



**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
FONDI I SIGURIMIT TË
DETYRUESHËM TË KUJDESIT
SHËNDETËSOR
DREJTORIA RAJONALE E FONDIT**

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
SPITALI RAJONAL “MEMORIAL” FIER**

Nr. Prot., Datë: / /2024

Nr. Prot., Datë: / /2024

K O N T R A T Ë

**“PËR FINANCIMIN E SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE SPITALORE, PËR SPITALIN
RAJONAL “MEMORIAL” NË FIER, SI APLIKUES I AUTONOMISË SPITALORE
MENAXHERIALE, PËR VITIN 2024”**

Ndërmjet

**DREJTORISË RAJONALE TË FONDIT TË SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË
KUJDESIT SHËNDETËSOR _____**

Dhe

SPITALIT RAJONAL “MEMORIAL” FIER

Miratuar me Vendimin e Këshillit Administrativ të Fondit Nr. 21, datë 20.12.2023

PËRMBAJTJA

Dispozita paraprake

Nenet

Neni 1	Objekti i Kontratës
Neni 2	Baza ligjore
Neni 3	Shërbimet që financohen nga Fondi
Neni 4	Të drejta dhe detyrime të përgjithshme për spitalin
Neni 5	Detyrimet e spitalit në shërbimin e urgjencës
Neni 6	Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër
Neni 7	Detyrime të spitalit në dhënien e shërbimit të specializuar ambulator
Neni 8	Detyrime të spitalit në lidhje me ofrimin e shërbimit spitalor për shtetasit e huaj jo rezident
Neni 9	Detyrime të përgjithshme për Fondin
Neni 10	Financimi
Neni 11	Llogaritja e shpenzimeve faktike
Neni 12	Evidentimi dhe shkëmbimi i informacionit
Neni 13	Mënyra e planifikimit dhe administrimit të barnave, materialeve mjekësore, kite dhe reagentë sipas shërbimeve
Neni 14	Mënyra e ushtrimit të kontrollit në spital
Neni 15	Sanksionet
Neni 16	Dëmi ekonomik
Neni 17	Gjobat

Neni 18	Kushti penal
Neni 19	Zgjidhja e kontratës
Neni 20	Masa të tjera
Neni 21	Ankimi Administrativ
Neni 22	Ndryshimet e kontratës
Neni 23	Zgjidhja e mosmarrëveshjeve
Neni 24	Hyrja në fuqi

ANEKSE

ANEKSI 1	Lista e shërbimeve spitalore që do të financohen nga Fondi
ANEKSI 2	Pasqyrat që evidentojnë aktivitetin spitalor dhe i dërgohen Fondit
ANEKSI 3	Mbi administrimin e sistemit të informacionit në qendrën e kostos së spitalit
ANEKSI 4	Modelet e regjistrave të spitalit
ANEKSI 5	Për ofrimin e shërbimit shëndetësor të paketave shëndetësore
ANEKSI 6	Kontratë për lëshimin e recetës me rimbursim nga mjeku specialist
ANEKSI 7	Treguesit e performancës dhe cilësisë së spitalit

Kjo Kontratë nënshkruhet në _____, në datë _____

ndërmjet:

Drejtorisë Rajonale të Fondit (në vijim “DRF”) e përfaqësuar nga Z./Znj. _____, Drejtor/e i DRF,

dhe

Spitalit Rajonal “Memorial” Fier, (në vijim “Spitali”) përfaqësuar nga Z./Znj. _____, Drejtor/e i/e Spitalit, me seli në adresën: _____, nr. tel. _____, email: _____;
më poshtë të quajtuara “Palët”

Dispozita paraprake

Duke qenë se:

A. DRF janë organe në varësi të Fondit, të cilat e zhvillojnë aktivitetin në bazë dhe për zbatim të ligjit nr. 10 383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;

B. Në bazë të ligjit të sipërcituar dhe të vendimit të Këshillit të Ministrave (në vijim “VKM”) nr. 687, datë 26.10.2022 “Për mënyrën e organizimit dhe funksionimit të Spitalit Rajonal “Memorial” në Fier, si aplikues i autonomisë spitalore menaxheriale”, Fondi lidh kontrata me dhënësit e shërbimit shëndetësor si dhe i financon ata për paketat e shërbimeve shëndetësore spitalore të ofruara prej tyre;

C. Spitali Rajonal “Memorial”, në Fier ushtron veprimtarinë e tij në bazë të ligjit nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë” dhe bazuar në marrëveshjen e lidhur, ndërmjet Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë dhe Qeverisë së Republikës së Turqisë, ratifikuar me ligjin nr. 23/2021.

D. Këshilli Administrativ i Fondit ka miratuar “Kontratën për financimin e shërbimeve shëndetësore për Spitalin Rajonal “Memorial” në Fier, si Projekt Pilot, për vitin 2024”, me Vendimin e Këshillit Administrativ (në vijim “VKA”) nr. 21, datë 20.12.2023

palët e mësipërme bien dakord si vijon:

Neni 1

Objekti i Kontratës

Objekti i kësaj kontrate është financimi nga skema e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor i shërbimeve shëndetësore spitalore të ofruara në spitalin publik për popullatën.

Neni 2

Baza ligjore

Për hartimin dhe zbatimin e kësaj kontrate palët i referohen dhe mbështeten mbi bazën ligjore që vijon:

1. Ligji nr. 10383, datë 24.02.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
2. Ligji nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”;
3. Ligji nr. 10107, datë 30.03.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
4. Ligji nr. 123, datë 25.09.2014, “Për Urdhërin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”;
5. Ligji nr. 9150, datë 30.10.2003, “Për Urdhërin e Farmacistëve në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
6. Ligji nr. 9718, datë 19.04.2007, “Për Urdhërin e Infermierit në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
7. Ligji nr. 80, datë 22.07.2015, “Për arsimin e lartë dhe kërkimin shkencor në institucionet e arsimit të lartë”;
8. Ligji nr. 105, datë 31.07.2014, “Për barnat dhe shërbimin farmaceutik”, të ndryshuar;
9. Ligji nr. 147, datë 30.10.2014 “Për shërbimin e urgjencës mjekësore”;
10. Ligji nr. 7850, datë 29.07.1994, “Për Kodin Civil në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
11. Ligji nr. 44, datë 30.04.2015, “Kodi i Procedurave Administrative në Republikën e Shqipërisë”;
12. Ligji nr. 49, datë 03.05.2012, “Për gjykatat administrative dhe gjykimin e mosmarrveshjeve administrative”, i ndryshuar;
13. Ligji nr. 7961, datë 12.07.1995, “Kodi i Punës në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
14. Ligji nr. 9887, datë 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”, të ndryshuar,
15. Ligji nr. 10237, datë 18.02.2010, “Siguria dhe shëndeti në punë”, i ndryshuar;
16. Ligji nr. 10279, datë 20.05.2010, “Për kundërvajtjet administrative”;
17. Ligji nr. 10296, datë 08.07.2010, “Për menaxhimin financiar dhe kontrollin”, të ndryshuar;
18. Ligji nr. 9920, datë 19.05.2008, “Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
19. Ligji nr. 9367, datë 07.04.2005, “Për parandalimin e konfliktit të interesave në ushtrimin e funksioneve publike” të ndryshuar;
20. Ligji nr. 9936, datë 26.06.2008, “Për menaxhimin e sistemit buxhetor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;

21. Ligji nr. 25/2018 “Për kontabilitetin dhe pasqyrat financiare” dhe udhëzimi i Ministrit të Financave dhe Ekonomisë nr. 8, datë 09.03.2018 “Për procedurat e përgatitjes, paraqitjes dhe raportimit të pasqyrave financiare vjetore në njësitë e qeverisjes së përgjithshme”;
22. Ligji nr. 162, datë 23.12.2020, “Për prokurimin publik”;
23. Ligji “Për buxhetin e vitit 2024” të ndryshuar, si dhe udhëzimi i Ministrit të Financave dhe Ekonomisë “Për zbatimin e buxhetit të vitit 2024”;
24. Ligji nr. 147, datë 30.10.2014, “Për shërbimin e urgjencës mjekësore”;
25. VKM nr. 124, datë 5.3.2014, “Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar;
26. VKM nr. 687, datë 26.10.2022, “Për mënyrën e organizimit dhe funksionimit të Spitalit Rajonal “Memorial” në Fier, si aplikues i autonomisë spitalore menaxheriale”;
27. VKM nr. 36, datë 27.01.2023, “Për krijimin, organizimin dhe funksionimin e spitaleve rajonale, terciare dhe qendrave spitalore rajonale publike”;
28. VKM “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor për vitin 2024”;
29. VKM nr. 285, datë 19.05.2021, “Për miratimin e rregullave të prokurimit publik”, i ndryshuar, dhe udhëzimet për blerjet e prokurimet;
30. VKM nr. 865, datë 24.12.2019, “Për mënyrën e kryerjes së procesit të akreditimit të institucioneve të kujdesit shëndetësor e përcaktimin e tarifave dhe afateve kohore”;
31. VKM nr. 555, datë 11.08.2011, “Për miratimin e strukturës dhe të niveleve të pagave të punonjësve të personelit mjekësor, të punonjësve të tjerë me asim të lartë dhe të punonjësve të personelit teknik të shkencave mjekësore, në sistemin e ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë, në njësinë mjekësore ushtarake pranë spitalit Universitar të Traumës, në strukturat e tjera të forcave të armatosura dhe në institucionet e ekzekutimit të vendimeve penale dhe spitalin përkatës”, të ndryshuar;
32. VKM nr. 307, datë 21.05.2014, “Për regjistrimin dhe identifikimin e personave të siguruar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, të ndryshuar;
33. VKM 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”, të ndryshuar;
34. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 326, datë 19.07.2017, “Për miratimin e protokolleve mjekësore të realizimit të paketave të shërbimeve që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor”;
35. VKM 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 masën e mbulimit të çmimit të tyre”, të ndryshuar;
36. VKM nr. 315, datë 23.03.2011, “Për përcaktimin e rregullave dhe mënyrën e realizimit të procesit të akreditimit të institucioneve shëndetësore”, të ndryshuar;
37. VKM nr. 789, datë 22.09.2015, “Për përcaktimin e kriterëve, statndardeve dhe procedurave të programit të certifikimit për profesionistë të shëndetësisë”;
38. VKM nr. 955, datë 29.12.2014, “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguruar që përjashtohen nga pagesat e drejtëpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, të ndryshuar;
39. VKM nr. 395, datë 29.06.2023 “Për mundësinë e ofrimit jashtë regjimit të punës të përcaktuar nga punëdhënësi, të shërbimeve të konsultave ambulatorë për pacientë jashtë sistemit të referimit”;

