

Raport Vjetor 2021



FONDI
I SIGURIMIT
TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR

PARATHËNIE

Raporti vjetor është një publikim i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor. Synimi i këtij publikimi 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.

Mars 2022

Tabela e Përmbajtjes

SHKURTIMET 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 ORGANIZATAVE E FONDIT GJATË VITIT 2021.....	8
2.3 VENDIMET E KËSHILLIT ADMINISTRATIV GJATË VITIT 2021	8
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.....	14
4 BURIMET FINANCIARE	14
4.1 BURIMET FINANCIARE TË SKEMËS GJATË VITIT 2021.....	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	21
5.3 FINANCIMI I SHËRBIMIT SPITALOR	22
6. SHPENZIME TË TJERA TË FONDIT	24
6.1 SHPENZIMET ADMINISTRATIVE	24
6.2 SHPENZIMET PËR INVESTIME	24
7. PËRFITIMET E POPULLATËS	24
7.1 PAKETA E SHËRBIMEVE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR	24

7.2 KONTROLI MJEKËSOR BAZË	28
7.3 PAKETA E SHËRBIMEVE NË SHËRBIMIN SPITALOR	30
7.4 PAKETAT SHËNDETËSORE	41
7.5 SHËRBIMI I STERILIZIMIT TË INSTRUMENTEVE KIRURGJIKALË	48
7.6 LISTA E BARNAVE TË RIMBURSUESHME DHE E PAJISJEVE MJEKËSORE TË RIMBURSUESHME	49
8. ZHVILLIMI I SISTEMIT TË INFORMACIONIT	58
8.1 PËRDITËSIM DHE INTEGRIM I SISTEMIT ELEKTRONIK PËR FORMULARËT E VIZITAVE TË MJEKUT TË FAMILJES DHE REGJISTRIT ELEKTRONIK TË TË SIGURUARVE.....	58
8.2 PËRDITËSIM I SISTEMIT TË MENAXHIMIT TË DEPOVE FARMACEUTIKE.....	60
8.3 SISTEMI I RECETËS ELEKTRONIKE	60
8.4 ZBATIMI I SISTEMIT EKONTROLL: SISTEMI I KONTROLLIT TË SUBJEKTEVE QË KANË KONTRATË ME FONDIN	61
8.5 PËRMIRËSIMI DHE ZHVILLIMI I SISTEMEVE INFORMATIKE, INICIUAR GJATË VITIT 2021.....	61
9.1 MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE	61
9.2 MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE NGA QENDRAT SHËNDETËSORE	62
9.3 MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE NGA FARMACITË DHE DEPOT FARMACEUTIKE	63
9.4 MONITORIMI I ZBATIMIT TË KONTRATAVE ME SPITALET	66
9.5 PROBLEMATIKAT KRYESORE.....	68
10 PËRMIRËSIMI I ADMINISTRIMIT TË FONDIT.....	69
10.1 MISIONI I AUDITIMIT TË BRENDSHËM.....	69
10.2 AKTIVITETI I AUDITIMIT TË BRENDSHËM TË FONDIT	69
10.3 FUSHAT ME RISK TË LARTË DHE TRAJTIMI I TYRE	70
10.4 REKOMANDIMET.....	70
11. KOMUNIKIMI DHE INFORMIMI I PUBLIKUT	71
12. BASHKËPUNIMI ME INSTITUCIONET.....	74
12.1 BASHKËPUNIMI NDËRINSTITUCIONAL	74
12.2 MARRËVESHJET NDËRKOMBËTARE	75
13. PRIORITETET STRATEGJIKE DHE OBJEKTIVAT	76
13.1 PRIORITETET STRATEGJIKE	76
13.2 OBJEKTIVAT VJETORE 2022	77

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
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
KMB	Kontrolle mjekësore bazë

1. Rreth Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

1.1 Vizioni

Vizioni i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor synon të sigurojë përmbushjen e kërkesave në rritje të popullatës me shërbime shëndetësore cilësore si dhe aksesueshmëri të barabartë në skemën e shërbimeve shëndetësore. E drejta për kujdes shëndetësor sanksionohet 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 është i vetmi institucion autonom publik, i cili administron dhe zhvillon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë. 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 ushtron veprimtarinë e tij në bazë të ligjit 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, i cili përcakton statusin ligjor, strukturën, funksionet dhe veprimtarinë e Fondit.

Gjithashtu FSDKSH organizohet dhe funksionon në bazë të vendimit të Këshillit të Ministrave nr. 124, datë 5.3.2014, “Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar.

FSDKSH menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Legjislacioni parashikon se sigurimi i detyrueshëm shëndetësor bazohet në 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 cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj.

FSDKSH menaxhon veprimtarinë e tij brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe. Nëpërmjet organeve të saj drejtuese, FSDKSH 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, të miratuar nga Këshilli i Ministrave. Organet drejtuese të Fondit janë: Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm.

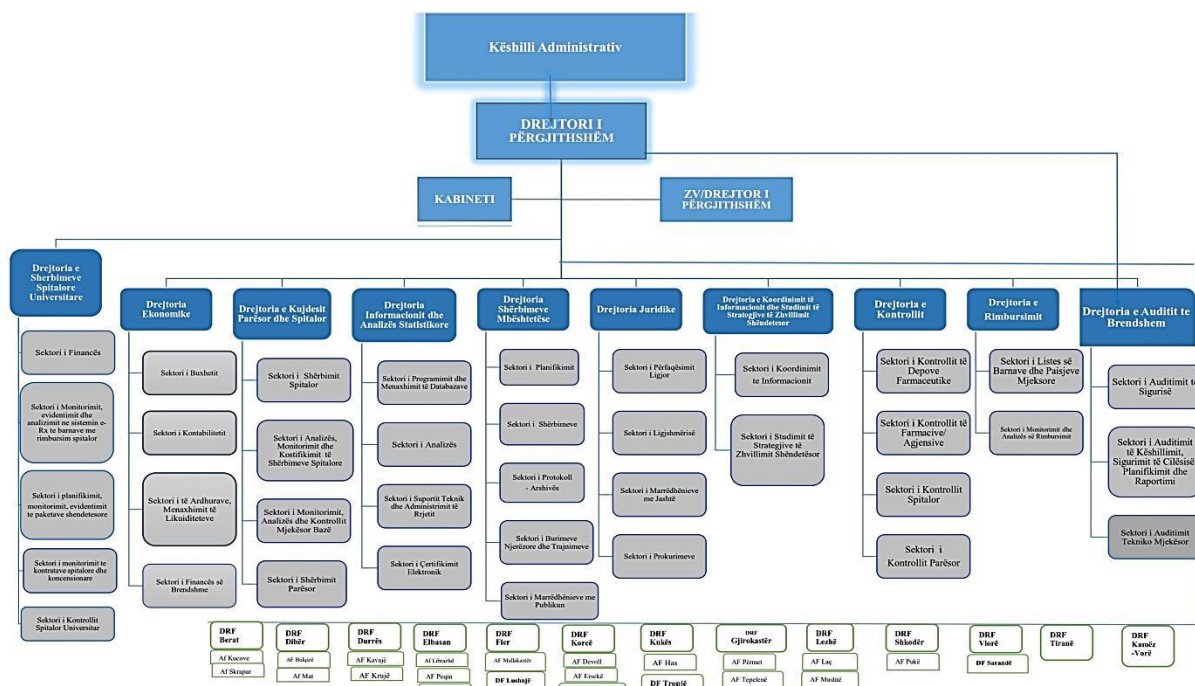
1. Këshilli Administrativ është organi më i lartë vendimmarrës i FSDKSH-së dhe ka aktualisht në përbërjen e tij 6 (gjashtë) anëtarë, si më poshtë:

- 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 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. Drejtori i Përgjithshëm zgjidhet nga Këshilli Administrativ mes jo më pak se tre kandidaturave të paraqitura nga anëtarët e Këshillit Administrativ. Koha e ushtrimit të detyrës së Drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet.

2.2 Struktura organizatave e Fondit gjatë vitit 2021



2.3 Vendimet e Këshillit Administrativ gjatë vitit 2021

- Vendim Nr. 1, datë 19.01.2021 “Për krijimin e komisionit teknik të Listës së Pajisjeve Mjekësore të Rimbursuara për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 2, datë 19.01.2021 “Për krijimin e komisionit teknik të Listës së Barnave të Rimbursuara për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 3, datë 19.01.2021 “Për miratimin e disa ndryshimeve në udhëzimin për mënyrën e pagesës dhe shpërblyerit për punonjësit e Qendrave Shëndetësore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”;
- Vendim Nr. 4, datë 24.02.2021 “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 5, datë 24.02.2021 “Për mënyrën e përdorimit të fondit rezervë për vitin 2021”;

- Vendim Nr. 6, datë 24.02.2021 “Për financimin shtesë të spitaleve publike për realizimin e paketave të shërbimeve të miratuara me Vendim të Këshillit të Ministrave, të ofruara nga shërbimet spitalore publike për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 7, datë 24.02.2021 “Për shpërndarje të efekteve financiare të rritjes së pagave 2021 për shërbimet spitalore”;
- Vendim Nr. 8, datë 24.02.2021 “Për propozimin për një ndryshim në Vendimin Nr. 20, datë 20.01.2021, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 9, datë 16.04.2021 “Për miratimin e Raportit Financiar dhe Bilancit Vjetor 2020 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim Nr. 10, datë 16.04.2021 “Për miratimin e kontratës me dhënësin e shërbimeve në kujdesin shëndetësor spitalor, Spitali Rajonal “Memorial” Fier, për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 11, datë 21.05.2021 “Për disa ndryshime në Vendimin Nr.4, datë 24.02.2021 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 12, datë 19.07.2021 “Për miratimin e listës së barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe masën e mbulimit të çmimit të tyre”;
- Vendim Nr. 13, datë 19.07.2021 “Për miratimin e kontratave me subjektet farmaceutike për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 14, datë 19.07.2021 “Për miratimin e Raportit Vjetor 2020 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim Nr. 15, datë 27.07.2021 “Për shpërndarje të rezervës së buxhetit për shërbimin laboratorik të spitaleve për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 16, datë 27.07.2021 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 17, datë 27.07.2021 “Për propozimin e ndryshimit të transfertes së buxhetit midis programeve, brenda buxhetit të miratuar të fondit për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 18, datë 17.09.2021 “Për miratimin e Programit Buxhetor Afatmesëm 2022 - 2024 të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim Nr. 19, datë 17.09.2021 “Për propozimin për një ndryshim në Vendimin Nr. 20, datë 20.01.2021, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2021”, të ndryshuar;
- Vendim Nr. 20, datë 08.11.2021 “Për rishpërndarje buxheti dhe shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 21, datë 08.11.2021 “Për propozimin për një ndryshim në Vendimin Nr. 20, datë 20.01.2021, të Këshillit të Ministrave, “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2021”, të ndryshuar;
- Vendim Nr. 22, datë 08.11.2021 “Për disa ndryshime në Vendimin Nr.4, datë 24.02.2021 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor për vitin 2021” të ndryshuar;

- Vendim Nr. 23, datë 08.11.2021 “Për krijimin e Komisioneve Teknike të Rishikimit të Paketave Shëndetësore që financohen nga Fondi”;
- Vendim Nr. 24, datë 08.11.2021 “Për krijimin e komisionit teknik për hartimin e paketës të kujdesit të shikimit tek fëmijët 4 – 14 vjeç”;
- Vendim Nr. 25, datë 07.12.2021 “Për shpërndarje nga rezerva e buxhetit të shërbimit spitalor për vitin 2021”;
- Vendim Nr. 26, datë 07.12.2021 “Për propozimin e projekt-vendimit të Këshillit të Ministrave për miratimin e paketës shëndetësore të kujdesit të shikimit tek fëmijët 4 – 14 vjeç, që do të financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
- Vendim Nr. 27, datë 30.12.2021 “Për miratimin e kontratave me dhënësit e shërbimeve shëndetësore për vitin 2022”;
- Vendim Nr. 28, datë 30.12.2021 “Për disa ndryshime në Vendimin Nr.4, datë 24.02.2021 të Këshillit Administrativ, “Për miratimin e buxhetit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor 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 mix (Bismark dhe Beveridge), i cili bazohet në kontributet e detyrueshme dhe ato vullnetare, si dhe në financimin nga buxheti i shtetit.

Popullsia ekonomikisht aktive paguan sigurime shëndetësore, ndërsa fondet e buxhetit të shtetit (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 shëndetësor të popullatës. Mekanizmi i implementimit të skemës së sigurimeve shoqërore janë kontratat vjetore me dhënësit publik dhe privat të shërbimeve shëndetësore për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore.

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

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

Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor që nuk bëjnë pjesë në paketat e shërbimeve të përcaktuara sipas ligjit, si dhe ndaj personave të pasiguruar me përjashtim të rasteve të mëposhtme:

- shërbimi i urgjencës mjekësore;
- shërbimi/përfitimi i paketës së kontrolleve periodike parandaluese në popullatë, sipas përcaktimeve të bëra me vendim të Këshillit të Ministrave;
- vizita te mjeku i familjes.

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 siguarve, i krijuar dhe i menaxhuar nga FSDKSH. Identifikimi i personave të siguruar bëhet me anë të dokumentit të identifikimit, nëpërmjet shërbimit të regjistrit elektronik ose portalit e-Albania. Regjistri i të siguarve përmban të dhëna lidhur me kategoritë e personit të siguruar ekonomisht aktive, jo aktive ose me sigurim vullnetar, si dhe kohëzgjatjen e sigurimit. Në

regjistrin elektronik të të siguruarve është shtuar dhe kategoria “persona të diagnostikuar me Sars-Cov2”, si pasojë e pandemisë Covid-19, duke u bazuar në vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 908, datë 18.11.2020. Pacientët e konfirmuar pozitiv do të klasifikohen në kategorinë e dedikuar dhe do të përfitojnë rimbursim të trajtimit sipas dy paketave, për skemën e lehtë të trajtimit dhe për skemën e moderuar të trajtimit, 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 të Punëve të Brendshme.

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

- 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.

Përfshihen 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, ndërsa 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.

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.

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”, të ndryshuar. Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50% (për qind) nga punëdhënësi dhe në masën 50% (për qind) nga i punësuari. Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

4 Burimet Financiare

4.1 Burimet financiare të skemës gjatë vitit 2021

Buxheti vjetor i Fondit, u miratua me Ligjin nr. 137/2020 “Për buxhetin e vitit 2021”, në vlerën 45,706 milionë lekë.

Buxheti fillestar i Fondit:

Të ardhurat nga kontributet e sigurimeve shëndetësore e të tjera u përcaktuan 14,084 milionë lekë e transferimet nga buxheti i shtetit 33,422 milionë lekë. Fondi për rimbursimin e medikamenteve nuk tejkalon tavanin prej 11,700 milionë lekë, përfshirë detyrimet e prapambetura, nga i cili 1,200 milionë lekë përdoren për rimbursimin e medikamenteve për kurimin e COVID-19. Nga fondi rezervë i sigurimeve të kujdesit shëndetësor përdoren 2,000 milionë lekë për financimin e shpenzimeve si më sipër.

Ndryshimet e buxhetit fillestar:

Është shtuar nga ana e Ministrisë së Financave dhe Ekonomisë një vlerë prej 3,929,950 mijë lekë, për përballimin e efektit vjetor të rritjes së pagave në sistemin e shëndetësisë. Nga kjo vlerë 1,949,000 mijë lekë janë shtuar në transfertën e programit të kujdesit parësor dhe 1,980,950 mijë lekë në transfertën e programit të kujdesit spitalor.

Me Vendimin nr.229, datë 14.4.2021 të Këshillit të Ministrave “Për rishpërndarje fondesh buxhetore ndërmjet programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2021, për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, në programin buxhetor “Shërbimet e kujdesit parësor”, në kategorinë shpenzime korrente, pakësohet fondi prej 140 milionë lekë, i cili shtohet në programin buxhetor “Shërbimet të shëndetit publik”.

Me Vendimin nr. 175, datë 17.3.2021, të Këshillit të Ministrave “Për ngritjen, organizimin dhe funksionimin e Spitalit Rajonal “Memorial” në Fier, si projekt pilot”, është miratuar ngritja e spitalit rajonal “Memorial” në Fier, si dhe është shtuar buxheti i Fondit me 300 milionë lekë (reflektuar në Maj në sistemin e thesarit).

Me Aktin Normativ nr. 26, datë 22.06.2021, buxheti i Fondit është pakësuar me 1,37 miliardë lekë, nga të cilat 1 miliardë lekë pakësuar shpenzimet në rimbursimin e paketës anticovid dhe 370 milionë lekë nga fondet e parashikuara për financimin e kontrollit bazë për popullatën 35-70 vjeç.

Me Vendimin nr.564, datë 29.09.2021 të Këshillit të Ministrave “Për rishpërndarje fondesh buxhetore ndërmjet programeve të miratuara në buxhetin e vitit 2021, për Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale”, vlera e padetajuar e buxhetit të Fondit prej 505,910 mijë lekë u transferua për financimin e kujdesit spitalor.

Me Aktin Normativ nr. 34, datë 03.12.2021, buxheti i Fondit ka mbetur i pandryshuar, por është rritur vlera e të ardhurave nga kontributet e të tjera me 1 miliardë lekë dhe është pakësuar me të njëjtën vlerë transfertat e buxhetit në programin e kujdesit parësor.

Me VKM nr.867, datë 29.12.2021, brenda buxhetit të miratuar të Fondit, shtohet financimi i Spitalit Rajonal Memorial Fier, nëpërmjet të ardhurave nga kontributet.

Duhet theksuar se duke qenë në vitin e dytë të pandemisë, Fondi është përpjekur të krijojë fleksibilitetin e mundshëm në fonde, për t’ju përgjigjur nevojave të spitaleve, në momentin e duhur, për shpërblime të punonjësve në vijën e parë të luftës ndaj pandemisë si dhe për mallra e shërbime, duke ju përgjigjur në afate kohore optimale, rritjes së rrezikshmërisë së virusit në muaj të caktuar. Sa më sipër i ka shërbyer edhe ndryshimi disa herë, me Vendim të Këshillit të Ministrave, gjatë vitit, i buxhetit fillestar spitalor lidhur me financimin e shërbimeve spitalore.

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)

FONDI I SIGURIMIT TE DETYRUESHEM TE KUJDESIT SHENDETESOR PERMBLEDHESHE E NDRYSHIMEVE BUXHETORE																						
Buxheti per vitin 2021 (milionë lekë)	Ligji 137/2020	VKM 20(20.1.20 21)	shtesa MFE per rritjen e pagave nr.1862/1, datë 2.02.2021	VKA 7 (24.2.202 1) efekte pagat (24.2.2021)	Buxhet fillestar (VKA nr.4 (24.2.2021)	Buxhet fillestar behet (VKA nr.4 (24.2.2021)	NDRYSH IM VKA 6 (24.2.202 1) (paketat)	VKM 229 (14.4.20 21)	VKM 300 (19.05. 2021)	VKM 175 (17.03.2 021)	ndryshimi AKT Normativ 26 (22.6.2021)	VKA 15 (27.07.20 21)	VKA 16 (27.07. 2021)	VKM 564 (29.09.2 021)	VKM 563(29. 09.2021)	VKA 20 (8.11.2 021)	VKA nr.22 (8.11.20 21)	VKM 702 (18.11.2 021)	AN 34 (3.12.2021	VKA nr.25, date 7.12.2 021	VKA nr.28, date 30.12.2 021 (VKM 867)	Buxheti VKA 26 (30.12.2021)
I. Te ardhurat gjithsej	47 506		3 930			51 436		-140		300	-1 370											50 226
1. Kontributi i sigurimeve shendetesore	14 084		0		-100	13 984													1 000			14 984
2. Kontribut I Buxhetit te Shtetit	33 422		3 930			37 352		-140		300	-1 370								-1 000			35 142
paresor	9 073		1 949			11 022		-140			-1 370			-506					-1 000			8 006
spitalor	24 349		1 981			26 330				300				506								27 136
3. Te ardhura te tjera					100	100																100
II. Shpenzimet gjithsej	47 506		3 930			51 436		-140		300	-1 370											50 226
1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve	11 700				20	11 720		0			-1 000											10 720
Likuidimi i rimbursimit te barnave	10 500				0	10 500		0														10 500
likuidimi I paketes anticovid	1 200				0	1 200		0			-1 000											200
fisha diabeti (0-25) vjec					20	20		0														20
2. Shpenzime per kujdesin shendetesor paresor					10 714	10 714		-140			-370										-28	10 176
Financim i QSH (shpemdare + rezerve)					9 838	9 838		0			0										-28	9 810
Kontrolli baze					876	876		-140			-370											366
3. Shpenzimet administrative					985	985																985
4. Investime					50	50											-13					37
5. Financimi per sherbimin spitalor	24 349		1 981		1 131	27 461				300				506			13				28	28 309
5.1 Financime nga kontributet					1 131	1 131											13				28	1 173
Shpenzime per Spitalin Durres (nga kontributet)					1 131	1 131											13					1 144
Shpenzime per Memorial Fier(nga kontributet)																					28	28
5.2 Financime per Sherbimin Spitalor nga transferta	24 349		1 981			26 330				300				506								27 136
spitalet	0	16 872	0	1 767		18 639	1 147						477		752	378		328		30		21 751
rezerve spitalet	24 349	-23 881	1 981	-1 767		682							-477	506	-302	-378				-30		0
paketat		3 185				3 185	-1 153								-450							1 582
Spitali Durrës paketa							6															6
Memorial Fier										300												300
rimbursime VKM		30				30												-10				20
transferta per individe (mjeke specialiste)		30				30												-10				20
pagesa e sherbimeve PPP		3 764				3 764												-308				3 457
pagesa e sherb. PPP (dialize)		779				779												-25				754
pagesa e sherb. PPP (Sterilizim)		1 705				1 705												-140				1 565
pagese spitalet PPP labororet								509				446			151			-5				1 101
spitali Durres PPP lab								45							-8							37
rezerve PPP labororet		1 280				1 280		-554				-446			-143			-138				0
Rezerve e padetajuar	11 457		1 949		-12 900	506								-506								0

TË ARDHURAT

Të ardhurat faktike (të arkëtuara) u realizuan në vlerën 49.616 miliardë lekë, ose 98.8% e planifikimit, realizuar më pak nga plani në vlerën 610 milionë lekë.

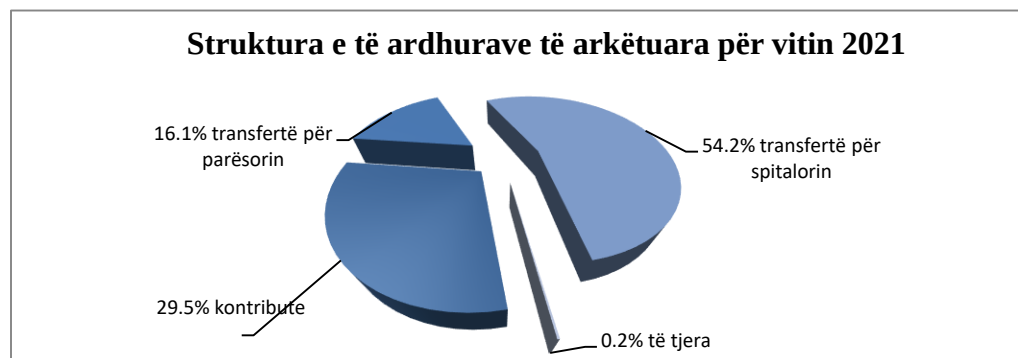
Në strukturën e të ardhurave, peshën specifike më të madhe e zënë transfertat e buxhetit shtetit me 70.4% (nga të cilat 54.2% për shërbimin spitalor, dhe 16.1% për shërbimin parësor) ndjekur nga të ardhurat e kontributeve të sigurimeve shëndetësore me 29.5 %. Të ardhurat nga burime të tjera zënë një peshë specifike të vogël prej 0.2%.

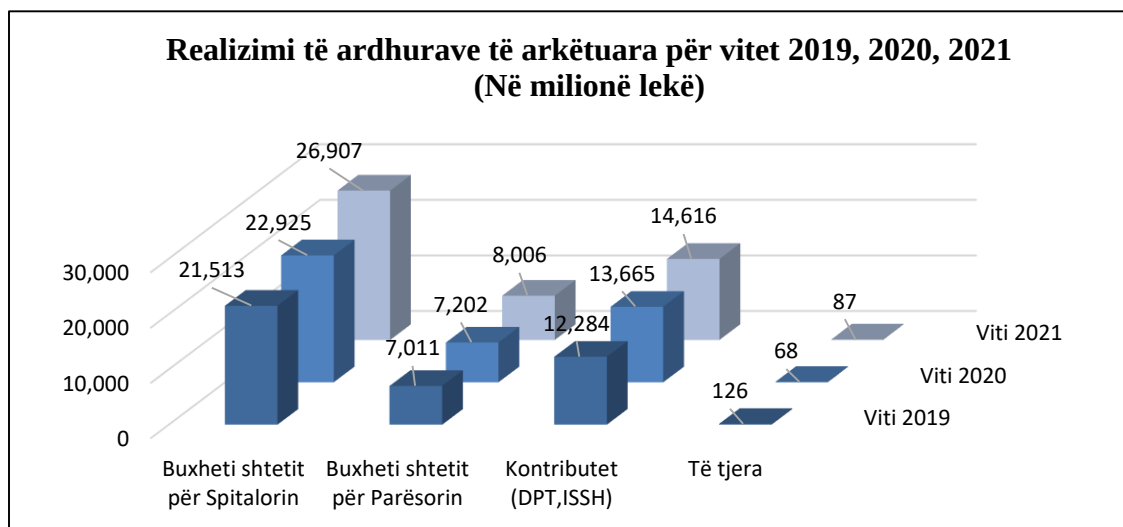
Të ardhurat e vitit 2021

(Në milionë lekë)										
	ZËRAT E TË ARDHURAVE	Viti 2020	Viti 2021			Realizimi cash viti 2021/planit		Ndryshimi fakt konsta. viti 2021 /viti 2020		Peshë spec. fakti 2021
		Fakti - konstatuara	Plani	Fakti - cash	Fakti - konstatuara	vlerë	%	vlerë	%	
	TË ARDHURAT GJITHSEJ	43,176	50,226	49,616	49,504	-610	98.8%	6,328	114.7%	100.0%
a	Kontributet e sigurimit shëndetësor	12,997	14,984	14,616	14,504	-368	97.5%	1,507	111.6%	29.5%
	nga DPT në BSH	12,946	14,679	14,564	14,450	-115	99.2%	1,504	111.6%	29.4%
	nga ISSH (fermerët)	50	305	52	54	-253	17.1%	4	107.2%	0.1%
b	Transferta e buxhetit të shtetit, nga këto	30,127	35,142	34,913	34,913	-229	99.3%	4,786	115.9%	70.4%
	Transfertë për shërbimin parësor	7,202	8,006	8,006	8,006	0	100.0%	804	111.2%	16.1%
	Transfertë për shërbimin spitalor	22,925	27,136	26,907	26,907	-229	99.2%	3,982	117.4%	54.2%
	Spitalet	18,939	22,852	22,623	22,623	-229	99.0%	3,684	119.5%	45.6%
	Tërheqje nga FSDKSH për paketat, bonus, VKM, PPP	3,986	4,284	4,284	4,284	0	100.0%	297	107.5%	8.6%
c	Të ardhura të tjera	52	100	87	87	-13	87.3%	35	166.5%	0.2%

Gjatë vitit në llogaritë bankare të Fondit u arkëtuar të ardhur në shumën 49,616 milionë lekë, ndërsa sipas të drejtës së konstatuar të ardhurat arrijnë në shumën 49,504 milionë lekë. Duhet theksuar fakti se në të ardhurat sipas të drejtës së konstatuar përfshihen edhe të ardhurat e vitit në pritje të arkëtohen.

