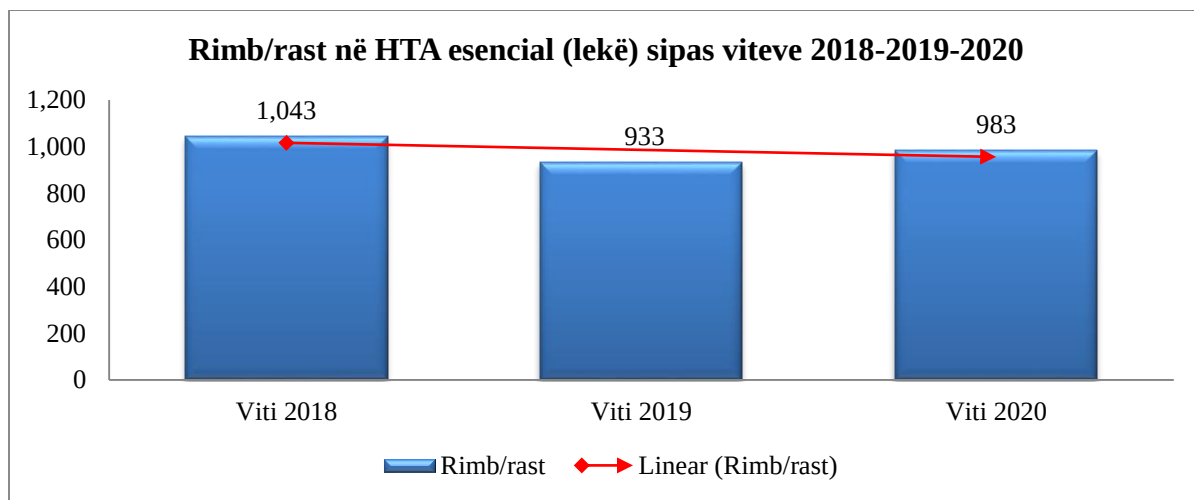
Hipertensioni arterial, Insuficienca kardiake si dhe çrregullimet e ritmit të zemrës.

Hipertensioni arterial zë peshën 14.1% të rimbursimit total të Fondit, Insuficienca kardiake zë peshën 3.2 % të rimbursimit total, çrregullimet e ritmit të zemrës përbëjnë 4.2 % të rimbursimit total të Fondit.

Më poshtë paraqitja grafike e rimbursimit sipas diagnozave për periudhën 2018-2019-2020:



Ka një rritje të rimbursimit për rast për të 3 diagnozat. Për vitin 2020 kemi një rritje të rasteve të reja dhe ndryshimeve të terapisë për këto 3 diagnoza, përkatësisht me vlerë 66,151,465 lekë.

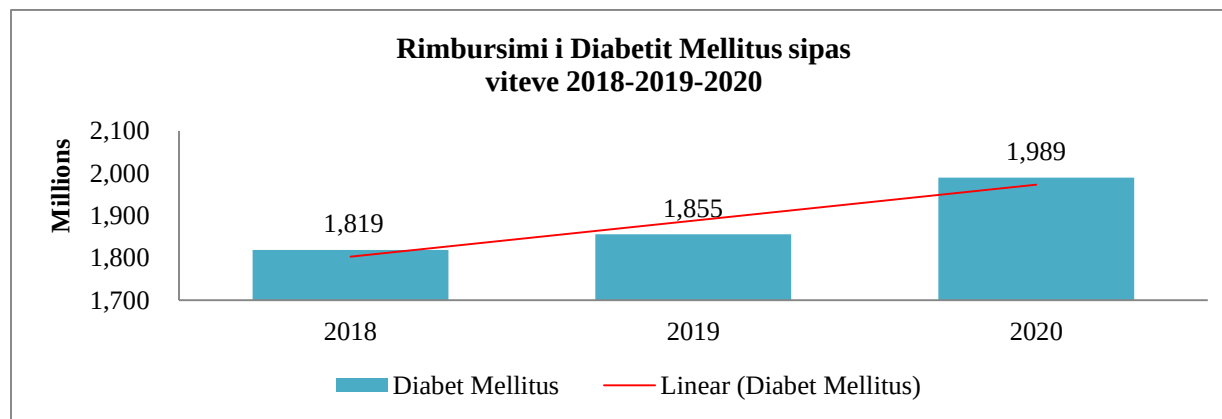


- Grupi A “Trakti digjestiv dhe metabolizmi” me 131.7 milion lekë më shumë se e njëjta periudhë e një viti më parë. Për vitin 2020, grupi A zë 19,1% të shpenzimeve të rimbursimit, krahasuar me 18.3% që zinte një vit më parë. Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2019 konstatohet te barnat e nëngrupit të “Antidiabetikëve”, të cilët zënë 96,6% të shpenzimeve të gjithë grupit A dhe rreth 18,5% të shpenzimeve totale të rimbursimit, krahasuar me 17,6% që zinin vitin e kaluar. Pra në tërësi janë grupi i insulinave, rritja e konsumit të tyre që ka shkaktuar këtë rritje të lartë të shpenzimeve të rimbursimit. Konkreisht:

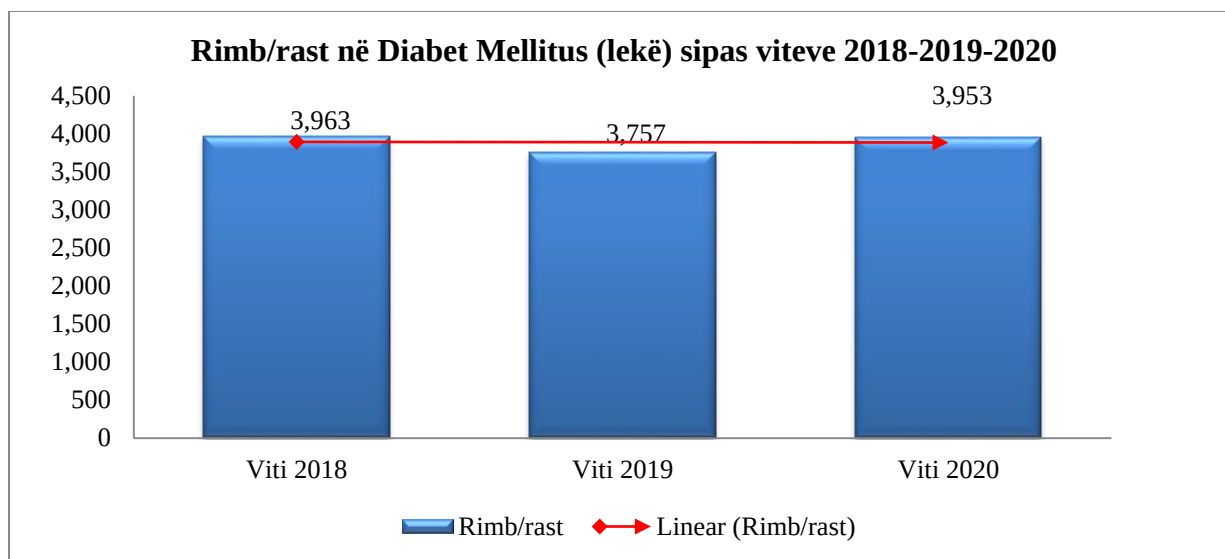
- Insulinë Aspart solution 100 Nj.N/ml-3 ml me një rritje prej 35,6 milion lekë më shumë se një vit më parë.
- Insulinë Glarginë solution 300 Nj.N/ml (Lantus solostar) me një rritje prej 22,9 milion lekë më shumë.
- Insulin Glargine 300 Nj.N./ml (Toujeo) me një rritje prej 39,3 milion lekë më shumë.
- Vildagliptin+Metforminë 50 mg+850 mg me një rritje prej 46,7 milion lekë më shumë se një vit më parë, etj.

Barnat si më sipër janë të lidhura direkt me rritjen e shpenzimeve të rimbursimit për diagnozën Diabet Mellitus, si diagnoza me peshën më të madhe në rimbursim, me rreth 17.5 % të vlerës totale të rimbursimit.