40. Urdhër i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 493, datë 02.07.2019, “Për sistemin e referimit dhe tarifat e shërbimit publik”, të ndryshuar;
41. Urdhër i Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 296, datë 17.05.2023 “Për mënyrën e funksionimit të mekanizmit të referimit të pacientëve brenda sistemit spitalor publik”;
42. Urdhri i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 688, datë 02.10.2018, “Për ofrimin e ekzaminimit të rezonancës magnetike nëpërmjet sistemit të referimit elektronik”;
43. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 381, datë 01.09.2016, “Për miratimin e modeleve të regjistrave elektronik në recepsione, “Përmbledhjes së daljes” dhe “Miratimit të pacientit”;
44. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 128, datë 03.03.2010, “Për pajisjen e mjekëve dhe stomatologëve me lejen individuale për ushtrimin e profesionit”;
45. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 417, datë 14.07.2010, “Për miratimin e kartelës klinike të shtrimit në spital”;
46. Urdhri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 287, datë 12.07.2011, “Për pajisjen me vulë të barnave që përdoren në institucionet shëndetësore publike”;
47. Rregullore e Këshillit Administrativ të Fondit nr. 3, datë 22.10.2014, “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuar me Fondin”, e ndryshuar;
48. Udhëzim i Fondit nr. 17, datë 23.12.2019, “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e të siguruarve”, të ndryshuar;
49. Udhëzimin e Fondit nr. 1, datë 31.01.2010, “Për llogaritjen e kostos dhe treguesve tekniko-ekonomik”;
50. Udhëzim i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 164, datë 20.03.2023 “Për metodologjinë e llogaritjes së kostove të shërbimeve spitalore”;
51. Standardet dhe aktet normative të vendosura për shërbimin spitalor nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si dhe akte të tjera ligjore dhe nënligjore në fuqi;
52. Udhërrëfyesit e Praktikës Klinike (UPK) dhe Protokollet e Praktikës Klinike (PPK) të miratuara nga MSHMS;
53. Statutin dhe Rregulloren e Përgjithshme dhe të Brendshme të Funksionimit të Spitalit;
54. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;
55. Karta shqiptare e të drejtave të pacientit.

Neni 3

Shërbimet që financohen nga Fondi

Shërbimet shëndetësore spitalore që financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (këtu e më poshtë “Fondi”) dhe që realizohen nga Spitali janë përcaktuar në Aneksin nr. 1 të kontratës, pjesë përbërëse e kësaj kontrate.

Neni 4

Të drejta dhe detyrime të përgjithshme për Spitalin

1. Spitali, ofron shërbimet shëndetësore sipas listës së shërbimeve të miratuara me urdhër të MSHMS.

2. Spitali ushtron veprimtarinë tij, në përputhje me standartet, treguesit e cilësisë e të performancës, protokolleve të diagnozës e të trajtimit, të miratuara nga ministria përgjegjëse për shëndetësinë.
3. Organet drejtuese të spitalit janë:
 - a. Bordi Drejtues
 - b. Ekipi menaxhues
 - c. Administratori i Përgjithshëm
4. Shërbimet e ofruara nga spitali, duhet të jenë në zbatim të plotë të sistemit të referimit në shërbimin shëndetësor, si dhe akteve të tjera të nxjerra për këtë qëllim nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (në vijim “MSHMS”), Këshilli Administrativ dhe Fondi.
5. Shërbimi spitalor ofrohet në tre nivele: në shërbimin 24 orësh të urgjencave, në shërbimin ambulator dhe në shërbimin spitalor me shtretër.
6. Për ofrimin në këto nivele shërbimesh mjekësore spitali vë në dispozicion të gjitha burimet njerëzore, të gjitha mjetet e diagnostikimit, mjekimit, pajisjet mjekësore, aparaturat dhe mjete të tjera që disponohen, në shërbim të popullatës.
7. Spitali merr masa dhe është përgjegjës lidhur me sigurinë e kujdesit shëndetësor spitalor për situatat emergjente (aksidente, epidemi, përmytje, mbrojtjen nga zjarri dhe shmangien e dhunës në ambjentet spitalore).
8. Spitali të marr masa për të garantuar qëndrueshmërinë dhe cilësinë e barnave sipas Farmakopesë dhe standarteve të miratuara. Të sigurojë kushte të përshtatshme të ruajtjes së barnave, për sa i përket ambienteve ku ato ruhen, në mënyrë që të ketë kushte optimale ndaj dëmtimit të tyre nga faktorët fizik të dritës, lagështirës, temperaturës dhe mikroorganizmave.
9. Spitali dhe personeli shëndetësor të punojë për pëmbushjen e standarteve të cilësisë së kujdesit shëndetësor spitalor, në përshtatje me politikat dhe strategjinë e MSHMS, për akreditimin e institucionit shëndetësor, sipas afateve të përcaktuara nga institucionet përgjegjëse. Spitali të punojë në vazhdimësi në lidhje me standartet dhe protokollet, performancën e përgjithshme dhe përparimin e vazhdueshëm të shërbimit spitalor, për të përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e pacientëve.
10. Spitali ka detyrim të ketë në strukturat e tij vetëm personel mjekësor të licencuar dhe me license të vlefshme, në përmbushje të kërkesave të Edukimit Profesional të Vazhdueshëm. Mjekët që punojnë në spitalin publik duhet të ndjekin ciklin e Edukimit Profesional të Vazhdueshëm në plotësim të numrit të krediteve të nevojshme për rilicencimin e tyre.
11. Spitali ka detyrimin, të informojë personelin mjekësor dhe jomjekësor për të drejtat dhe detyrimet që rrjedhin nga kontrata.

12. Spitali ka detyrimin, të punojë për matjen, llogaritjen, monitorimin, dhe arritjen e indikatorëve (Aneksi 7) sipas targeteve të vendosura.
13. Spitali ka detyrimin, të disponojë regjistrat tip të shërbimeve sipas aneksit përkatës, t'i plotësojë sipas kërkesave të parashikuara dhe të evidentojë aktivitetin mjekësor sipas detyrimeve kontraktuale.
14. Spitali ka detyrimin, të disponojë, të administrojë dhe të arkivojë në kartelën klinike të pacientit sipas formatit të miratuar.
15. Spitali ka detyrimin, të monitorojë nivelin e infeksioneve spitalore me qëllim minimizimin e tyre.
16. Spitali ka detyrimin, të vendosë pranë këndit të çdo recepsioni, “Kutinë e Ankesave, Përshtypjeve dhe Sugjerimeve” dhe numër telefoni për ankesat duke ruajtur anonimatën e pacientit. Vlerësimi i ankesave dhe problematikës së ngritur të shqyrtohet në mënyrë periodike nga ana e Spitalit.
17. Spitali ka detyrimin, të pranojë kontrollin e strukturave të Fondit për monitorimin e buxhetit spitalor, vlerësimin e aktivitetit vjetor të spitalit dhe treguesit e performancës në zbatim të kontratës.
18. Spitali duhet të realizojë paketat shëndetësore të miratuara me VKM, t'i realizojë ato në përputhje me protokollet e paketave të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, me buxhetin e miratuar dhe me rezervat e mundshme në materiale dhe pajisje.
19. Spitali duhet t'u kërkojë shefave të shërbimeve të plotësojnë deklaratën e konfliktit të interesit që ata nuk janë drejtues teknik në institucionet shëndetësore private.
20. Spitali mirëadministron softet me programet kompjuterike në përdorim.
21. Drejtori i spitalit në bashkëpunim me DRF përcakton listën nominative të mjekëve që përshkruajnë recetën elektronike për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit, me qëllim pajisjen me akses në sistemin e recetës elektronike dhe për nënshkrimin elektronik të këtyre mjekëve. Drejtorja e spitalit/Mjekët Specialistë janë përgjegjës për respektimin e tavanit buxhetor sipas shërbimit përkatës për rimbursimin e barnave.
22. Për lëshimin e recetave me rimbursim për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit do të nënshkruhet kontrata “Për lëshimin e recetës me rimbursim nga mjeku specialist për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit”, e cila nënshkruhet ndërmjet Drejtorit të Spitalit, mjekut specialist të spitalit dhe Drejtorit të DRF, sipas Aneksit Nr. 6, pjesë përbërëse e kësaj kontrate.

23. Spitali ka të drejtën e lidhjes së kontratave me kohë të plotë ose të pjesshme me personelin mjekësor ose jo mjekësor si dhe të aplikojnë praktikën e dyfishtë të punës për mjekët sipas përcaktimeve në legjislacionin në fuqi.
24. Spitali duhet të kostojë shërbimet spitalore sipas metodologjisë së përcaktuar dhe merr miratimin e tyre nga Bordi Drejtues.
25. Spitali ka të drejtën të ofrojë për pacientët shërbim shëndetësor me korsi preferenciale shërbimi kundrejt tarifave të miratuara me vendim bordi për shërbime të kostifikuara dhe të miratuara nga Bordi i Spitalit.
26. Spitali të marrë masa për mirëmbajtjen, funksionimin e aparaturave biomjekësore si dhe ruajtjen e nivelit të efektshmërisë së tyre.
27. Spitali mundëson ofrimin jashtë regjimit të punës të përcaktuar, të shërbimeve të konsultave ambulatorë për pacientë jashtë sistemit të referimit duke siguruar akses të garantuar për qytetarët në marrjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.
28. Spitali përcakton rregullat për kryerjen e praktikës së dyfishtë dhe vendos në dispozicion ambientet, sistemin e recepsionit dhe pritjes në strukturat e konsultave ambulatorë, si dhe logjistikën e nevojshme mjekësore dhe jomjekësore për të kryer konsultën ambulatorë.
29. Spitali afishon listën e stafit mjekësor të angazhuar në regjimin e praktikës së dyfishtë dhe tarifatat përkatëse të shërbimit dhe i bën ato transparente për publikun.

Neni 5

Detyrimet e spitalit në shërbimin e urgjencës

1. Spitali është i detyruar të ofrojë shërbime të kualifikuara të ndihmës së parë, të urgjencës, të reanimacionit dhe të observacionit ditor për të gjithë shtetasit e Republikës së Shqipërisë që kanë nevojë për shërbim të urgjencës mjekësore.
2. Spitali duhet të vërë në dispozicion të gjitha burimet njerëzore, mjetet, aparaturat, materialet e mjekimit, medikamentet dhe çdo gjë tjetër të planifikuar për funksionimin e këtij shërbimi.
3. Ofrimi i shërbimit të urgjencës jepet bazuar në Rregulloren e Përgjithshme të Funksionimit të Spitalit, në Rregulloren e Shërbimit të Urgjencës, në dokumentacionin për mbulimin e shpenzimeve të bëra, si dhe çdo akt ligjor e nënligjor në funksion të ofrimit të këtij shërbimi.
4. Spitali evidenton të gjithë personat e paraqitur sipas Aneksit nr. 4, të regjistrave tip bashkëngjitur kontratës.