Në vitin 2021, të ardhurat faktike (cash) janë më të larta për 112 milionë lekë nga të ardhurat sipas të drejtës së konstatuar, ndikuar nga arkëtimi i të ardhurave nga kontributet mbetur patransferuar nga viti 2020.





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

Kontributet shëndetësore u realizuan në vlerën 14,616 milionë lekë, ose në masën 97.5% e planifikimit, më pak nga plani në vlerën 368 milionë lekë.

- Nga organet tatimore (DPT) transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore u realizuan në vlerën 14,564 milionë lekë, ose në masën 99.2% e planifikimit, më pak nga plani në vlerën 115 milionë lekë.
- Nga organet e sigurimeve shoqërore (ISSH) transferimet e kontributeve të sigurimeve shëndetësore derdhur nga fermerët u realizuan në vlerën 52 milionë lekë, në nivel shumë të ulët nga planifikimi prej 17.1%, më pak për vlerën 253 milionë lekë.

4.3 Transferta nga buxheti i shtetit

Transfertat nga buxheti i shtetit në total u realizuan në vlerën 34,913 milionë lekë, në masën 99.3% e planifikimit, më pak për vlerën 229 milionë lekë, përkatësisht:

- Transfertat për shërbimin parësor u realizuan në vlerën 8,006 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 26,907 milionë lekë, ose në masën 99.2% e planifikimit, më pak për vlerën 229 milionë lekë.

Nga transferta totale, vlera prej 22,623 milionë lekë është lëvruar nga spitalet publike nëpërmjet sistemit të thesarit dhe vlera prej 4,284 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;
- financimin e Spitalit “Memorial” Fier.

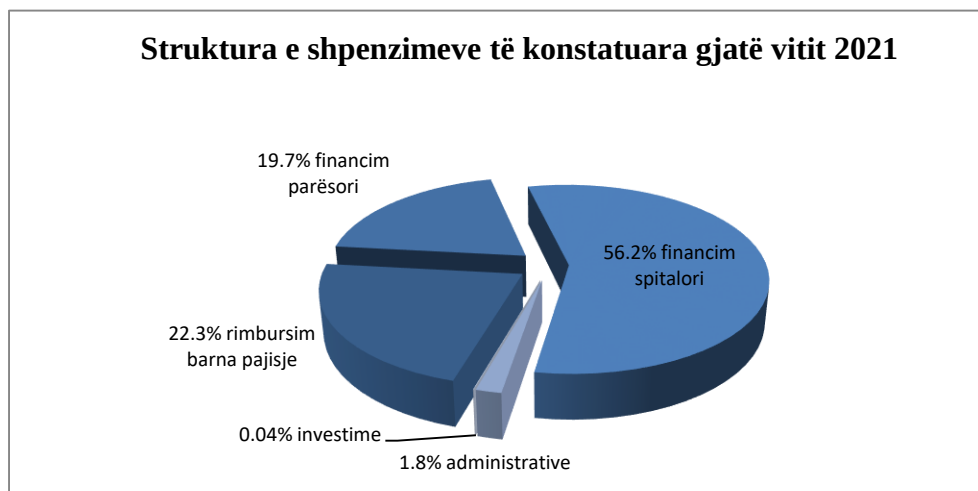
4.4 Të ardhura të tjera

Nga burime të tjera (interesat e depozitave, të investimeve në bono thesari, dëmet ekonomike, sponsorizime, etj) u arkëtuan të ardhura në vlerën 87 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 49,693 milionë lekë, ose 98.9% e planifikimit, më pak për vlerën 533 milionë lekë.

Në strukturën e shpenzimeve, peshën specifike më të madhe e zënë shpenzimet e shërbimit spitalor me 56.2%, ndjekur nga shpenzimet për rimbursimin e barnave e pajisjeve me 22.3%, shpenzimet e kujdesit parësor (*financimi i QSH e kontrolli mjekësor bazë*) me 19.7%, shpenzimet administrative (*pagat e shpërblimet, sigurimet shoqërore-shëndetësore, mallra e shërbime*) me 1.8 % dhe së fundi investimet me një peshë jo të konsiderueshme prej 0.04% të totalit.



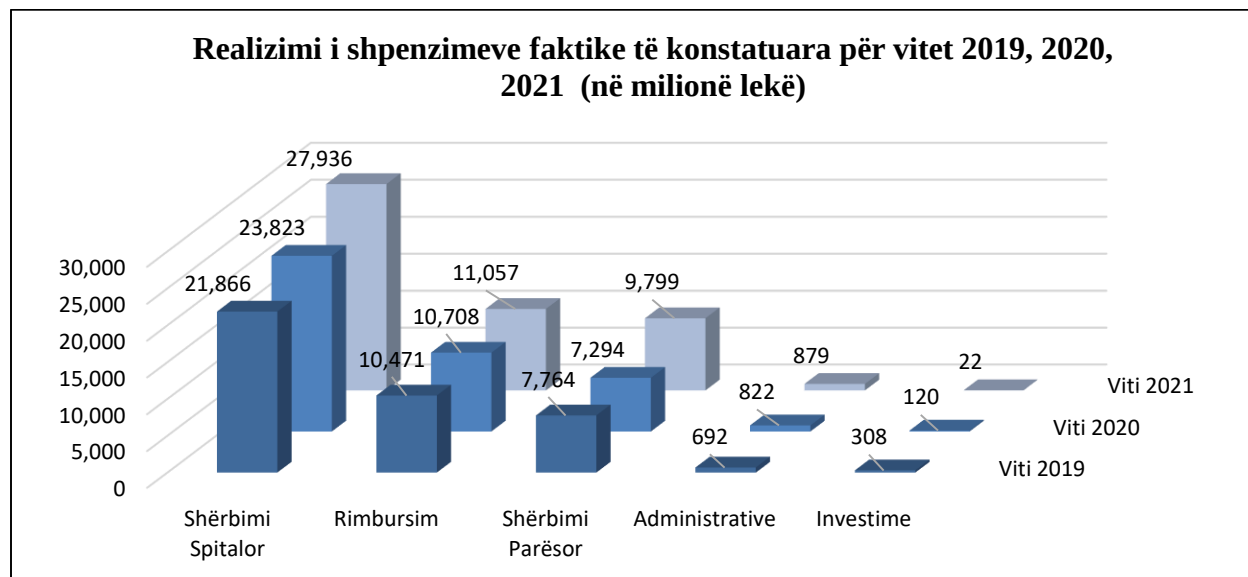
Shpenzimet e vitit 2021

(Në milionë lekë)

ZËRAT E SHPENZIMEVE		Viti 2020	Viti 2021				Diferenca fakt konst - plan vjetor	Realizimi konstatar/pl.vjetor	Diferenca fakt konstatuar (vit.2021 -vit.2020)		Pesh.sp ec. konstat vit.2021
		Fakti-konstatuar	Plani	Fakti - cash	Fakti-konstatuar		në vlerë	në %	në vlerë	në %	në %
SHPENZIMET GJITHSEJ		42,767	50,226	49,130	49,693		-533	98.9%	6,926	116.2%	100.0%
a	1. Rimbursimi i barnave e pajisjeve	10,708	10,720	10,624	11,057		337	103.1%	349	103.3%	22.3%
b	2. Shpenzime për kujdes, shëndetësor	7,294	10,176	9,750	9,799		-377	96.3%	2,505	134.3%	19.7%
	Financimi i QSH	7,118	9,810	9,531	9,507		-302	96.9%	2,389	133.6%	19.1%
	Kontrolli bazë	176	366	219	292		-74	79.8%	116	165.6%	0.6%
c	3. Shpenzimet administrative	822	985	859	879		-106	89.2%	57	106.9%	1.8%
d	4. Investime	120	37	27	22		-15	59.0%	-98	18.2%	0.04%
e	5. Financime për shërbimin spitalor	23,823	28,309	27,871	27,936		-372	98.7%	4,114	117.3%	56.2%
	5.1. Financime për Sp. Durrës	955	1,144	1,144	1,144		0	100.0%	189	119.8%	2.3%
	5.2. Sp. Memorial Fier nga kontributet	0	28	28	28		0	100.0%	28		0.1%
	5.3. Financime për shërbimin spitalor nga thesari	22,868	27,136	26,698	26,764		-372	98.6%	3,896	117.0%	53.9%
	Financime për spitalet publike	18,939	22,852	22,623	22,623		-229	99.0%	3,684	119.5%	45.5%
	Shpenzime për paketat spitalore në privat	1,440	1,582	1,454	1,472		-110	93.0%	32	102.2%	3.0%
	Spitali Durrës nga transferat e spitalorit	50	43	43	43		0	100.0%	-7	86.8%	0.1%
	Spitali Memorial Fier	0	300	300	300		0	100.0%	300		0.6%
	Shpenzime për trajtimin e pacientit me VKM	15	20	16	16		-4	82.5%	2	111.5%	0.0%
	Shpenzimet - Bonusi për mjekët specialistë	15	20	13	13		-7	63.9%	-2	84.7%	0.0%
	Shpenzimet- PPP (dializa, sterilizimi)	1,986	2,319	2,248	2,297		-22	99.1%	311	115.6%	4.6%
	Marrëveshja COVAX	423	0	0	0		0		-423		

Gjatë vitit 2021, shpenzimet e likuuduara u realizuan në shumën 49,130 milionë lekë, përfshirë këtu edhe likujdimet e të gjitha detyrimeve të mbetura nga viti 2020.

Shpenzimet sipas të drejtës së konstatuar janë në shumën 49,693 milionë lekë, ku janë përfshirë të gjitha faturimet e periudhës Janar-Dhjetor 2021, për shërbimet e ofruara e mallrat e blera.



Krahasuar me vitin e mëparshëm 2020, shpenzimet e konstatuara gjithsej janë shtuar me 6,926 milionë lekë (ose me 16.2%).

- Shpenzimet e rimbursimit të barnave e pajisjeve u shtuan me 349 milionë lekë (ose 3.3%), si rezultat i pasojave të ndikimit të situatës së pandemisë covid dhe impaktin post covid.
- Shpenzimet e shërbimit të kujdesit parësor (financim QSH, Check-up) u shtuan me 2,505 milionë lekë (ose 34.3%), duke reflektuar rritjen e pagave në sistemin shëndetësor.
- Shpenzimet administrative u shtuan me 57 milionë lekë (ose 6.9%) ndikuar më së shumti nga kryerja e shërbimit të mirëmbajtjes së software-ve të Fondit.
- Shpenzimet e shërbimit spitalor u shtuan me 4,114 milionë lekë (ose 17.3%), duke reflektuar kryesisht rritjen e pagave në sistemin shëndetësor.

5.1 Financimi i listës së barnave të rimbursueshme dhe pajisjeve

Në vitin 2021, listëtreguesit e pranuar për rimbursim të barnave & pajisjeve arritën në vlerën 11,057 milionë lekë, përfshi edhe paketën anticovid, ose në masën 103.1% e planifikimit, më tepër nga plani për vlerën 337 milionë lekë.

Gjatë vitit buxhetor u likujduan të gjitha detyrimet nga viti i kaluar rreth 598 milionë lekë.

Në muajin gusht hyri në fuqi Listën e Barnave të Rimbursueshme 2021, e cila përmban 1,191 alternativa tregtare ose 340 principe aktive. Kanë përfituar nga lista e barnave 409,773 individë, përfshirë dhe personat përfitues të paketës covid.

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 9,799 milionë lekë, ose në masën 96.3% të planifikimit, më pak për vlerën 377 milionë lekë.

Financimi i QSH u realizua në vlerën 9,507 milionë lekë, ose 96.9% e planifikimit, më pak nga plani për 302 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.

Për vitin 2021, veprimtaria lidhur me financimin e kontratës konçensionare të kontrollit bazë për popullsinë nga 35 - 70 vjeç, filloi në muajin shtator 2021, bazuar në aktin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në cilësinë e Autoritetit Kontraktor me ofruesin e shërbimit shoqërorë konçensionare “3 P Life”. (referuar shkresës nr. 469/8, datë 30.08.2021, të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale).

Shpenzimet për shërbimin e kontrollit mjekësor bazë të popullsisë të grupmoshës 35-70 vjeç, u konstatuan në vlerën 292 milionë lekë, (ose vlerat e faturave të muajve shtator-dhjetor). Kundrejt

planit prej 366 milionë, shpenzimet e kontrollit bazë mjekësor u realizuan 79.8%, më pak nga plani në vlerën 74 milionë lekë.

Gjatë periudhës shtator- dhjetor u realizuan gjithsej 164,982 mijë raste dhe sipas kontratës faturohet për 158,332 raste.

5.3 Financimi i shërbimit spitalor

Financimi i shërbimit spitalor realizohet kryesisht nga buxheti i shtetit tërhequr nga Fondi nëpërmjet thesarit, buxhet i cili parashikohet në ligjin e buxhetit dhe miratohet me vendim të Këshillit të Ministrave. Shpenzimet për shërbimet spitalore u konstatuan në vlerën 27,936 milionë lekë, ose në masën 98.7% të planifikimit, ose më pak nga plani për vlerën 372 milionë lekë.

Financimi i Spitaleve Publike

Financimi i spitaleve publike kryhet nëpërmjet sistemit të thesarit, të cilat kanë shpenzuar gjithsej shumën 22,623 milionë lekë nga 22,852 milionë lekë të planifikuara, ose 99% e fondeve çelur në llogaritë e thesarit. Janë shpenzuar më pak nga plani për shumën 229 milionë. Nëpërmjet financimit janë përballuar nevojat e spitaleve në paga, shpërblime për personelin në luftën e parë ndaj pandemisë (rreth 1.5 miliardë lekë), sigurime, mallra e shërbime. Gjithashtu, në vlerën e mësipërme përfshihet financimi i paketave spitalore të miratuara me VKM në spitalet publike, si dhe financimi i kontratës koncesionare të laboratorëve.

Gjatë vitit 2021, ofrimi i shërbimit koncesionar të laboratorëve, përveçse në QSUNT është shtrirë në spitalet e tjera universitare, si dhe është duke u shtrirë në spitalet rajonale.

- Buxheti i vjetor	1,137,845 mijë lekë
- Pagesat e realizuara nga spitalet	1,103,199 mijë lekë.

Janë njoftuar vazhdimisht shërbimet spitalore, lidhur me detyrimin për respektimin e kushteve të kontratës e tavaneve buxhetore.

Financimi i Spitalit Rajonal Durrës

Shpenzimet për Spitalin Rajonal Durrës u realizuan në vlerën 1,144 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 43 milionë lekë, nga të cilat 6 milionë lekë për realizimin e paketës së kataraktës dhe 37 milionë lekë për financimin e kontratës koncesionare të laboratorëve.

Financimi i Spitalit “Memorial” Fier

Me Vendimin nr. 175, datë 17.3.2021, të Këshillit të Ministrave ”Për ngritjen, organizimin dhe funksionimin e Spitalit Rajonal “Memorial” në Fier, si projekt pilot”, i ndryshuar, filloi financimi i këtij spitali nga ana e Fondit. Deri në fund të vitit, shpenzimet për financimin e Spitalit “Memorial” Fier u realizuan për shumën 328 milionë lekë. Financimet u kryen 300 milionë nga buxheti i shtetit tërhequr nga Fondi nëpërmjet thesarit dhe 28 milionë lekë nga të ardhurat e kontributeve shëndetësore.

Financimi ka filluar në muajin gusht 2021 dhe kryhet nëpërmjet Drejtorisë Rajonale të Fondit Fier, në bankat e nivelit të dytë.

Financimi i paketave spitalore

Për paketat spitalore në dhënës privat të shërbimit (spitalet jopublike) u konstatuan shpenzime në shumën 1,472 milionë lekë, ose 93% e planit vjetor, më pak nga plani për vlerën 110 milionë lekë.

Financimi i paketave në spitalet jopublike është realizuar nga Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare, nga Drejtoritë Rajonale Berat, Durrës, Gjirokastrë, Fier, për paketën e dializës.

Financimi i trajtimeve spitalore

Për trajtimet spitalore miratuar rast pas rasti me VKM u konstatuan shpenzime në shumën 16 milionë lekë, ose 82.5% e planit vjetor, më pak nga plani për vlerën 4 milionë lekë. Pagesa bëhet nga drejtoria qendrore vetëm për rastet që kanë paraqitur dokumentacionin përkatës të trajtimit spitalor nga VKM e miratuara.

Financimi i bonusit të mjekëve specialistë

Për financimin e mjekëve specialistë të kontraktuar u konstatuan shpenzime në shumën 13 milionë lekë, ose 63.9% e planit vjetor, më pak nga plani për vlerën 7 milionë lekë.

Pagesa bëhet nga drejtoritë rajonale për mjekët e kontraktuar që paraqesin dokumentacionin për shërbimin e kryer.

Detyrimet nga viti 2020 në shumën 1.48 milionë lekë u likuiduan që në muajt e parë të vitit.

Financimi i shërbimit të hemodializës dhe sterilizimit

Për shërbimin e hemodializës kryer nga partneriteti publik-privat (PPP) u konstatuan shpenzime në shumën 2,297 milionë lekë, ose 99.1% e planit vjetor, më pak nga plani për vlerën 22 milionë lekë.

Financimi i hemodializës realizohet nga 5 drejtori rajonale ndërsa financimi i shërbimit të sterilizimit realizohet nga 12 drejtori (11 drejtori rajonale dhe Drejtoria e Shërbimeve Spitalore Universitare)

6. Shpenzime të Tjera të Fondit

6.1 Shpenzimet administrative

Shpenzimet administrative u konstatuan në vlerën 879 milionë lekë, ose në masën 89.2% e planifikimit, më pak nga plani për vlerën 106 milionë lekë.

6.2 Shpenzimet për investime

Shpenzimet për investime u konstatuan në vlerën 22 milionë lekë, ose në masën 59% e planifikimit, më pak për vlerën 15 milionë lekë. Investimet janë realizuar kryesisht në pajisje zyre e informatike.

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

Paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm hartohen duke përcaktuar:

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

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

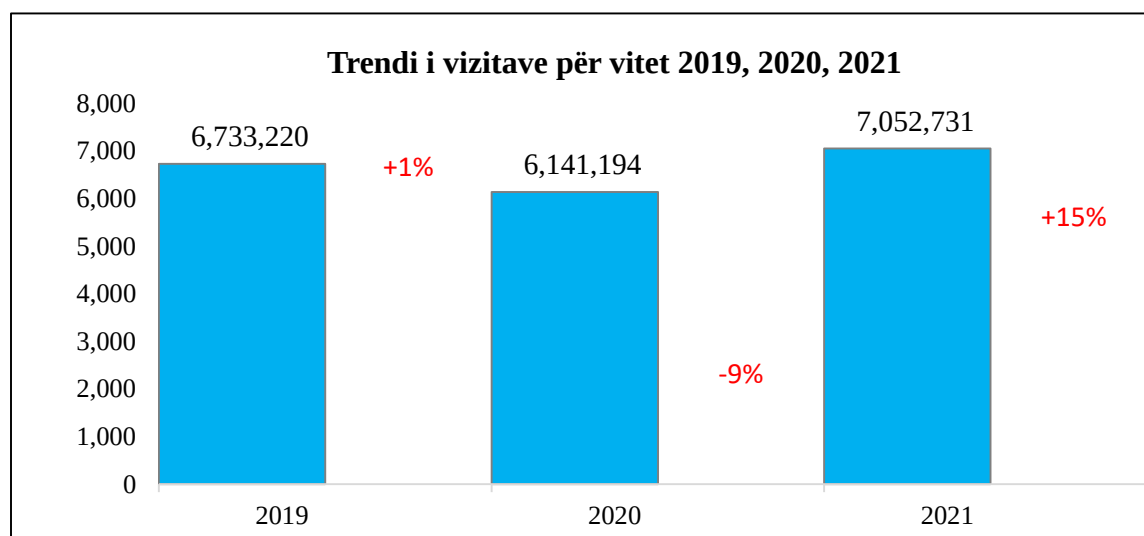
Popullsia e deklaruar nga mjekët e familjes në total është 4,120,754 banorë, ku 2,197,992 banorë janë në zonat urbane dhe 1,922,762 banorë në zonat rurale. Numri i Mjekëve të Përgjithshëm dhe të Familjes që kanë mbuluar me shërbim shëndetësor gjithë territorin e vendit për muajin Dhjetor 2021 është 1,505.

Gjatë vitit 2021, nga ana e Qendrave Shëndetësore të Kujdesit Parësor janë kryer 7,052,731 vizita, nga këto 6,259,753 vizita janë kryer nga MP/F dhe 792,978 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 154% dhe mesatarja ditore e vizitave është rreth 14.2 vizita.

Numri i infermierëve dhe laborantëve është 6,842, nga të cilët 1,809 janë infermierë të Mjekut të Përgjithshëm dhe të Familjes. Numri i mjekëve specialistë është 307.

Numri i QSH është 406 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.

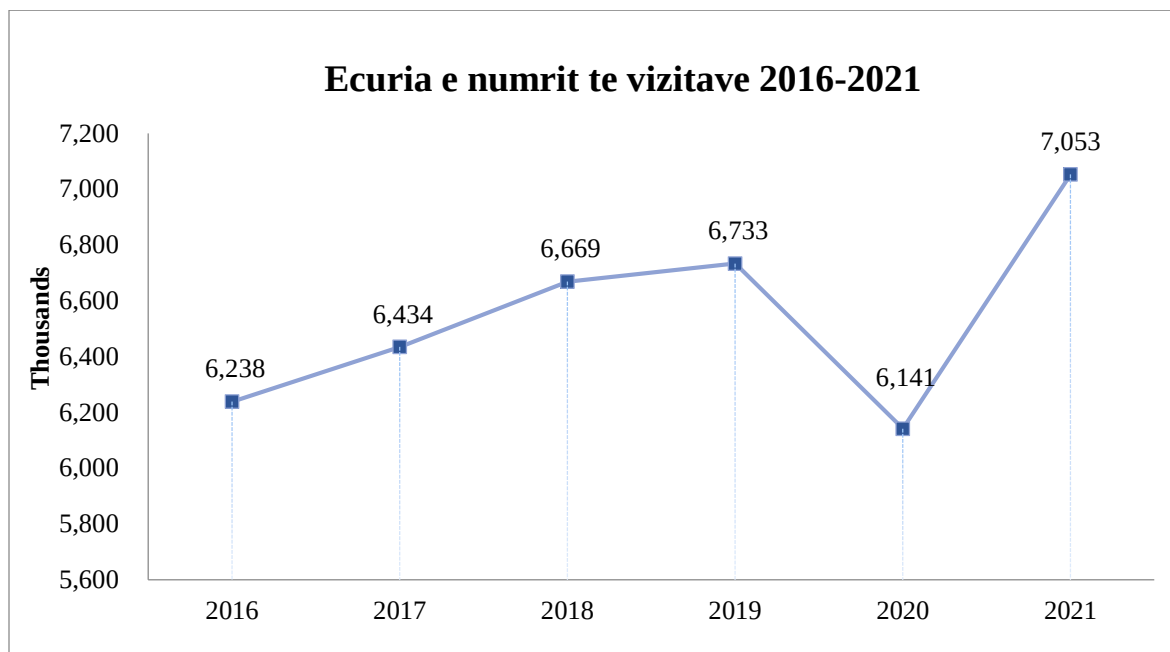
➤ **Vizitat e realizuara për vitet 2019, 2020, 2021 nga Qendrat Shëndetësore të Kujdesit Parësor.**



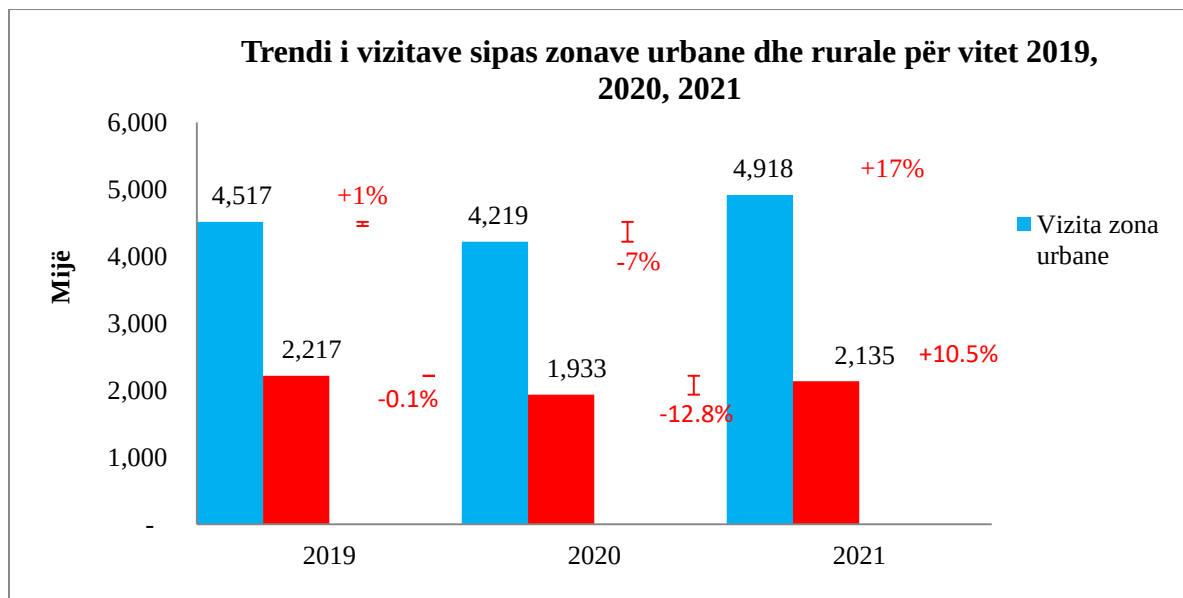
Paraqitja grafike e mësipërme tregon trendin e vizitave të kryer nga qendrat shëndetësore të kujdesit parësor gjatë viteve 2019, 2020, 2021 dhe ndryshimin midis viteve të shprehur në përqindje. Nga krahasimi i numrit të vizitave vihet re një rritje e lehtë e vizitave rreth 1% në 2019 dhe ulje me rreth 9% në vitin 2020, duke u pasuar me një rritje shumë të lartë prej 15% në vitin 2021.

➤ **Trendi i vizitave të kryera në total nga QSH të kujdesit parësor.**

Në grafikun e mëposhtëm paraqitet trendi i numrave të vizitave të mjekëve të QSH në kujdesin parësor gjatë viteve 2016 – 2021.