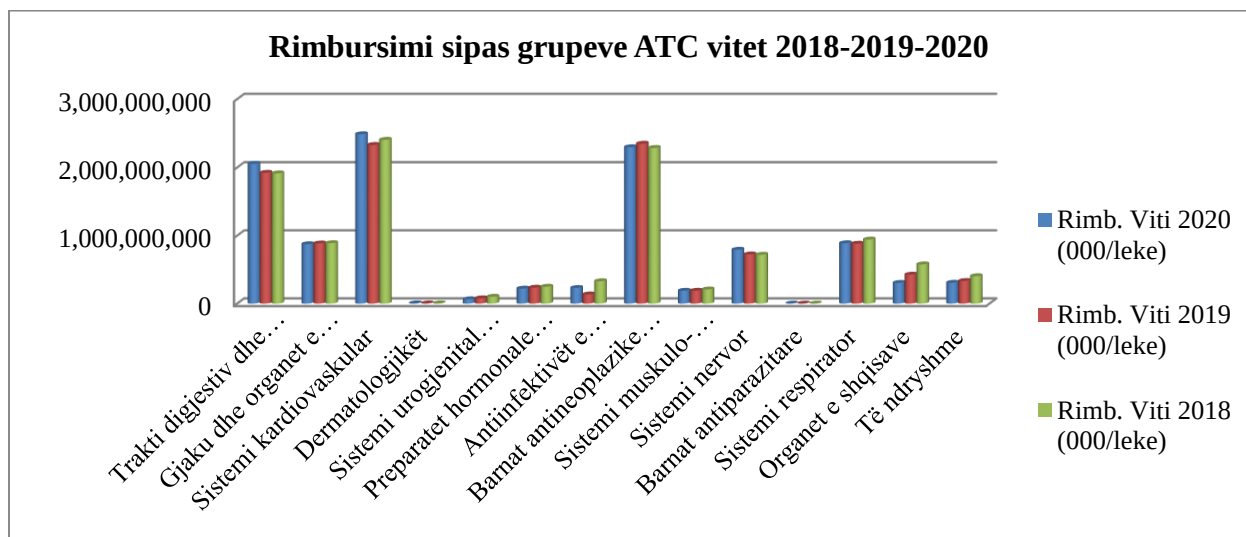
Më poshtë paraqitja grafike:



Ka një rritje të rimbursimit për rast për të diagnozën Diabet Mellitus. Për vitin 2020 kemi një rritje të rasteve të reja dhe ndryshimeve të terapisë për këtë diagnozë me 8268 raste të reja dhe 12,590 ndryshime terapie me vlerë 90,272,189 lekë.



Në grafikun e mëposhtëm paraqitet ecuria e rimbursimit sipas grupeve të barnave për periudhën 2018-2019-2020:



Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit të fishave të diabetit

Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit për fishat e diabetit gjatë vitit 2020 i përket grup - moshës 1-18 vjeç dhe 18-25 vjeç. Kjo sipas Vendimit 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 2020, janë rimbursuar 94,362 fisha diabeti për kategorinë 18-25 vjeç (126 pacientë) dhe 360,228 fisha diabeti për kategorinë 1-18 vjeç (436 pacientë).

Në vlerë rimbursimi, për kategorinë 1-18 vjeç janë rimbursuar 7,6 milion lekë ndërsa për kategorinë 18-25 vjeç janë rimbursuar 1,89 milion lekë, me një total vjetor 9,5 milion lekë. Krahasuar me vitin 2019 janë rimbursuar 1,33 milion lekë më shumë për fisha diabeti.

Në kuadrin e zgjerimit të këtij shërbimi konstatohet se numri i pacientëve që kanë përfituar fisha diabeti të rimbursuara për vitin 2020 shkon në 562 pacientë, krahasuar me vitin 2019 ku kanë përfituar 489 pacientë.

Krahasimi në përfitimin e fishave të diabetit sipas kategorive përfituese për vitet 2020 dhe 2019, paraqitet si në tabelën e mëposhtme (vlera e rimbursimit është në lekë):

Periudha	Kategoria e pacientëve 0-18 vjeç			Kategoria e pacientëve 18-25 vjeç			TOTALI pacientë 0-25 vjeç		
	Sasia e Fishave për grupin 1-18 vjeç	Vlera e rimbursimit (lekë)	Nr i pacientëve për 1-18 vjeç	Sasia e Fishave për grupin 18-25 vjeç	Vlera e rimbursimit (lekë)	Nr i pacientëve për 18-25 vjeç	Sasia e Fishave për grupin 0-25 vjeç	Vlera e rimbursimit (lekë)	Nr i pacientëve për 0-25 vjeç
Viti 2020	360,228	7,622,778	436	94,362	1,890,690	126	454,590	9,513,468	562
Viti 2019	358,548	7,070,946	404	58,220	1,102,380	85	416,768	8,173,326	489
Viti 2018	387,590	7,751,800	374	0	0	0	387,590	7,751,800	374

Rimbursimi sipas kategorive të popullsisë e vitit 2020 krahasuar me vitin 2019:

Krahasuar me vitin 2019 vërejmë se kategoritë në përgjithësi kanë rënie të shpenzimeve të rimbursimit, por tek disa prej tyre konstatohet një rritje, konkretisht:

- **Pensionist pa afat** - me një rritje prej 126 milion lekë më shumë se viti paraardhës. Për këtë kategori është ulur numri i recetave të rimbursuara dhe është rritur vlera mesatare për recetë, duke trajtuar më pak diagnoza dhe terapi me kosto më të lartë. Numri i pacientëve është 223,080 pacientë për vitin 2020.
- **Pension social** - me një rritje prej 8,6 milion lekë më shumë se viti paraardhës. Për këtë kategori është ulur numri i recetave të rimbursuara dhe është rritur vlera mesatare për recetë, duke trajtuar më pak diagnoza dhe terapi me kosto më të lartë. Numri i pacientëve është 4,950 pacientë për vitin 2020.
- **Azilëkërkues** - me një rritje prej 11,8 milion lekë më shumë se viti paraardhës. Për këtë kategori është rritur numri i recetave të rimbursuara dhe vlera mesatare për recetë, duke trajtuar më shumë diagnoza dhe terapi me kosto më të lartë. Numri i pacientëve është 243 pacientë për vitin 2020.
- **Sëmundje kronike** – me një rritje prej 336 milion lekë më shumë se viti paraardhës. Për këtë kategori është rritur numri i recetave të rimbursuara dhe ulur vlera mesatare për recetë, duke

trajtuar më shumë diagnoza dhe terapi me kosto më të ulët. Numri i pacientëve është 94,563 pacientë për vitin 2020.

Rimbursimi i barnave sipas kategorive të popullsisë për vitin 2020 krahasuar me vitin 2019, si dhe ecuria e treguesve të tjerë (numri i recetave, vlera mesatare e recetës).

Krahasimi i rimbursimit sipas kategorive të përfituesve 2020-2019- 2018: Në mijë lekë

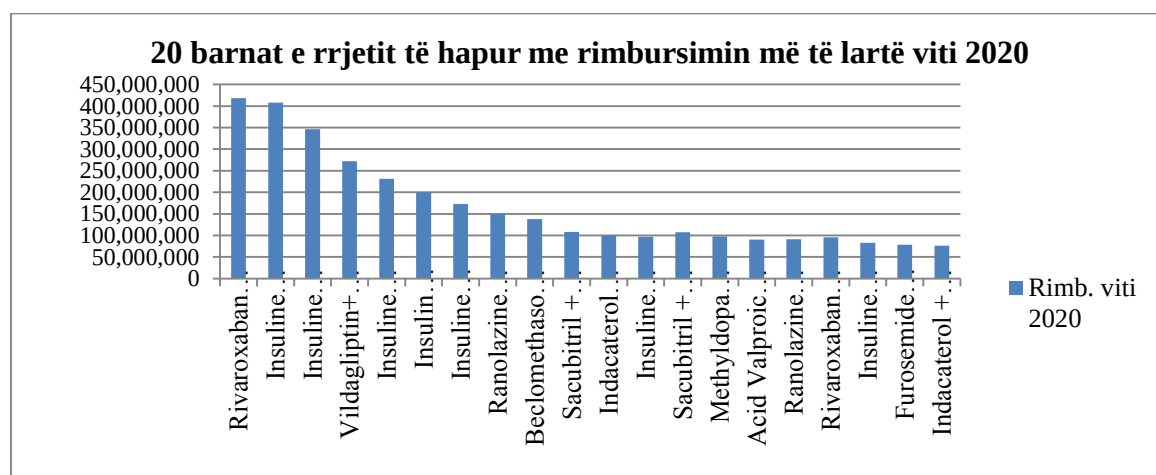
Nr	Kategoria	Rimbursim viti 2020 (000/lekë)	Rimbursim viti 2019 (000/lekë)	Rimbursim viti 2018 (000/lekë)
1	Femije 0-12 muajsh	612	592	774
2	Invalid i plote	1,977,534	2,088,776	2,331,841
3	Invalid i pjesshem	2,764	2,775	4,013
4	Invalid lufte	726	921	1,637
7	Veteran	56,981	69,659	92,088
9	Pensionist pa afat	4,970,083	4,843,973	5,076,745
11	Paafte menderisht ose fizikisht	280,954	388,603	364,372
12	Leje lindje/ Raport Mjekesor	64	27	28
18	Sigurim vullnetar	229	343	703
20	I verber	12,408	16,216	20,013
21	IEVP	12,057	14,694	12,466
22	Pension social	78,704	70,019	66,593
25	Student 18-25 vjec	871	2,481	1,390
26	Ndihme ekonomike	10,474	8,472	10,371
27	Grua shtatzene	154	70	158
28	Azilkerkues	20,556	8,680	7,861
30	I punesuar	51,367	62,463	92,887
31	I vetepunesuar	4,375	6,616	8,835
33	Femije 1-18 vjec	264,862	277,776	275,718
34	I papune/punekerkes	6,359	9,410	17,117
35	Te perndjekur politike	497	241	750
36	Pension me afat	3,373	4,440	6,083
37	Perfitues te tjere nga ISSH	174	161	293
38	Anetar i papaguar i familjes	118	200	430
39	I vetpunesuar ne bujqesi	240	393	825
41	Invalid i pjesshem jashte kategorie	507	700	710
45	Semundje Kronike	2,942,204	2,605,915	2,630,774
46	Invalid/Tetraplegjik	4,009	1,976	1,548
47	Persona te diagnostikuar me Sars-Cov2	6,372		
	Total	10,709,626	10,486,592	11,027,054