5. Në bazë të gjendjes klinike të sëmurit dhe triazhit të urgjencës mjekësore, mjeku kurues do të hapë kartelë klinike të shërbimit të urgjencës, kartelë deri në 24 orë ose ditore.
6. Pacientët që kanë nevojë për ekzaminime, do të paraqiten në këto shërbime me rekomandimin e brendshëm përkatës të shërbimit të pranimit-urgjencës. Plotësimi i dokumentacionit të mësipërm bëhet për të evidentuar çdo mjekim, ekzaminim, manipulim apo procedurë tjetër të ofruar nga spitali për çdo pacient nga shërbimi i urgjencës.
7. Në shërbimin e urgjencës pas dhënies së ndihmës së parë bëhet regjistrimi nëpërmjet një dokumenti identifikues në regjistrat dhe kartelat përkatëse. Në rastet kur dokumenti identifikues nuk disponohet, apo nuk bëhet e mundur evidentimi i tyre në urgjencë, do të bëhen veprimet në dokumentacionin e urgjencës si regjistra, kartela me të dhënat që referojnë këta të sëmurë apo familjarë të tyre. Në rastet kur në shërbimin e urgjencës nuk bëhet e mundur verifikimi i tyre, evidentimi dhe plotësimi i tyre bëhet në pavion kur pacienti shtrohet në spital.
8. Spitali të evidentojë në një regjistër të veçantë vizitat që kryhen në shërbimin e urgjencës, për pacientët e sëmurë, barnat që konsumohen dhe lëvizjen e ambulancës.

Neni 6

Detyrime të spitalit në shërbimet me shtretër

1. Të zbatojë procedurat dhe kriteret e shtrimeve në spital duke respektuar sistemin e referimit në shërbimet shëndetësore dhe Rregulloren e Brendshme të Funkzionimit të Shërbimeve, pjesë e Rregullores së Përgjithshme të Funkzionimit të Spitalit.
2. Të trajtojë të sëmurët në përputhje me llojet dhe nivelin e shërbimeve sipas Aneksit Nr. 1, bazuar në etikën, standardet e shërbimit të kujdesit shëndetësor, Udhërrëfyesit e Praktikës Klinike, Protokollet e Praktikës Klinike të miratuara nga MSHMS, udhëzimet dhe aktet normative të Fondit, si dhe urdhërat e profesionistëve të përcaktuara me ligj, mbështetur në kuadrin ligjor mbi të cilin spitali ushtron veprimtarinë e tij.
3. Të evidentojë dhe raportojë aktivitetin mjekësor për pacientët që përfitojnë shërbim shëndetësor spitalor, pacientët e shtruar, të regjistrohen në regjistrin e shtrimeve që është një dhe i vetëm për spitalin. Numri i regjistrit të jetë progresiv dhe të korrispondojë me numrin e kartelës klinike.
4. Për çdo shërbim të dhënë pacientit në shërbimin me shtretër, të plotësojë të gjitha rubrikat me dokumentacionet përkatëse sipas modeleve të miratuara të regjistrave nga MSHMS dhe Fondi sipas Aneksit Nr. 4, pjesë përbërëse e kontratës.
5. 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 dhe jo me shkurtime apo inicialet. Të administrohen në kartelë përgjigjet e ekzaminimeve laboratorike dhe imazherike të plotësuara me të gjitha elementët përkatës. Kartela klinike duhet të mbyllet

nga mjeku specialist dhe të dorëzohet në kartotekë nga shërbimi apo klinika përkatëse brenda 5 (pesë) ditëve nga dalja e pacientit. Për rastet kur është kërkuar ekzaminime anatomo-patologjike dhe imuno-histokimike, kartela do të dorëzohet në kartotekë brenda 30 ditëve.

6. Mjekët e shërbimit duhet të pajisin pacientët që dalin nga spitali, me përmbledhësen e daljes, e cila përdoret nga mjeku i përgjithshëm dhe familjes së pacientit për ndjekje dhe trajtim të mëtejshëm ambulator. Medikamentet e rekomanduara në përmbledhësen e daljes nga Mjeku Specialist i shërbimit spitalor dhe që i adresohen Mjekut të Përgjithshëm të Familjes (në vijim “MPF”), duhet të jenë në përputhje me:
 - Listën e Barnave të Rimbursuara të miratuara me VKM;
 - Trajtimin me barna në Spital;
 - Kufizimet e listës së barnave të rimbursueshme duke rekomanduar dhe përshkruar barnat për trajtimin e të sëmurit me emrin xhenerik;
 - Protokollet e përdorimit të barnave.
 - Kohëzgjatjen e trajtimit të të sëmurit në bazë të fletë/daljes.

Përmbledhësja e daljes duhet të përshkruajë kohëzgjatjen e trajtimit të të sëmurit dhe periudhën e rikontrollit tek mjeku specialist.

7. Spitali të dërgojë informacionin e përditësuar pranë Sektorit të Regjistrimit Kombëtar të Paketave për listën ditore të pacientëve që kanë përfituar paketa shëndetësore nga shërbimi i urgjencës, brenda 2 (dy) ditëve zyrtare të punës nga dita e ofrimit, spitali (personat përgjegjës).
8. Të informojë rregullisht Fondin mbi treguesit statistikore të shërbimeve apo të klinikave.

Neni 7

Detyrime të spitalit në shërbimin e konsultave të specializuara

1. Të ofrojë shërbimin shëndetësor të specializuar ambulator sipas specialiteteve përkatëse bazuar në listën e shërbimeve të përcaktuara me urdhër të MSHMS dhe rregulloren e shërbimit të spitalit.
2. Çdo shërbim i dhënë nga të gjithë ofruesit e shërbimeve ambulatorë të specializuara të spitalit duhet të jetë në zbatim të plotë të sistemit të referimit në shërbimin shëndetësor, si edhe të akteve të tjera të nxjerra për këtë qëllim nga MSHMS dhe Fondi.
3. Të kryejë vizitën pa pagesë për të sëmurët e siguruar, duke i identifikuar nëpërmjet sistemeve informatike/ dokumenteve të nxjerra nga këto sisteme, dhe rekomandimit nga mjekët dhe institucionet shëndetësore që kanë referuar të sëmurin.
4. Për personat e pasiguruar, të kryejë vizitën kundrejt tarifave të miratuara nga MSHMS, të cilat duhen të jenë të afishuara.

5. Spitali duhet të marrë masa për funksionimin e konsultave në bazë shërbimi, Për të ofruar shërbimin e specializuar të konsultave në zbatim të sistemit të referimit në shërbimin spitalor, të pajisë ato me infrastrukturën kompjuterike dhe bazën materiale të nevojshme, të plotësojë dokumentacionin e shkruar dhe të pasqyrojë aktivitetin e konsultave sipas programit software që disponon.
- a) Të përdorë dhe të plotësojë në ambjentet e shërbimeve (kabinetet përkatëse), dokumentacionin mjekësor si: regjistrat e vizitave/regjistrin e konsultave/ekzaminimeve /trajttimeve, etj., ku shënohen: gjeneralitetet e pacientit, numri i rekomandimit, kodi i mjekut dërgues, QSH/Spitali nga dërgohet, arsyeja pse dërgohet, i siguruar/i pasiguar, trajtimin apo mjekimin e dhënë, pacient i paraqitur si i zakonshëm, planifikuar, etj;
 - b) Çdo ofrues shërbimi mjek specialist për të gjithë të sëmurët kronikë duhet të ketë regjistrin themeltar të tyre (regjistri i sëmundshmërisë kronike) si dhe të hapë kartelë për çdo të sëmurë kronik që e ndjek në vazhdimësi, ta plotësojnë atë me shkrim të qartë në të gjitha rubrikat e saj sipas udhëzimeve në fuqi, në çdo rast që pacienti kronik kërkon shërbim shëndetësor të specializuar ambulator. Ofruesit e shërbimeve duhet ti administrojnë dhe ruajnë kartelat sipas udhëzimeve të MSHMS dhe Fondit;
 - c) Receptsi vendos numrin e regjistrit dhe datën e paraqitjes në reception në një vend të veçantë të rekomandimit (e njëjta procedurë edhe kur plotësohet mandati për pacientët e pasiguar), firmos dhe vulos mandatin dhe rekomandimin e MPF/MS dhe më pas e orienton pacientin për tek shërbimi përkatës;
 - d) Përgjigjet e rekomandimit për rastet kur pacienti shtrohet në spital futen në kartelën klinike të shtrimit. Kur pacienti trajtohet ambulatorisht nga shërbimet, përgjigjia e rekomandimit qëndron në kartelën e të sëmurit kronik në këtë shërbim. Ndërsa për rastet e tjera përgjigjia e rekomandimit i jepet pacientit për ta ruajtur në kartelën e mjekut rekomandues.
6. Mjeku specialist i shërbimit të specializuar ambulator apo konsultë e spitalit në përgjigje të rekomandimit tip për MPF/MS, përshkruan skemën e mjekimit dhe kohëzgjatjen e tij duke rekomanduar barna në respektim të plotë të:
- Listës së barnave të rimbursuara të miratuara me VKM;
 - Kufizimet e listës së barnave të rimbursuara duke rekomanduar dhe përshkruar barnat për trajtimin e të sëmurit me emrin xhenerik;
 - Protokollat e përdorimit të barnave;
 - Rekomandimin e përdorimit të alternativës më pak të kushtueshme të barit të listës së barnave të rimbursueshme për rastet, e fillimit të mjekimit dhe në stadet e para të sëmundjes;
 - Për kategoritë invalidë dhe veteranë lufte, të përshkruajë barin sipas emrit xhenerik dhe poshtë në kllapa emrin tregtar, sipas alternativave të tjera që ka të drejtë të përfitojë pacienti (brenda LBR, si dhe jashtë saj kur barnat janë të regjistruar në Republikën e Shqipërisë), kjo në funksion të udhëzimeve të Fondit dhe MSHMS, për trajtimin me barna të rimbursueshme për invalidët dhe veteranët e luftës;
 - Mjekët turq do të plotësojnë përgjigje-rekomandimet në gjuhën angleze dhe terminologjinë mjekësore në gjuhën latine për diagnozat dhe mjekimin e rekomanduar, si dhe do të plotësojnë kodin e diagnozës sipas klasifikimit ndërkombëtar.