➤ **Vizitat e kryera sipas zonave urbane dhe rurale për vitet 2019, 2020, 2021.**

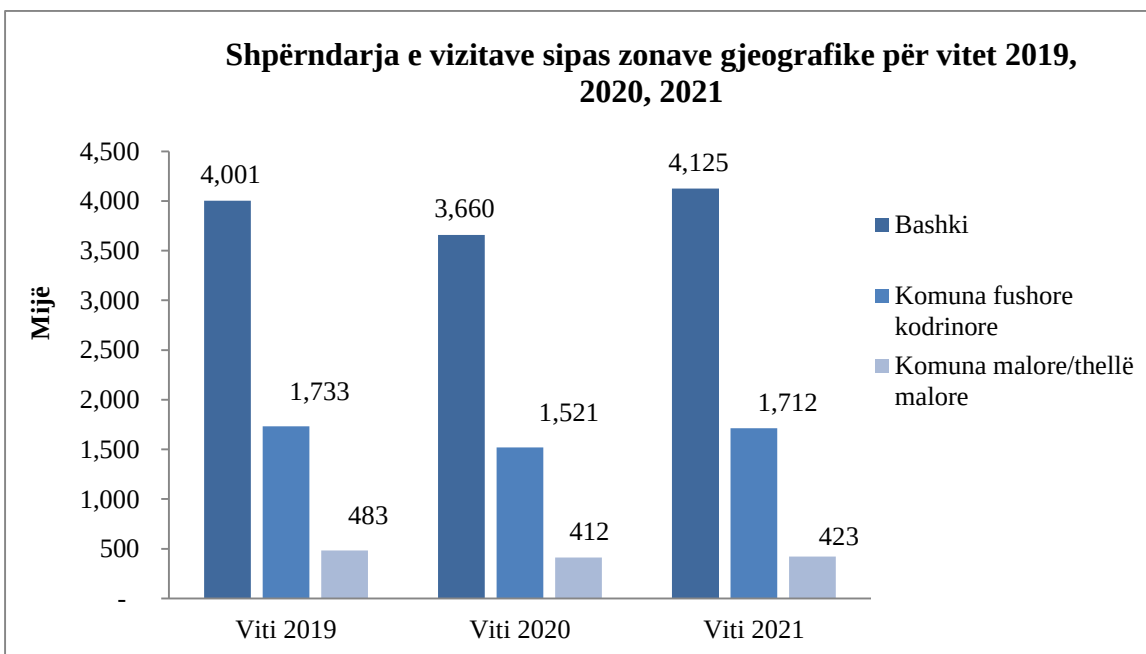


Në tabelën grafike të mësipërme, jepen të dhënat sipas zonave urbane/rurale gjatë viteve 2019, 2020, 2021 si dhe diferenca e shprehur në përqindje midis viteve. Gjatë vitit 2019 nuk kemi ndryshim të dukshëm të vizitave në zonat urbane dhe rurale. Në vitin 2020, këto vizita u ulën me rreth 7% për zonat urbane dhe 13% për zonat rurale. Ndërsa në vitin 2021 kemi një rritje relativisht të lartë të vizitave me rreth 17% për zonat urbane dhe 10.5% për zonat rurale.

➤ **Vizitat e realizuara sipas zonave gjeografike, Bashki, Komunë Fushore/ Kodrinore, Komunë Malore/Thellë malore 2019-2021.**

Shpërndarja e vizitave sipas zonave gjeografike të përcaktuara në kontratë, për vitet 2019, 2020, 2021 paraqitet si më poshtë:

- vizitat nga MP/F e Qendrave Shëndetësore në Bashki gjatë vitit 2019 paraqitet me vlera afërsisht të njëjta me një vit më parë, ndërsa gjatë vitit 2020 u ulën me rreth 342 mijë vizita (ose 9%) më pak. Për vitin 2021 kemi një rritje të dukshme me 465 mijë vizita më shumë ose e shprehur në përqindje rreth (13%) më shumë.
- vizitat nga MP/F e Qendrave Shëndetësore në zonat Komunë Fushore/Kodrinore gjatë vitit 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. Në 2021 vërehet një rritje me 192 mijë vizita më shumë se vitin e kaluar (ose 13%) më shumë.
- vizitat nga MP/F 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, duke pësuar një trend rritës prej 11 mijë vizita më shumë (ose 3%) në vitin 2021.



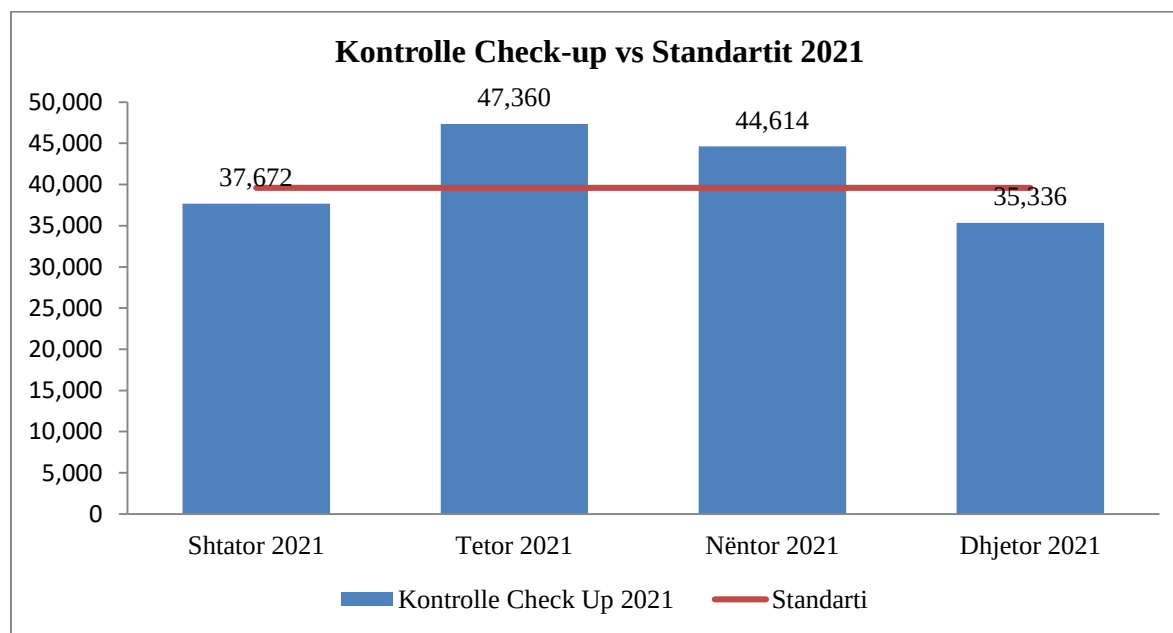
7.2 Kontrolli mjekësor bazë

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 grupmoshës 35-70 vjeç”, të ndryshuar me VKM, Nr. 721, datë 12.10.2016.

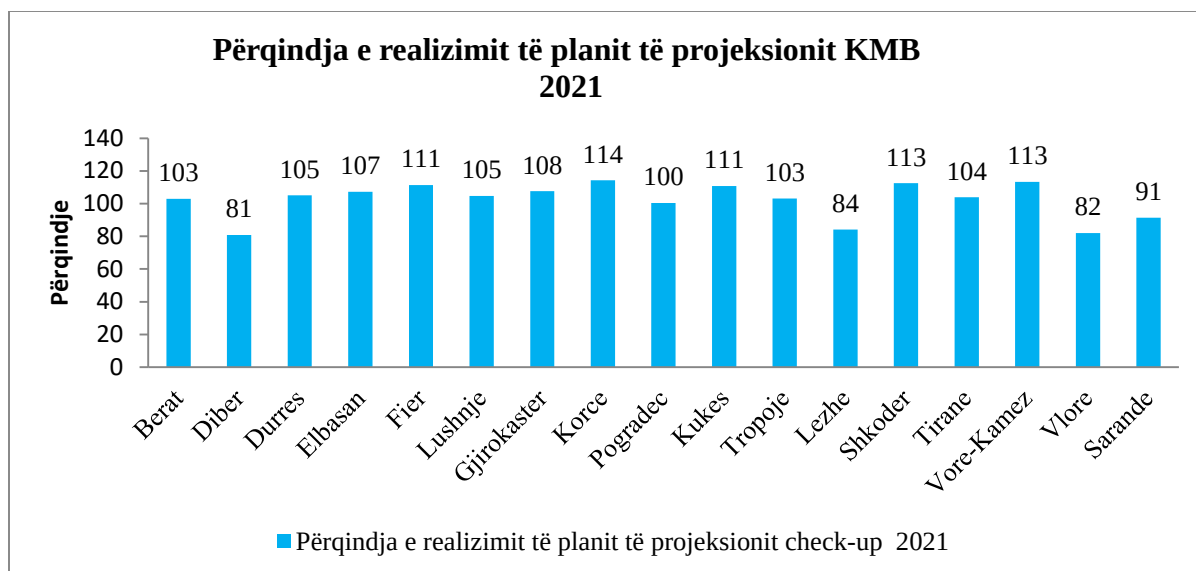
Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale me shkresën Nr. 560/4 Prot., me datë 16.03.2020 “Njoftim për pezullim kontrate” dhe protokolluar në Fond me Nr. 2319 Prot., datë 18.03.2020, ka njoftuar Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, për pezullimin e përkohshëm të zbatimit të detyrimeve kontraktore, që rrjedhin nga kontrata konçesionare “Për ofrimin e paketës së shërbimit të Kontrollit Mjekësor Bazë, për grupmoshat 35-70 vjeç”, për shkak të situatës së krijuar nga masat e marra në lidhje me pandeminë Covid-19.

Në zbatim të njoftimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me Nr. 469/8, datë 30.08.2021 dhe protokolluar në Fond me Nr. 4528/2, datë 30.08.2021, me objekt rifillimin e zbatimit të kontratës konçesionare “Për paketën e Shërbimeve të Kontrollit Mjekësor Bazë, për grupmoshat 40-65 vjeç” të ndryshuar, datë 07.01.2015. Fondi, ngarkon Drejtoritë Rajonale të tij, të marrin masat për monitorimin e zhvillimit të procesit në Qëndrat Shëndetësore, për rifillimin e ofrimit të shërbimit në datë 01.09.2021, sipas objektit të kontratës konçesionare “Për paketën e Shërbimit të Kontroleve për grupmoshat 35-70 vjeç, të ndryshuar.

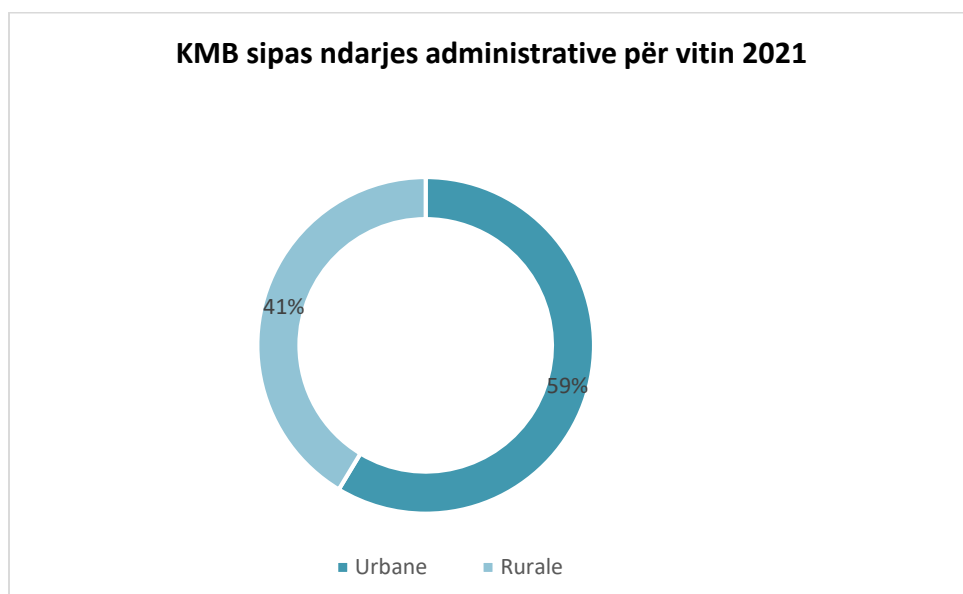
Në vitin 2021 u realizuan 164,982 kontrole mjekësore bazë, ku ka pasur tejkalim të projeksionin në muajt Tetor dhe Nëntor. Për më shumë grafiku i mëposhtëm:



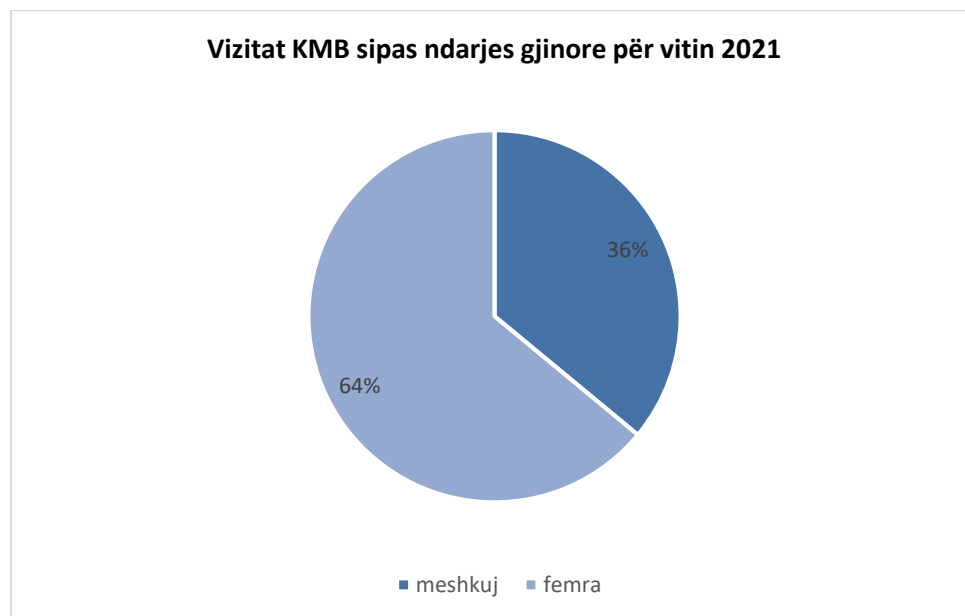
Realizimi i planit të projeksionit të kontrollit mjekësor bazë për periudhën Shtator-Dhjetor 2021:



Sipas ndarjes administrative në zona urbane dhe rurale, kontrolli mjekësor bazë për periudhën Shtator-Dhjetor 2021, paraqitet në grafikun si më poshtë:



Struktura e realizimit të kontrollit mjekësor bazë sipas gjinisë paraqitet në grafikun e mëposhtëm:



Siç shihet nga grafiku, femrat kanë % më të lartë në kryerjen e vizitave të kontrollit mjekësor bazë krahasuar me meshkujt.

7.3 Paketa e shërbimeve në shërbimin spitalor

Për vitin 2021 janë lidhur dhe janë monitoruar kontratat me 11 Spitale Rajonale, 24 Spitale Bashkiake, 5 Spitale Universitare dhe një spital i nivelit terciar “Spitali Memorial” në Fier. Bazuar në kontratën spitalore “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2021”, janë monitoruar të dhënat mbi aktivitetin mjekësor dhe ekonomik të spitaleve.

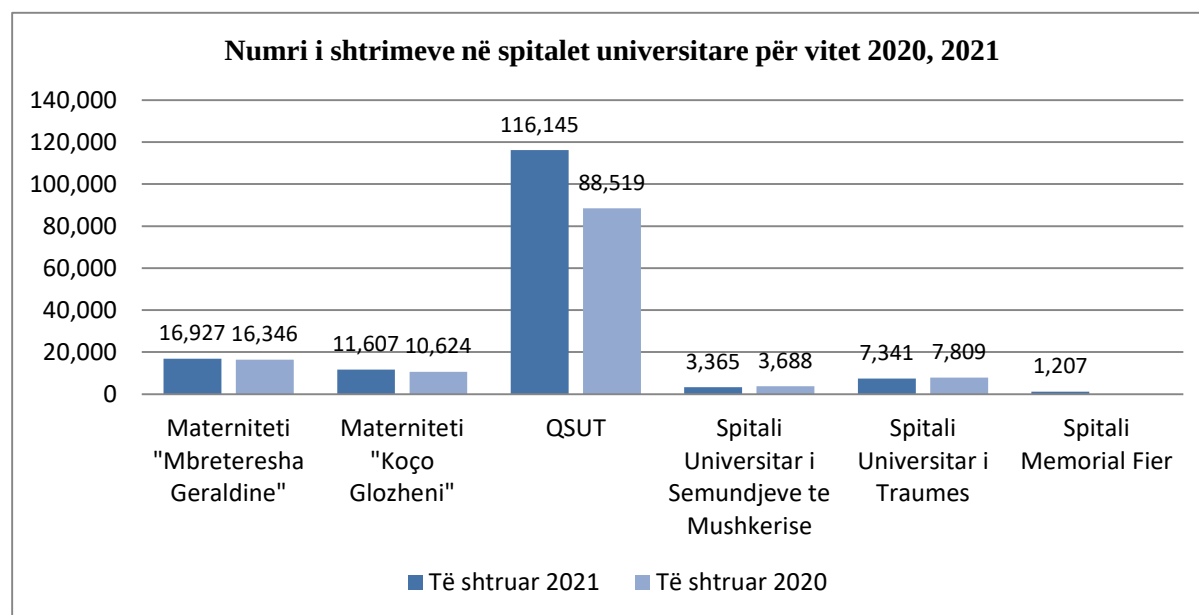
Në totalin e indikatorëve të monitoruar në vlerësimin e performancës spitalore janë: niveli i shfrytëzimit të shtratit, xhiro e shtratit në spitale, përqindja e numrit të pacientëve të shëruar të dalë nga spitali, si dhe përqindja e shtrimeve urgjente në spital.

Në vijim janë analizuar edhe numri i vizitave ambulatorë dhe numri i ekzaminimeve klinike.

a. Numri i shtrimeve

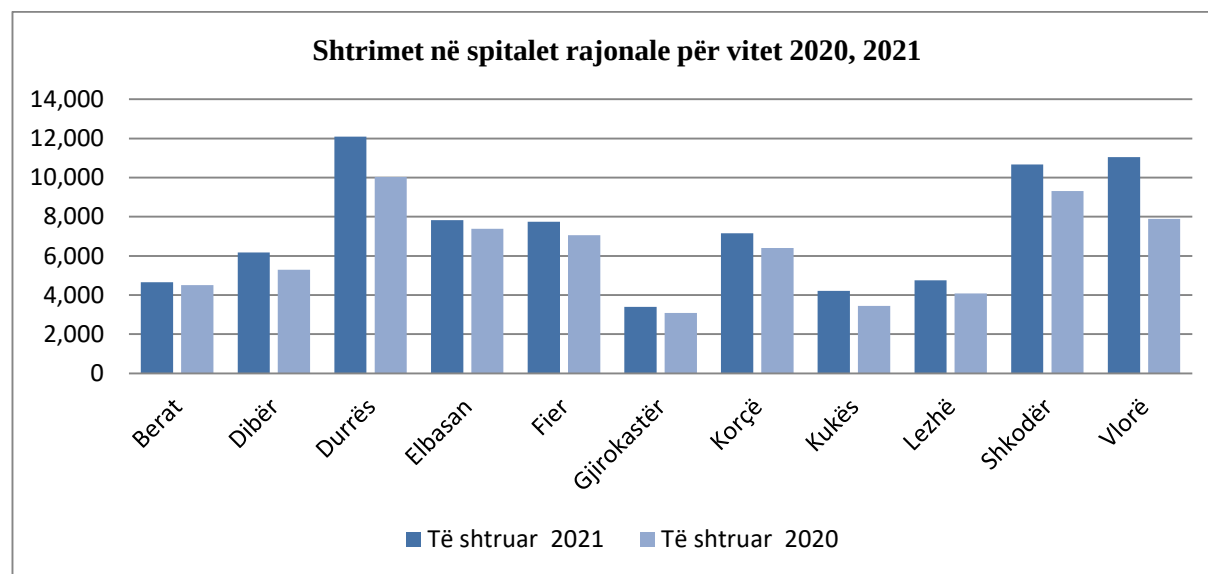
Për vitin 2021 numri i shtrimeve për të gjithë spitalet e kontraktuara është 258,902 pacientë. Numri i shtrimeve sipas spitaleve rezultoi: për Spitalet Rajonale 79,709 pacientë, për Spitalet Universitare 156,592 pacientë dhe për Spitalet Bashkiake 22,601 pacientë. Nga spitalet universitare vihet re se QSUT ka numrin më të lartë të shtrimeve me 116,145 pacientë.

Krahasimi i shtrimeve në spitale universitare për vitet 2020, 2021 paraqitet si vijon:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në Spitalet Universitare për vitet 2021, 2020 vihet re një rritje e konsiderueshme e numrit të shtrimeve për vitin 2021 me 29,606 shtrime më shumë.

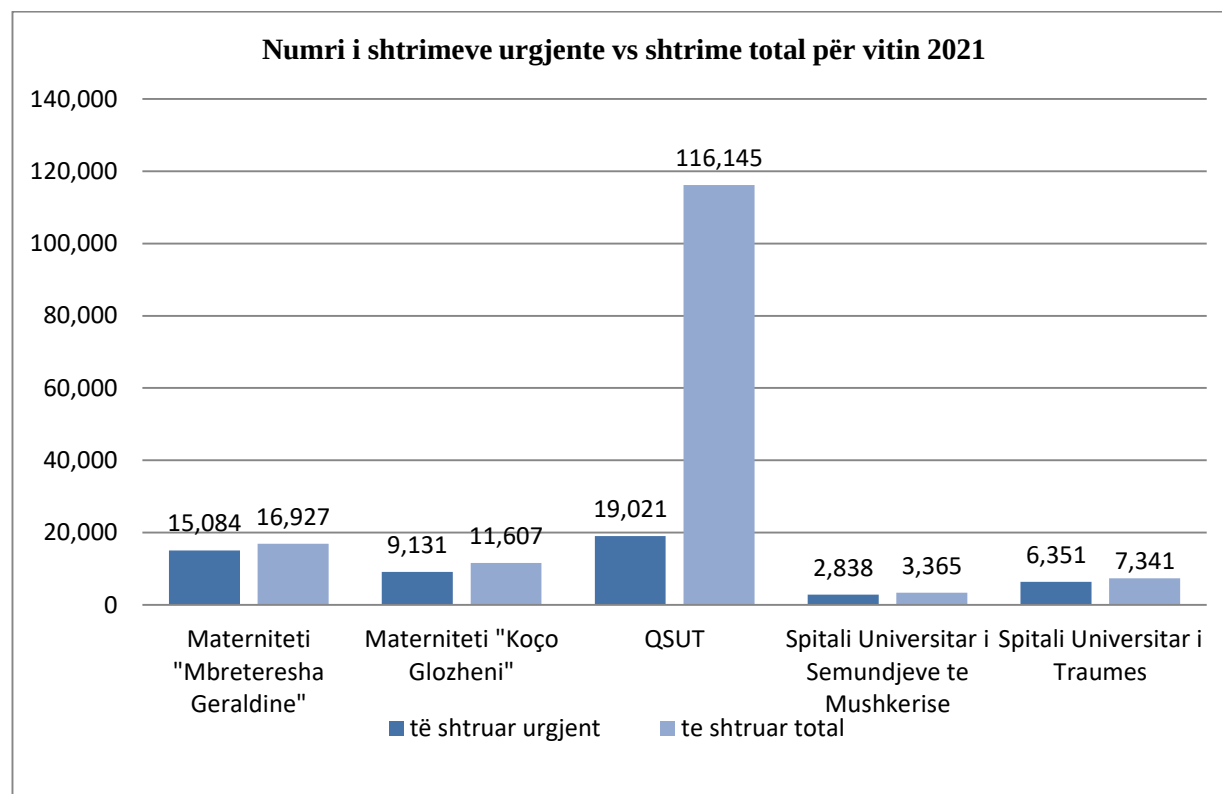
Krahasimi i numrit të shtrimeve në spitale rajonale për vitet 2021, 2020:



Nga krahasimi i numrit të shtrimeve në spitale rajonale për vitet 2021, 2020, vërehet se numri i shtrimeve për vitin 2021 ka rritje me rreth 11,229 shtrime më shumë.

Për vitin 2021, rezulton se 54.2 % të shtrimeve në spitale e zënë shtrimet nga urgjenca me 140,243 shtrime dhe 44.96 % e zënë shtrimet e planifikuara nga konsultat ose 116,396 shtrime.

Për vitin 2021, 33.7 % të shtrimeve në spitalet universitare e zënë shtrimet nga urgjenca.



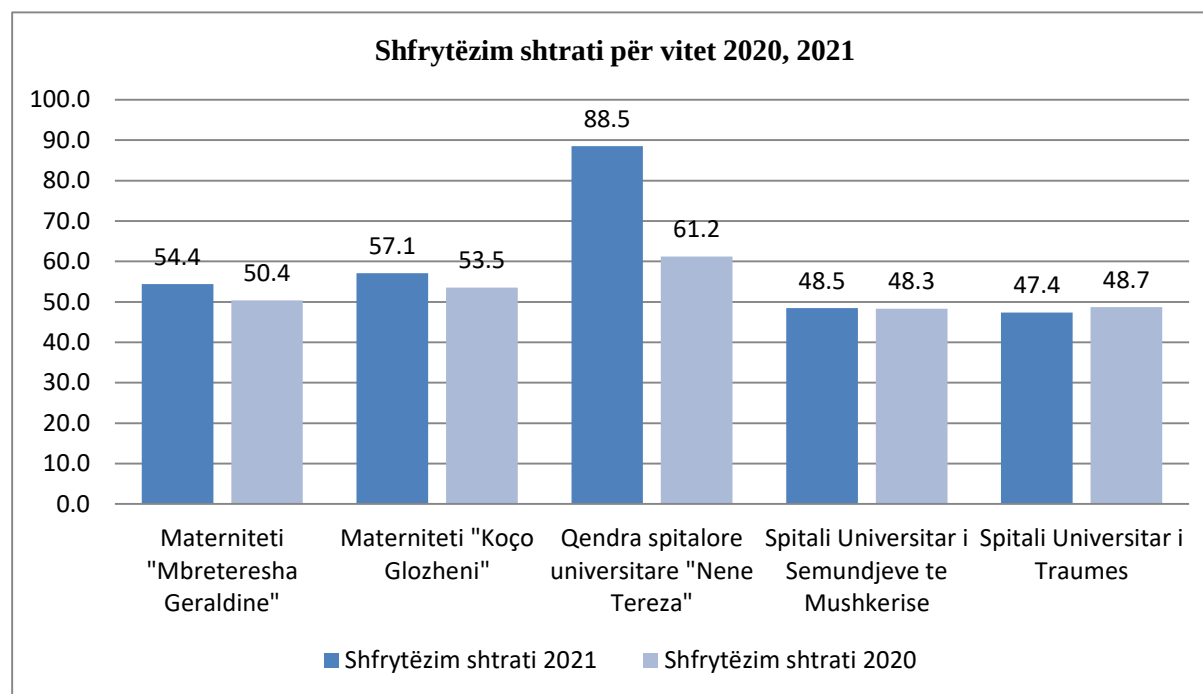
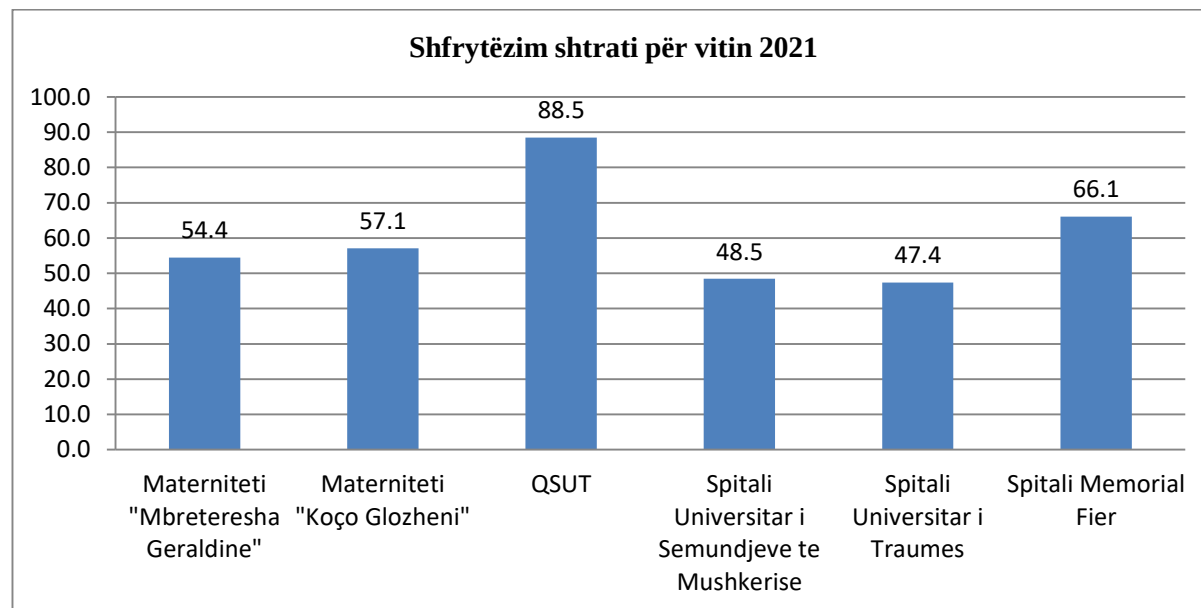
Për vitin 2021 85.5 % e shtrimeve në spitalet rajonale e zënë shtrimet nga urgjenca.

b. Shfrytëzimi i shtratit

Shfrytëzimi i shtratit, si një indikator tepër i rëndësishëm i efijencës spitalore paraqitet në këto nivele në spitalet universitare dhe në spitalet rajonale.