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

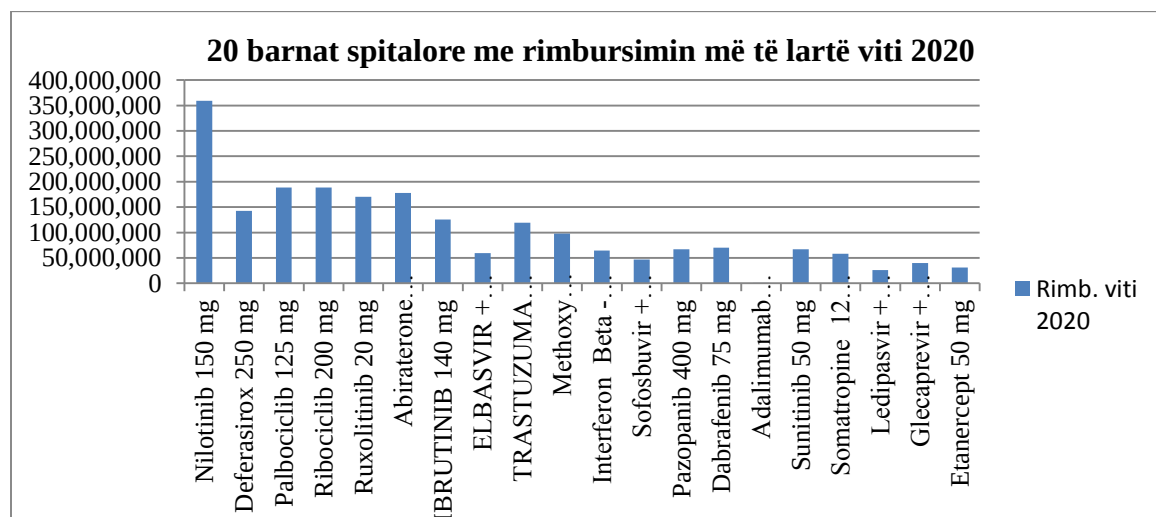
Nga evidentimi i shpenzimeve të rimbursimit për 20 barnat me rimbursim më të lartë, të ndara në barna që tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur dhe barna që tregtohen në farmacitë e spitaleve, konstatohet:

- Për vitin 2020, 20 barnat ambulatorie me impaktin më të lartë financiar kanë shpenzime rimbursimi në vlerë rreth 3,3 miliardë lekë.
- Ndërsa 20 barnat spitalore me impaktin më të lartë financiar kanë shpenzime rimbursimi në vlerë rreth 2 miliardë lekë.
- Bari spitalor me rimbursimin më të lartë është *Nilotinib 150 mg* dhe bari ambulator me rimbursimin më të lartë është *Rivaroxaban 20 mg*.

Shpenzimet e rimbursimit për barnat e rrjetit të hapur farmaceutik për vitin 2020:



Shpenzimet e rimbursimit për barnat në rrjetin e farmacive spitalore për vitin 2020:



8. Zhvillimi i sistemit të informacionit

8.1 Përditësimi dhe integrimi i sistemit elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes dhe regjistrin elektronik të të siguarve

Ky projekt mundëson raportimin online të vizitave të pacientit pranë mjekëve në Qendrat Shëndetësore e Poliklinikat.

Në vijim të zbatimit të kontratës me objekt “Regjistri elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes”, Fondi në bashkëpunim me Agjensinë Kombëtare të Shoqërisë së Informacionit ka 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 janë në kohë reale.

Projekti konsiston në:

- 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. Benefitet e regjistrimit të vizitave në sistemin e ri janë si vijon:
- Evitohet regjistrimi manual i vizitave në formularët letër nga mjekët e Kujdesit Shëndetësor Parësor;
- Ndërvepron me sistemet e tjera elektronike dhe rrit saktësinë e të dhënave që regjistrohen;
- Tashmë në sistem ruhet historiku i vizitave dhe informacionit shëndetësor të pacientit (shenjat jetësore, alergjitë, etj);
- Raporte në kohë reale të qendëruara mbi të dhënat, të cilat shërbejnë për vendim-marrje klinike, menaxheriale dhe administrative;
- Nëpërmjet portalit e-Albania, vetë pacienti mund të aksesojë vizitat e tij.
- Portalin e mjekut të familjes dhe modulën “Single Sign On” që bën të mundur akses të:
- Sistemit të Regjistrin Elektronik i të Siguarve (AHIS);
- Sistemit të Formularit të Vizitës (SISHP);
- Sistemit të Referimit Online (e-Referimi);
- Sistemit të Recetës Elektronike (e-Rx).

Ky modul lehtëson punën e ofruesve të kujdesit shëndetësor parësor në aksesimin e disa sistemeve informatike njëherësh me një logim të vetëm.

Gjatë vitit 2019 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:

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

Gjatë vitit 2020 vazhdoi shtrirja e sistemit e-Vizita në të gjitha rajonet dhe Qendrat Shëndetësore të vendit si më poshtë:

					Staf që plotëson formular vizite	
DRF/DF	Numri i Agjensive	Numri i QSH	Trajnuar në	Live në e-Vizita	MJEKË	INFERMIERË
Berat	3	23	Janar 2020	Shkurt 2020	69	482
Gjirokastrë	3	31	Janar 2020	Shkurt 2020	58	355
Sarandë	2	13	Janar 2020	Shkurt 2020	32	127
Fier	2	27	Shkurt 2020	Mars 2020	93	376
Lushnje	1	17	Shkurt 2020	Mars 2020	53	255
Tiranë	1	31	Mars-Maj 2020	Qershor 2020	502	844
Kamez-Vorë	1	8	Maj 2020	Qershor 2020	98	164
Korçë	3	34	Maj 2020	Qershor 2020	80	434
Pogradec	1	8	Maj 2020	Qershor 2020	37	161
Kukës	2	18	Maj 2020	Qershor 2020	29	198
Tropojë	1	8	Maj 2020	Qershor 2020	11	127
Dibër	3	35	Maj 2020	Qershor 2020	56	489
Shkodër	3	36	Maj 2020	Qershor 2020	114	589
Durrës	3	33	Maj 2020	Qershor 2020	210	605

Risite gjate 2020:

Gjatë vitit 2020 sistemi e-Vizita mori disa zhvillime te reja veçanërisht ne lidhje me përballimin e sistuatës së krijuar nga pandemia e shkaktuar nga infeksioni Covid-19, siç ishte dhe vendosja në dispozicion të mjekëve të formularit të vizitës Covid-19.

Gjithashtu, risi ishte regjistrimi i vizitave akute dhe atyre të kryera nga mjekët e qendrave shëndetësore turistike.

Në fund të vitit 2020 filloi puna për mundësimin e regjistrimit në e-Vizita të vaksinave për mbrojtjen nga Covid-19, me qëllim mundësinë e marrjes nga ana e qytetarëve të “Vërtetimit të

Vaksinimit” nëpërmjet portalit e-Albania.

Në bashkëpunim me AKSHI-n ju mundësua qytetarëve aplikimi për regjistrim/ndryshim të mjekut të familjes nëpërmjet portalit e-Albania.

8.2 Përditësimi i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike

Ky projekt i realizuar në vitin 2019 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.

Fondi vijoi me trajnimin e stafëve 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 online të sistemeve të tyre të brendshme me sistemin e-Depo. 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 e-Depo.

Gjatë vitit 2020, u bë i mundur realizimi i ndërveprimit të sistemeve financiare të depove me sistemin e-Depo. Një pjesë e depove farmaceutike nisën përdorimin e këtij sistemi, duke evidentuar dhe zgjidhur problematikat e ndryshme të hasura gjatë përdorimit.

8.3 Nënshkrimi Elektronik

Si pjesë integruese e sistemit të recetës elektronike, një nga prioritetet e Fondit ka qënë përfundimi i implementimit të nënshkrimit elektronik në të gjitha farmacitë e rrjetit të hapur që kanë kontratë me Fondin.

Ky proces, i cili filloi në vitin 2019 përfundoi në muajin Mars të vitit 2020, duke u shtrirë në të gjithë vendin.

Gjatë implementimit të nënshkrimit elektronik për farmacistët janë realizuar këto procese:

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

Githashtu, është vijuar me ndjekjen e procedurave për pajisje dhe rinovim të nënshkrimeve elektronike për mjekët e kujdesit parësor dhe atij spitalor.