7. Në rastet e trajtimit të të sëmurëve me ndryshim të diagnozave dhe të skemave të mjekimit, t'i argumentojë ndryshimet në përgjigje-rekomandimi, kundrejt zbatimit të protokolleve klinike të miratuara, protokolleve të përdorimit të barnave dhe kufizimeve të listës.
8. Të ruajë dhe të mbajë përgjegjësinë e plotë për përdorimin e vulës personale.
9. Personeli shëndetësor laborant/radiolog, krahas detyrave të përcaktuara më sipër, duhet të plotësojnë saktë përgjigjet e ekzaminimeve, kundrejt dokumentimit të tyre në regjistrat përkatës.
10. Çdo mjek specialist duhet të plotësojë recetat pa rimbursim me elementët e domosdoshëm të përcaktuar nga MSHMS: emër, mbiemër pacienti, datëlindje, nr. regjistri të vizitës, diagnoza, datë, vizitë, vula dhe firma e mjekut specialist dhe vula e institucionit përkatës.
11. Për çdo shërbim të specializuar, çdo MS apo kabinet i këtij shërbimi, të evidentojë vizitat, ekzaminimet apo manipulimet mjekësore të kryera në regjistrat përkatës dhe në kartelën e të sëmurit.
12. Të informojë periodikisht për aktivitetin, në përmbushje të detyrimeve të sistemit të referimit, sipas pasqyrës Nr. 3, (Aneksi Nr. 2) pjesë përbërëse e kësaj kontrate.

Neni 8

Detyrime të spitalit në lidhje me ofrimin e shërbimit spitalor për shtetasit e huaj jo rezident

1. Spitalet publike janë të detyruara të ofrojnë ndihmë mjekësore shtetasve të huaj jo rezident, të siguar ose jo, që kanë nevojë për shërbim të urgjencës spitalore.
2. Në rastet e shtetasve të huaj jo-rezident të vendeve më të cilët shteti Shqiptar ka marrëveshje reciprociteti (sipas formularëve të paraqitur), spitali evidenton shpenzimet faktike të kryera për pacientin sipas pasqyrës 8/1, në bazë të kartelës klinike, si dhe elementeve të tjerë të shpenzimeve faktike jashtë kartelës klinike.
3. Mënyra e regjistrimit dhe plotësimi i dokumentacionit për shtetasit e huaj jo rezident që marrin shërbim shëndetësor në spitalet publike do të kryhet sipas përcaktimeve të Urdhërit të MSHMS.
4. Të gjithë shtetasit e huaj, jo rezident që kryejnë një trajtim shëndetësor në spitalet publike në Republikën e Shqipërisë përfitojnë trajtim shëndetësor në këto spitale, sipas tarifave të përcaktuara.
5. Spitalet publike mund të ofrojnë shërbime të turizmit shëndetësor në përputhje me udhëzimet e miratuara nga Ministri.

Neni 9

Detyrime të përgjithshme për Fondin

1. Fondi çel buxhetin sipas VKM për financimin e shpenzimeve të spitalit për dhënien e shërbimeve shëndetësore spitalore, që përcaktohen në Aneksin Nr. 1 si pjesë përbërëse e kësaj kontrate.
2. Fondi verifikon informacionin që dërgohet nga spitali sipas raportimeve të Aneksit Nr. 2, si pjesë përbërëse e kësaj kontrate.
3. Fondi ushtron kontroll ekonomik-financiar dhe kontroll tekniko-mjekësor në bazë risku, për pjesën e buxhetit që i financon spitalit.
4. Fondi shpërndan në kohë për Spitalin, udhëzimet dhe aktet e nevojshme, të miratuara nga Këshilli Administrativ dhe Drejtori i Përgjithshëm i Fondit.

Neni 10

Financimi

1. Fondi financon shërbimin shëndetësor spitalor të kontraktuar, duke përfshirë shpenzimet për personelin, shërbimet korrente dhe paketat e shërbimeve të ofruara sipas përcaktimeve në Vendimin e Këshillit të Ministrave.
2. Fondi çel buxhetin për shërbimet spitalore.
3. Spitali bën detajimin mujor të zërave të buxhetit të kontraktuar në analizat 7 (shtatë) shifrore dhe njofton detajimin pranë Fondit brenda 10 (dhjetë) ditëve nga data e çeljes së buxhetit pranë degës së thesarit në rreth.
4. Spitali raporton pranë Fondit gjendjen e bankës të ditës së fundit të muajit paraardhës, brenda ditës së pare të punës të muajit pasardhës.
5. Spitali detajon fonde të mjaftueshme për likuidimin e detyrimeve për energji elektrike, ujë, etj.
6. Çdo detajim dhe ridetajim i buxhetit, të reflektohet në evidencën përkatëse të realizimit të buxhetit (Aneksi Nr. 2, pasqyra e buxhetit).
7. Spitali mund të kërkojë, jo më tepër se një herë në dy muaj, avancim të buxhetit të kontraktuar, me kërkesa të argumentuara prej tij, pranë Drejtorisë Ekonomike të Fondit.
8. Spitali mban përgjegjësi të plotë për zbatimin e buxhetit të kontraktuar pa krijuar borxhe.

9. Spitali bën kërkesë për shtesë fondesh, për raste të paparashikuara në buxhetin fillestar të akorduar.
10. Fondi, mund të bëjë shtesa në buxhetin vjetor të spitalit në varësi të politikave të qeverisë për ndryshimin e sistemit të pagave dhe sigurimeve shoqërore e shëndetësore, si dhe shtesa për mbulimin e shpenzimeve për mallra e shërbime të domosdoshme, apo të paparashikuara. Shtesat në buxhet bëhen me vendim të Këshillit Administrativ të Fondit.
11. Spitali ruan dokumentacionin financiar sipas akteve ligjore e nënligjore në fuqi, dhe ia paraqet atë Fondit sipas kërkesës së këtyre të fundit.
12. Spitali duhet të respektojë strukturën e personelit të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, si dhe të zbatojë bazën ligjore për pagat dhe sigurimet shoqërore e shëndetësore të personelit.
13. Spitali i trashëgon në vitin pasardhës dhe ngelen në përdorim të tij, fondet e pashpenzuara në fund të vitit. Përdorimi i tyre bëhet me vendim bordi të spitalit.
14. Përdorimi i të ardhurave nga veprimtaritë e Spitalit dhe dhurimet, bëhen në përputhje me kriteret e përcaktura nga Bordi i spitalit.
15. Të ardhurat që gjenerohen nga spitali nëpërmjet praktikës së dyfishtë do të futen në zërin e të ardhurave dytësore dhe do të përdoren nga spitali për të përmirësuar më tej cilësinë e shërbimit të ofruar, bazuar në legjislacionin në fuqi.
16. Mbyllja e buxhetit vjetor bëhet në bazë të rregullave të raportimit financiar me udhëzim të posaçëm të miratuar nga Ministri përgjegjës për Financat.
17. Spitali dorëzon kopje të mbylljes së llogarive vjetore pranë operatorit/MSHMS dhe FSDKSH.

Neni 11

Llogaritja e shpenzimeve faktike

1. Spitali duhet të punojë për llogaritjen e shpenzimeve faktike për shërbimet mjekësore, analiza, trajtime apo ekzaminime mjekësore të veçanta, në funksion të përgatitjeve për llogaritjen e kostove të paketave shëndetësore të shërbimit.
2. Spitali duhet të evidentojë, përpunojë dhe raportojë shpenzimet faktike të pacientëve të trajtuar në shërbimet shëndetësore me shtretër/pa shtretër sipas sistemeve kompjuterike në përdorim regjistrave e dokumentave financiare përkatës dhe sipas formatit të pasqyrave si pjesë përbërëse e kontratës

3. Për çdo kartelë klinike pas daljes së pacientit nga spitali plotësohet “Pasqyra e shpenzimeve në fakt”, e cila është pjesë përbërëse e kartelës.
4. “Pasqyra e shpenzimeve në fakt”, nënshkruhet nga personi përgjegjës ose i ngarkuar nga shërbimi përkatës.
5. Spitali për kartelat klinike të pacientëve që kanë dalë nga pavioni/shërbimi, në formatin “Pasqyra e shpenzimeve në fakt” personi përgjegjës, llogarit:
 - a. Totalin e shpenzimeve faktike të çdo karteles sipas diagnozës përfundimtare, shpenzimet faktike totale të shërbimit, shpenzimet faktike për diagnozë, shpenzimet faktike për pacient dhe ditë pacient.

Totali i shpenzimeve faktike të shërbimeve mjekësore që të dhënat e tyre përpunohen nga softi kompjuterik të kostos përfshin: Shpenzimet për barna, shpenzimet për materiale mjekësore, shpenzime për ekzaminime, shpenzime për transfuzion gjaku e plazmë, shpenzime për dietë ushqimore, shpenzime për paga dhe sigurime, shpenzime direkte, shpenzime indirekte.
 - b. Për shërbimin e urgjencës (urgjencave), laboratorit klinik, biokimik, imunologjik radiologji/imazherisë, poliklinikës, etj, kur të dhënat e shpenzimeve të karteles klinike nuk përpunohen nga softi kompjuterik i kostos, spitali llogarit manualisht shpenzimet faktike totale të shërbimit sipas rubrikave të formatit të pasqyrës përkatëse.

Për shërbimet e radiologjisë, imazherisë, laboratorët klinikë, biokimikë, imunologjik etj, spitali llogarit shpenzimet faktike totale të shërbimit përkatës sipas dokumentave e faturave financiare që vërtetojnë shpenzimet për këto shërbime. Gjithashtu llogarit shpenzimet faktike mesatare për ekzaminim laboratorike/imazherike si dhe për shërbimin e vizitave/konsultave, llogarit shpenzimet faktike mesatare për vizitë konsultë/mjekësore.
 - c. Informacioni për çmimet e Ekzaminimeve Laboratorike dhe Imazherike i referohet:

Tarifave për shërbimet mjekësore që janë në fuqi, të miratuara nga MSHMS në sistemin shëndetësor për shërbime shëndetësore.
 - ç. Personat përgjegjës për bazën materiale mjekësore, për çdo shërbim të regjistrojnë në regjistër materialet mjekësore të konsumuara.
 - d. Të dhënat për raportimin e aktivitetit të spitalit për shpenzimet faktike të bëra gjatë muajit, do të jenë sipas pasqyrave të miratuara bashkëngjitur kontratës.

Neni 12

Evidentimi dhe shkëmbimi i informacionit

1. Spitali është i detyruar të evidentojë aktivitetet e ofruara të shërbimeve të dhëna për çdo qytetar që i përfiton ato dhe të informojë rregullisht Fondin sipas anekseve, pasqyrave dhe afateve të kësaj kontrate, për të gjitha nivelet e shërbimeve shëndetësore spitalore.