Më poshtë do të gjeni grafikët për shfrytëzimin e shtratit për vitin 2021 si dhe grafikët krahasues për shfrytëzimin e shtratit në spitalet universitare dhe në spitalet rajonale.

Spitalet Universitare 2021



Për Spitalet universitare Materniteti “Mbretëresha Geraldine”, Materniteti “Koço Glozheni” dhe QSUT kemi një rritje të indikatorit të shfrytëzimit të shtratit për vitin 2021, ndërsa vihet re një ulje e lehtë e këtij indikatorit në Spitalin Univeristar të Sëmundjeve të Mëshkërive dhe Spitalin Universitar të Traumës për vitin 2021.

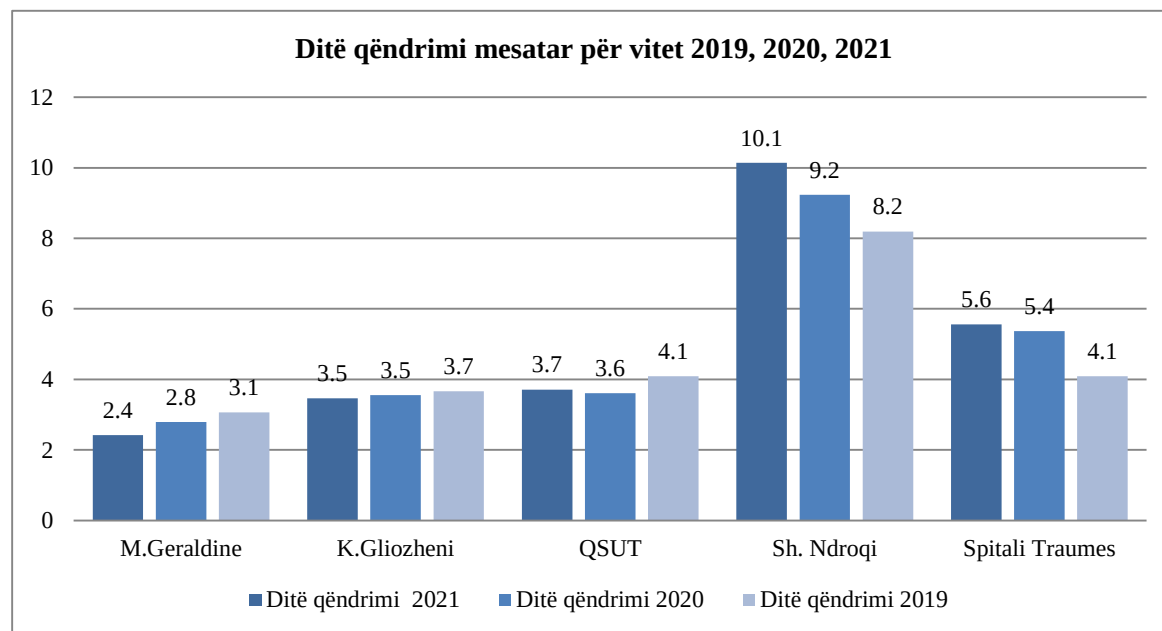
Spitalet Rajonale 2021



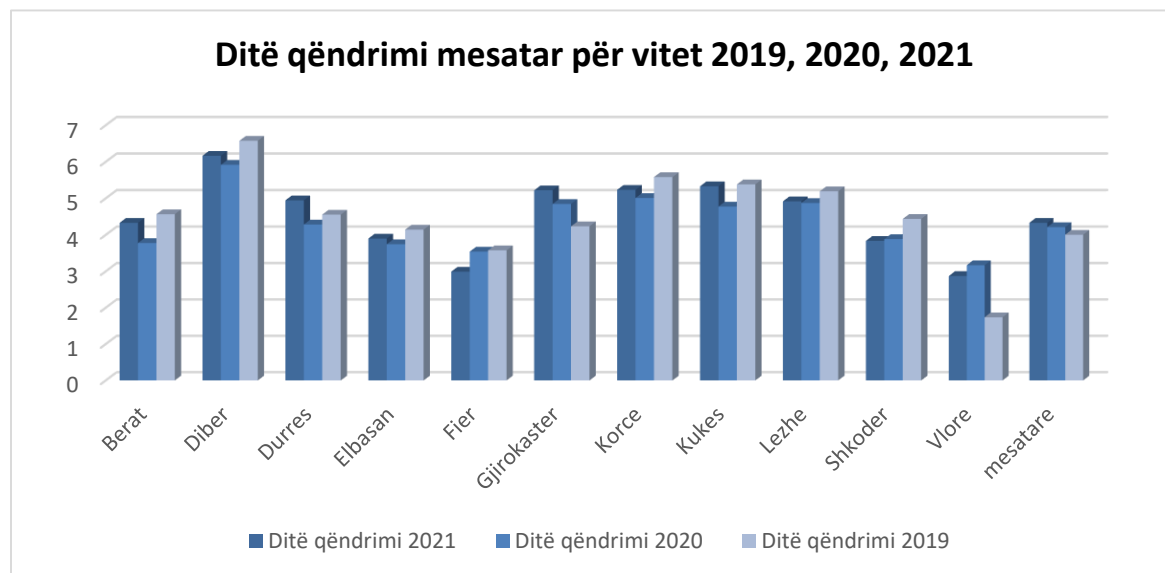
Indikatori i ditëqëndrimit mesatar

Më poshtë do të gjeni grafikët krahasues për ditëqëndrimin mesatar në spitalet universitare dhe në spitalet rajonale, të krahasuara sipas viteve 2021, 2020, 2019.

Spitalet Universitare

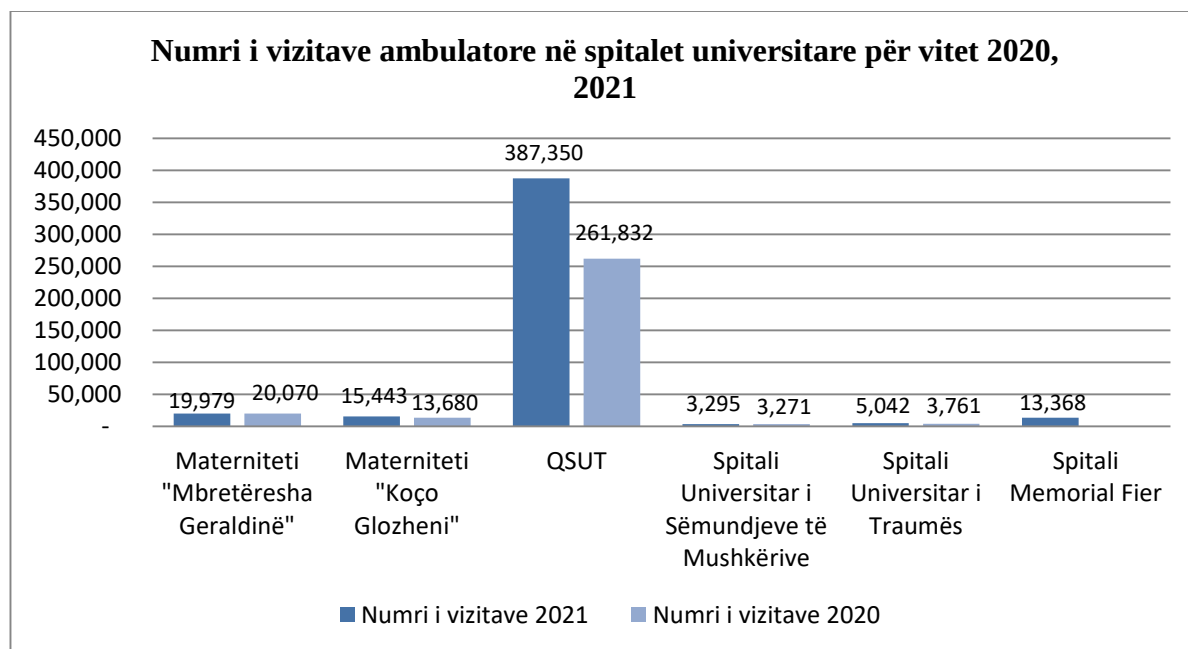


Spitalet Rajonale



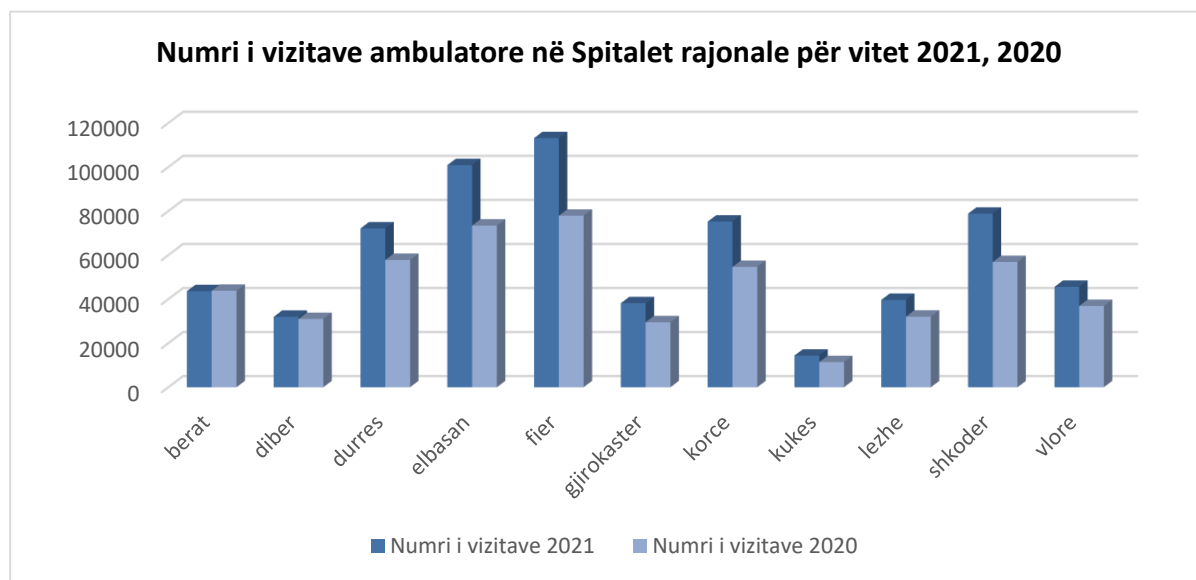
c. Vizitat Ambulatore

Në grafikun e mëposhtëm jepet në total krahasimi i numrit të vizitave ambulatorë të specializuara për spitalet universitare për vitet 2020, 2021



Për vitin 2021 rezulton se kemi një rritje të numrit të vizitave ambulatorë në spitalet universitare në krahasim me vitin 2020.

Në grafikun e mëposhtëm jepet në total krahasimi i numrit të vizitave ambulatorë të specializuara për spitalet rajonale për vitet 2020, 2021.



Për vitin 2021 rezulton se kemi një rritje të numrit të vizitave ambulatorë në spitalet rajonale në krahasim me vitin 2020.

d. Ekzaminimet Laboratorike

Për vitin 2021 Ekzaminimet laboratorike janë kryer ose nga shërbimi i Konçensionarit të Laboratorit PPP ose nga laboratorët e vetë spitaleve sipas renditjes së mëposhtme:

Përmes kontratës PPP:

Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” ka filluar me datë 02.11.2020.

Spitali Universitar “Shefqet Ndroqi” ka filluar me datë 25.03.2021.

Spitali Universitar i Traumës ka filluar me datë 01.04.2021.

Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Mbretresha Geraldinë” ka filluar me datë 01.04.2021.

Spitali Universitar Obstetrik Gjinekologjik “Koço Gliozheni” ka filluar me 01.04.2021.

Spitali Rajonal Fier ka filluar me datë 08.06.2021.

Spitali Rajonal Berat ka filluar me datë 14.06.2021.

Spitali Rajonal Lezhë ka filluar me datë 21.06.2021.

Spitali Rajonal Durrës ka filluar me date 05.07.2021.

Spitali Rajonal Elbasan ka filluar me datë 12.07.2021.

Spitali Rajonal Korçë ka filluar me date 19.07.2021.

Spitali Bashkiak i Lushnjës ka filluar me datë 26.07.2021.

Spitali Rajonal Shkodër ka filluar me date 02.08.2021.

Spitali Bashkiak i Sarandës ka filluar me date 21.09.2021.

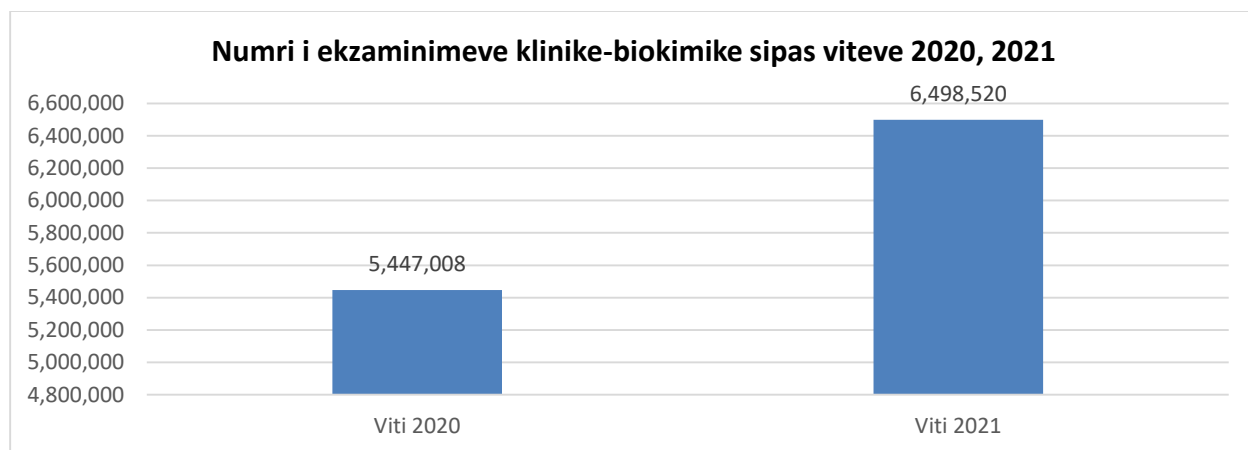
Nga vetë laboratorët e spitaleve:

Spitalet rajonale Dibër, Kukës, Gjirokastrë, Vlorë.

Spitalet bashkiake Kuçovë, Skrapar, Bulqizë, Mat, Kavajë, Krujë, Gramsh, Librazhd, Peqin, Mallakastër, Përmet, Tepelenë, Devoll, Pogradec, Ersekë, Has, Tropojë, Laç, Mirditë, Pukë, Malësi e Madhe, Delvinë.

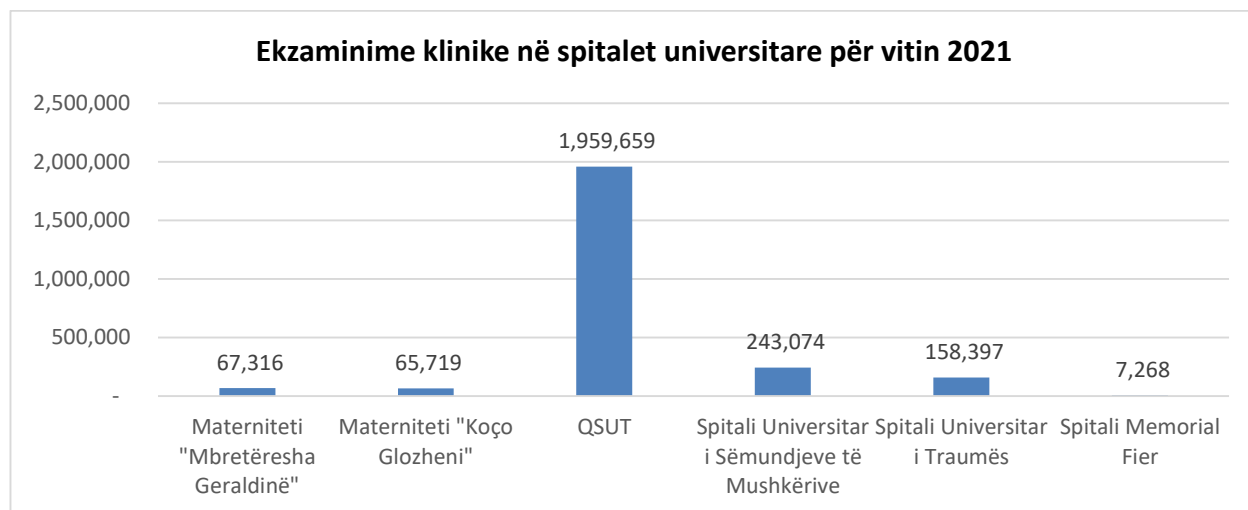
Ekzaminimet klinike-biokimike:

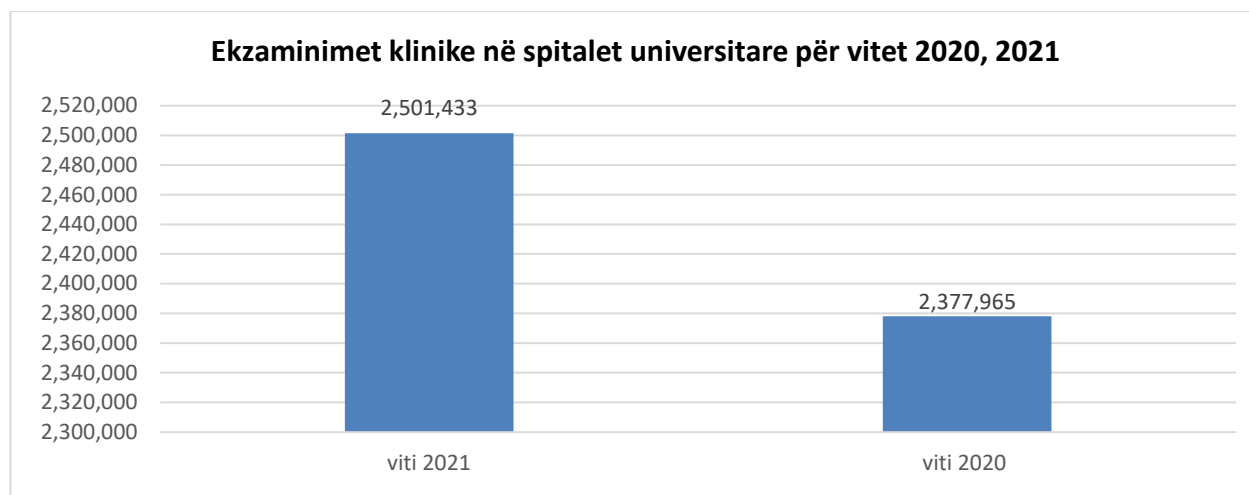
Nga analizimi dhe përpunimi i të dhënave të raportuara nga të gjithë spitalet e kontraktuara nga Fondi, rezulton të jenë realizuar në total për periudhën Janar - Dhjetor 2021, 6,498,520 ekzaminime klinike-biokimike. Nga këto spitalet rajonale kanë raportuar 2,786,752 ekzaminime klinike, spitalet universitare kanë raportuar 2,501,433 ekzaminime klinike ndërsa spitalet bashkiake kanë raportuar 1,210,335 ekzaminime klinike.



Nga grafiku vihet re se për vitin 2021 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve klinike të kryera në total për të gjitha spitalet.

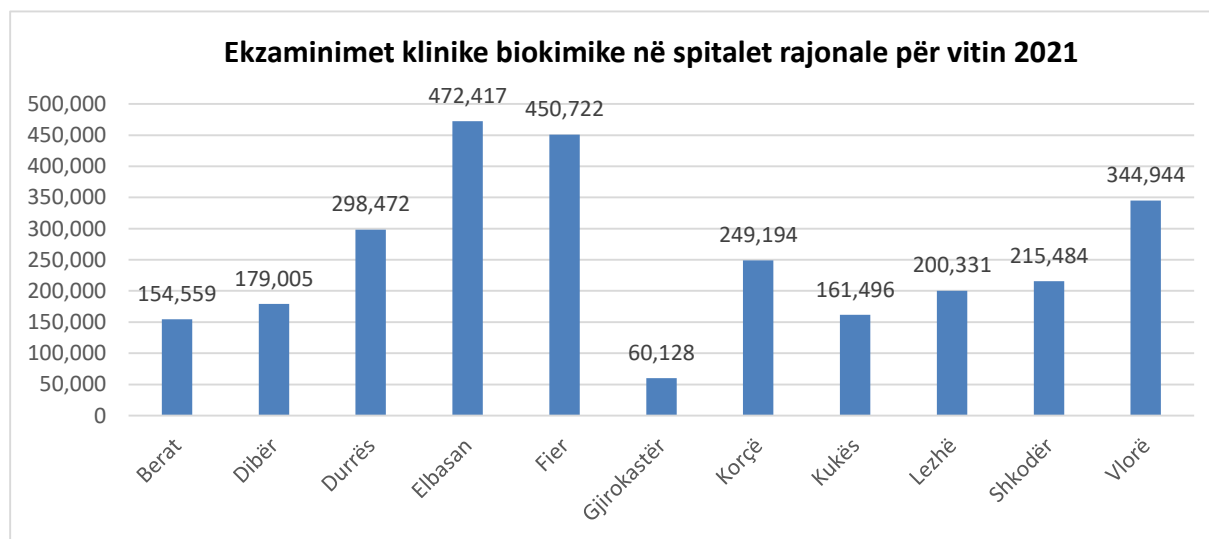
Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në spitale universitare për vitin 2021.

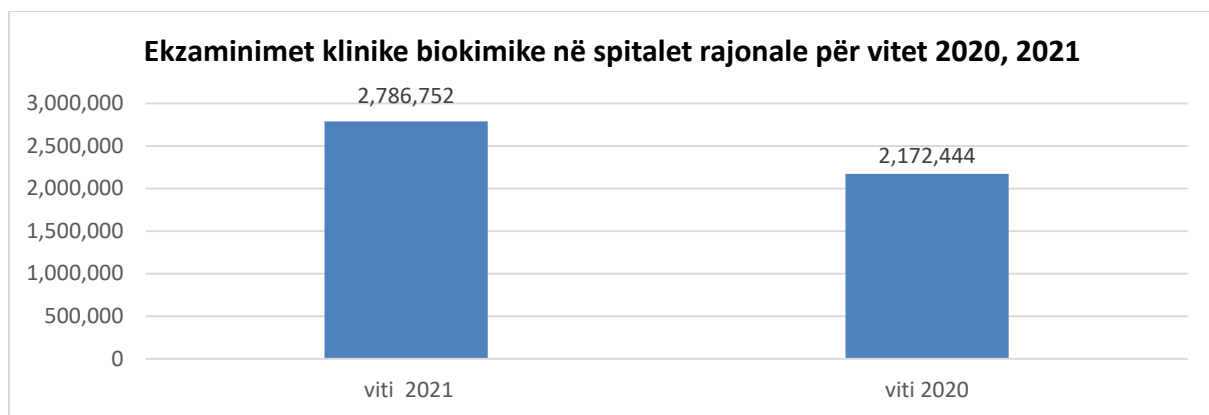




Nga grafiku krahasues 2021-2020 vihet re se për vitin 2021 kemi një rritje të numrit të ekzaminimeve klinike të kryera në total në spitalet universitare.

Grafiku me të dhënat mbi numrin e ekzaminimeve klinike biokimike të kryera në total në spitalet rajonale për vitin 2021, paraqitet si më poshtë:





Ekzaminimet mikrobiologjike dhe imunologjike

Për vitin 2021 janë kryer në total 81,796 ekzaminime mikrobiologjike dhe imunologjike në të gjithë spitalet rajonale, bashkiake dhe universitare.

Shërbimi i urgjencës

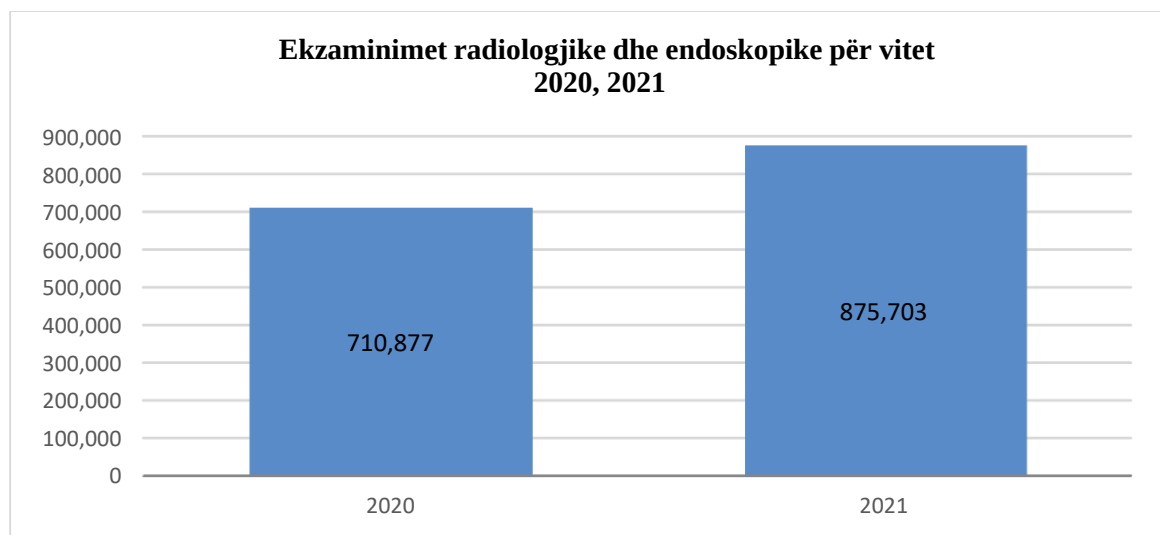
Pacientë të trajtuar në shërbimin e urgjencës për vitin 2021 janë 1,368,409 pacientë, 258,950 pacientë më shumë se në vitin 2020.