Aktualisht nënshkruajnë rreth 1,100 farmacistë të rrjetit të hapur si dhe rreth 1,733 mjekë.

8.4 Sistemi e-Rx

Gjatë 2020, për shkak të situatës së krijuar nga infeksioni Covid-19, sistemi i recetës elektronike në ndërveprim me portalin e-Albania, bëri të mundur aplikimin e kërkesës për recetë për trajtimin e Covid-19 nga ana e qytetarëve dhe dërgimin e kodit nëpërmjet sms, duke lehtësuar në këtë mënyrë procedurat.

8.5 Implementimi i sistemit e-Kontroll: sistemi i kontrollit të subjekteve që kanë kontratë me Fondin

Gjatë vitit 2020 është bërë e mundur realizimi i sistemit e-Kontrolli, i cili:

- ❖ Mundëson dixhitalizimin dhe automatizimin e procesit të lidhjes së kontratës me subjektet që kanë kontratë me FSDKSH, që nga aplikimi tek e-Albania nga ana e subjektit, deri në lidhjen përfundimtare të kontratës.
- ❖ Mundëson menaxhimin elektronik të proceseve të punës për kontrollin e përmbushjeve të detyrimeve kontraktuale të subjekteve që kanë kontratë me FSDKSH.
- ❖ Përmirëson dhe garanton transparencë, si dhe monitoron aktivitetin e Drejtorisë së Kontrollit dhe sektorëve të kontrollit në zbatim të objektivave.
- ❖ Ndihmon në përshpejtimin e procedurave për trajtimin e aplikimeve, inspektimin e subjekteve që kanë kontratë me FSDKSH, dhe informimin online të këtyre subjekteve mbi statusin e aplikimit të tyre.

9. Monitorimi i Kontratave me Dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore

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

9.1 Monitorimi i zbatimit të kontratave

Drejtoria e Kontrollit gjatë vitit 2020, ka ushtruar kontrole në 450 subjekte ose rreth 14% e totalit të subjekteve, të cilat kanë lidhur kontratë me Fondin. Konkretisht, është ushtruar kontroll në këto subjekte:

- 97 Qendra Shëndetësore;
- 243 Mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- 81 Farmaci
- 20 Depo farmaceutike.
- 9 Spitale

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat, si më poshtë:

- Masë administrative “Shpërblim dëmi ekonomik” në vlerën totale 10,596,380 Lekë;
- Masë administrative “Gjobë”, në vlerën totale 336,000 Lekë;
- Masë administrative “Kushte penale”, në vlerën totale 1,275,000 Lekë;

9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Bazuar në planin vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm, për periudhën Janar-Dhjetor 2020, janë planifikuar për kontroll dhe realizuar kontrollet në rajonet si më poshtë vijon.

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

Nr.	DRF/Degë	Total Q.Sh	Total mjekë	Subjektet e kontrolluara		Lloji i kontrollit	SANKSIONET		
				Q.SH	Mjekë		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba
1	Berat	52	126	11	20	I plotë	83,808		24,000
2	Sarandë	13	29	5	9	I plotë	42,195		24,000
3	Lushnje	17	54	6	13	I plotë	80,024		13,000
4	Berat Specialistët	2		2	5	Tematik		55,000	
5	Lushnje Specialistët	1		1	4	Tematik		40,000	
6	Elbasan	52	126	12	25	I plotë	213,164		19,000
7	Lezhë	20	79	8	20	I plotë	99,523		34,000
8	Tiranë	27	245	12	38	I plotë	275,560		71,000
9	Korçë	31	86	9	22	I plotë	61,816		30,000
10	Fier	28	108	9	30	I plotë	58,441		21,000
11	Dibër	34	61	6	12	I plotë	92,257	5,000	28,000
12	Kukës	19	35	1	1	I plotë	41,233		5,000
13	Vlorë	17	92	8	22	I plotë	57,332		38,000
14	Shkodër	36	109	7	22	I plotë	57,984		25,000
	TOTALI	349	1050	97	243		1,163,337	100,000	332,000

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

-Kanë rezultuar shkelje 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 dhe administrimin e kartelave të pacientëve.

Në përfundim të kontrolleve sipas evidencave janë marrë këto masa:

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 1,163,337 Lekë .
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 332,000 Lekë.
- Masa administrative “Kusht penal” në vlerën totale prej 100,000 Lekë .

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2020 krahasuar me vitin 2019 dhe vitin 2018:

Kontrollet Janar – Dhjetor 2018-2019-2020

Viti	DRF/RAJONE	KONTROLL QSH	KONTROLL MPF	Lloji i kontrollit	SANKSIONET		
					Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba
2020	13 Rajone	97	243	I plotë	1,163,337	100,000	332,000
2019	14 Rajone	150	370	I plotë	2,454,492	98,000	470,000
2018	13 Rajone	122	369	I plotë	6,190,441	989,000	225,000

9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

a) Për subjektet Farmaceutike

Fondi kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor të subjekteve farmaceutike të kontraktuara nga Fondi, duke u bazuar në planin mujor të Drejtorisë së Kontrollit si dhe sa herë që paraqiten problematika të veçanta.

Fondi, për periudhën Janar-Dhjetor 2020, ka ushtruar kontrolle në 81 subjekte me kontratë me drejtoritë rajonale përkatëse, 24 % të shpenzimeve të rimbursimit që zë në Fond. Janë kontrolluar 71 % e Planit vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm. Për arsye të respektimit të urdhërave të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale mbi kufizimin e grumbullimeve dhe ruajtjes së distancimit social për shkak të pandemisë së shkaktuar nga Covid-19, Fondi ka punuar me kohë të kufizuar për realizimin e kontrolleve, situatë kjo e cila e ka bërë të pamundur realizimin e Planit Vjetor 2020.

Rezultatet e kontrolleve paraqiten në formë tabelore si më poshtë:

Nr.	Farmaci/Agjenci		Numri i subjekte ve të kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET				Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin e subjekteve të kontrolluara	Totali i subjekteve me kontratë në raport me numrin e subjekteve të kontrolluara
	DRF/Degë	Farmaci /Agjensi Totali			Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoha	Zgjidhje Kont rate		
1	Durrës	82	5	Tematik+inventar	384,176				24%	6%
2	Elbasan	87	6	Tematik+inventar	420,295				18 %	7%
3	Korçë	45	10	Tematik+inventar	507,816				53%	22%
4	Kamëz Vorë	40	6	Tematik+inventar	341,930				41%	15%
5	Dibër	40	7	Tematik+inventar	617,159	4,000			59%	18%
6	Tiranë	290	24	Tematik+Inventar	1,750,505				37%	8%
7	Lezhë	28	6	Tematik+inventar	90,774				42%	21%
8	Lushnje	36	10	Tematik+inventar	443,089	2,000			42%	28%
9	Shkodër	62	7	Tematik+inventar	345,085				26%	11%
	Totali	710	81		4,900,829	6,000				

Specifikisht:

Për periudhën Janar–Dhjetor 2020, janë kontrolluar 81 subjekte dhe janë marrë masat, si më poshtë:

- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 4,900,829 Lekë për 81 subjekte farmaceutike;
- Kushte penale në vlerën 6,000 Lekë për 2 subjekte farmaceutike;

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2020 krahasuar me vitet 2019 dhe 2018

Viti	DRF/RAJONE	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET			
				Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba	Zgjidhje kontrate
2020	9 Rajone +12 Farmaci spitalore sek Depo	81	I plotë me inventar	4,900,830	6,000		-
2019	17 +12 Farmaci spitalore	131	I plotë me inventar	10,789,846	138,000	28,000	
2018	17+12 Farmaci spitalore	99	I plotë me inventar	8,120,717	418,000	147,000	1

b) Për subjektet Depo Farmaceutike

Fondi gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2020, ka kryer kontroll për disponibilitet të barnave të listës së rimbursueshme në 8 depo farmaceutike, 2 depo me inventar, 9 farmacitë e spitaleve dhe farmacinë e QSUT -së, ku u konstatuan mungesa të barnave të listës së rimbursueshme, rezultatet e këtyre kontrolleve paraqiten si vijon:

KONTROLLI	SANKSIONET		
	Dëm ekonomik	Kushte Penale	Gjoba
Kontroll i plotë me inventarizim	428,383	-	-
Kontroll i Farmacive të Spitaleve Rajonale	335,026	-	-
Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	-	1,000,000	-
Totali	763,409	1,000,000	-

Problematikat kryesore të evidentuara nga kontrollet.

Nga kontrolli me inventar rezultuan mangësi në lidhje me:

- Mosdeklarimin e saktë të të dhënave nga depot farmaceutike.
- Diferencat në (+) gjatë procesit të inventarizimit për periudhën e përcaktuar.