2. Spitali është i detyruar të sigurojë infrastrukturën hardware dhe shërbim interneti për çdo pjesë të administratës të spitalit, që ka akses në sistemet informatike që Fondi vendos në dispozicion të spitalit.
3. Spitali duhet të administrojë sistemin e informacionit të Fondit, sipas detyrimeve që rrjedhin nga (Aneksi Nr. 3), si pjesë përbërëse e kësaj kontrate, si dhe manualët dhe udhëzimin e Fondit për përdorimin e tyre.
4. Spitali nuk mund të kryejë asnjë ndërhyrje në sistemin hardware ku janë instaluar paketa e programeve që Fondi vendos në dispozicion, pa marrë konfirmim nga strukturat përkatëse e Fondit.
5. Punonjësit e Spitalit që regjistrojnë të dhënat, duhet të kenë çertifikatë për përdorimin e kompjuterit dhe sistemeve bazë kompjuterike.
6. Spitali raporton të dhënat teknike, mjekësore dhe financiare sipas pasqyrave në Aneksin nr. 2, bashkëlidhur kësaj kontrate, ku janë përcaktuar dhe afatet.
7. Spitali raporton dhe argumenton nivelin e treguesve të performancës dhe cilësisë dhe propozon planin e masave për arritjen e targetit të treguesve sipas Ankesi nr. 7.
8. Fondi verifikon saktësinë e informacionit të dhënë. Në raste të pasaktësive, informacioni i kthehet spitalit për rishikim.
9. Spitali, për situata të veçanta, i jep Fondit informacione të tjera shtesë që konsiderohen të nevojshme për skemën e sigurimeve shëndetësore.
10. Asnjëra nga palët nuk do t’i japë të tretëve informacionin e mbledhur në lidhje me identitetin, hollësitat personale apo për trajtimet që bën i sëmuri në spital, informacion të cilin spitali e ka mbledhur gjatë trajtimit të sëmurit, përveç rasteve kur ka miratim me shkrim nga vetë i sëmuri.
11. Spitali të mbajë në rregull e të ruajë gjithë dokumentacionin që qarkullon në spital dhe që ka lidhje me aktivitetin e tij, duke zbatuar dispozitat ligjore e nënligjore për arkivat.
12. Spitali të vendosë komunikim elektronik me Fondin. Nëpërmjet komunikimit elektronik, spitali të dërgojë informacionin elektronik dhe të printuar sipas udhëzimeve të Fondit.
13. Bilanci dhe pasqyrat financiare vjetore duhet të paraqiten në Fond jo më vonë se 2 (dy) muaj pas mbylljes së vitit financiar. Spitali të paraqesë bilance periodike sipas kërkesës së Fondit në përputhje me udhëzimet e Ministrisë së Financave dhe Ekonomisë dhe të Fondit.

Neni 13

Mënyra e planifikimit dhe administrimit të barnave, materialeve mjekësore, kite dhe reagentë sipas shërbimeve

1. Spitali është i detyruar të planifikojë dhe të plotësojë gjatë gjithë kohës dhe në vazhdimësi nevojat me barna, filma, kite reagente, materiale mjekësore për ofrimin e shërbimeve të pacientëve të shtruar në spital, në pranim urgjencë dhe në shërbimin e konsultave duke respektuar ligjin për barnat, urdhërat dhe udhëzimet e MSHMS dhe Fond-it.
2. Spitali planifikon llojin dhe sasinë e barnave dhe materialeve të tjera për përdorim mjekësor që do të përdorë, mbështetur në nevojat/kërkesat e shërbimeve mjekësore, listimin e barnave dhe standardet dhe çmimet e përcaktuara nga MSHMS dhe kriteret e vendosura nga ligji i prokurimit publik, në varësi të shërbimeve shëndetësore spitalore që ofron (të përcaktuara në Aneksin 1 të kësaj kontrate), si dhe duke iu referuar numrit të shtretërve, numrit të pacientëve që kanë marrë shërbim mjekësor sipas specialiteteve, numrit të operacioneve të kryera sipas llojit, numrit të analizave të kryera, duke i'u referuar dhe buxhetit të miratuar. Lista e barnave që propozohet për planifikim për blerje për vitin ushtrimor, miratohet fillimisht nga grupi teknik i ngritur “Ad hoc” nga drejtori i spitalit dhe më pas dërgohet për miratim në MSHMS.
3. Planifikimi i barnave dhe materialeve të konsumit për përdorim spitalor duhet të bazohet në listën e barnave dhe materialeve mjekësore të përgjithshme të miratuara nga MSHMS në konsumin e barnave dhe materialeve mjekësore të përgjithshme të realizuar për vitin paraardhës dhe nevojat për vitin pasardhës sipas nevojave të çdo shërbimi, të dokumentuara në subjekt, të argumentuara dhe të miratuara sipas akteve ligjore dhe nënligjore në fuqi. Ky planifikim duhet të sigurojë vazhdimësinë e aktivitetit normal të shërbimeve shëndetësore spitalore, deri në realizimin e procedurave të blerjes për vitin pasardhës, për moskrijimin e stokeve të panevojshme në përgjegjësi të spitalit.
4. Blerja e barnave dhe materialeve të konsumit për përdorim spitalor, duhet të bëhet në përputhje aktet ligjore e nënligjore në fuqi.
5. Barnat që qarkullojnë në sistemin shëndetësor (spitalor) publik, përveç pullës së kontrollit, duhet detyrimisht të jenë të vulosura edhe me vulën me bojë të kuqe me mbishkrimin: “Përdorim Spitalor-Ndalohet Shitja”, përveç rasteve të dhuratave apo donacioneve nga kompani të ndryshme. Në rastin e fundit duhet të jenë të dokumentuara me dokumentacionin përkatës.
6. Në spital, lejohet të qarkullojnë barna që mbajnë pullë kontrolli me çmim për rrjetin e hapur farmaceutik dhe brenda afatit të skadencës, të cilat blihen për domosdoshmëri shërbimi dhe në sasi të limituara, vetëm nëse ato mbajnë vulën me bojë të kuqe me mbishkrimin “Përdorim Spitalor-Ndalohet-Shitja”.
7. Spitali (Farmacia) të inventarizojë me proces-verbal të veçantë të gjitha barnat e skaduara të cilat janë gjendje, duke specifikuar sasinë, datën e skadencës dhe serinë për secilin bar. Këto barna të ruhen deri në asgjësimin e tyre sipas rregullave dhe udhëzimeve përkatëse.
8. Qarkullimi i barnave në spital të bëhet sipas kërkesës së shërbimit, bazuar në protokollet mjekësore të miratuara, dhe referuar kartelës mjekësore të pacientit. Ky qarkullim të jetë konform të gjitha rregullave dhe udhëzimeve të miratuara nga administrata e spitalit.

Neni 14

Mënyra e ushtrimit të kontrollit në spital

Me qëllim zbatimin e saktë të detyrimeve të kësaj kontrate, si dhe buxhetit të akorduar, si dhe duke u bazuar në analizën e riskut, Fondi (strukturat e autorizuara nga Fondi) kontrollon, inspekton dhe monitoron spitalin si më poshtë:

1. Planifikimin, përdorimin dhe zbatimin e buxhetit të miratuar nga Fondi, në zbatimin të ligjshmërisë për:
 - a) veprimet ekonomike të realizuara me anë të llogarisë në thesar/bankë dhe me likuiditetet në arkë, si dhe përdorimin e likuiditeteve sipas destinacionit të miratuar;
 - b) blerjet me vlera të vogla, prokurimet publike me vlera të mëdha dhe të vogla, sipas fondeve të vendosura në dispozicion nga Fondi;
 - c) hartimin, lidhjen dhe zbatimin e kontratave me operatorët ekonomik për blerjen e mallrave dhe shërbimeve;
 - d) pagesat e kryera për pagat dhe shpërblimet dhe respektimin e strukturës së personelit të miratuar për spitalin nga MSHMS;
 - e) likuidimin në kohë ndaj shtetit të detyrimeve tatimore, taksave dhe sigurimeve;
 - f) përdorimin e të ardhurave dytësore sipas bazës ligjore në fuqi;
 - g) hartimin dhe programimin e treguesve ekonomiko-financiar (për financimet e bëra nga Fondi);
 - h) inventarizimin e aktiveve, vlerave materiale, zbatimin e afateve ligjore të inventarizimeve, nxjerrjen dhe sistemimin e diferencave (për financimet e bëra nga Fondi);
 - i) Realizimin e Auditimit klinik dhe indikatorëve të tij.
2. Verifikimin e saktësisë së informacionit të dërguar nëpërmjet pasqyrave dhe evidencave në Fond.
3. Llogaritjen e shpenzimeve faktike sipas analizës së shpenzimeve, treguesit e shpenzimeve faktike, llogaritjen e indikatorëve të cilësisë së performancës, treguesit e efikasitetit spitalor, zbatimin e normativave të materialeve të konsumit.
4. Dokumentacionin mjekësor dhe kartelat klinike, kartelat personale, fletëdaljet nga spitali dhe regjistrat tip për:
 - a) zbatueshmërinë e rregullave të shtrimeve dhe trajtimit në spital;
 - b) zbatueshmërinë e sistemit të referimit;
 - c) zbatueshmërinë e akteve administrative të MSHMS dhe Fondit për sa i përket konsultave mjekësore dhe rekomandimit të barnave për trajtim të mëtejshëm;
 - d) bazueshmërinë e planifikimit të shpenzimeve të trajtimit bazuar në praktikat klinike mjekësore ose protokollet e diagnostikimit dhe mjekimit.
5. Mbajtjen e kontabilitetit mbështetur në legjislacionin në fuqi. Mbylljen e llogarisë vjetore dhe përgatitjen e bilancit kontabël dhe pasqyrave financiare për pjesën e financiar nga Fondi.

6. Zbatimin e sistemit të referimit për identifikimin e personave që marrin shërbim shëndetësor në të gjithë shërbimet spitalore.
7. Plotësimin e saktë të kartelave mjekësore individuale të pacientëve, ambulatorë dhe të shtruarve në spital, në të gjitha rubrikat që ajo përmban.
8. Administrimin e barnave dhe materialeve mjekësore nga ana e spitalit.
 - a) Planifikimi sipas nevojave në sasi dhe llojshmëri të mallrave dhe shërbimeve;
 - b) Blerja mbështetur në legjislacionin për prokurimet;
 - c) Ruajtja në parametrat e duhur dhe shpërndarja brenda spitalit sipas nevojave dhe dokumentacionit justifikues.
9. Zbatimin e detyrave të lëna nga strukturat kontrolluese të Fondit (strukturat e autorizuara).
10. Zbatimin e detyrimeve kontraktuale për implementimin e paketave shëndetësore të miratuara me VKM, sipas shërbimeve mjekësore përkatëse, (sipas aneksit të paketave pjesë përbërëse e kësaj kontrate).
11. Zbatueshmërinë e çdo detyrimi tjetër që buron nga ligjet, aktet nënligjore si dhe nga kjo kontratë.