Pacientë të siguruar të trajtuar në shërbimin e urgjencës për vitin 2020 janë 347,074 ose 31.2%. Pacientë të pasiguruar të trajtuar në shërbimin e urgjencës për vitin 2020 janë 755,081 ose 67.9%. Pacientë të trajtuar në shërbimin e urgjencës gjatë vitit 2021 në spitalet rajonale janë 633,280 pacientë. Pacientë të trajtuar në shërbimin e urgjencës gjatë vitit 2021 në spitalet universitare janë 354,476 pacientë. Pacientë të trajtuar në shërbimin e urgjencës gjatë vitit 2021 në spitalet bashkiake janë 380,653 pacientë.

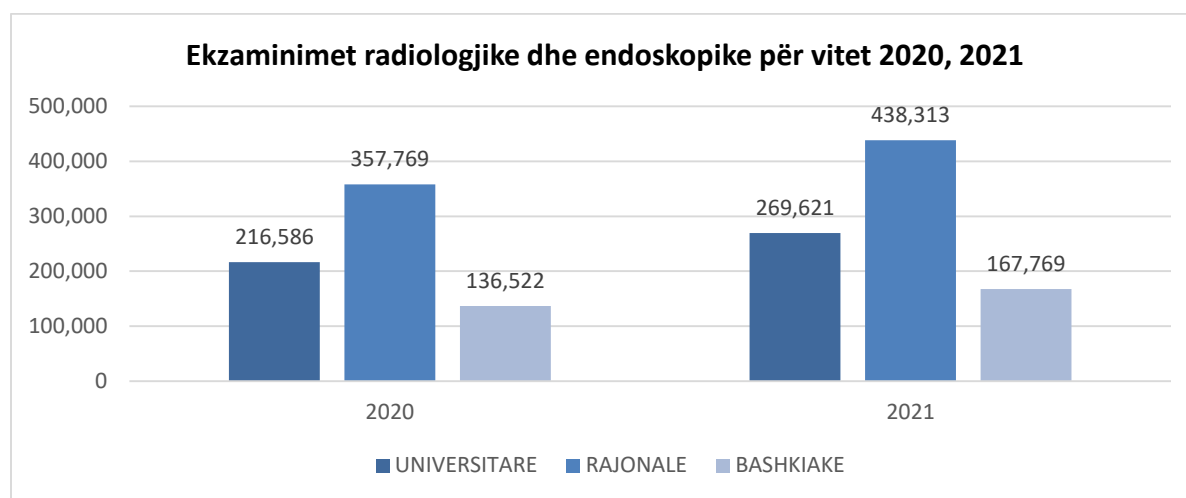
Ekzaminimet radiologjike dhe endoskopike

Në lidhje me numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të realizuara për periudhën Janar-Dhjetor 2021, për spitalet universitare, rajonale dhe bashkiake janë raportuar në total 875,703 ekzaminime.

- Nga krahasimi i periudhës Janar-Dhjetor të vitit 2020 me periudhën Janar-Dhjetor të vitit 2021 rezulton se janë realizuar 164,826 ekzaminime më pak për vitin 2020.



Më poshtë paraqitja grafike për periudhën Janar-Dhjetor 2020 dhe Janar-Dhjetor 2021 për numrin e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike të kryera nga spitalet universitare, rajonale, bashkiake.



7.4 Paketat shëndetësore

Monitorimi dhe analizimi i paketave shëndetësore nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara dhe të financuara nga FONDI bëhet në zbatim të Vendimit Nr. 308, datë 21.05.2014 “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, i ndryshuar. Gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2021 institucionet shëndetësore publike, private dhe shoqëria konçesionare të kontraktuara nga Fondi, kanë ofruar shërbimet për ofrimin e paketave shëndetësore pacientëve.

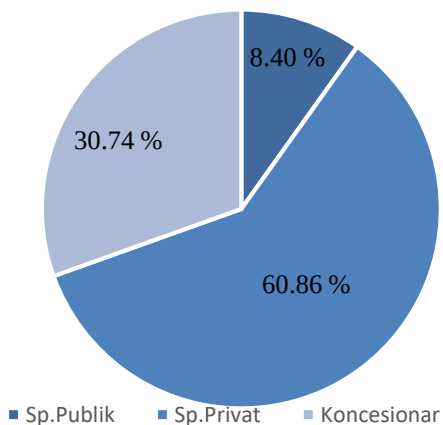
Paketa e Dializës

Shërbimi i paketës së dializës është ofruar nga 1 spital publik, 8 institucione shëndetësore jopublike dhe 1 Shoqëri Konçesionare.

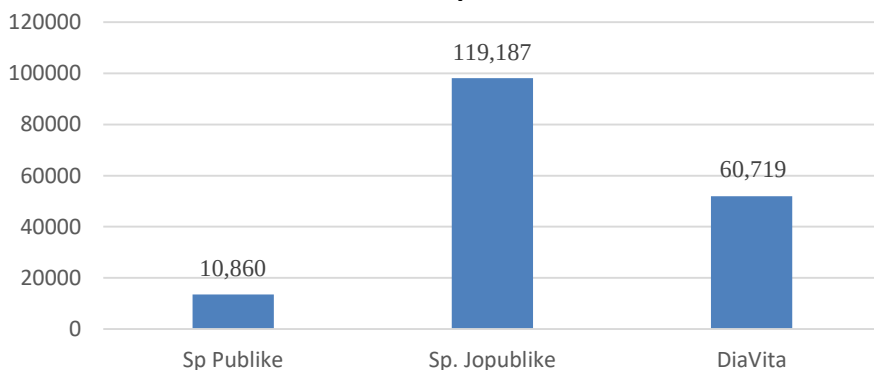
Numri total i pacientëve që janë trajtuar me dializë në institucionet shëndetësore publike dhe jopublike në muajin Dhjetor 2021 është 1,334 pacientë, nga të cilët 812 pacientë në spitalet jopublike, ose 60.86 %, 112 pacientë në spitalet publike, ose 8.40% dhe 410 pacientë, ose 30.74% në 5 qendrat e dializës të Shoqërisë Tregtare “Dia Vita sh p.k” (PPP).

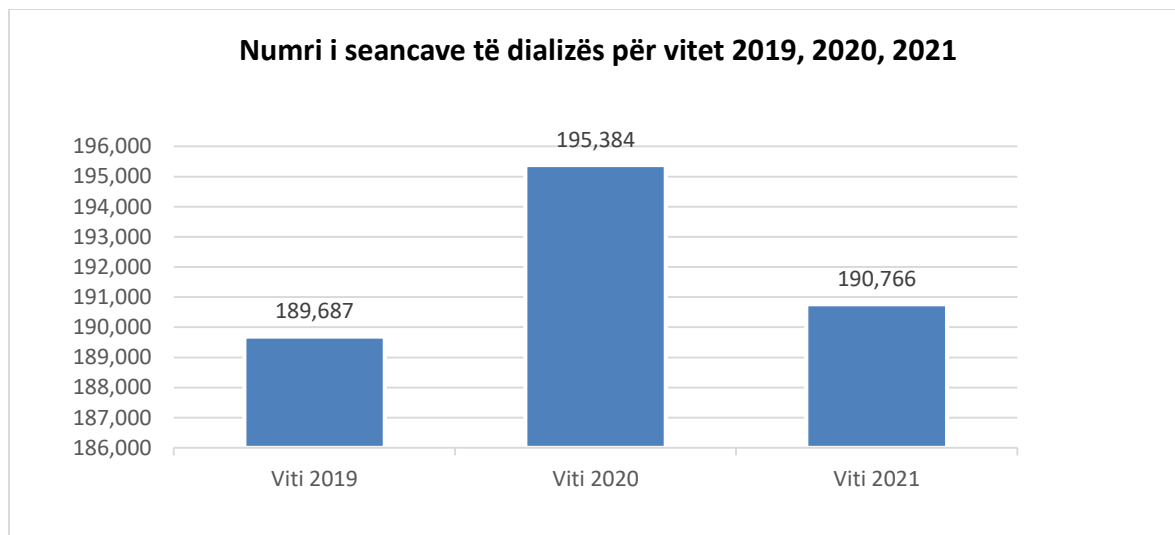
Në vitin 2021 nga institucionet shëndetësore publike dhe private të kontraktuara nga Fondi për ofrimin e shërbimit të hemodializës u kryen 190,766 seanca hemodialize në total, nga të cilat 10,860 seanca nga institucionet shëndetësore publike, 119,187 seanca nga institucionet shëndetësore jopublike dhe 60,719 seanca dialize nga kontrata me PPP (“Konçesionari “ DiaVita sh.p.k.).

Struktura në % e pacientëve të dializës sipas spitaleve për vitin 2021



Numri i seancave të dializës të realizuara për vitin 2021





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, Spitali Rajonal Memorial Fier dhe Spitali Rajonal Shkodër.

Në paketën e kardiologjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

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

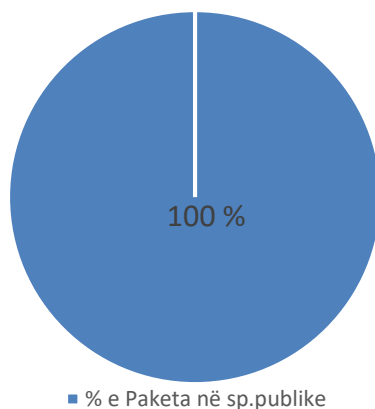
Theksojmë se edhe gjatë vitit 2021 shërbimi i kardiologjisë në QSUT për procedurat e mësipërme, është ofruar në 24 orë, duke përmirësuar shërbimin shëndetësor për pacientët.

Për vitin 2021 janë kryer në total 7,103 procedura të Kardiologjisë, të cilat janë kryer të gjitha në spitalet publike. Të gjitha nevojat janë mbuluar 100 % nga spitalet publike.

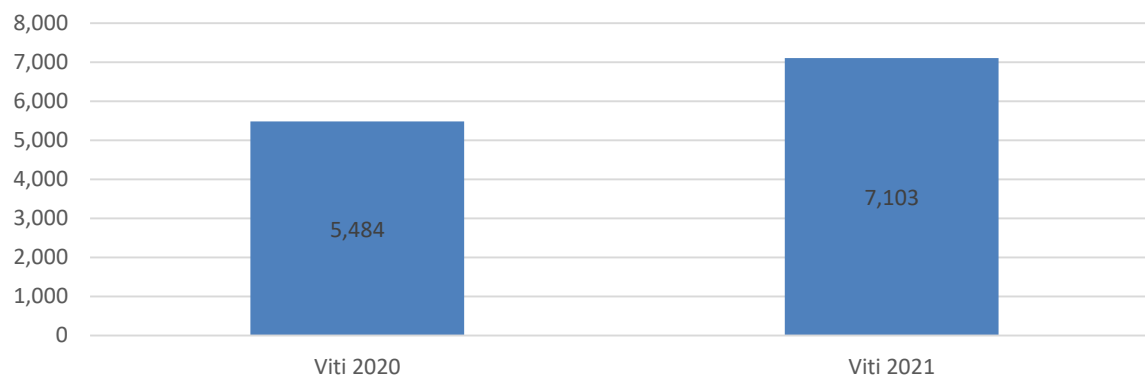
Paketat shëndetësore të kardiologjisë të realizuara sipas paketave shëndetësore për periudhën Janar-Dhjetor 2021 janë:

- a-Pacemaker definitive 412 paketa
- b- Angiografi koronare 3,531 paketa
- c-Angioplastika koronare 202 paketa
- d- Angiografi + Angioplastikë 2,958 paketa

Paketat e Kardiologjisë për vitin 2021



Numri i paketave shëndetësore të kardiologjisë të kryera në spitalet publike për vitet 2020, 2021



Paketat shëndetësore të Kardiokirurgjisë

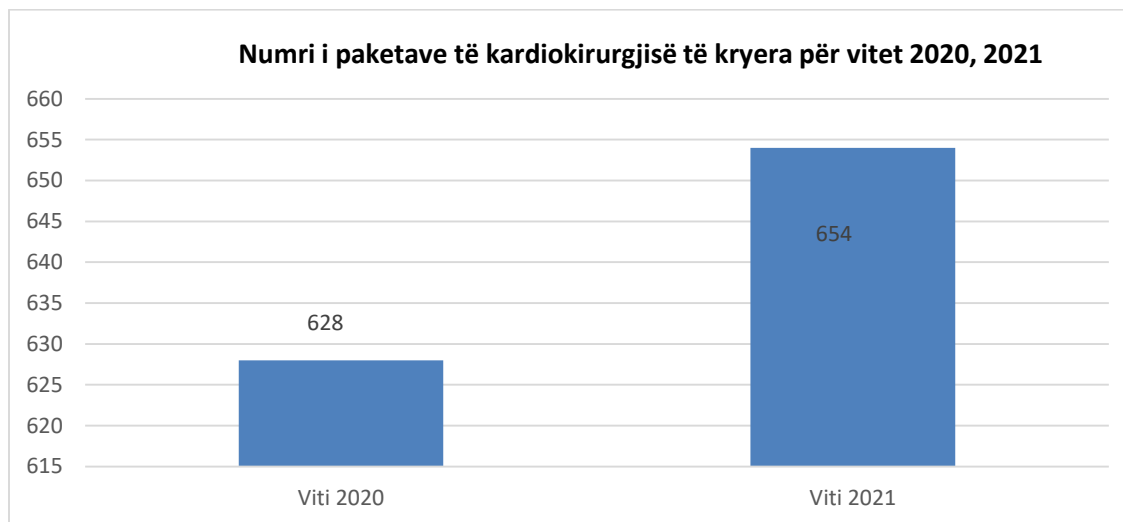
Shërbimi për paketën shëndetësore të Kardiokirurgjisë për vitin 2021, është mbuluar nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë. Në paketën e kardiokirurgjisë përfshihen këto procedura mjekësore:

1. By pass aorto koronar
 - 1.1. By Pass + Plastike e Valvulës
 - 1.2. By Pass + Zëvendësim me Valvul Mekanike
 - 1.3. By Pass + Zëvendësim me Valvul Biologjike
2. Valvular
 - 2.1. Mono Valvular me Protezë Mekanike
 - 2.2. Mono Valvular me Protezë Biologjike

- 2.3. BI Valvular me Protezë Mekanike
- 2.4. BI Valvular me Protezë Biologjike
- 3. Interventi Kongenital

Për periudhën Janar-Dhjetor 2021 janë kryer 654 proçedura mjekësore, të cilat janë kryer të gjitha në Spitalin Universitar “Nënë Tereza” Tiranë.

Për vitin 2021 paketat e kardiokirurgjisë janë ofruar 100% nga institucionet publike (QSUT).



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

Për periudhën Janar–Dhjetor 2021, janë kryer gjithsej 23 transplante dhe 0 proçedurë Terapi të Flakjes Akute të Veshkës nga të cilat:

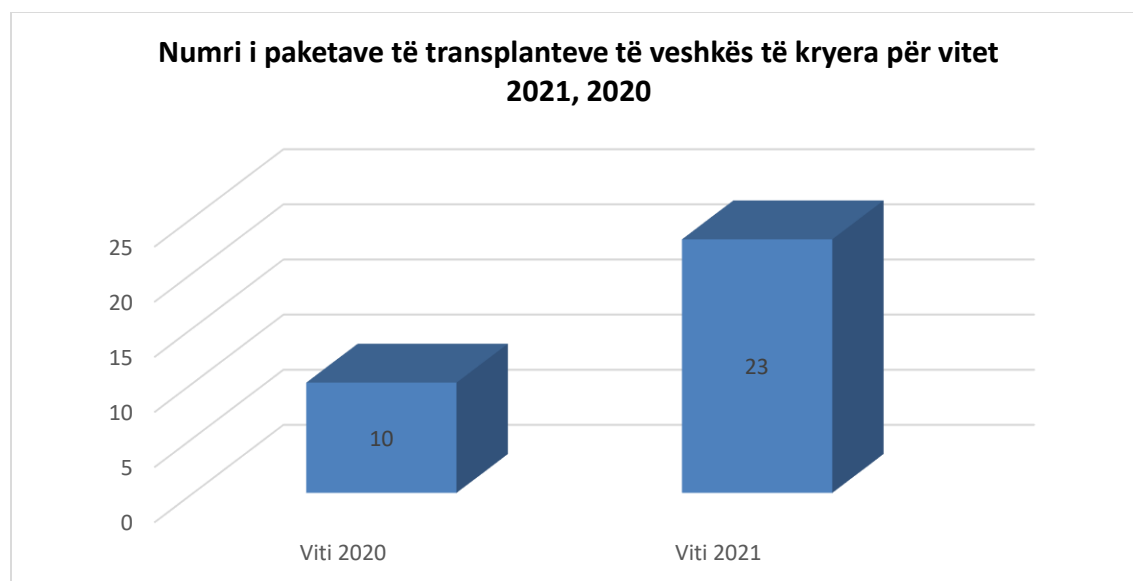
13 Transplante renale të kryera te spitali jopublik “Amerikan”

10 Transplante renale të kryera në spitalin jopublik “Hygeia”.

Procedura e Terapisë të Flakjes Akute të Veshkës

Gjatë vitit 2021 nuk është kryer asnjë procedurë e terapisë së flakjes akute të veshkës. Kjo tregon një punë me cilësi të lartë në institucionet shëndetësore jopublike që kanë kryer paketën e transplantit të veshkës.

Në Spitalet Universitare Publike nuk ofrohet ende paketa e transplantit të veshkës dhe terapisë së flakjes akute.



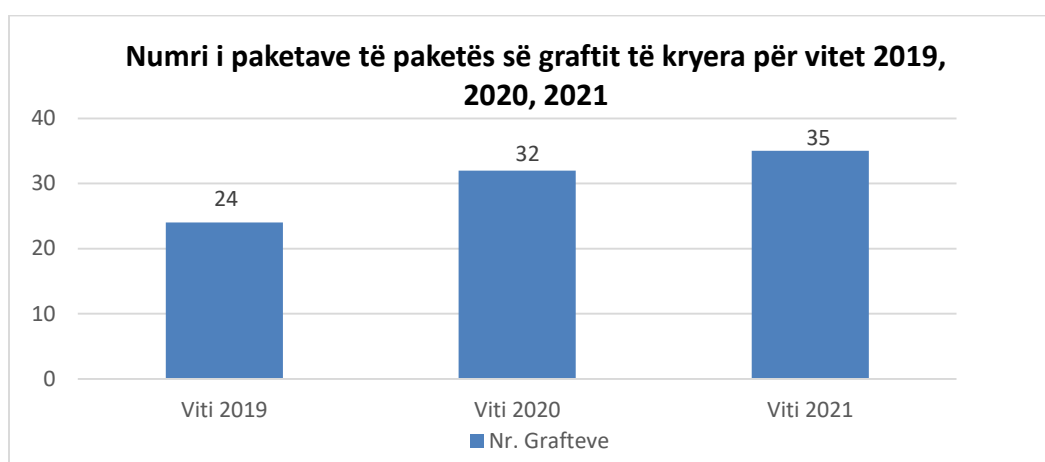
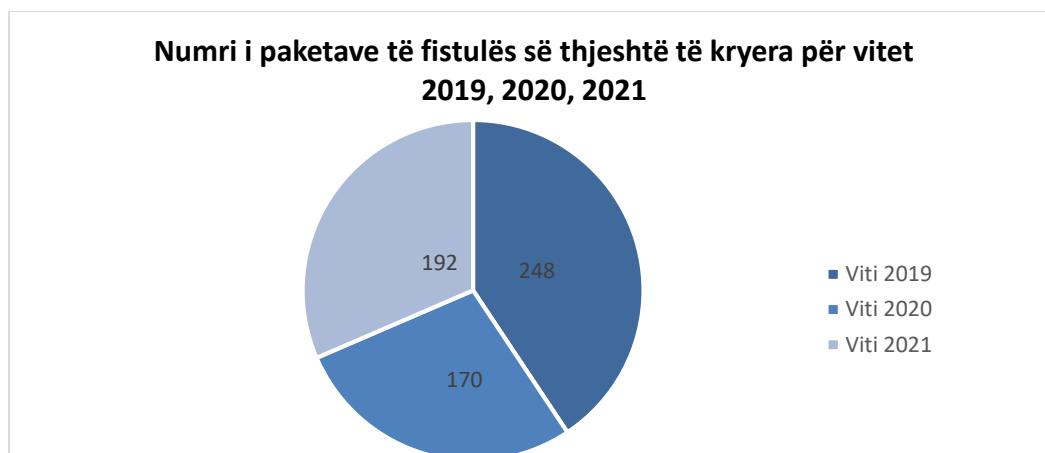
Paketa e Implantit Koklear

Fondi gjatë vitit 2021 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 2021, janë realizuar 15 paketa të implantit koklear në QSUT.

Paketa e vendosjes së Fistulës dhe Graftit

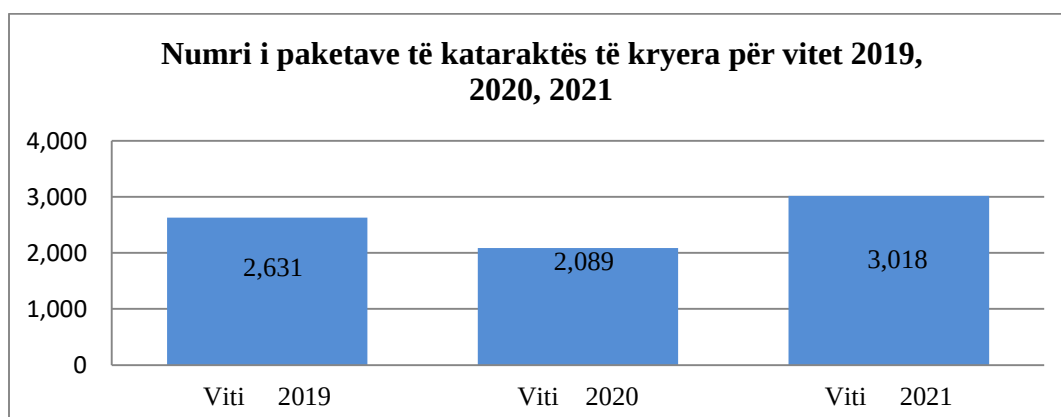
Në vitin 2021 Fondi lidhi kontratë me QSUT dhe me spitalin jopublik Amerikan 1 dhe Spitalin jopublik Hygeia që e ofrojnë këtë shërbim duke plotësuar nevojat e pacientëve. Gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2021 janë realizuar gjithsej 192 vendosje fistule, nga të cilat në QSUT 112 vendosje fistule, në Spitalin jopublik Amerikan 45 vendosje fistule dhe në Spitalin jopublik Hygeia 35 vendosje fistule.

Gjithashtu, janë realizuar në total 35 grafte, nga të cilat 9 grafte në QSUT, 16 grafte në Spitalin jopublik Amerikan dhe 10 grafte në Spitalin jopublik Hygeia.

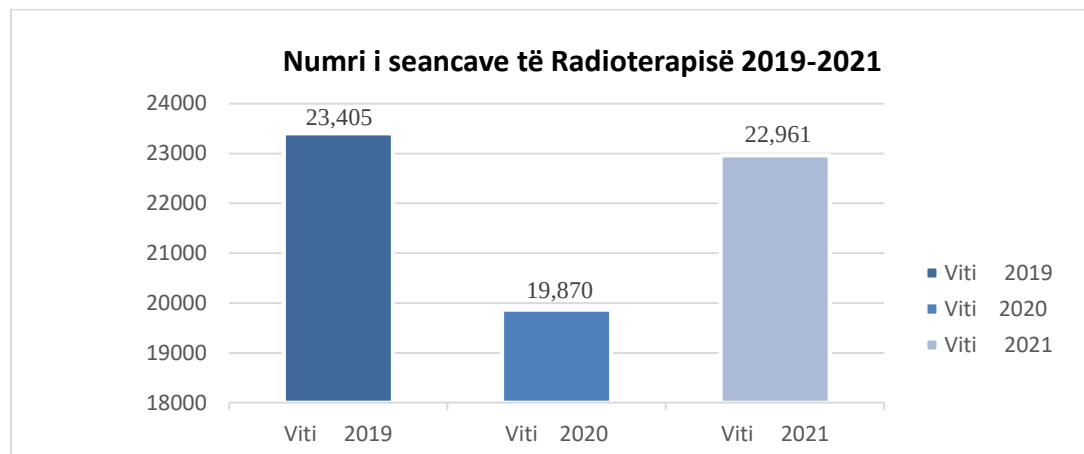


Paketa e Kataraktës është ofruar nga spitalet publike të kontraktuar nga Fondi si, QSUT dhe spitalet rajonale, Fier, Vlorë, Durrës dhe Spitali i Universitar i Traumës.

Për periudhën Janar-Dhjetor 2021, janë trajtuar në total 3,018 pacientë me paketën e kataraktës, nga të cilët: në QSUT 2,187 raste, në Spitalin Rajonal Fier 187 raste, në Spitalin Rajonal Vlorë 331 raste, në Spitalin Rajonal Durrës 152 raste dhe në Spitalin Universitar të Traumës 161 raste.



Paketat e Radioterapisë, trajtimi me akselerator linear është ofruar vetëm nga QSUT. Në periudhën Janar-Dhjetor 2021, janë realizuar gjithsej 22,961 seanca radioterapie sipas llojit të paketave. Këto paketa shëndetësore ofrohen nga Spitali Universitar “Nënë Tereza” Tiranë.