Në bazë të kontratës me Depot importuese për vitin 2019, nenit 14 pika 1 ku citohet: “Kur nga kontrolli me inventarizim i barnave të rimbursueshme tek Importuesi rezultojnë diferenca në plus të pajustificuara (gjendja fizike është më e madhe se gjendja kontabël), Importuesi paguan kusht penal të barabartë me 10 fishin e tepriçës së konstatuar”.

Nga kontrollet për disponibilitetin e barnave rezultuan mangësi të barnave në treg. Fondi është duke punuar në lidhje me strategjinë e kontrolleve lidhur me kontrollin e Depove Farmaceutike.

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2020 krahasuar me vitin 2019 dhe vitin 2018:

Kontrollet Janar – Dhjetor 2018-2019-2020

Viti	Depo	Subjekte të kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET			
				Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba	Zgjidhje kontrate
2020	Depo	20	I plotë me inventar 2 depo dhe 1 farmaci e QSUT, 9 farmaci te spitaleve Rajonale dhe 8 depo me Disponibilitet	763,409	1,000,000	-	-
2019	Depo	32	I plotë me inventar 2 depo dhe 1 farmaci e QSUT dhe 29 depo me Disponibilitet	-	4,753,519	-	-
2018	Depo	39	Disponibilitet	-	7,000,000	-	-

9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet

Sikurse vërehet në tabelën e mësipërme, për vitin 2020, janë kontrolluar spitalet: Librazhd, Lushnje, Spitali jo publik “Amerikan” Durrës, “AKS” Berat, Fier, Pogradec, Lushnje, Tropojë, Pukë, Korçë, Vlorë dhe Spitali Universitar “Koço Gliozheni”. Për arsye të pandemisë së shkaktuar nga infeksioni Covid-19, programi vjetor është ndryshuar dhe miratuar nga ana e Drejtorit të Përgjithshëm.

Në tabelën e mëposhtme pasqyrohen të dhënat e detajuara mbi kontrollet në Spitalet Rajonale dhe Bashkiake

Nr.	Spitalet	Masa organizative	Masa disiplinore	Masa administrative (gjopa)	Masa detyrim për shpërblim dëmi (Vlerë)	Kushte penale	Ndërprerje kontrate
1	Librazhd	6	-	-	302,489	-	-
2	Lushje, spitali jo publik “Amerikan” Durrës, “AKS” Berat	10	-	-	338,198	-	-
3	Fier	14	-	-	1,100,020	-	-
4	Pogradec	9	-	-	123,000	-	-
5	Tropojë	12	4		216,171		
6	Pukë	4			816,240	10,000	
7	Korçë	13			671,645	68,000	
8	Vlorë	8	-	-	200,970	95,000	-
9	Koço Gliozheni	2	-	-	-	-	-
	Totali	78	4		3,768,733	173,000	

Siç paraqitet në tabelën e mësipërme shkeljet e konstatuara për vitin 2020 janë:

- Masa “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën 3,768,733 Lekë.
- Kushte penale në vlerën 173,000 Lekë.
- Masa organizative 78 masa
- Masa disiplinore 4 masa.

9.5 Problematikat Kryesore

“Kusht penal”, për mosplotësimin e kartelave sipas elementeve, në kundërshtim me Nenin 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. Vendorsja e diagnozës klinike të bëhet brenda afateve kohore të kërkuara, si dhe të shkruhet e plotë.

Dëm ekonomik është vënë për mangësitë e konstatuara në dokumentacionin e bankës, kontrollin e pagave, të shpenzimeve për udhëtime e dieta, shpenzimeve të karburantit, si dhe në farmacinë e spitalit për barnat e skaduara dhe diferenca. Në bazë të Nenit 17 “Dëmi ekonomik” me pikën 4a) e cila 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 parametrat e duhur, si dhe keqadministrimit të tyre si dhe mangësi në moszbatimin e kontratës.”

10. Përmirësimi i Administrimit të Fondit

10.1 Misioni i auditimit të brendshëm

Misioni i Drejtorisë së Auditit të Brendshëm është kryerja e çdo angazhimi auditimi në përputhje me aktet ligjore, nënligjore në fuqi, standardet ndërkombëtare të auditimit të brendshëm të pranuar dhe shpallura nga Ministri i Financave, të Planit Strategjik e Vjetor të veprimtarisë së auditimit të brendshëm. Auditimi i brendshëm ka asistuar të gjitha nivelet e menaxhimit në kryerjen efektive të përgjegjësisë së tyre, nëpërmjet analizave, vlerësimeve, këshillimeve dhe rekomandimeve, lidhur me veprimet e ekzaminuara.

Misioni i Drejtorisë së Auditit 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 është kryerja e auditimit të brendshëm i të gjitha strukturave, programeve, veprimtarive dhe proceseve të Fondit dhe të strukturave vartëse.

10.2 Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit

Veprimtaria e auditimit të brendshëm për vitin 2020 është fokusuar në këto drejtime kryesore:

- Në trajtimin e menaxhimit të burimeve, treguesve dhe matësve të aktivitetit, si dhe shkallën e pajtueshmërisë me standartet profesionale të auditimit. Rezultatet dhe produktet e veprimtarisë së auditimit të brendshëm, janë të pasqyruara në raportet e auditimit të dërguara në çdo institucion.
- Në komunikimin e rezultateve të veprimtarisë së auditit të brendshëm. Evidentimin e problemeve më të rëndësishme të identifikuar dhe të trajtuara, ecurinë drejt përmirësimeve të vazhdueshme dhe veprimeve korrigjuese, si dhe sfidat e përpjekjet për të siguruar pajtueshmërinë me kuadrin legjislativ.

Aktiviteti i auditimit të brendshëm në Fond është realizuar nga njësia e auditit të brendshëm e organizuar në rang Drejtorie. Roli i kësaj drejtorie është mbështetja e menaxhimit të Fondit në realizimin e objektivave të kësaj njësie.

Puna e Drejtorisë së Auditit të Brendshëm është përqëndruar në auditimin e sistemeve me risk të lartë, vlerësimin e sistemeve të kontrollit të brendshëm duke nxitur kontrole efektive me synim parandalimin e zbulimin e rasteve abuzive. Ndikimi i punës audituese është reflektuar në përgatitjen e drafteve për përmirësimin e udhëzimeve, rregulloreve në fuqi apo edhe hartimin e disa udhëzimeve të reja dhe miratimin e tyre. Veprimtaria audituese e Drejtorisë së Auditit të Brendshëm është realizuar duke siguruar integritet të punonjësve, pavarësi si dhe në përmirësim të anës profesionale. Produkti i dalë nga ky aktivitet u mundësua nga zbatimi përherë e më mirë i standardeve profesionale duke vendosur një komunikim gjithnjë e më konstruktiv e bashkëpunues me subjektet e audituara.

Gjatë vitit 2020 janë realizuar auditime të kombinuara dhe auditime të kërkuara nga titullari. Veprimtaria audituese përfshin Drejtorinë e Përgjithshme të Fondit, Drejtoritë dhe Degët Rajonale si dhe subjektet me kontratë me Fondin.

Megjithë arritjet mendojmë që në të ardhmen të përmirësojmë punën në drejtim të:

- Forcimit të kontrollit brendshëm nga njësitë shpenzuese;
- Përqëndrimit të punës audituese në zonat me risk të lartë, veçanërisht të riskut të mashtrimit;
- Rritjes së cilësisë së auditimeve.

Misionet e auditimit të realizuara për shërbimin e sigurisë mbi bazë sistemi kanë qenë të kombinuara e tematike për verifikime të ndryshme me kërkesë të titullarit. Ato janë kryer në strukturat vartëse të Fondit në 17 raste dhe në 3 raste në subjektet me kontratë.

Struktura e programeve të auditimit për vitin 2020 paraqitet si më poshtë:

Nr	Emërtimi	Auditime		Totali	
		Realizuar	Proçes	Nr	%
1	Auditime të kombinuara të realizuara në strukturat e Fondit, Viti 2020	15	2	17	85.0
2	Auditime të realizuara me kërkesën e titullarit, Viti 2020	3	0	3	15.0
	Totali	18	2	20	100.0

10.3 Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre

Drejtorja e Auditit të Brendshëm që në fazën e planifikimit vjetor është mbështetur në auditimin e sistemeve apo subjekteve që kanë një risk të lartë dhe risk të mesëm. Është kërkuar që gjatë vitit 2020 të gjitha drejtoritë e njësive në qendër dhe rajone të përditësojnë listën e proçeseve, regjistrin e riskut dhe gjurmët e auditit, kjo edhe për arsye të ndryshimeve të ndodhura në Fond në kuadrin e ristrukturimit të institucionit.

Mbi bazën e përvojës së fituar janë vlerësuar risqet sipas sistemeve dhe subjekteve. Nisur nga fakti që strukturat e Fondit, duke përfshirë dhe Drejtorinë e Përgjithshme, përdorin fonde të konsiderueshme publike, niveli i riskut është vlerësuar si i lartë, i mesëm dhe i ulët. Në auditimin e disa strukturave si Drejtorja e Përgjithshme, Drejtorja e Shërbimit Spitalor Universitar (DSHSU), Drejtorja Rajonale Tiranë, Spitali Rajonal Durrës, Spitali Rajonal Kukës, Durrës, Elbasan, Korçë, Shkodër e Vlorë, afati i auditimit ka qenë më i gjatë.