Neni 15

Sanksionet

Fondi gëzon të drejtën e vendosjes së sanksioneve kur pas kontrolleve të ushtruara konstaton shkelje të detyrimeve të kësaj kontrate dypalëshe. Sanksionet do të jenë në formë gjobash dhe kushti penal. Mënyra e vënies së gjobës bëhet sipas procedurës së parashikuar në legjislacionin në fuqi. Gjobat ekzekutohen nga Drejtori i Spitalit, dhe procedura e arkëtimit bëhet sipas akteve ligjore dhe nënligjore.

Neni 16

Dëmi ekonomik

1. Në rast se pas kontrolleve të ushtruara nga Fondi (strukturat e autorizuara nga Fondi) rezulton se, Spitali ka përdorur financimet e marra jashtë destinacionit të përcaktuara në nenin 3 të kësaj kontrate, ai duhet t'i kthejë ato në vlerën e plotë të përdorur.
2. Kur konstatohet dëm ekonomik i shkaktuar nga veprimi ose mosveprimi i personave të punësuar në spital, atëherë personat përgjegjës detyrohen të zhdëmtojnë dëmin ekonomik në masën 100 % të tij. Cilësohet dëm ekonomik për t'u zhdëmtuar edhe gjobat dhe interesat e

vendosura nga organet e administratës tatimore për pagesat me vonesë të kontributeve të sigurimeve shoqërore e shëndetësore dhe pagesën e ndalesës së tatimit mbi të ardhurat.

3. Spitali detyrohet të zhdëmtojë Fondin (strukturat e autorizuara nga Fondi), duke u bazuar në koston për ditë-qëndrimi të të sëmurit në spital për rastet:
 - a) Trajtime të pacientëve me kohëzgjatje jashtë praktikave mjekësore dhe protokolleve të diagnostikimit dhe mjekimit, apo të paargumentuara klinikisht;
 - b) Trajtime të pacientëve në spital, të pamotivuara, që sipas Rregullores së Përgjithshme të Funksionimit të Spitalit duhet të trajtohen ambulatorisht.
4. Spitali zhdëmton Fondin (strukturat e autorizuara nga Fondi) 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;
 - b) blen barna, reagentë, filma, materiale për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial, jashtë afatit të skadencës ose me afat të afërt skadence me pasojë skadimin e tyre para kohës së përdorimit;
 - c) blen barna, kite, reagentë, filma, materiale për përdorim spitalor dhe mallrave të ndryshëm ushqimor dhe/ose industrial mbi sasinë e nevojshme të kontraktuar;
 - d) blen barna, kite, reagentë, filma dhe materiale për përdorim spitalor jashtë shërbimeve mjekësore të ofruara;
 - e) blen barna pa pullë kontrolli dhe pa vulë të kuqe me mbishkrimin “Përdorim Spitalor-Ndalohet shitja” dhe që nuk kanë përmbajtjen e nevojshme të parametrave të përshkruara në ligjin e barnave.
5. Spitali përjashtohet nga përgjegjësia për zhdëmtim barnash, vetëm kur i krijohen stoqe për shkak se barnat pas blerjes, u hiqet e drejta e përdorimit dhe janë ç`rregjistruar me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.

Neni 17

Gjobat

1. Për mosdërgim të të dhënave në Fond për një periudhë mbi 6 (gjashtë) muaj sipas përcaktimeve të anekseve të kësaj kontrate, Spitali gjobitet në masën deri në 1.000.000 (një milion) lek.
2. Spitali gjobitet në masën deri 500.000 (pesëqind mijë) lek në rast:
 - a) Mosdhënie shërbimi për pacientët në nevojë kur kushtet dhe mundësitë e spitalit e mundësojnë atë.

- b) Dhënien e shërbimit shëndetësor jo në përputhje me standardet profesionale dhe etike të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale dhe Urdhërat e Profesionistëve.
3. Procedura e arkëtimit dhe e ekzekutimit të gjobës bëhet sipas akteve ligjore dhe nënligjore në fuqi.

Neni 18

Kushti penal

Pas çdo kontrolli të ushtruar në spital në varësi të shkeljeve të konstatuara, nxirret përgjegjësia individuale e personave përgjegjës dhe merret masa e kushtit penal si më poshtë:

I. Kusht penal në masën 1,000 (një mijë) lekë, për rastet që vijnë:

1. Mosplotësimin e kartelës klinike dhe regjistrave në të gjitha rubrikat dhe rekomandimin tip, nga personeli përgjegjës mjekësor, për secilin rast.
2. Mosplotësimin e “Pasqyra të shpenzimeve faktike”, si pjesë përbërëse e kartelës, për secilin rast.
3. Mosafishimin dhe moszbatimin e tarifave të pagesave të miratuara në shërbimin shëndetësor.

II. Kusht penal në masën 5,000 (pesëmijë) lekë, për rastet që vijnë:

1. Mos dërgimi i pasqyrave, vonesa të pamotivuara, pasaktësi në plotësimin dhe raportimin e pasqyrave dhe evidencave statistikore, (pasqyrat sipas Aneksit Nr. 2, të kësaj kontrate).
2. Mosvënien e diagnozës klinike brenda afateve të përcaktuara.
3. Mosplotësimi i anamnezës në kartelën e shtrimit, diagnozës klinike dhe epikrizës së daljes.
4. Mosndjekja e përditshme e dekursit dhe terapisë ditore.
5. Mosregjistrimi dhe mosdërgimi në afatet e përcaktuara i të dhënave elektronike.
6. Për moszbatim të përcaktimeve të pikave 3 dhe 4 të nenit 7, për secilin rast.
7. Për moszbatim të saktë të procedurës së shpërndarjes së barnave e materialeve mjekësore brenda spitalit në të gjitha hallkat sipas nevojave dhe dokumentacionit justifikues.

III. Kusht penal në masën 10,000 (dhjetë mijë) lekë, për rastet që vijnë:

1. Mosrespektimit të kriterëve të vendosura nga MSHMS në lidhje me përcaktimin e gjendjes së pacientit lidhur me shtrimin në spital sipas nevojës.
2. Moszbatimi i përcaktimeve sipas nenit 6, pika 6, për secilën nënpikë.
3. Për moszbatim të përcaktimeve të pikës 6, të nenit 7, për secilën nënpikë (për secilin rast).
4. Për moszbatim të përcaktimeve të pikës 7, të nenit 7, për secilin rast.
5. Mos hapja e kartelës klinike 24-orëshe për pacientët që trajtohen në shërbimin e pranim-urgjencës dhe marrin mjekim ose u kryhen ekzaminime dhe manipulime të ndryshme.

6. Mosmbyllja dhe mosdorëzimi në kohë i kartelës mjekësore në sektorin e statistikës mjekësore të spitalit në afatin 5 (pesë) ditë nga dalja e pacientit nga spitali, përveç rasteve të përcaktuara (ekzaminim Anatomo-Patologjik dhe Imuno-Histokimik).
7. Mosrespektimin e sistemit të referimit nga personeli mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimit.
8. Mospërdorimi i regjistrave tip sipas Aneksit Nr. 4 të kontratës “Modeli i regjistrave të Spitalit”, (përveç rasteve ku mundësohet sistemi EHR).
9. Moskthimit të projektit të raportit të kontrollit të nënshkruar brenda afatit.
10. Moszbatim të afatit të kërkuar në lidhje me kthim përgjigje për masat e marra për zbatimin e detyrave të lëna nga strukturat kontrolluese të Fondit.

IV. Kusht penal në masën 30,000 (tridhjetë mijë) lekë, për rastet që vijojnë:

1. Mosrespektimi i përsëritur i sistemit të referimit nga personeli mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimit.

Masat e kushtit penal të parashikuar në nenin 18, pika I, II, III dhe IV vendosen nga strukturat kontrolluese të Fondit, ekzekutohen nga Drejtori i Spitalit, si dhe procedura e arkëtimit bëhet sipas akteve ligjore dhe nënligjore përkatëse në fuqi.

Neni 19

Zgjidhja e kontratës

1. Shkeljet e rënda me faj dhe shkelje të lehta të përsëritura të detyrimeve kontraktore nga spitalet, si dhe refuzimi për t’u nënshtruar kontrollit dhe inspektimeve që ushtrohen nga Fondi, përbëjnë shkak për zgjidhjen e kësaj kontrate.
2. Fondi zgjidh kontratën me spitalin edhe në rastin kur analiza e performancës tregon se spitali nuk përmbush kriteret që miraton Këshilli Administrativ për lidhjen e kontratave.
3. Përpara zgjidhjes së kontratës, Fondi duhet të informojë MSHMS, si dhe t’i caktojë Spitalit një afat të caktuar kohor, brenda të cilit duhet të plotësojë kriteret.
4. Në të gjitha rastet e zgjidhjes së kontratës të përcaktuar në këtë nen Fondi njofton Operatorin rajonal me shkrim përpara se të fillojnë procesin e ndërprerjes së kontratës brenda afateve ligjore.

Neni 20

Masa të tjera

1. Në rast se gjatë kontrollit të ushtruar nga Fondi konstatohen blerje mallra e shërbime me tejkalime të buxhetit të planifikuara, i propozohet nënpunësit të parë autorizues, gjobitja e nënpunësit autorizues dhe/ose nënpunësit zbatues, me gjobë e cila varion nga 5-7 paga mujore.

2. Për mospërmbushje të detyrimeve të tjera kontraktuale, Fondi i kërkon sipas rastit Drejtorit të Spitalit për marrjen e masave për punonjësit përkatës sipas Statutit dhe Rregullores së Spitalit.
3. Në rast se gjatë kontrollit të ushtruar nga Fondi konstatohet se për shkeljet e mësipërme Drejtori i Spitalit dhe/ose personi përgjegjës, nuk ka zbatuar sanksionet e vendosura dhe kur ato nuk përbëjnë veper penale, do të konsiderohen si shkelje administrative të cilat ndëshkohen me gjobë nga 1 deri në 2 paga mujore.
4. Mospërmbushja e detyrimeve kontraktuale nga ana e Spitalit, si dhe mosreagimi i vazhdueshëm ndaj rekomandimeve të kontrollit të Fondit, i japin të drejtën Fondit t’i drejtohet MSHMS duke i propozuar shkarkimin e Drejtorit të Spitalit.