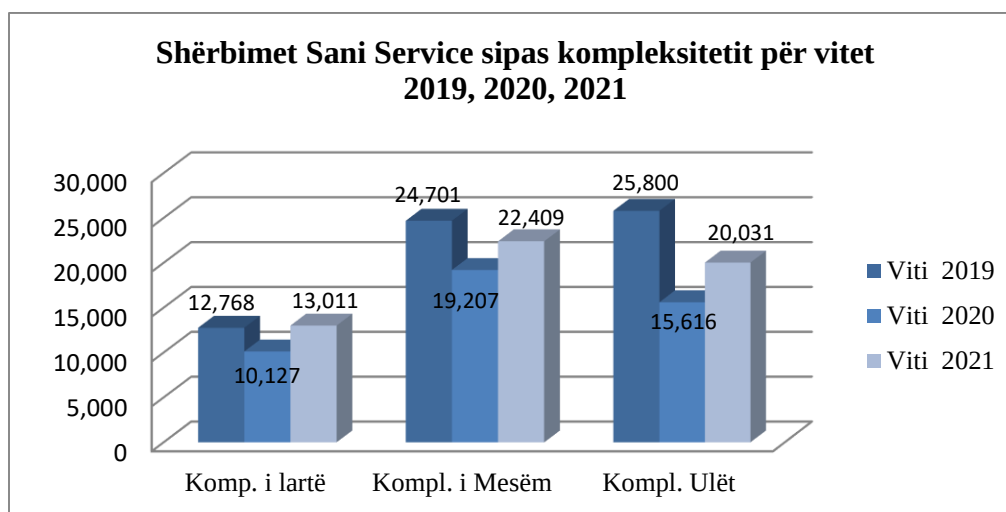
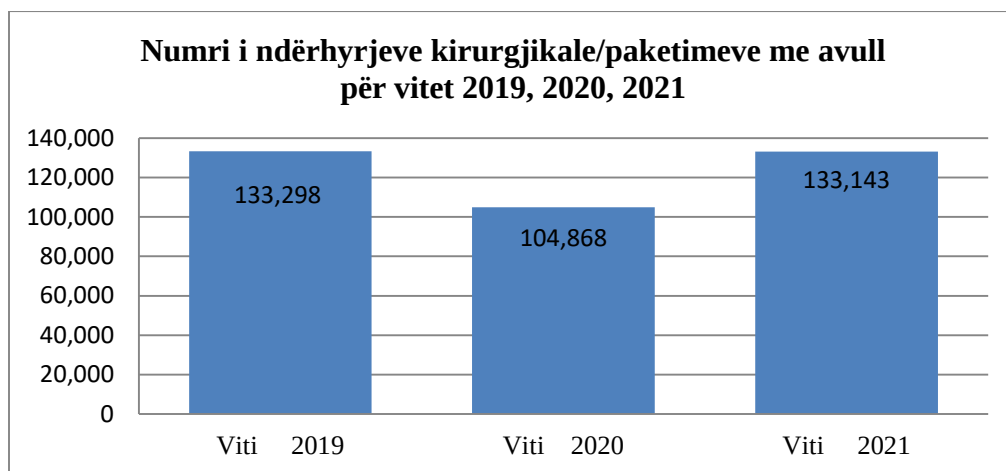
7.5 Shërbimi i sterilizimit të instrumenteve kirurgjikale

Shoqëria Koncesionare “Sani Service” ka ofruar në spitalet publike shërbimet e integruara të furnizimit të setit të personalizuar të instrumenteve kirurgjikale sterile, furnizimin me material mjekësor steril njëpërdorimësh në sallat kirurgjikale, trajtimin e mbetjeve biologjike dhe dezinfektimin e sallave kirurgjikale.

Në periudhën Janar-Dhjetor 2021 ka ofruar shërbimin në 30 spitale publike (5 Spitale Universitare në Tiranë, 12 Spitalet Rajonale, Spitali Rajonal Memorial Fier që furnizohet nga Spitali Rajonal Fier, si dhe 13 Spitalet Bashkiake).

Në periudhën Janar-Dhjetor 2021 është ofruar shërbimi për 55,451 ndërhyrje kirurgjikale në total, nga 63,608 ndërhyrje kirurgjikale që është projeksioni 12 mujor. Realizimi i planit të ndërhyrjeve kirurgjikale sipas kompleksitetit të ndërhyrjeve në periudhën Janar – Dhjetor 2021 është 87%. Gjithashtu janë realizuar 74,631 paketime me avull dhe 3,061 sterilizime me temperaturë të ulët sipas kompleksitetit të ndërhyrjeve rezultojnë:

1- Kompleksitet i lartë	13,011 ndërhyrje kirurgjikale
2- Kompleksitet i mesëm	22,409 ndërhyrje kirurgjikale
3- Kompleksitet i ulët	20,031 ndërhyrje kirurgjikale
Totali	55,451
4- Paketime me avull	74,631
5- Sterilizimi me temperaturë të ulët	3,061
Totali (6=1+2+3+4+5)	133,143



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

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

Mbi bazën e kontratave të 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 2021, sipas raportimeve nga drejtoritë rajonale, Fondi ka kontraktuar rreth 830 Farmaci dhe 45 Agjensi Farmaceutike, 11 Shpërndarës Farmaceutik dhe 40 Importues Farmaceutik.

Me Vendim të Këshillit të Ministrave Nr. 489, datë 30.07.2021, u miratua dhe hyri në fuqi Lista e Barnave të Rimbursuara (LBR 2021).

Lista e barnave që filloi efektet e saj në Gusht të vitit 2021 u zgjerua me 22 barna të reja, nga të cilat 19 barna lëvrohen në farmacitë e spitaleve dhe 3 barna tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur.

LBR 2021 përmban, 1,191 alternativa tregtare, nga të cilat 569 janë alternativa të para dhe të vetme, si edhe 340 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 2021, u lidhën 6 marrëveshje me Mbajtësit e Autorizimit për Tregtim për 22 barna. Në këto 22 barna, 19 prej tyre tregtohen në farmacitë e spitaleve dhe 3 barna tregtohen në farmacitë e rrjetit të hapur. Gjatë vitit 2021 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 2021.

Konkretisht, marrëveshjet kanë filluar të aplikohen me hyrjen në fuqi të LBR 2021, ecuria prej hyrjes në fuqi të LBR 2021 (prej 1 Gusht 2021), për shpenzimet e rimbursimit për grupin e barnave me marrëveshje konstatohet se 4 prej tyre nuk kanë pasur konsum gjatë kësaj periudhe. Për barnat që kanë pasur konsum konstatohet se për këtë periudhë, nga aplikimi i cmimit të negociuar sipas marrëveshjeve, Fondi ka rimbursuar rreth 101 milion lekë më pak, duke përfituar nga këto marrëveshje me çmime të reduktuara konfidenciale.

Ndërkohë, që për pjesën e parë të vitit 2021 kanë qënë në fuqi çmimet e negociuara sipas LBR 2019 dhe marrëveshjeve të aplikuara për këtë listë.

Në tabelën e mëposhtëme paraqitet ecuria e treguesve të rimbursimit për Vitin 2021 e krahasuar me vitin 2020. Vlerat në tabelë paraqiten pa kategorinë Sars-Cov-2.

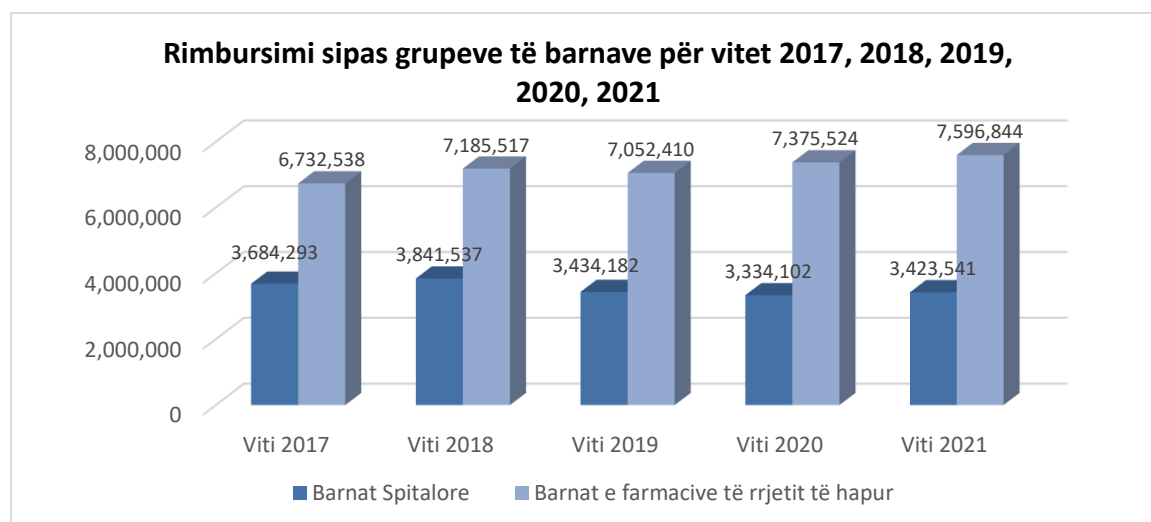
Periudha	Fakti (në lekë)	Recetat	Rimbursimi/recetë
Viti 2021 (pa covid)	11,020,385	3,898,461	2,827
Viti 2020	10,709,626	3,923,326	2,730
Diferenca 2021-2020	310,759	-24,865	97

- ✓ Për vitin 2021 krahasuar me vitin 2020, shpenzimet e rimbursimit janë rritur me 310,7 milion lekë më shumë.
- ✓ Vlera mesatare e recetës është rritur me +97 lekë më shumë.

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 2017	Viti 2018	Viti 2019	Viti 2020	Viti 2021
Barnat Spitalore	3,684,293	3,841,537	3,434,182	3,334,102	3,423,541
Barnat e farmacive të rrjetit të hapur	6,732,538	7,185,517	7,052,410	7,375,524	7,596,844
Barnat në total	10,416,831	11,027,054	10,486,592	10,709,626	11,020,385
% e barnave Spitalore ndaj totalit	35%	35%	33%	31%	31%

Hyrja në fuqi e marrëveshjeve për rimbursimin me çmime të reduktuara konfidenciale për një pjesë të barnave me impakt të lartë financiar, gjatë viteve 2019, 2020, 2021 ka sjellë një ulje të vlerës së rimbursuar për grupin e barnave spitalore, siç konstatohet dhe nga tabela më lart.



Analizë sipas grupit ATC (anatomik, terapeutik, kimik) të barnave.

Krahasuar me vitin 2020, rritja e shpenzimeve të rimbursimit ka ardhur për shkak se grupet me impakt të lartë financiar kanë rritje të vlerës së rimbursimit, konkretisht:

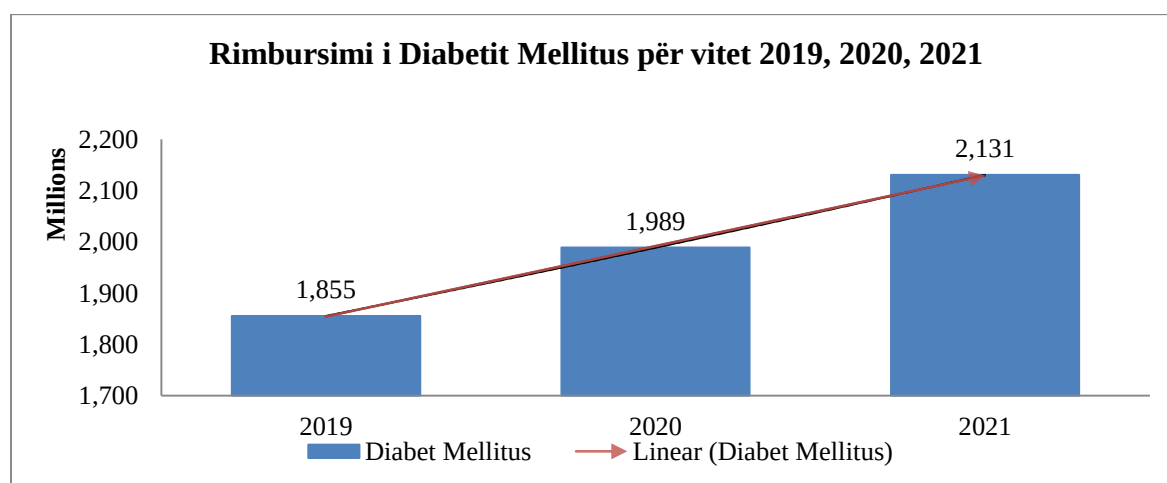
Rritja më e madhe në shpenzimet e rimbursimit vërehet në grupet e mëposhtme:

- Grupi A “Trakti digjestiv dhe metabolizmi” me 126.3 milion lekë më shumë se e njëjta periudhë e një viti më parë. Për vitin 2021 grupi A zë 20% të shpenzimeve të rimbursimit, krahasuar me 19.1% që zinte një vit më parë. Te ky grup, rritja më e madhe krahasuar me vitin 2021, konstatohet te barnat e nëngrupit të Antidiabetikëve të cilët zënë 96,6% të shpenzimeve të gjithë grupit A dhe rreth 19,2% të shpenzimeve totale të rimbursimit, krahasuar me 18.5% që zinte 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. Konkretisht:

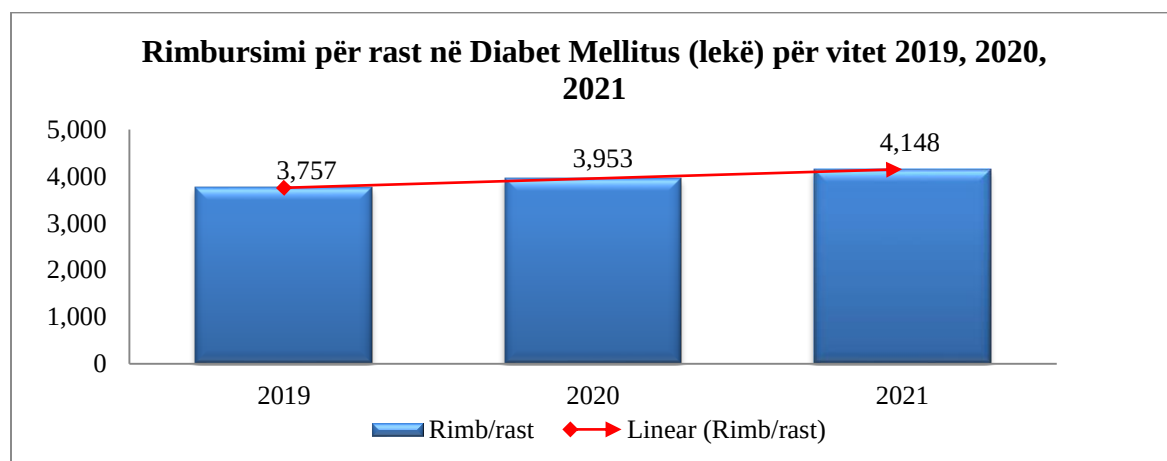
- Insulinë Aspart solution 100 Nj.N/ml-3 ml me një rritje +41.4 milion lekë më shumë se shpenzimet e vitit 2020.
- Insulinë Glarginë solution 300 Nj.N/ml (Lantus solostar) Insulin Glargine 300 Nj.N./ml (Toujeo) me një rritje prej +37 milion lekë më shumë se shpenzimet e vitit të kaluar për këtë bar.
- Insuline Detemir solution 100 Nj.N/ ml - 3 ml me një rritje prej +6.5 milion lekë më shumë se një vit më parë.

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 19.3 % të vlerës totale të rimbursimit.

Më poshtë paraqitja grafike:



Ka një rritje të rimbursimit për rast për të diagnozën Diabet mellitus.



- Barnat e grupit C “Sistemi Cardiovascular” me rreth 109,6 milion lekë më shumë se në Vitin 2021. Për vitin 2021 grupi C zë 23.4% të shpenzimeve të rimbursimit. Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2020 konstatohet te barnat e nëngrupit të Barnat

vepruese në Sistemin Renin-Angiotensin të cilët zënë 42.1% të shpenzimeve të gjithë grupit C dhe ka një rritje prej 80 milion lekë më shumë në shpenzimet vjetorë të rimbursimit krahasuar me një vit më parë. Konkretisht rritja me e madhe konstatohet për barnat:

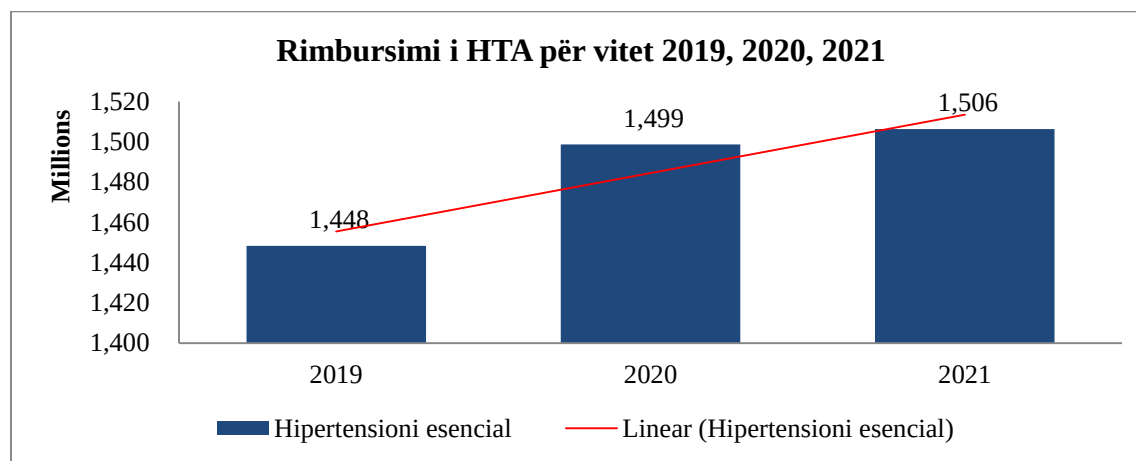
- *Sacubitril + Valsartan 24 + 26 mg,*
- *Sacubitril + Valsartan 49 + 51 mg,*
- *Sacubitril + Valsartan 97 + 103 mg,* të cilat kanë një rritje të shpenzime me rreth 51.9 milion lekë më shumë krahasuar më një vit më parë.
- *Ranolazine 375 mg, Ranolazine 500 mg, Ranolazine 750 mg* të cilat kanë pësuar një rritje prej 41.2 milion lekë më shumë se një vit më parë në shpenzimet e rimbursimit.

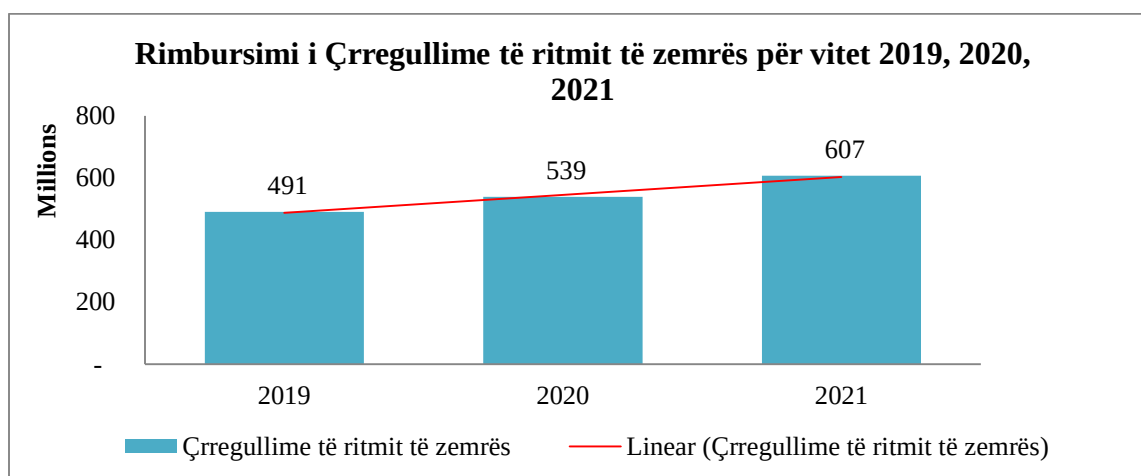
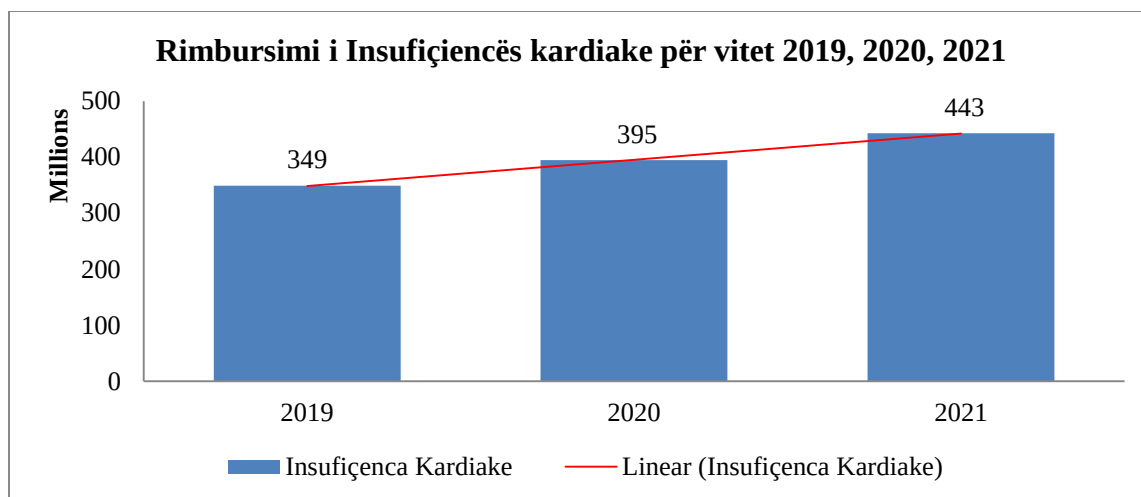
**Vërejmë se këto barna kanë një impakt të lartë financiar dhe një kosto të lartë të cilat sugjerojmë të jenë në fokus të kontrollit nga strukturat e kontrollit të Fondit për shkak të ecurisë në rritje të konsumit të tyre.*

- Barnat e grupit B “Gjaku dhe organet e hemopojezës” me një rritje të shpenzimeve të rimbursimit rreth +114.5 milion lekë më shumë se një vit më parë. Te ky grup rritja më e madhe krahasuar me vitin 2021 konstatohet te barnat e nëngrupit të Antikoagulantëve të cilët zënë 74% të shpenzimeve të gjithë grupit B dhe ka një rritje prej 116.4 milion lekë më shumë në shpenzimet vjetorë të rimbursimit krahasuar me një vit më parë. Këto barna janë përdorur gjerësisht për trajtimin e gjendjeve Covid dhe post-Covid siç mund të përdorim barin Rivaroxaban 20mg dhe Apixaban 5 mg, të cilat janë barna me impakt të lartë financiar.

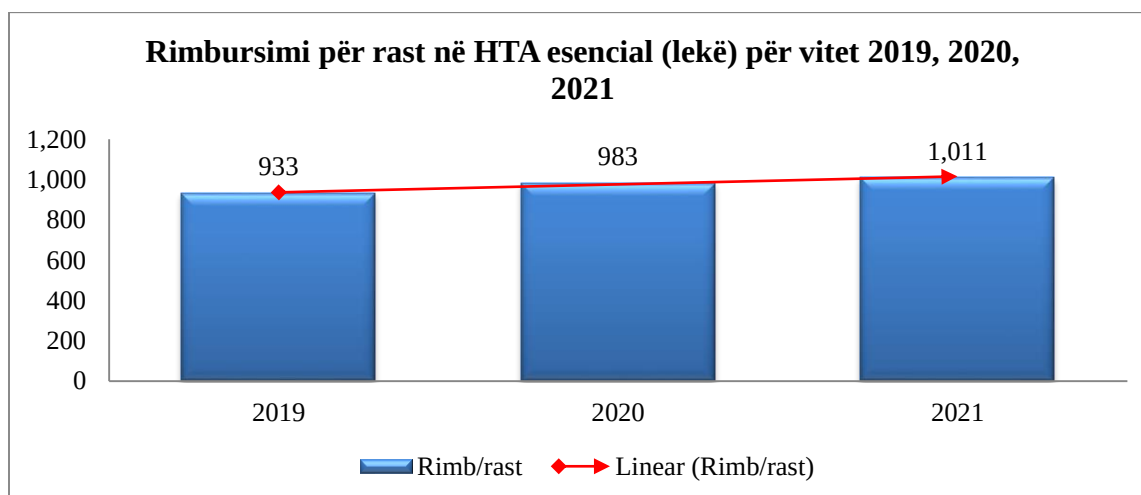
Barnat si më sipër janë të lidhura direkt me rritjen e shpenzimeve të rimbursimit për 3 diagnoza më të kushtueshme, që janë në top 10 listën e diagnozave më frekvente dhe me vlerë rimbursimi më të lartë si Hipertensioni arterial, Insuficienca kardiake si dhe Çrregullimet e ritmit të zemrës. Hipertensioni arterial zë peshën 13.6 % të rimbursimit total të Fondit, Insuficienca kardiake zë peshën 4 % të rimbursimit total, Çrregullimet e ritmit të zemrës zë 5.5 % të rimbursimit total të Fondit.