Sistemet që kanë nivel të lartë risku janë kontrolli i zbatimit të kontratave me ofruesit e shërbimeve shëndetësore siç janë konçensionarët për dializën dhe sterilizimin e pajisjeve mjekësore, spitalet jopublike për paketat shëndetësore (të kardiologjisë, kardiokirurgjisë, etj) që financohen nga Fondi, Qendrat Shëndetësore, subjektet farmaceutike dhe spitalet publike.

Ndërkohë, sistemet që mbeten në nivelin e riskut të mesëm janë ai i prokurimeve, zbatimi i buxhetit sipas zërave të miratuar, transferimi i tij ndaj subjekteve të kontraktuar, dokumentet justifikues në pagesat e ndryshme, mbajtja e kontabilitetit sipas standardeve.

10.4 Rekomandimet

Një aspekt mjaft i rëndësishëm i aktivitetit auditues është dhënia e rekomandimeve në përfundim të çdo misioni angazhim auditimi. Rekomandimet janë mbështetur në gjetjet e rezultuara dhe kanë si qëllim përmirësimin e punës së subjektit. Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2020, Drejtorja e Auditit të Brendshëm ka rezultuar se:

- Janë realizuar 20 misione auditimi nga të cilat 18 auditime janë të përfunduara dhe 2 auditime janë në proçes;

- Janë rekomanduar në total 322 masa organizative e disiplinore, nga të cilat 305 janë masa organizative dhe 17 janë masa disiplinore, konkretisht: “Vërejtje” 5, “Vërejtje me paralajmërim për pushim nga puna” 7, “Kalim në një detyrë më të ulët” 1 dhe “Zgjidhje kontrate” 4;
- Janë vendosur në total 1,478 mijë lekë masa zhdëmtuese, nga të cilat 1,199 mijë lekë janë për punonjësit e administratës dhe 279 mijë lekë janë për punonjësit e subjekteve me kontratë;
- Janë vendosur në total 229 mijë lekë masa administrative për subjektet me kontratë.

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

- 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;
- Analizën e riskut dhe përqëndrimin e kontroleve në subjektet me risk të lartë;
- Mbulimin me kontroll të gjithë subjekteve të kontraktuara;
- Përmirësimin e cilësisë së supervizimeve e kontroleve në të gjitha hallkat duke zbatuar me rigorizitet udhëzimet, si dhe duke kërkuar zbatimin e kontratave nga ofruesit e shërbimeve;
- Përmirësimin e cilësisë të kontrollit në spitale, dhe mbulimi me kontroll i të gjitha problematikave të aktivitetit të spitalit;
- Zbatimin e ligjit për kontabilitetin e pasqyrat financiare;
- Zbatimin e udhëzimeve për hartimin dhe zbatimin e buxhetit në të gjitha hallkat duke u mbështetur në analiza e duke dhënë gjatë kohës informacion të plotë e të saktë;
- Mbështetjen me bazë dokumentare për çdo lloj shpenzimi, si dhe analizën e faktorëve për çdo rast tejkalmi;
- Zbatimin e akteve ligjore e nënligjore në fushën e prokurimeve. Argumentimin e blerjeve me bilance të plota e të sakta materiale, si dhe zbatimin me korrektësi të procedurave të prokurimeve;
- Përmirësimin e organizimit të punës nga të gjitha strukturat, realizimin e detyrave funksionale në përputhje me rregulloren e funksionimit të Fondit;
- Rritjen e nivelit të realizimit të detyrave të lëna nga auditimi i mëparshëm.

Rekomandimet e dhëna si masa organizative janë pranuar nga subjektet e audituara. Ato kanë reaguar duke hartuar e miratuar plan veprimet përkatëse, të cilat i kanë dërguar në Drejtorinë e Auditit të Brendshëm. Zbatimi i masave organizative të dërguara gjatë vitit 2020 do të verifikohet gjatë auditimeve të rradhës, por edhe me programe të veçanta për njësi të ndryshme.

11. Komunikimi dhe Informimi i Publikut

Komunikimi me publikun është 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 2020, Fondi ka përmbushur detyrën e tij duke analizuar dhe trajtuar çdo kërkesë/ankesë të ardhur në Fond; duke koordinuar punën për menaxhimin dhe adresimin e kërkesave/ankesave në bashkëpunim me njësitë teknike 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 marrëdhënieve me mediat.

Duke e parë informimin si një urë lidhëse midis Fondit dhe palëve të interesuara, gjatë vitit 2020, jemi fokusuar në publikimin në kohë të çdo materiali informues në lidhje me ndryshimet respektive të shërbimeve për shkak të kufizimeve nga pandemia e shkaktuar nga infeksioni Covid-19 apo dhe të lehtësirave të tjera të krijuara për të vijuar me përfitimet që rrjedhin nga përfshirja në skemën e sigurimeve shëndetësore në faqen web të Fondit www.fsdksh.gov.al edhe në kanalet zyrtare sociale, Facebook, Twitter dhe Instagram.

Fondi, përgjatë vitit 2020 ka administruar adresën e emailit 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 të pritura në zyrë/telefon drejtuar Fondit. Gjithashtu, ka bashkëpunuar me Linjën e Gjelbër të krijuar për të asistuar pacientët deri në përmbushje të shërbimit shëndetësor, për shkak të masave kufizuese të pandemisë.

Gjithashtu është realizuar monitorim 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 afateve të përcaktuara në Ligjin “Për të Drejtën e Informimit”.

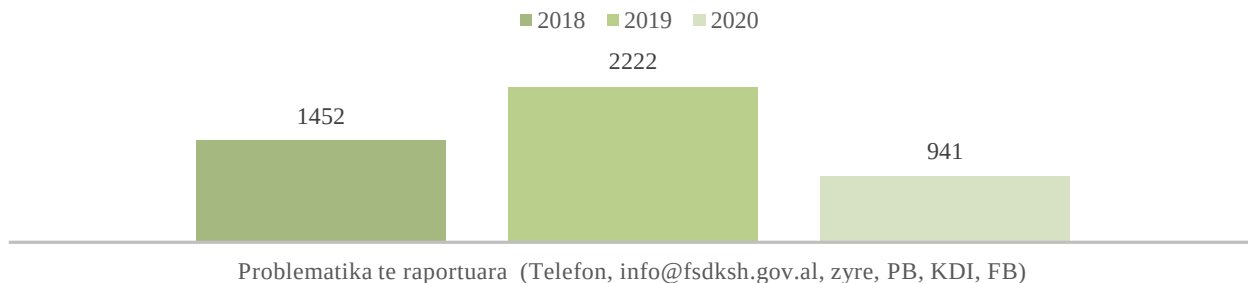
Është bashkëpunuar me mediat e shkruara dhe vizive për publikimin e rezultateve të punës së Fondit.

Është administruar dhe monitoruar prezantimi i Fondit në kanalet zyrtare sociale, Facebook, Instagram, Twitter. Publikim i përditshëm në rrjetet sociale zyrtare.

Është realizuar përgatitja e materialeve grafike të publikuara dhe është ndjekur “Kalendari i Shëndetit 2020” – fushata ndërgjegjësimi.

Në total janë procesuar 941 raste dhe kanë marrë zgjidhje brenda afateve të përcaktuara ligjore pasi janë ndjekur me prioritet dhe zgjidhur në një kohë më të shkurtër. Cikli i përgjigjes ka marrë mesatarisht 1 - 48 orë gjatë periudhës Mars – Shtator 2020, ku përgjithësisht rastet janë mbyllur brenda ditës së punës.

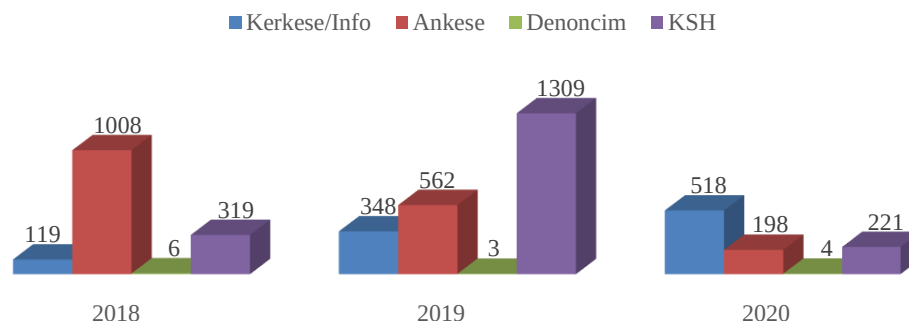
Grafik 1 - Numri total i rasteve për vitet 2018-2019-2020



*SMP- Sektori i Marrëdhënieve me Publikun; *PB-Platforma e Bashkëqeverisjes; *KDI- Kordinatori për të Drejtën e Informimit; *FB- Facebook

Fondi, ka trajtuar tipologji të ndryshme problematikash të raportuara nga palët e interesuara në bashkëpunim me njësitë teknike në Fond dhe të dhënat e paraqitura janë përpunuar dhe vendosur në raport me të dhënat e mbledhura për vitet 2018 dhe 2019.