Neni 21

Ankimi Administrativ

1. Subjekti ose personi përgjegjës ndaj të cilit është vendosur një sanksion sipas parashikimeve të kësaj kontrate, ka të drejtën e ankimit pranë Komitetit të Shqyrtimit Administrativ të Fondit, brenda 30 ditëve nga marrja në dijeni e vendimit me sanksionin përkatës.
2. Ankimi administrativ duhet të përmbajë këto elemente:
 - a) subjektin që ushtron ankimin me të dhënat identifikuese dhe adresën e tij;
 - b) procedurën konkrete për të cilën paraqitet ankimi;
 - c) një përshkrim të shkurtër të shkeljes së pretenduar dhe bazën ligjore përkatëse;
 - d) pretendimin e ankuesit për vendimin përfundimtar;
 - e) provat dhe dokumentacionin përkatës të cilat kërkohen të shqyrtohen nga Komiteti.
3. Komiteti i Shqyrtimit Administrativ shqyrton brenda 30 ditëve ankimin e paraqitur në përputhje me kërkesat e pikës 2, të këtij neni, por jo më vonë se afati i përfundimit të procedurës administrative.
4. Ankimi administrativ i paraqitur në përputhje me kërkesat e këtij neni, pezullon ekzekutimin e vendimit deri në vënien në dijeni të ankuesit me vendimin e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ.
5. Kundër vendimit të Komitetit subjekti mund të ankohet në Gjykatën Administrative të Shkallës së Parë.

Neni 22

Ndryshimet e kontratës

1. Kjo kontratë mund të ndryshojë vetëm me shkrim dhe me vullnetin, dhe pëlqimin e të dyja palëve.

2. Çdo ndryshim, shtesë ose shfuqizim i plotë ose i pjesshëm i kësaj kontrate nuk do të ketë fuqi nëse nuk është kryer me shkrim dhe nënshkruar nga të dyja palët kontraktuese/përfaqësuesit e autorizuar të tyre.

Neni 23

Zgjidhja e mosmarrëveshjeve

1. Palët kontraktuese respektojnë legjislacionin shqiptar në fuqi dhe përpiqen që mosmarrëveshjet që mund të lindin gjatë realizimit të kontratës, t'i zgjidhin me mirëkuptim midis tyre.
2. Pala që gjykon se ekziston një mosmarrëveshje, njofton palën tjetër duke bërë një përshkrim të plotë të çështjeve që kërkojnë zgjidhje.
3. Palët kontraktuese të përfshira në mosmarrëveshje duhet të bëjnë personalisht apo nëpërmjet përfaqësuesve të autorizuar të tyre përpjekje për zgjidhjen e mosmarrëveshjes, mbi parimin e ruajtjes së vazhdimësisë së punës.
4. Nëse palët kontraktuese apo përfaqësuesit e tyre të autorizuar nuk janë në gjendje të zgjidhin mosmarrëveshjen, brenda 14 (katëmbëdhjetë) ditësh nga marrja e njoftimit apo për një kohë më të gjatë të miratuar nga palët, njëra palë njofton palën tjetër se çështja nuk është zgjidhur.
5. Për të gjitha mosmarrëveshjet që nuk mund të zgjidhen me mirëkuptim, organi kompetent është Gjykata Administrative e Shkallës së Parë, ku ushtron aktivitetin.

Neni 24

Hyrja në fuqi

1. Kjo kontratë është përpiluar në 2 (dy) kopje origjinale në gjuhën shqipe dhe secila nga palët mban nga 1 (një) kopje.
2. Kontrata pasi u lexua nga palët, u konsiderua e redaktuar sipas pëlqimit të tyre dhe u nënshkrua me vullnetin e tyre të lirë e të pavesuar.
3. Kjo kontratë hyn në fuqi me nënshkrimin e saj nga palët dhe i shtrin efektet e saj nga data 01. 01.2024 deri në 31.12.2024. Ky afat mund të ndryshojë me miratimin e përbashkët me shkrim të palëve.

Kjo kontratë firmoset nga:

Për Drejtorinë Rajonale të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor

..... Emri/Mbiemri dhe firma e Drejtorit të DRF

Për Spitalin Rajonal “Memorial”, në Fier

..... Emri/Mbiemri dhe firma e Drejtorit të Spitali

ANEKSI NR. 1**LISTA E SHËRBIMEVE SPITALORE QË DO TË FINANCOHEN NGA FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR VITIN 2024****ANEKSI NR. 2****Pasqyrat që evidentojnë aktivitetin spitalor dhe dërgohen në Fond**

Nr. i Pasqyrës	Emërtimi i pasqyrave	Periodha e Raportimit
1	Pasqyra e aktivitetit të shërbimeve mjekësore me shtretër	Mujore
2	Pasqyra e aktivitetit të urgjencës mjekësore	Mujore
3	Pasqyra e aktivitetit në zbatim të sistemit të referimit në poliklinikën e specialiteteve	Mujore
4	Pasqyra e ekzaminimeve biokimike – klinike	Mujore
5	Pasqyra e ekzaminimeve mikrobiologjike dhe imunologjike	Mujore
6	Pasqyra e ekzaminimeve radiologjike dhe endoskopike	Mujore
6/1	Pasqyra e ekzaminimeve në shërbime të ndryshme	Mujore
7	Pasqyra e burimeve njerëzore të spitalit	3-Mujore
8	Pasqyra e kostos (shpenzimeve faktike) sipas shërbimeve dhe diagnozave	Mujore
8/1	Pasqyra e kostos (shpenzimeve faktike) sipas shërbimeve dhe diagnozave për pacientët e huaj jo-rezident	3- Mujore
9	Pasqyra e shpenzimeve faktike sipas shërbimeve mjekësore në shërbimet me kartelë mjekësore, të dhënat e të cilëve përpunohen nga softi	Mujore
9/1	Pasqyra treguesve të shpenzimeve faktike sipas shërbimeve mjekësore	Mujore
10	Pasqyra e shpenzimeve faktike të shërbimeve mbështetëse mjekësore&urgjencës	Mujore
11	Situacioni mujor i shpenzimeve	Mujore
12	Pasqyra e realizimit dhe përdorimit të të ardhurave dytësore	Mujore
13	Lista e indikatorëve të performancës dhe cilësisë	6 -Mujore
14	Pasqyra e mortalitetit sipas sëmundshmërisë, seksit dhe grupmoshave	Vjetore

15	Pasqyra mujore e aktivitetit të paketave shëndetësore të kardiologjisë dhe kataraktës (nese ofrohen)	Mujore
----	--	--------

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

Kjo pasqyrë dërgohet elektronikisht në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike progresive çdo 3-6-9-12 muaj. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi. Personi i ngarkuar

PASQYRA E AKTIVITETIT NË ZBATIM TË SISTEMIT TË REFERIMIT NË POLIKLINIKËN E SPECIALITETEVE Pasqyra Nr. 3
Periudha _____

Nr.	Shërbimet	Të vizituar/konsultuar									
		Gjithsej	Të siguruar				Të pasiguar				
			Të reko manduar	Të parekomanduar	Gjithsej	Numër MA	Të rekomanduar	Të parekomanduar	Gjithsej	NumërMA	Shtetas të huaj jo rezident
1	2	3=6+10	4	5	6=4+5	7	8	9	10=8+9	11	12
1	Pneumonologji										
2	Kardiologji										
3	Nefrologji										
4	Endokrinologji										
5	Dermatologji										
6	Hematologji										
7	Neurologji-psikiatri										
8	Gastro-hepatologji										
9	Alergologji										
10	Reumatologji										
11	Kujdesi paliativ										
12	Shërbimi Infektivit										
13	Kirurgji										
14	Kirurgji e pergjithshme										
15	Ortopedi										
16	Urologji										
17	Shërbimi ORL										
18	Shërbimi i Okulistikës										
19	Shërbimi i Okologjisë										
20	Shërbimi i Pediatriës										
21	Obstetrikë-Gjinekologji										
	TOTALI										

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike progresive 3-6-9-12 muaj. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi. (Personi i ngarkuar)

PASQYRA E EKZAMINIMEVE BIOKIMIKE – KLINIKE

Pasqyra Nr. 4

Periudha _____

Nr.	Analizat e Laboratorit Klinik-Biokimik	Numri i ekzaminimeve						TOTAL
		Te siguruar			Te pasiguruar			
		Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	
1	Glicemia							
2	Azotemia							
3	Kreatina							
4	Uricemi							
5	Bilirubine Totale							
6	Bilirubine Direkte							
7	Bilirubine Indirekte							
8	ALAT							
9	ASAT							
10	GGT							
11	Fosfataza alkaline							
12	LDH							
13	CPK							
14	CK-MB							
15	Amilazemi							
16	CHE (CHOLINESTERASE)							
17	Proteina totale							
18	Albumine							
19	Microalbuminë							
20	Lipidogramë Kolesterol							
21	Lipidogramë Trigliceride							
22	Lipidogramë HDL Kolesterol							
23	Lipidogramë LDL Kolesterol							
24	Sideremi							
25	HBA1c							
26	Elektrolitet në gjak Na							
27	Elektrolitet në gjak K							
28	Elektrolitet në gjak Cl							
29	Kalcium total							
30	Phosfor							
31	Magnesium							
32	Analiza e Gazeve ne Gjak							

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

33	PT							
34	APTT							
35	Faktori VIII							
36	Faktori IX							
37	Fibrinogjeni							
38	Elektroforeza e proteinave							
39	Elektroforeza e Hb							
40	TSH							
41	FT3							
42	FT4							
43	FSH							
44	LH							
45	PRL							
46	Estradiol							
47	Progesteron							
48	Testosteron							
49	DHEAS							
50	Kortizoli							
51	Beta HCG							
52	GH							
53	Carbamazepine (tegretol)							
54	Troponinë (TPI)							
55	PSA							
56	CEA							
57	AFP							
58	Ca 15-3							
59	Ca 125							
60	Ca 19-9							
61	Ferritine							
62	Gjak komplet (Hemogramë)							
63	ESR							
64	Formulë mjeku në mikroskop							
65	Mielograma							
66	Urine komplet							
67	Likide							
68	Celula LE							
69	Sekrecione nazale për eozinofile							
70	FBOT (fece gjak okult test)							
	TOTALI							

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike progresive 3-6-9-12 muaj. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi. Personi i ngarkuar.