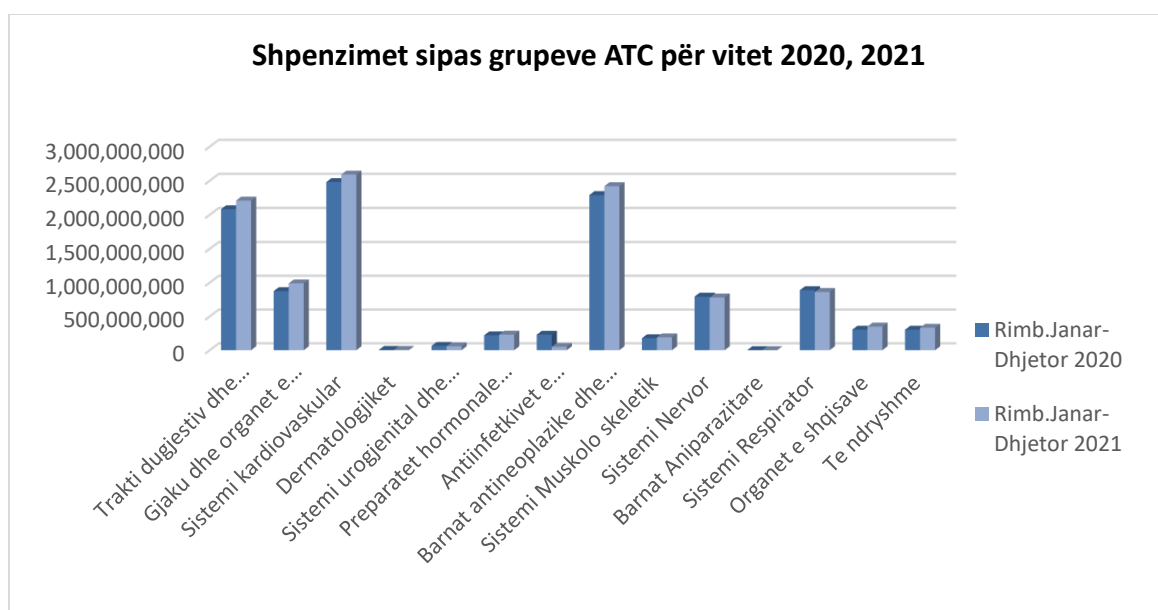
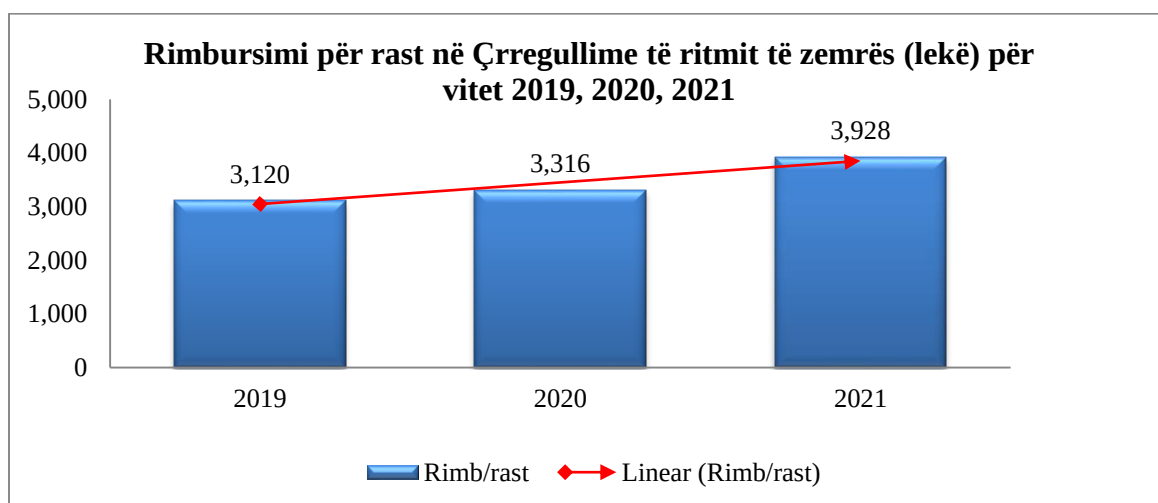
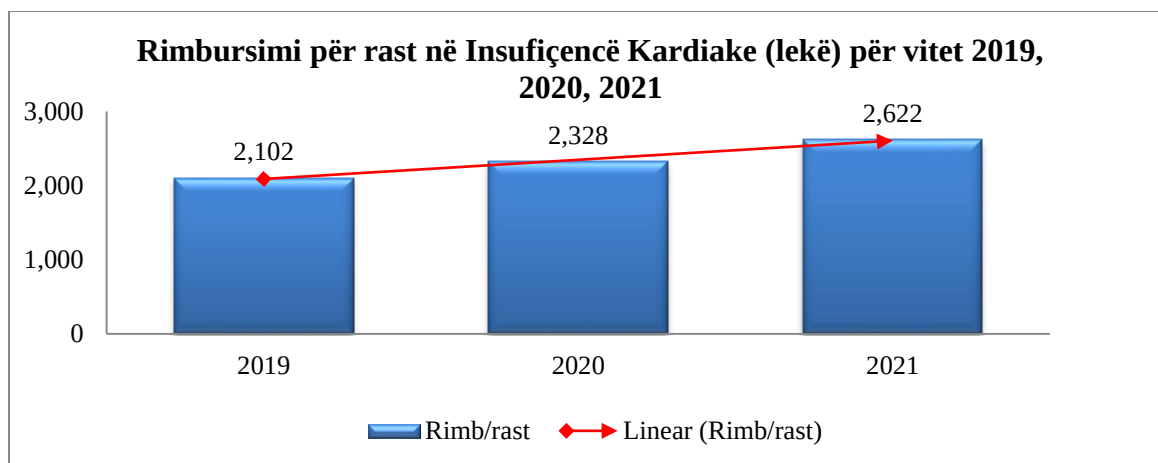
Më poshtë paraqitja grafike:





Ka një rritje të rimbursimit për rast për të 3 diagnozat.





Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit të fishave të diabetit

Ecuria e shpenzimeve të rimbursimit për fishat e diabetit gjatë vitit 2021 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, “Përmiratimin e paketave të pajisjeve mjekësore të rimbursueshme”. Gjatë viti 2021, janë rimbursuar 66,760 fisha diabeti për kategorinë 18-25 vjeç dhe 251,487 fisha diabeti për kategorinë 1-18 vjeç.

Në vlerë rimbursimi, për të dy kategoritë 1-18 vjeç dhe për kategorinë 18-25 vjeç janë rimbursuar një total vjetor 9,6 milion lekë. Krahasuar me vitin 2020 janë rimbursuar rreth 1 milion lekë më shumë 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 576 pacientë, krahasuar me vitin 2019 ku kanë përfituar 562 pacientë.

Rimbursimi sipas kategorive të popullsisë së vitit 2020 krahasuar me vitin 2021.

Nga krahasimi i treguesve të rimbursimit të vitit 2021 me treguesit e një viti më parë konstatohet se rritja totale e shpenzimeve të rimbursimit prej 310.7 milion lekë, ka ardhur për shkak të rritjes së rimbursimit tek disa kategori të veçanta dhe rritjes së vlerës mesatare për recetë me 97 lekë më shumë, ku specifikojmë:

- **Pensionist pa afat** - me një rritje prej 38 milion lekë më shumë se viti parardhës. 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 me të lartë. Numri i pacientëve është ulur me 4,994 pacientë më pak.
- **Sëmundje kronike** – me një rritje prej 474 milion lekë më shumë se viti parardhës. Për këtë kategori është rritur numri i recetave të rimbursuara dhe vlera mesatare për recetë, duke trajtuar më shumë diagnoza dhe terapi me kosto me të lartë. Numri i pacientëve është rritur me 12,372 pacientë më shumë.
- **Fëmijë 1-18 vjeç** – me një rritje prej 8.6 milion lekë më shumë se një vit më parë. Ndikim në këtë rritje, siç konstatohet nga krahasimi i treguesve të tjerë të rimbursimit, ka pasur rritja e vlerës mesatare të recetës në tërësi për këtë kategori me 1,177 lekë më shumë.

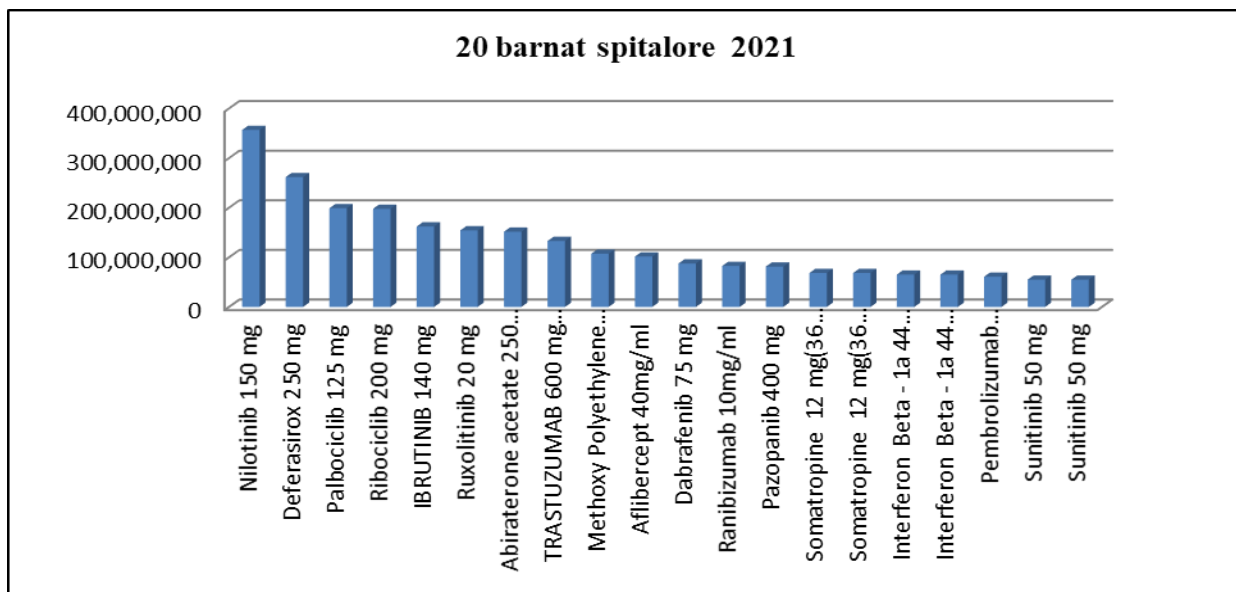
Kategoria Persona të diagnostikuar me Sars-Cov2 është një kategori e re e cila ka filluar të rimbursohet që prej hyrjes në fuqi të Vendimit të Këshillit të Ministrave Nr. 908, datë 16.11.2020, “Për miratimin e paketës së barnave për trajtimin ambulator në banesë të personave

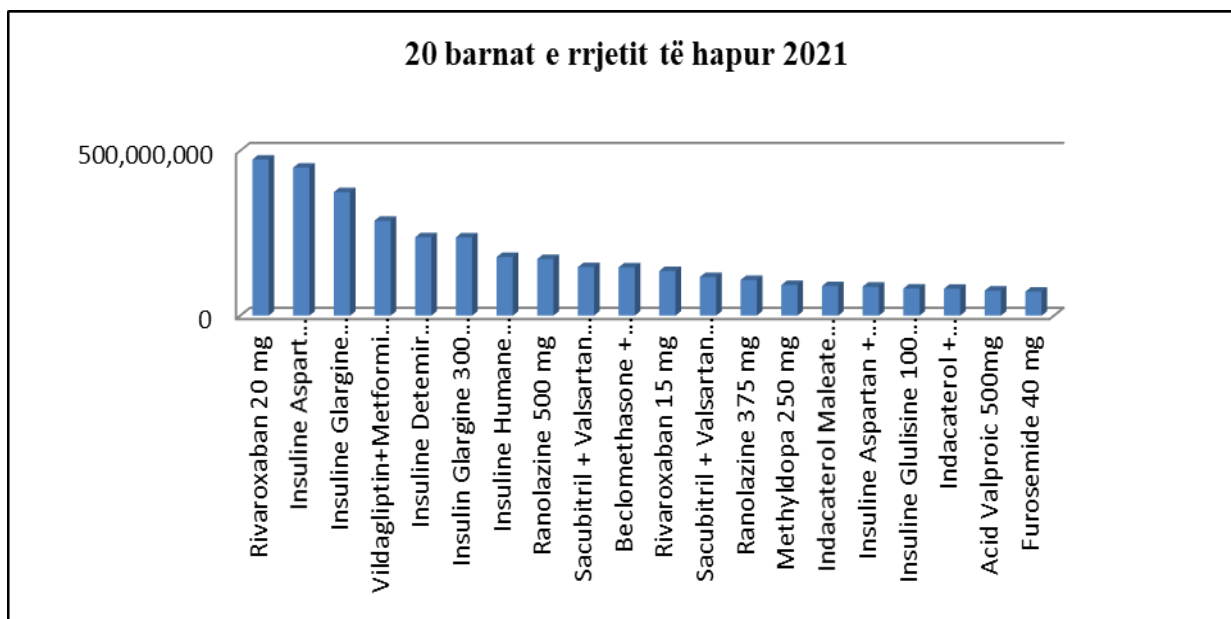
të diagnostikuar me Covid-19 që do të financohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor,,.

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

Nga evidentimi i shpenzimeve të rimbursimit për 20 barnat spitalore ambulatorie me impaktin më të lartë financiar, konstatohet:

- Për vitin 2021, 20 barnat ambulatorie me impaktin më të lartë financiar kanë shpenzime rimbursimi në vlerë rreth 3,6 miliard lekë duke zënë rreth 33% të shpenzimeve totale të rimbursimit.
- Ndërsa 20 barnat spitalore me impaktin më të lartë financiar kanë shpenzime rimbursimi në vlerë rreth 2,5 miliard lekë duke zënë rreth 22.7% të shpenzimeve totale të rimbursimit.





8. Zhvillimi i sistemit të informacionit

8.1 Përditësim dhe integrim i sistemit elektronik për formularët e vizitave të mjekut të familjes dhe regjistrimit elektronik të të siguruarve

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", me Nr.Prot 1381, datë 18.03.2019, 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:

- Zbatimi i 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:

- 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, manaxheriale 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:

- Sistemi i Regjistrimit Elektronik i të Siguruarve (AHIS)
- Sistemi i Formularit të Vizitës (SISHP)
- Sistemi i Referimit Online (e-Referimi)
- Sistemi i Recetës Elektronike (e-Rx)

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

Gjatë vitit 2021 ka vijuar përdorimi i sistemit eVizita në plotësimin e formularëve përkatës të vizitave nga stafi mjekësor. Më konkretisht stafi që plotëson aktualisht formularë vizite është si më poshtë

DRF/DF	Numri i Agjensive	Numri i QSH	Staf që plotëson formular vizite	
			MJEKË	INFERMIERË
Berat	3	23	87	528
Gjirokastrë	3	31	75	390
Elbasan	4	53	218	786
Sarandë	2	13	44	132
Fier	2	27	140	414
Lushnje	1	17	83	281
Tiranë	1	31	599	926
Kamëz-Vorë	1	8	112	168
Korçë	3	34	112	506
Pogradec	1	8	47	188
Kukës	2	18	42	215
Lezhë	3	22	119	379
Tropojë	1	8	19	132
Dibër	3	35	66	520
Shkodër	3	36	166	693
Durrës	3	33	294	693
Vlorë	3	18	134	420

8.2 Përditësim 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.

Gjatë vitit 2021, është aplikuar ky sistem, si i vetmi sistem zyrtar i njohur nga Fondi, i cili përdoret nga rreth 50 depo. Sistemi eDepo mundëson një pasqyre të konsoliduar të informacionit mbi inventarin e depove farmaceutike për barnat e rimbursueshme, duke trajtuar gjendjen e inventarit, fletë hyrjet nga depot importuese si dhe fletë daljet drejt depove të tjera shpërndarëse apo subjekteve farmaceutike.

Është realizuar integrimi i sistemit eDepo me sistemin e Recetës Elektronike, nëpërmjet të cilit subjektet farmaceutike me kontratë dhe FSDKSH dërgojnë dhe marrin faturat për shitje-blerjen e barnave të LBR vetëm elektronikisht, lëvizje të cilat pasqyrohen në inventarët elektronikë të secilit subjekt.

Mesatarisht, në këtë sistem realizohen rreth 115,000 transaksione në muaj dhe rreth 4,500 transaksione në ditë.

8.3 Sistemi i recetës elektronike

Gjatë vitit 2021, FSDKSH në bashkëpunim me AKSHI-n ka realizuar mirëmbajtjen dhe përmirësimin e sistemit të recetës elektronike. Në zbatim të kontratës me Nr.Prot 3497, datë 21.05.2021, me qëllim përmirësimin e shërbimeve publike është realizuar në sistemin e recetës elektronike integrimin e teknologjisë së re të nënshkrimit elektronik nëpërmjet platformës së nënshkrimit elektronik të zhvilluar nga AKSHI.

Ndryshe nga teknologjia e vjetër me USB eToken, nuk nevojitet që mbajtësi i nënshkrimit elektronik të përdor gjithmonë pajisjen hardware (USB) për gjenerimin dhe ekzekutimin e recetës elektronike.

Duke mos përdorur me USB Token, e cila është një pajisje fizike që mund të humbasë, dëmtohet fizikisht, etj, lehtësohen procedurat për pajisjen/rinovimin apo revokimin e nënshkrimit elektronik të mjekëve dhe të farmacistëve.

Gjatë vitit 2021, është zbatuar nënshkrimi elektronik nëpërmjet teknologjisë RSS për rreth 300 mjekë të QSH që kanë kontratë me DRF Durrës, Tiranë dhe Lushnjë në sistemin e recetës elektronike.

Gjithashtu, është zbatuar nënshkrimi elektronik nëpërmjet teknologjisë RSS për rreth 160 farmacistë të punësuar në farmacitë e rrjetit të hapur që kanë kontratë me DRF Durrës dhe DF Lushnjë.

8.4 Zbatimi i sistemit eKontroll: sistemi i kontrollit të subjekteve që kanë kontratë me Fondin

Gjatë vitit 2021 është bërë e mundur zbatimi i sistemit eKontrolli, 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.

8.5 Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike, iniciuar gjatë vitit 2021

Në vitin 2021, FSDKSH për vetë problematikat që janë hasur gjatë këtyre viteve, ka iniciuar dhe kërkuar bashkëpunimin e AKSHIT, me qëllim përmirësimin e:

1. Sistemit të Regjistrimit të të Siguruarve AHIS
2. Infrastrukturës së rrjetit të FSDKSH (WAN/LAN).

9. Monitorimi i Kontratave me Dhënësit e Shërbimeve Shëndetësore

Monitorimi i kontratave me dhenësit 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

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor gjatë vitit 2021, ka ushtruar kontrolle në 655 subjekte ose rreth 43.1 % e totalit të subjekteve të cilat kanë lidhur kontratë me Fondin. Konkretisht, është ushtruar kontroll në këto subjekte:

- **122** Qendra Shëndetësore;
- **297** Mjekë të përgjithshëm e të familjes;
- **190** Farmaci (129 të plotë dhe 61 tematik);
- **29** Depo farmaceutike (13 farmaci të spitaleve dhe 16 depo për disponibilitet);

- 17 Spitale (9 të plotë dhe 8 tematik);

Në përfundim të kontrolleve janë rekomanduar masat si më poshtë:

- Shpërblim dëmi ekonomik në vlerën totale 6,075,035 Lekë;
- Masë administrative Gjobë, në vlerën totale 310,000 Lekë;
- Masë administrative kushte penale, në vlerën totale 6,164,500 Lekë;

9.2 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Qendrat Shëndetësore

Bazuar në planin vjetor të miratuar nga Drejtori i Përgjithshëm, për Janar-Dhjetor 2021 nga Fondi 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.	DRSKSH	Total QSh	Total mjekë	Subjektet e kontrolluara		Lloji i kontrollit	SANKSIONET		
				QSH	Mjekë		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba
1	Kamëz-Vora	8	63	5	21	I plotë	46,300		38,000
2	Durrës	33	165	13	29	I plotë	73,232		19,000
3	Berat	26	62	12	25	I plotë	68,952	10,000	18,000
4	Gjirokastrë	31	54	10	19	I plotë	13,918		21,000
5	Pogradec	8	36	5	14	I plotë	17,024		22,000
6	Elbasan	47	146	16	28	I plotë	44,959		29,000
7	Tiranë	27	258	10	40	I plotë	117,165		47,000
8	Lushnje	17	50	4	10	I plotë	23,155	5,000	13,000
9	Korçë	31	70	11	25	I plotë	61,749		21,000
10	Fier	28	101	12	27	I plotë	63,834		15,000
11	Dibër	34	50	10	14	I plotë	66,858		21,000
12	Vlorë	17	70	8	25	I plotë	51,789		29,000
13	Shkodër	33	95	6	20	I plotë	107,712		17,000
	TOTALI	180	784	122	297		756,647	15,000	310,000

Nga kontrollet e ushtruar, 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, administrimin e kartelave të pacientëve.

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

- Masa administrative “Detyrim shpërblim dëmi” në vlerën totale prej 756,647 Lekë.
- Masa administrative “Gjobë” në vlerën totale prej 310,000 Lekë.
- Masa administrative “Kusht penal” në vlerën totale prej 15,000 Lekë.

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2021 krahasuar me vitin 2020 dhe 2019.

Kontrollet për vitet 2019, 2020, 2021

Viti	DRF/Rajone	Kontroll QSH	Kontroll MPF	Lloji i kontrollit	SANKSIONET		
					Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba
2021	13 Rajone	122	297	I plotë	756,647	15,000	310,000
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

9.3 Monitorimi i zbatimit të kontratave nga Farmacitë dhe Depot Farmaceutike

a) Për subjektet Farmaceutike

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor kontrollon përmbushjen e detyrimeve kontraktuale, në zbatim të skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor te subjektet 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 i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, për periudhën Janar-Dhjetor 2021, ka ushtruar kontrolle në 190 subjekte me kontratë me drejtorinë rajonale, te mbi 50% të shpenzimeve të rimbursimit që zë në Fond dhe 100 % e planit vjetor të miratuar nga Drejtor i Përgjithshëm. Rezultatet paraqiten me poshtë:

Rezultatet e kontrolleve paraqiten në formë tabelore si më poshtë:

Nr.	Farmaci/Agjenci		Numri i subjekteve të kontrolluara			Lloji i kontrollit	SANKSIONET				Totali i rimbursimit të rajoneve në raport me rimbursimin e subjektet e kontrolluara	Totali i subjekteve me kontrate në raport me numrin e subjekteve të kontrolluara
	DRF	Farmaci/Agjenci Totali	Totali	Plotë	Tematik		Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoha	Zgjidhje kontrate		
1	Berat	43	14	7	7	Tematik+inventar	82,842				37%	33%
2	Fier	51	13	8	5	Tematik+inventar	135,007				33%	25%
3	Vlore	59	10	6	4	Tematik+inventar	227,404				30%	17%
4	Durres	91	16	8	8	Tematik+inventar	60,237	46,000			23%	18%
5	Kukes	12	5	3	2	Tematik+inventar	22,268				56%	63%
6	Pogradec	17	6	3	3	Tematik+inventar	30,499				45%	35%
7	Tropoje	4	2	2		Tematik+inventar	33,525				73%	67%
8	Kamez Vorë	37	8	8		Tematik+inventar	95,925				47%	22%
9	Elbasan	86	17	14	3	Tematik+inventar	571,067	8,000			37%	20%
10	Tirane	283	36	32	4	Tematik+inventar	769,327				39%	11%
11	Dibër	27	5	5	-	Tematik+inventar	194,605				50%	19%
12	Gjirokaster	17	8	4	4	Tematik+inventar	261,915				40%	47%
13	Sarande	13	6	3	3	Tematik+inventar	105,202				46%	46%
14	Korce	43	16	11	5	Tematik+inventar	214,161				52%	37%
15	Tirane		2	2		Tematik+inventar	88,653				Detyrë KLSH	
16	Shkoder	63	8	4	4	Tematik+inventar	139,025				19%	13%
17	Lezhe	34	10	5	5	Tematik+inventar	135,115				38%	29%
18	Lushnja	40	8	4	4	Tematik+inventar	33,787				29%	20%
	TOTALI	764	190	129	61		3,200,566	54,000	-	-		

Për periudhën Janar –Dhjetor 2021, janë kontrolluar 190 subjekte (129 me kontroll të plotë dhe 61 me kontroll tematik) dhe janë marrë masat si më poshtë:

- Detyrim shpërblim dëmi në vlerën 3,200,566 lekë për 129 subjekte farmaceutike;
- Kushte penale në vlerën 54,000 lekë për 3 subjekte farmaceutike;

Krahasimi i kontrolleve si 12 mujor, si dhe masat e marra për vitin 2021 krahasuar me vitin 2020 dhe vitin 2019

Viti	DRF/RAJONE	Subjekte te kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET			
				Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba	Zgjidhje kontrate
2021	18 Rajone	190	129 plotë me inventar dhe 61 tematik	3,200,566	54,000		-
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	

b) Për subjektet Depo Farmaceutike

Fondi gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2021, ka kryer kontroll për disponibilitet të barnave të listës së rimbursueshme në 16 Depo farmaceutike, në 12 farmaci të spitaleve dhe farmacinë e QSUT-së, ku u konstatuan mungesa të barnave të listës së rimbursueshme. Rezultatet e këtyre kontrolleve paraqiten si vijon:

KONTROLI	SANKSIONET		
	Dëm ekonomik	Kushte Penale	Gjoba
Kontroll i plotë me inventarizim	0	0	0
Kontroll I Farmacive te Spitaleve Rajonale	41,731	0	0
Kontroll tematik mbi disponibilitetin e barnave	0	5,000,000	0
Totali	41,731	5,000,000	0

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

- Nga kontrolli me inventar i farmacive të spitalit rezultuan mangësi në lidhje me rimbursimin e barnave.
- Nga kontrollet për disponibilitetin e barnave rezultuan mangësi të barnave në treg.

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është duke u 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 2021 krahasuar me vitin 2020 dhe vitin 2019.

Kontrollet për vitet 2019, 2020, 2021

Viti	Depo	Subjekte te kontrolluara	Lloji i kontrollit	SANKSIONET			
				Dëmi ekonomik	Kushte penale	Gjoba	Zgjidhje kontrate
2021	Depo	29	1 farmaci e QSUT, 12 farmaci te spitaleve Rajonale dhe 16 depo me Disponibilitet	41,731	5,000,000	0	0
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	0	0
2019	Depo	32	I plotë me inventar 2 depo dhe 1 farmaci e QSUT dhe 29 depo me Disponibilitet	0	4,753,519	0	0

9.4 Monitorimi i zbatimit të kontratave me Spitalet

Sikurse vërehet në tabelën e mëposhtme, për vitin 2021, janë kryer kontrolle të plota në Spitalet: Lezhë, Berat, Kuçovë, Tepelenë, Përmet, Elbasan, SUOGJ “Geraldinë”, Gjirokastër, Dibër, QSUT, Shkodër, Kukës, si edhe kontrolle tematike në Spitalet: Devoll, Ersekë, Skrapar, Kavajë, Bulqizë, Mirditë, Krujë, Peqin, dhe në Spitalin jo publik Amerikan.

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

Nr.	Spitalet	Masa organizative	Masat disiplinore	Masat administrative (gjoha)	Masat detyrim për shpërblim dëmi (lekë)	Kushte penale (lekë)	Ndërprerje kontrate
1	Spitali Lezhë	9	-	-	91,137	275,000	-
2	Spitali Berat, Kuçovë	17	-	-	71,633	65,000	-
3	Spitali Tepelenë Përmet	16	-	-	357,562	50,000	
4	Spitali Devoll, Ersekë, Skrapar, Kavajë, Bulqizë, Mirditë, Krujë, Peqin	16	-	-	-	-	-
5	Spitali Elbasan	9	-	-	303,014	130,000	-
6	Spitali Amerikan	-	-	-	-	-	-
7	SUOGJ “Geraldinë)	5	-	-	-	-	-
8	Spitali Gjirokastrë	25	3	-	-	60.000	-
9	Spitali Dibër	54	1	1	1,252,745	515,500	-
10	QSUT	9	-	-	-	-	-
11	Spitali Kukës	-	-	-	Në vazhdim	-	-
12	Spitali Shkodër	-	-	-	Në vazhdim	-	-
	Totali	160	4	-	2,076,091	1,095,500	-

Siç shikohet nga tabela e mësipërme shkeljet e konstatuara për vitin 2021 janë:

- Masa detyrim shpërblim dëmi në vlerën 2,076,091 lekë.
- Kushte penale në vlerën 1,095,500 lekë.
- Masa organizative 160 masa.
- Masa Disiplinore 4.
- Masa administrative 1.

9.5 Problematikat Kryesore

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

Në tabelën e mëposhtme paraqiten të dhënat e detajuara për tre vitet 2019, 2020, dhe 2021 për spitalet Rajonale, Bashkiakë dhe Spitalet privatë.

Nr.	Viti	Numri i subjekteve të kontrolluara	SANKSIONET				
			Dëmi ekonomik	Kushte penale	Masa disiplinore	Masa administrative	Masa Organizative
1	2019	15	8,495,767	310,000	-	-	125
2	2020	11	3,768,733	173,000	-	-	78
3	2021	21	2,076,091	1,095,500	4	1	160
Totali		47	14,340,591	1,578,500	4	1	363

Nisur nga të dhënat e tabelës së mësipërme vërejmë se për vitin 2019 janë kryer 15 kontrolle gjithsej, nga këto 11 kontrolle të plota dhe 4 kontrolle tematikë, me një dëm ekonomik në vlerën 8,495,767 lekë, 310,000 lekë kusht penal dhe 125 masa organizative.