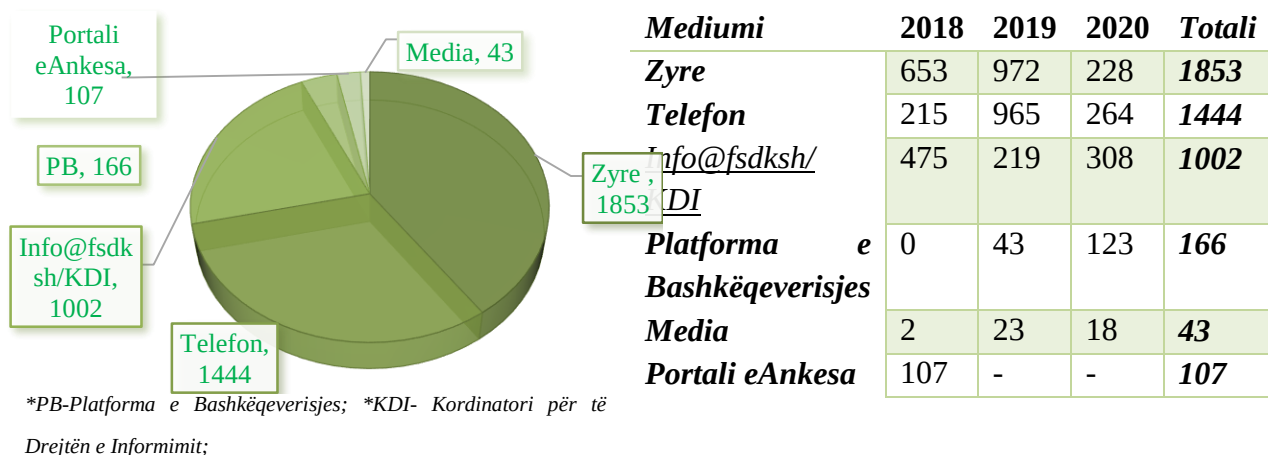
Grafik 2 - Tipologji të problematikave të raportuara për vitet 2018-2019-2020



*KSH -Karta e Shëndetit

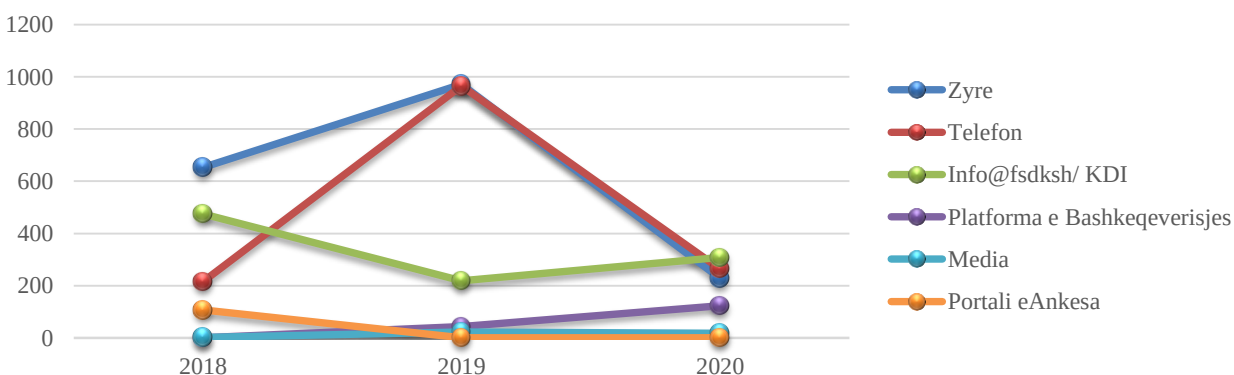
Problematikat e raportuara pranë Fondit kanë qënë të ndryshme dhe ndër më të rëndësishmet dhe të shpeshtat të evidentuara gjatë vitit 2020, janë kërkesa për informacion lidhur me marrjen e mjekimit (recetës me rimbursim) dhe orientim për procedurat e ndryshuara përgjatë periudhës së pandemisë, me kufizimet e krijuara kryesisht si transporti i pacientëve të dializës në Tiranë dhe nëpër rrethe, problematika lidhur me marrjen e barnave të recetës me rimbursim në vazhdim dhe problematika të tjera të krijuara kryesisht nga masat kufizuese të Covid-19. Ndryshe nga viti 2018 dhe 2019 kur me frekuencë më të lartë paraqiten problematika/ankesa lidhur me aktivitetin normal të Fondit, kryesisht lidhur me azhurnime dhe regjistrime në sistemin online për kartën e shëndetit për shtetasit e huaj dhe shqiptar dhe problematika të mbartura lidhur me përfitimin e barnave me rimbursim për shkak të kufizimeve të listës së barnave me rimbursim dhe të tjera.

Grafik 3 - Numri total i rasteve përgjatë 3 vjeçarit të ndarë sipas mediumit



Viti 2020 ka një numër më të ulët raportimesh krahasuar me vitet e tjera të marra në shqyrtim, reflektuar kryesisht nga ulja e raportimeve të paraqitura pranë Fondit respektivisht 228, duke qenë se kjo metodikë regjistron numrin më të lartë të raportimeve krahasuar me mediumet e tjera në vite. Mbyllja dhe kufizimet e lëvizjes së qytetarëve, gjithashtu mbyllja e zyrës për publikun si një nga masat e marra gjatë pandemisë, rrjedhimisht ka sjellë një rezultat të tillë.

Grafik 4 - Raportim i problematikave sipas mediumit, përgjatë viteve 2018, 2019 dhe 2020



*KDI- Kordinatori për të Drejtën e Informimit

Portali eAnkesa nuk është aktiv që nga muaji Korrik 2018. Fondi ka marrë në administrim rastet e deleguara për ndjekje nga Platforma e Bashkëqeverisjes, prej muajit Shtator 2019 dhe në vazhdim.

12. Bashkëpunimi me Institucionet

12.1 Bashkëpunimi ndërinstytucional

FSDKSH bashkëpunon institucionalisht me MSHMS për politikat, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera që kanë lidhje me funksionimin e FSDKSH. Këshilli i Ministrave është organ i cili përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të FSDKSH. Në këtë kuadër bashkëpunohet 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 ndërinstytucionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre, lidhur me kategoritë e të siguruarve 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), i cili rregullon marrëdhënien midis 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 standardeve 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 për kapitujt e PKIE 2019-2021 dhe Raportimet në Kuadër të Proçesit të Integrit Evropian. Raporton për Kapitujt 2, 19, 28.

Gjatë vitit 2020 Fondi bashkëpunoi me HAP (Health for all Project) mbi hartimin e disa dokumenteve për 5 situatat më të zakonshme në Kujdesin Shëndetësor Parësor: si HTA, Diabet Mellitus, Dislipidemia, Astma bronchiale, Sëmundje Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK), (Prokollet, Udhezuesit e Mjekimit, Manualët e Trajnimit për mjekët dhe ekipin e Qendrës Shëndetësore).

Këto dokumente praktike u hartuan nga një ekip mjekësh me mbështetjen e HAP, bazuar në dokumentet përkatëse ekzistuese në Shqipëri dhe evidencat klinike më të fundit të menaxhimit të këtyre 5 situatave në Kujdesin Shëndetësor Parësor.

12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

Në zbatim të Rregullores 883 të Këshillit të Europës “Për koordinimin e sistemeve të mbrojtjes sociale” Fondi i Sigurimeve të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, si institucioni përgjegjës për zbatimin e detyrimeve që lindin në fushën e shërbimeve shëndetësore dhe të sigurimit shëndetësor ka lidhur marrëveshje me disa shtete. Sektori i Marrëdhënieve me Jashtë, si pjesë e Drejtorisë Juridike në Fond lëshon formularët për sigurimin shëndetësor në bazë të marrëveshjeve të nënshkruara si më poshtë:

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 dhe më pas me Marrëveshjen e Përgjithshme Administrative. **Për vitin 2020** pranë Drejtorisë së Përgjithshme janë paraqitur 3 kërkesa për t’u pajisur me formularin AL/TR 4 (çertifikatë e kujdesit shëndetësor për një periudhë të përkohshme). Nga këto kërkesa janë miratuar 2 formularë, dokumentacioni shoqërues i të cilave ishte i plotësuar konform dispozitave të parashikuara në marrëveshje.

