

Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor ushtron veprimtarinë e tij në zbatim dhe nëpërputhje të ligjit nr. 10 383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar.

Në nenin 10 të këtij ligji parashikohet se Fondi financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen: vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor, në spitalet publike dhe jo publike për personat e siguruar.

Për sa më sipër, në zbatim të skemës të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, ju duhet të drejtoheni në Qendrën Shëndetësore, për të përfituar vizitën dhe ekzaminimet mjekësore pa pagesë pranë mjekut të familjes, mjekut specialist në shërbimin parësor dhe spitalor duke zbatuar sistemin e referimit, gjithashtu ekzaminime mjekësore periodike nga paketa e kontrollit mjekësor bazë.

Fondi financon Listën e Barnave të Rimbursueshme të miratuar me Vendim të Këshillit të Ministrave nr.489, datë 30.07.2021, “Për miratimin e Listës së Barnave që rimbursohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, dhe të masës së mbulimit të çmimit të tyre”, të ndryshuar, ku ju përfitoni alternativën e parë të barit pa pagesë sipas diagnozës duke respektuar kufizimet e saj dhe protokollat e përdorimit të barnave.

Me Vendimin e Këshillit të Ministrave nr. 308, datë 21.05.2014, “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”, i ndryshuar, Fondi financon paketat e shërbimeve shëndetësore në institucione shëndetësore publike dhe jo publike, në përputhje me kapacitetet e tyre për ofrimin e shërbimeve të paketave, duke zbatuar aktet ligjore dhe nënligjore në fuqi.

Në vijim, për informacion më të hollësishëm mbi përfitimet nga skema e sigurimeve shëndetësore, ju duhet të drejtoheni në Qendrën Shëndetësore pranë mjekut përgjithshëm dhe të familjes.