Për vitin 2020 janë kryer 11 kontrolle gjithsej, nga këto 8 kontrolle të plota dhe 3 kontrolle tematikë, me një dëm ekonomik në vlerën 3,768,733 lekë, 173,000 lekë kusht penal dhe 78 masa organizative.

Për vitin 2021 janë kryer 21 kontrolle gjithsej, nga këto 12 kontrolle të plota dhe 9 kontrolle tematikë, me një dëm ekonomik në vlerën 2,076,091 lekë, 1,095,500 lekë kusht penal, 160 masa organizative, 4 masa disiplinore dhe një masë administrative.

10 Përmirësimi i Administrimit të Fondit

Raporti vjetor i veprimtarisë së Auditit të Brendshëm ka si synim informimin e publikut mbi menaxhimin e skemës së sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor. Aktiviteti i auditimit të brendshëm në Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është realizuar nga njësia e auditit të brendshëm e organizuar në rang Drejtorie, duke siguruar integritet të punonjësve, pavarësi si dhe përmirësim profesionale.

10.1 Misioni i auditimit të brendshëm

Misioni i Drejtorisë së Auditit të Brendshëm është kryerja e çdo angazhim auditimi në përputhje me aktet ligjore e 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 përgjegjësiave të tyre, nëpërmjet analizave, vlerësimeve, këshillimeve dhe rekomandimeve.

Objekti i veprimtarisë është kryerja e auditimit të brendshëm i të gjitha strukturave, programeve, veprimtarive dhe proceseve të Fondit dhe të strukturave vartëse me qëllim rritjen e besimit të publikut tek institucioni. Kjo është realizuar përmes:

- Forcimit të pavarësisë në përmbushjen e misionit dhe objektivave ligjorë, në përputhje me detyrimet që rrjedhin nga procesi i përafrimit gradual të legjislacionit dhe politikave tona me legjislacionin e BE;
- Adoptimin e standardeve më të mira të kontabilitetit dhe auditimit, publikimin e raporteve të rregullta, si dhe sigurimin e integritetit të proceseve të auditimit të brendshëm si elemente kyçe të llogaridhënies publike;
- Rritjes së transparencës mbi veprimtarinë e Drejtorisë së Auditit të Brendshëm përmes një komunikimi të hapur dhe të qartë me publikun.

10.2 Aktiviteti i auditimit të brendshëm të Fondit

Misionet e auditimit të realizuara për shërbimin e sigurisë mbi bazë sistemi kanë qenë të kombinuara dhe verifikimi i zbatimit të rekomandimeve të lëna nga auditimet e mëparshme. Në përfundim të vitit rezulton se:

- Janë realizuar 21 (njëzet e një) misione auditimi nga të cilat 19 (nëntëmbëdhjetë) auditime janë të përfunduara dhe 2 (dy) auditime janë në proces, konkretisht Spitali Rajonal Durrës dhe Fondi.
- Janë rekomanduar në total 309 (treqind e nëntë) masa organizative.
- Janë konstatuar gjetje me efekte financiare në vlerën 505 mijë lekë.

Të gjitha rekomandimet dhe masat me efekte financiare janë pranuar nga subjektet e audituara.

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

- Forcimit të kontrollit të brendshëm nga njësitë shpenzuese.
- Përqëndrimi i punës audituese në zonat me risk të lartë, veçanërisht të riskut të mashtrimit.
- Rritja e cilësisë së auditimeve.

10.3 Fushat me risk të lartë dhe trajtimi i tyre

Metodologjia e përdorur për vlerësimin e riskut është ajo përcaktuar në Ligjin për Auditimin e Brendshëm dhe Manualin e Auditimit të Brendshëm dhe pikërisht bazuar në këtë sistem të vlerësimit të riskut, është programuar dhe auditimi i fushave dhe subjekteve që paraqiten me një nivel të lartë apo të mesëm risku.

Nga analiza e të dhënave vjetore, sipas subjekteve të audituara nga struktura e auditimit, përcaktimi i nivelit të riskut është bërë duke marrë në konsideratë faktorët e riskut të cilët, në mënyrë të përmbledhur do ti përgjithësonim në kategoritë e mëposhtme:

- Organizimi dhe kompleksiteti i subjekteve;
- Kuadri ligjor dhe rregullator;
- Kërkesat e raportimit financiar;
- Mjedisi i kontrollit;
- Shkalla e ndryshimeve organizative dhe të sistemit të menaxhimit;
- Materialiteti sipas natyrës;
- Çështje ndaj të cilave ka interes të lartë publik;
- Risku i brendshëm i fushës apo subjektit që auditohet;
- Si dhe mbulimi i pamjaftueshëm me auditime në të kaluarën.

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 subjekteve të audituara. Në përfundim të auditimeve gjatë vitit 2021, Drejtoria e Auditit të Brendshëm ka rekomanduar 309 masa organizative. 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, përqëndruar në:

- Rritjen e nivelit të realizimit të detyrave të lëna nga auditimi i mëparshëm;
- Përgatitjen e rregulloreve/udhëzimeve për kontrollin e subjekteve jo publike (shpenzimeve konçensionare të sterilizimit të pajisjeve mjeksore e dializës dhe paketave të shërbimit) të kontraktuara me Fondin;
- Analizën e riskut dhe përqëndrimin e kontrolleve 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 pikave të kontratave me ofruesit e shërbimeve;
- Përmirësimin e cilësisë së kontrollit në spitale dhe mbulimi me kontroll i të gjitha problematikave të aktivitetit të spitalit;
- Zbatimin e ligjit për kontabilitetin e pasqyrat financiare dhe 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;
- Mbështetja me bazë dokumentare për çdo lloj shpenzimi dhe analiza e faktorëve për çdo rast tejkalmi;
- Zbatimin e akteve ligjore e nënligjore në fushën e prokurimeve dhe argumentimin e blerjeve me bilance të plota e të sakta materiale si dhe zbatimi me korrektësi i procedurave të prokurimeve;
- Përmirësimi i organizimit të punës nga të gjitha strukturat;
- Realizimin e detyrave funksionale në përputhje me rregulloren e funksionimit të Fondit.

Njësia e auditimit si një nga prioritetet e saj ka ndjekjen e zbatimit të rekomandimeve, rritjen e cilësisë së tyre si dhe forcimin e bashkëpunimit me njësitë e audituara me qëllim që rekomandimet e dhëna të shërbejnë për ndreqjen e parregullsive e gabimeve dhe përmirësimin e menaxhimit dhe sistemeve të kontrollit të brendshëm. Subjektet e audituara kanë bashkëpunuar me grupet e angazhimit të auditimit, për të diskutuar, pranuar dhe zbatuar rekomandimet, të cilat i referohen konstatimeve të auditimit. 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.

11. Komunikimi dhe Informimi i Publikut

Përgjatë periudhës 3 vjeçare, Fondi nëpërmjet njësisë së Marrëdhënieve me Publikun fokuson punën në shërbim të informimit të publikut dhe palëve të interesuara për shërbimet e institucionit, më konkretisht:

Përditësimi i faqes zyrtare web të Fondit fsdksh.gov.al me elementët informues në zbatim të Programit të Transparencës, në bashkëpunim me drejtoritë teknike.

Angazhim i përditshëm ka qenë edhe administrimi, monitorimi dhe prezantimi i punës së Fondit në kanalet zyrtare sociale: Facebook (<https://www.facebook.com/FSDKSH.AL>) Instagram (https://www.instagram.com/accounts/fondi_sigurimit_shendetesor) Twitter

(<https://twitter.com/FSDKSH2>). Është realizuar periodikisht përgatitja e materialeve grafike të publikuara me të dhëna mbi rezultatet e punës së Fondit.

Në përshtatje me situatën e vështirë të krijuar nga Pandemia e COVID 19, një hapësirë e veçantë në kanalet tona zyrtare të informimit me publikun, i është dhënë roli të mjekut të familjes dhe Kujdesit Parësor si hallka e parë pritëse e rasteve me Covid. Pjesë e punës ka qenë edhe përfshirja në fushatat e ndërgjegjësimit për vaksinimin anti-Covid.

Gjithashtu është ndjekur Kalendari i Shëndetit 2021, i cili është përshtatur me të dhënat e punës së Fondit, në zbatim të skemës së sigurimit shëndetësor.

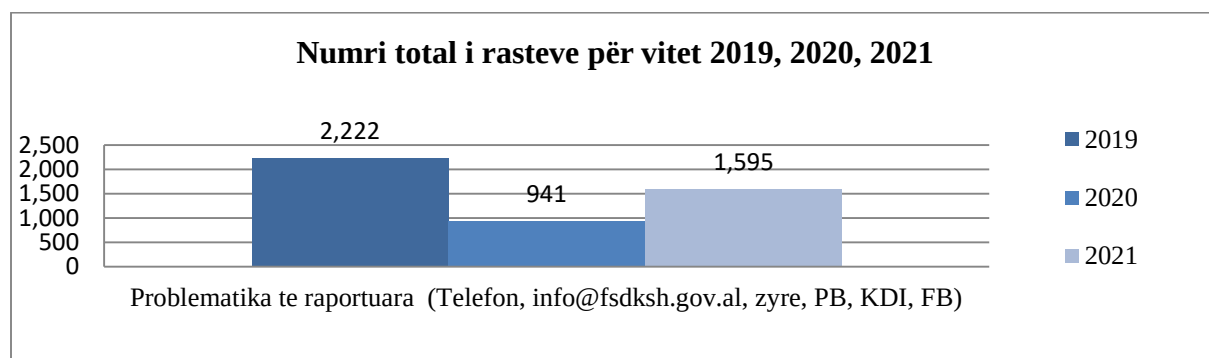
Monitorim i shtypit dhe administrim i rasteve të raportuara nga mediat, nga Platforma e Bashkëqeverisjes, nga Koordinatorin për të Drejtën e Informimit në bazë të ligjit Nr. 119/2014 “Për të drejtën e informimit”, në adresën zyrtare të email-it info@fsdksh.gov.al. Kërkesat e ardhura në Sistemin e Qarkullimit të Dokumentave me Nënshkrim Elektronik (SQDNE) dhe rastet që paraqiten në zyrë/telefon.

Janë administruar rastet 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.

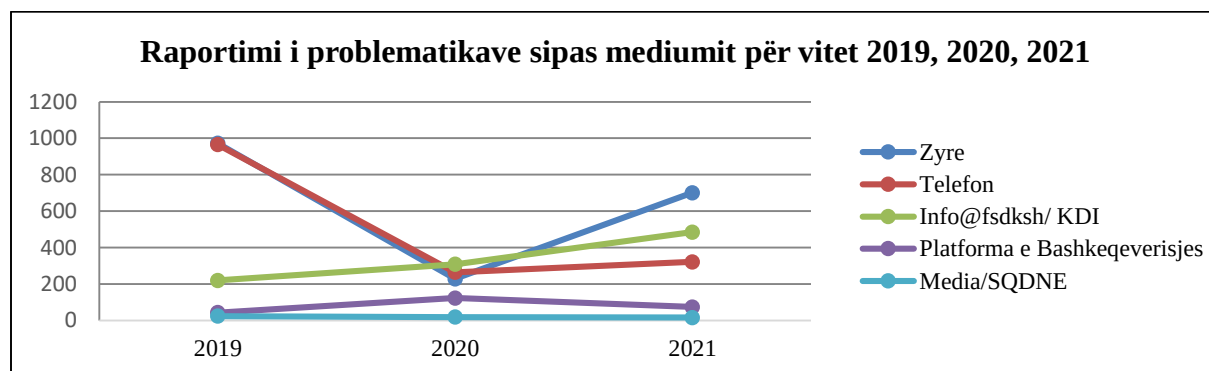
Fondi, përgjatë vitit 2021 ka trajtuar tipologji të ndryshme problematikash të raportuara nga palët e interesuara në bashkëpunim me njësitë teknike në Fond dhe të dhënat e paraqitura janë përpunuar dhe vendosur në raport me të dhënat e mbledhura për vitet 2019 dhe 2020.

Në total për vitin 2021 janë procesuar 1,595 raste, me normalizimin e situatës refketohej rritje e raportimeve, ndryshe nga rënia që u vërejt gjatë vitit 2020 për shkak të situatës kufizuese të krijuar nga pandemia.

Grafik1 - Numri total i rasteve për vitet 2019, 2020, 2021



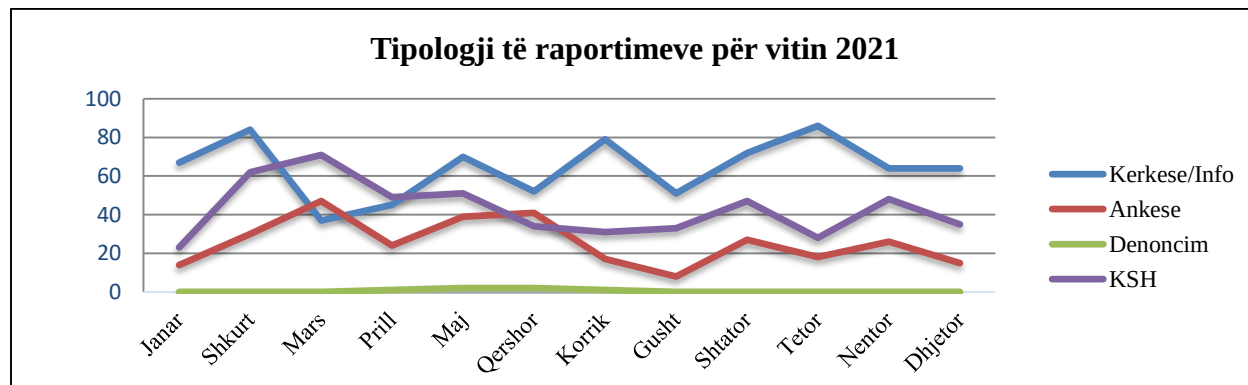
Grafik 2 - Raportim i problematikave sipas mediumit, të krahasuara për vitet 2019, 2020 dhe 2021



Viti 2020 ka riorientuar preferencat e qytetarëve për zgjedhjen e mënyrës së raportimit, vërehet një rritje e qasjes virtuale për të trajtuar problematikën e tyre, dhe një ulje e raportimit në zyrë një numër më të ulët raportimesh krahasuar me vitet e tjera të marra në shqyrtim, duke qenë se kjo

metodikë regjistron numrin më të lartë të raportimeve krahasuar me mediumet e tjera në vite. Ky ndryshim i perspektivës vjen me lehtësira në procedimin e raportimit deri në trajtimin konkluziv të tij, duke përsheptuar gjithashtu dhe kohët e trajtimit.

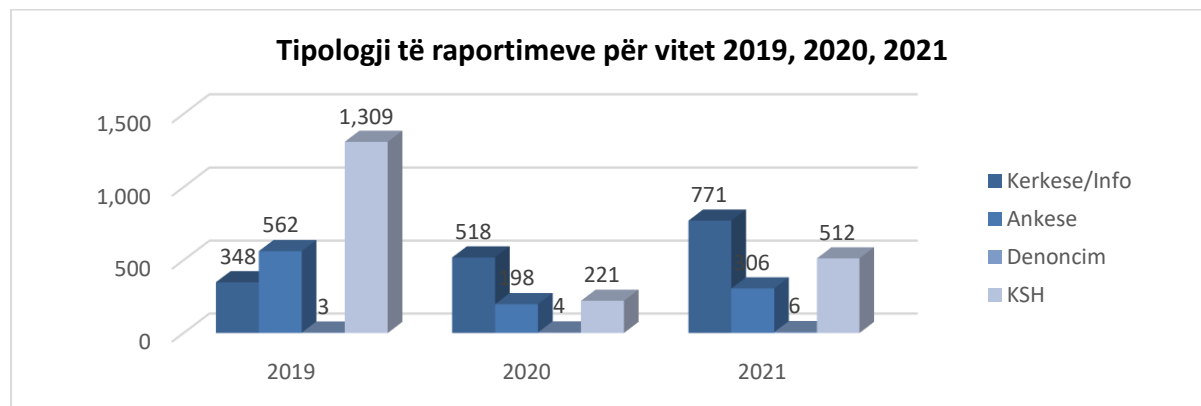
Grafik 3 - Tipologji të raportimeve, për vitin 2021



Raportuar në Fond përgjatë 2021, konstatohen problematika lidhur me aktivitetin normal të Fond-it kryesisht lidhur me aplikimet 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, problematika lidhur me marrjen e barnave të recetës me rimbursim në vazhdim dhe problematika të tjera të krijuara kryesisht nga hyrjen në fuqi të LBR 2021.

Kërkesa për informacion kryesisht lidhur me ndryshimet e reflketuara me publikimin e Listës së Barnave të Rimbursuara të vitit 2021, praktikave lidhur me Kartën e Shëndetit dhe përfitimeve, rreth Marrëveshjeve me jashtë dhe aplikimeve për pajisjen me formularët respektiv, rreth paketave kirurgjikale të mbuluara nga Fondi, rreth barnave të LBR2021 (disponibilitetin, kufizimeve etj.) dhe të tjera informacione lidhur me buxhetin, aktivitetin ligjor, burimet njerëzore.

Grafik 4 - Tipologji të raportimeve, të krahasuara për vitet 2019, 2020 dhe 2021



Ndryshe nga viti 2020, ku me frekuencë më të lartë, janë hasur problematika lidhur me marrjen e mjekimit (recetës me rimbursim) dhe orietim për procedurat e ndryshuara përgjatë periudhës së pandemisë me kufizimet e krijuara.

12. Bashkëpunimi me Institucionet

12.1 Bashkëpunimi ndërinstitucional

FSDKSH bashkëpunon institucionalisht me MSHMS për politikat, strategjitë që kanë në 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 ndërinstitucionale për shkëmbimin, në mënyrë të vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre, lidhur me kategoritë e të siguruarve 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 standarteve të dakortësuara.
- 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 Integritimit Evropian. Raporton për Kapitujt 2, 19, 28.

12.2 Marrëveshjet ndërkombëtare

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

Me **Republikën e Turqisë**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 9066, datë 15.05.2003 “Për ratifikimin e Marrëveshjes midis Qeverisë së Republikës së Shqipërisë dhe Qeverisë së Republikës së Turqisë për Mbrojtjen Shoqërore”. Si pjesë e zbatimit të kësaj marrëveshje janë 19 Formularë.

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

Me **Dukatin e Madh të Luksemburgut**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 42/2015 datë 16.04.2015 “Për ratifikimin e marrëveshjes ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe Dukatit të Madh të Luksemburgut për Mbrojtjen Shoqërore”. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Korrik 2016. Në këtë marrëveshje, është vendosur vetëm pranimi i sigurimit vullnetar ndërmjet dy Shteteve Kontraktuese. (Formulari AL/LU3).

Me **Republikën e Maqedonisë**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 123/2015, datë 12.11.2015 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Maqedonisë për Mbrojtjen Shoqërore”. Me zbatimin e kësaj Marrëveshje janë miratuar në mënyrë reciproke 18 formularë. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Qershor 2016.

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

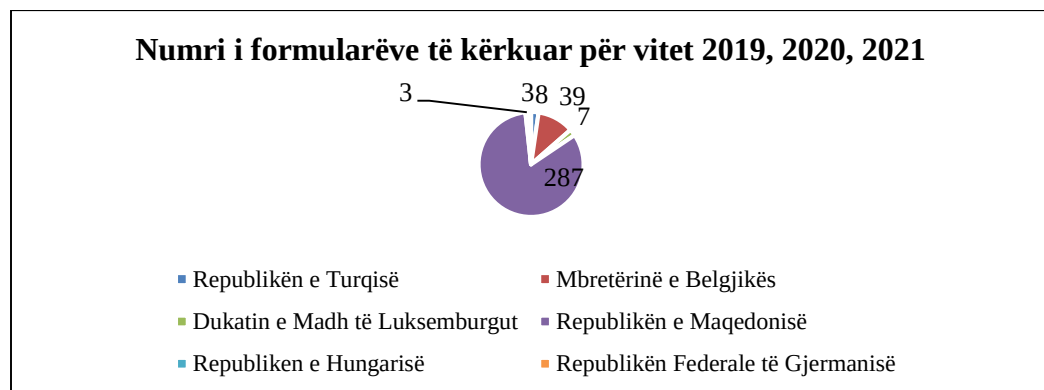
Me **Republikën e Çekisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr.34/2016, datë 24.03.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës Çeke për mbrojtjen shoqërore”. Fondi zbaton Marrëveshjen nëpërmjet 6 formularëve të miratuar. Kjo Marrëveshje ka hyrë në fuqi në 01 Shkurt 2017.

Me **Republikën Federale të Gjermanisë** marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 23/2016, datë 10.03.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës

Federale të Gjermanisë për Mbrojtjen Shoqërore dhe të Protokollit Përfundimtar të saj”. Fondi zbaton Marrëveshjen nëpërmjet 1 formulari të miratuar AL/DE 101.

Me **Republikën e Rumanisë**, marrëveshja është ratifikuar me ligjin nr. 42/2016, datë 14.04.2016 “Për ratifikimin e Marrëveshjes ndërmjet Republikës së Shqipërisë dhe Republikës së Rumanisë për mbrojtjen shoqërore”.

Në grafikun më poshtë paraqitet numri i formularëve të kërkuar nga Fondi për vitet 2019, 2020 dhe 2021



Siç mund të shihet qartë nga grafiku vendi me kërkesë më të lartë formularësh është Republika e Maqedonisë së Veriut me 287 kërkesa dhe vendet me më pak kërkesa janë Republika e Hungarisë dhe Republika Federale e Gjermanisë me 3 kërkesa secila.

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 prioritet kryesor strategjike:

- Fuqizimi dhe zhvillimi i skemës së sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër qytetarët;
- Fuqizimi i mekanizmave dhe kapaciteteve të planifikimit strategjik nëpërmjet financimit të kujdesit shëndetësor;
- Monitorimin më efektiv lidhur me financimin e kujdesit shëndetësor dhe optimizimin e përdorimit të burimeve;
- Sigurimin e shëndetit të popullatës gjatë gjithë ciklit të jetës dhe mundësimin financiar të mbulimit Shëndetësor Universal për të gjithë;

- Fuqizimi i mëtejshëm i kujdesit shëndetësor parësor, si porta e parë hyrëse e qytetarit dhe përmirësimi i aksesit në barna, vaksina, diagnostifikime dhe pajisje të sigurta e cilësore;
- Ofrimin e shërbimeve shëndetësore për qytetarët nëpërmjet paketave standarde të shërbimeve në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor;
- Përmirësim të sistemeve të teknologjisë shëndetësore së informacionit, të shtrirë sa më gjerësisht në mbarë vendin;
- 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 vjetore 2022

- 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 dhe zhvillimi i skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor duke financuar paketën e kujdesit të shikimit tek fëmijët 4 – 14 vjeç.
- 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, në shërbimin parësor dhe spitalor.
- Përmirësimi i kriterëve për vendosjen e kufizimeve në Listën e Barnave të Rimbursueshme, me qëllim zgjerimin e përfitimeve për pacientët në nevojë.
- Zgjerimi i listës së barnave duke patur prioritet diagnozat e pambuluara.
- Implementimi i sistemit ICD -10 në qendrat e kostos së spitaleve universitare, rajonale dhe bashkiake.
- Mundësimi i procedurave të lidhjes së kontratave për herë të parë me farmacitë e tregut të hapur, agjencitë dhe depot farmaceutike nëpërmjet platformës e-Albania, në përputhje me Vendimin e Qeverisë, datë 29.04.2022 “Për procedurat e ofrimit të shërbimeve online nga institucionet shërbimofruese dhe për metodologjinë e monitorimit e të kontrollit të veprimtarisë administrative të ofrimit të tyre”, si dhe në mbështetje të nenit 100 të Kushtetutës dhe të pikës 3, të nenit 61, të ligjit nr.107/2021, “Për bashkëqeverisjen”;
- Mundësimi i procedurave të rilidhjes së kontratave vjetore me farmacitë e tregut të hapur, agjencitë dhe depot farmaceutike nëpërmjet platformës e-Albania, në përputhje me Vendimin e Qeverisë, datë 29.04.2022 “Për procedurat e ofrimit të shërbimeve online nga institucionet shërbimofruese dhe për metodologjinë e monitorimit e të kontrollit të veprimtarisë administrative të ofrimit të tyre”, si dhe në mbështetje të nenit 100 të Kushtetutës dhe të pikës 3, të nenit 61, të ligjit nr.107/2021, “Për bashkëqeverisjen”;
- Mundësimi i marrjes online, nëpërmjet platformës e-Albania, të kartës së shëndetit në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;
- Mundësimi i marrjes online, nëpërmjet platformës e-Albania, të kartës së shëndetit për fëmijën nga kryefamiljari në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;
- Mundësimi i ofrimit online, nëpërmjet platformës e-Albania, të shërbimit të regjistrimit pranë mjekut të familjes, në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;

- Mundësimi i ofrimit online, nëpërmjet platformës e-Albania, të shërbimit të ndryshimit të mjekut të familjes, në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;
- Mundësimi i ofrimit online, nëpërmjet platformës e-Albania, të listës së sëmundjeve kronike në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;
- Mundësimi i ofrimit online, nëpërmjet platformës e-Albania, të shërbimit të aplikimit për recetën e rimbursueshme COVID-19, në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;
- Mundësimi i ofrimit online, nëpërmjet platformës e-Albania, të Listës së Çmimeve të Barnave të Rimbursueshme, në përputhje me aktet ligjore të sipërcituara;
- Përmirësimi i aktivitetit auditues duke identifikuar në kohë sistemet me risk të lartë, veçanërisht riskut të mashtrimit. Kryesore 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.
- Monitorimi i ecurisë së shpenzimeve të rimbursimit për barnat e Listës së Barnave të Rimbursuara për secilën Drejtori Rajonale, në përputhje me buxhetin e miratuar për vitin 2022.
- Monitorimi i disponibilitetit të barnave të rimbursuara në tregun e hapur farmaceutik dhe në farmacitë e spitaleve, rast pas rasti, duke bashkëpunuar dhe me institucionet e tjera si Agjencia Kombëtare e Barnave dhe Pajisjeve Mjekësore.
- Zbatimi me sukses i sistemit të recetës elektronike në IEVP, me qëllim unifikimin e sistemeve vetëm në ato online.
- Përmirësimi dhe zhvillimi i sistemeve informatike si ai i regjistrit të të Siguruarve AHIS dhe përmirësimi i rrjetit (WAN/LAN).
- Vijimi dhe përfundimi i procesit të zbatimit të nënshkrimit elektronik online (RSS) në sistemin e recetës elektronike për të gjithë profesionistët e shëndetësisë përdorues të këtij sistemi.
- Ndjekje dhe zbatim i procedurave të fiskalizimit në sistemet e Fondit.
- Analizimi dhe vlerësimi i sistemeve dhe rrjetit informatik të Fondit me qëllim përcaktimin e ecurisë së tyre.
- Përmirësimi i kontrollit të zbatimit të kontratave që Fondi lidh me ofruesit e shërbimeve shëndetësore.
- Nxitja 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.
- 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 sipas dispozitave të parashikuara në ligjin nr.107/2021 “Për bashkëqeverisjen”;
- Informimi i publikut, nëpërmjet rrjeteve sociale zyrtare online, për veprimtarinë dhe shërbimet e Fondit sipas dispozitave të parashikuara në ligjin nr. 119/2014, “Për të drejtën e informimit”.