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”. **Për vitin 2020** pranë Drejtorisë së Përgjithshme janë paraqitur 61 kërkesa nga Fondi Belg i Sigurimeve për pajisje me formular AL/BE 111, AL/BE 121 të shtetasve shqiptarë rezident në Belgjikë. Nga këto kërkesa janë miratuar 13, dokumentacioni shoqërues i të cilave ishte i plotësuar konform dispozitave të parashikuara në marrëveshje.

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”. Në këtë marrëveshje, është vendosur vetëm pranimi i sigurimit vullnetar ndërmjet dy Shteteve Kontraktuese. (Formulari AL/LU 3). **Për vitin 2020** ka patur 3 kërkesa për pajisje me formularin e mësipërm, të cilat janë lëshuar të treja konform dispozitave të parashikuara.

Me **Republikën e Maqedonisë**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin 123/2015 datë 12.11.2015 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Maqedonisë për Mbrojtjen Shoqërore”. **Për periudhën vitin 2020** janë paraqitur 103 kërkesa për t’u pajisur me formularin AL/RM 111, AL/RM 101 (vërtetim i së drejtës për përfitime në natyrë gjatë qëndrimit të përkohshëm në shtetin tjetër kontraktues), të cilat janë miratuar të gjitha konform dispozitave të parashikuara në marrëveshje.

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”. **Për vitin 2020** janë paraqitur 3 kërkesa për formular, nga të cilat u miratuan të tre kërkesat në kuadër të dispozitave ligjore të parashikuara nga Marrëveshja në fuqi.

Me **Republikën Çeke** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 34/2016, "Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Çeke për Mbrojtjen Shoqërore".

Për vitin 2020 janë paraqitur 3 kërkesa për formular AL/CZ 111, të cilat janë lëshuar të treja konform dispozitave të parashikuara.

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

13. Prioritetet Strategjike dhe Objektivat

13.1 Prioritetet strategjike

Në përputhje me Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë, FSDKSH-ja në bazë edhe të misionit të tij, ka përcaktuar si prioritate kryesore strategjike:

- Sigurimin e shëndetit të popullatës gjatë gjithë ciklit të jetës dhe mundësimin financiar të mbulimit Shëndetësor Universal për të gjithë;
- Fuqizimin dhe zgjerimin e skemës së sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër qytetarët e Republikës së Shqipërisë;
- Ofrimin e shërbimeve shëndetësore për popullatën nëpërmjet paketave standarde të shërbimeve në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor;
- Përmirësimin e mëtejshëm të sistemeve të teknologjisë së informacionit, të shtrirë sa më gjerësisht në mbarë vendin;
- Monitorimin më efektiv lidhur me financimin e kujdesit shëndetësor dhe optimizimin e përdorimit të burimeve;
- Përmirësimin e qeverisjes institucionale dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin;
- Rritjen e transparencës në veprimtarinë e Fondit dhe përmirësimin e aksesit të qytetarëve në informacion dhe shërbime.

13.2 Objektivat kryesore për vitin 2020 dhe statusi i realizimit të tyre

Për vitin 2020, është punuar për realizimin e objektivave dhe detyrave, si më poshtë vijon:

- 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;
- Asistencë teknike dhe oponencë ligjore për rregulloret dhe aktet e tjera të Fondit, mbi të cilat ushtron aktivitetin, në bashkëpunim me drejtoritë teknike të Fondit;

- 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 shëndetësorë të popullatës nëpërmjet gjurmimit të check up – it duke mundësuar në kohë parandalimin e sëmundshmërisë dhe evidentimin e saj;
- Sigurimi i trajtimeve të efektshme për pacientët, bazuar në udhërrëfyesit dhe protokollet e praktikës klinike të miratuara;
- Përmirësimi i mënyrës së financimit të Qendrave Shëndetësore të kujdesit parësor me fokus pagesën bazuar në “kapitacion” sipas grupmoshave të popullatës dhe elementë të pagesës për shërbim/performancë, një sfidë e re për të nisur;
- Sigurimi i disponibilitetit të barnave të rimbursueshme në sasi dhe kohë për të mbuluar nevojat e pacientëve, në respektim të plotë të detyrimeve kontraktore që kanë subjektet farmaceutike me Fondin;
- 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 për farmacistët e rrjetit të hapur;
- Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar prej vitit 2018, për sa vijon:
 - a) 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;
 - b) Përditësimi i sistemit të menaxhimit të Depove Farmaceutike nëpërmjet ndërveprimit të sistemit e-Depo me sistemet financiare të depove farmaceutike, në përputhje me kërkesat e tyre;
- Implementimi i sistemit e-Kontroll;
- Realizimi dhe suporti i kërkesave të ndryshme në zbatim të politikave të shëndetësisë, me qëllim mbarëvajtjen dhe menaxhimin e situatës së krijuar nga infeksioni Covid-19;
- Realizimi në portalin e-Albania, i kërkesave për aplikim nga ana e pacientëve për:
 - a) “Recetë për trajtimin e pacientëve ambulatorë Covid-19”;
 - b) “Regjistrim pranë Mjekut të Familjes”;
 - c) “Për ndryshim të Mjekut të Familjes”.
- Përditësimi në faqen zyrtare të Fondit, në mënyrë të vazhdueshme, i informacionit në përputhje me programin e transparencës së miratuar nga Fondi sipas ligjit, monitoruar nga Koordinatori për të Drejtën e Informimit në Fond.

- Vëmendje e shtuar në lidhje me komunikimin me mediat, televizionet, shtypin e shkruar, portalet dhe shfaqjet publike të Fondit në rrjetet sociale Facebook, Twitter dhe Instagram.

13.3 Objektivat vjetore 2021

- Ndjekja e negociatave dhe zbatimi i marrëveshjeve të reja bilaterale në fushën e mbrojtjes shoqërore, veçanërisht me vendet e BE.
- Sigurimi i asistencës, shkëmbimit të përvojës dhe bashkëpunimit me partnerët ndërkombëtarë, për realizimin me sukses të reformës në fushën e sigurimeve shëndetësore.
- Përmirësimi i treguesve shëndetësorë të popullatës nëpërmjet gjurmimit të check up – it duke mundësuar në kohë parandalimin e sëmundshmërisë dhe evidentimin e saj.
- Sigurimi i trajtimeve të efektshme për pacientët, bazuar në udhërrëfyesit dhe protokollet e praktikës klinike të miratuara.
- Përmirësimi i mënyrës së financimit të Qendrave Shëndetësore të kujdesit parësor me fokus pagesën bazuar në “kapitacion” sipas grupmoshave të popullatës dhe elementë të pagesës për shërbim/performancë, si në shërbimin parësor dhe atë spitalor.
- Përmirësimi i kriterëve për vendosjen e kufizimeve në Listën e Barnave të Rimbursueshme, me qëllim zgjerimin e përfitimeve për pacientët në nevojë.
- Monitorimi i detajuar i ecursisë së shpenzimeve të rimbursimit deri në nivel pacienti.
- Lehtësimi i procedurave të lidhjes së kontratave me subjektet farmaceutike për vitin 2021, nëpërmjet aplikimit në portalin e-Albania, në përputhje dhe me udhëzimet e dhëna nga qeveria.
- Përmirësimi i aktivitetit auditues duke identifikuar në kohë sistemet me risk të lartë, veçanërisht riskut të mashtrimit. Me rëndësi mbetet përmirësimi në sistemet që kanë të bëjnë me marrëdhëniet e Fondit dhe strukturave të tij vartëse me ofruesit privatë të shërbimit shëndetësor, por dhe ata publikë.
- Garantimi i vijueshmërisë së shërbimit ndaj pacientit në kohë reale.
- Realizimi dhe suporti i kërkesave të ndryshme në zbatim të politikave shëndetësore, me qëllim mbarëvajtjen dhe menaxhimin e situatës së krijuar nga infeksioni Covid-19.
- Mirëmbajtje për funksionimin dhe përdorimin normal të sistemit të Recetës Elektronike dhe përmirësimi i teknologjisë së përdorur për nënshkrimin elektronik të recetave me rimbursim nga mjekët dhe farmacistët nëpërmjet integritit me platformën Remote Signing Service (RSS).
- Ndjekje dhe zbatim i procedurave të fiskalizimit në sistemet e Fondit.
- Shtrirje dhe përdorim i sistemit e-Kontroll në të gjitha Drejtoritë Rajonale/Degët e Fondit.
- Vijimi i përdorimit me efikasitet të sistemit e-Depo.
- Analizimi dhe vlerësimi i sistemeve dhe rrjetit informatik të Fondit me qëllim përcaktimin e ecursisë së tyre.
- Përmirësimi i kontrollit të zbatimit të kontratave që Fondi lidh me ofruesit e shërbimeve shëndetësore.
- Harmonizimi dhe pasqyrimi koherent i informacionit zyrtar nëpërmjet përmirësimit të

ndërveprimit me njësitë teknike të Fondit në shërbim të rritjes së transparencës për një qasje më efikase me palët e treta.

- Informimi i publikut për çështje të ndryshme lidhur me veprimtarinë dhe shërbimet e Fondit, sipas interesit të shprehur nga ana e qytetarëve.