PASQYRA E EKZAMINIMEVE MIKROBIOLOGJIKE DHE IMUNOLOGJIKE
Periudha _____

Pasqyra Nr. 5

Nr	Analizat Mikrobiologjike dhe imunologjike	Numri i ekzaminimeve						Total
		Te siguruar			Te pasiguar			
		Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	
1	Kulture sputumi							
2	Hemokulture							
3	Likidet sterile							
4	Kulturat e pusuve							
5	Sekrecionet vaginale per koke+candida							
6	Sekrecionet vaginale Trikomonas							
7	Ekzaminimi per leishmania							
8	Urokultura							
9	Ekzaminimet per myk							
10	Ekzaminimet per malarje							
11	Fecet per parazit							
12	HbsAg							
13	Wright							
14	Widal							
15	Weil-Felix							
16	Ekzaminimet per gonore							
17	Spermokultura							
18	Pus per antibiogram							
19	Koprokultura							
20	Sekrecione gryke per koke							
21	Sekrecione hunde veshi per koke							
22	Sekrecione gryke hunde per kandida							
23	Tokso Ig G							
24	Tokso Ig M							
25	Anti Antitoxoplazmoze							
26	Anititr Ani-ekinokok							
27	Rubeole Ig G							
28	Rubeole Ig M							
29	C.V.M. Ig G							
30	C.V.M. Ig M							
31	Herpes							
32	Klamidia							
33	Anti hiv 1+ 2							
34	VDRL							
35	Anti HAV							

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

36	Anti HBC							
37	Anti HBS							
38	Anti HCV							
39	Tet							
40	Depistim ambjenti							
41	Ureoplazma - Mycoplazma							
42	Kulture syri							
43	Kordon unbilikal							
44	Toxo IGM standart 1							
45	Toxo IGM control 1							
46	Toxo IGM control 2							
47	Toxo IGG standart 1							
48	Toxo IGG control 1							
49	Toxo IGG control 2							
50	CMV IGM standart 1							
51	CMV IGM control 1							
52	CMV IGM control 2							
53	CMV IGG standart 1							
54	CMV IGG control 1							
55	CMV IGG control 2							
	Totali							

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike progresive 3-6-9-12 muaj. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi. Personi i ngarkuar.

PASQYRA E EKZAMINIMEVE RADIOLOGJIKE DHE ENDOSKOPIKE

Pasqyra Nr. 6

Periudha _____

Nr.	Ekzaminimet radiologjike dhe endoskopike	Numri i ekzaminimeve						Total
		Te siguruar			Te pasiguar			
		Të shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	Të shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	
1	Rentgenoskopi Toraksi							
2	Rentgenoskopi Stomaku							
3	Rentgenografi Stomaku seriog							
4	Rentgenografi gastro- intestinale							
5	Rentgenografi gastrointestinale seriog							
6	Rentgenografi i vertebrd ne 1 proj.							
7	Rentgenografi e gjithë kol. vertebrale							
8	Rentgenografi e kokes							
9	Radiografi Panotamex							
10	Irrigoskopi + grafi							
11	Urografi intraven.kont 60 %							
12	Urografi intraven.kont 75 %							
13	Cistografia miksionale							

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

14	Rentg.te ndryshme 1 proj.								
15	Kolecistografia intraven.								
16	Kolecistografia orale								
17	Rezonanca Manjetike								
18	Ekografia								
19	Ekografi te # me print.								
20	Radiografi Thoraxi								
21	Hysterosalpinografi								
22	Kolposkopi								
23	Çdo seancë fizioterapie								
24	Mamografia								
25	Fibrobronkoskopi								
26	Fibrogastroskopi								
27	Fibrokolonoskopi								
28	Rektoromanoskopi								
29	Scaner								
30	Te tjera (specifiko)								
	Totali								

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike progresive 3-6-9-12 muaj. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi. Personi i ngarkuar.

PASQYRA E EKZAMINIMEVE NË SHËRBIME TË NDRYSHME
Periudha _____

Pasqyra Nr. 6/1

Nr.	Ekzaminimet	Numri i ekzaminimeve						TOTAL
		Te siguruar			Te pasiguruar			
		Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	Te shtruar	Ambulator	Nga urgjenca	
1	EKG							
2	Prova e holterit							
3	Prova ushtrimore e biçikletes							
4	EKO Kardiake							
5	Fundus oculi							
6	Të tjera (specifiko)							
	TOTALI							

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike progresive 3-6-9-12 muaj. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi. Personi i ngarkuar.

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

PASQYRA E BURIMEVE NJERËZORE TË SPITALIT
 Periudha _____

Pasqyra Nr. 7

NR	Shërbimi	Mjekë (1)		Infermierë(2)		Arsimi (Infermierë)		Të tjerë (3)		Grada Shkencore			Totali =(1+2+3)	
		plan	fakt	plan	fakt	lartë	mesëm	plan	fakt	Profesor	D.Shken cash	Master	plan	fakt
A	Shërb.Mjeksi e Përgjithshme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	Pneumonologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	Kardiologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	Nefrologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4	Endokrinologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5	Dermatologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	Neurologji-psikiatri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	Gastro-hepatologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
8	Alergologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
9	Reumatologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10	Kujdesi paliativ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
11	Shërbimi Kirurgjisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
12	Kirurgji e Përgjithshme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
13	Ortopedi-Traumë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
14	Urologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
15	Anestezi-Reanimacioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
16	Shërbimi ORL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
17	Shërbimi i Okulistikës	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
18	Shërbimi i Pediatriisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
19	Pediatria Infektive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
20	Obstetrikë-Gjinekologji	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
21	Shërbimi i Imazherisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
22	Shërbimi i Laboratorëve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
23	Shërbimi i Farmacisë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
24	Shërb.Urgjencës	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
25	Te tjera.. shërbime	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26	Administrata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.1	Drejtor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.2	Nëndrejtor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.3	Ekonomist	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.4	Spec.të tjerë me arsim të lart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.5	Psikolog	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.6	Infermiere	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.7	Teknikë/punetorë	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26.8	Sanitare													
	Totali =(shuma nga 1-26)													

VO:Kjo pasqyrë dërgohet në DSHSU brenda datës 20 të muajit të parë të **Tremujorit Pasardhës** në formë elektronike **dhe paraqet numrin sipas kategorive të personelit në muajin Mars/ Qershor/Shtator dhe Dhjetor**

Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

PASQYRA E KOSTOS (SHPENZIMEVE FAKTIKE) SIPAS SHËRBIMEVE DHE DIAGNOZAVE
Periudha _____

Pasqyra Nr. 8

Shërbimi	Kodi Diagnozes	DIAGNOZA	Nr. kartelave	Barna	Dieta ushqim	Ekzaminime	Mat.mjeks & Sterilizimi	Trasfuz, gjak+plazem	Paga&Sig	Shp. Direkte	Shp. Indirekte	Totali Shpenzimeve
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12=4+5+6+7+8+9+10+11

Kjo pasqyrë prodhohet nga softi kompjuterik i instaluar nga Spitali/Fondi (Llogaritja e shpenzimeve faktike) dhe dërgohet në Fond brenda datës 20 të muajit pasardhës. Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike dhe progresive. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar

PASQYRA E KOSTOS (SHPENZIMEVE FAKTIKE) SIPAS SHËRBIMEVE DHE DIAGNOZAVE PËR PACIENTËT E HUAJ JO-REZIDENTË
Pasqyra Nr. 8/1

Emëri pacienti	Mbimëria	Shtetësia	Shërbimi	Kodi i diagnozës	Diagnoza	Nr. Kartelave	Kosto totale e Bar nave	Kosto totale e Dietave/ ushqim	Kosto totale e Ekzaminimeve imazherike & laboratorike	Kosto totale e Materialeve Mjekësore	Kosto totale e Trasfuz, gjak+plazem	Paga & Sig	Shpenzime Direkte totale	Shpenzime Indirekte totale	Totali Shpenzimeve për të gjithë ditëqëndrimin 16=8+9+10+11+12+13+14+15	Data shtrimit	Data daljes	

Kjo pasqyrë dërgohet në DRF çdo 3- muaj (progresive) brenda datës 20 të muajit korinspodues. Pasqyra dërgohet në formë të printuar (shkresore) vjetore, ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar

PASQYRA E SHPENZIMEVE FAKTIKE SIPAS SHËRBIMEVE MJEKËSORE NË SHËRBIMET ME KARTELE MJEKËSORE, TË DHËNAT E TË CILËVE PERPUNOHEN NGA SOFTI.

Pasqyra Nr. 9

Periudha _____

NR	SHËRBIMI	Nr. Karte lave	Shp. për barna	Shp.Mat/Ndih/ Mjeksore Shpenzime Mat.Mjeksore	Shp.Ekzaminime	Shp. Diet ushq.	Shp. Trans./Gjak	Shp. Për Paga ,sig	Shp. Tjera Direkte	Shp.Indirekte.	Totali Shpenzimeve.	Shpenzime Mesat/Rast
1	Shërbimi i Mjekësisë së Përgjithshme											
1.1.	Pneumonologji											
1.2.	Kardiologji											
1.3.	Nefrologji											
1.4.	Endokrinologji											
1.5.	Dermatologji											
1.6.	Neurologji-psikiatri											
1.7.	Gastro-hepatologji											
1.8.	Alergologji											
1.9.	Reumatologji											
1.10.	Kujdesi paliativ											
1.11	Hematalogji											
2	Shërbimi Kirurgjisë											
2.1.	Kirurgji e pergjithshme											
2.2	Ortopedi-Traumë											
2.3.	Urologji											
3	Anestezia-Reanimacioni											
3.1.	Shërbimi ORL											
3.2	Shërbimi i Okulistikës											
4	Shërbimi i Pediatrisë											
4.1	Pediatraia infektive											
5	Obstetrikë-Gjinekologji											
6	Shërbimi Infektivit											
7	Shërbimi i Onkologjis											
8	Shërb. të tjera											
	Totali											

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond mujore brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike çdo muaj dhe progresive Në formë të printuar (shkresore) dërgohet vjetore ose çdo herë kur kërkohet nga Fondi. Personi i ngarkuar.

PASQYRA TREGUESVE TË SHPENZIMEVE FAKTIKE SIPAS SHËRBIMEVE MJEKËSORE

Pasqyra 9/1

Periudha _____

Nr	SHËRBIMET	Totali Shpenzimeve Faktike në lek	Numri Ditqëndrimit	Numri Rasteve	Shp.Mesat/Rast Në lek	Shpenz.mesatare /Dit/Pacient Në lek	Mesat. Dit/Qëndrimi
a	b	1	2	3	4=1/3	5=1/2	6=2/3
1	Shërbimi i Mjekësisë së Përgjithshme						
1.1.	Pneumonologji						
1.2.	Kardiologji						
1.3.	Nefrologji						
1.4.	Endokrinologji						
1.5.	Dermatologji						
1.6.	Neurologji-psikiatri						
1.7.	Gastro-hepatologji						
1.8.	Alergologji						
1.9.	Reumatologji						
1.10.	Kujdesi paliativ						
1.11	Hematologji						
2	Shërbimi Kirurgjisë						
2.1.	Kirurgji e përgjithshme						
2.2	Ortopedi-Traumë						
2.3.	Urologji						
3	Anestezi-Reanimcioni						
3.1.	Shërbimi ORL						
3.2	Shërbimi i Okulistikës						
4	Shërbimi i Pediatriës						
4.1	Pediatria infektive						
5	Obstetrik-Gjinekologji						
6	Shërbimi Infektiv						
7	Shërbimi i Onkologjisë						
8	Shërbime të tjera						
	Totali						

Kjo pasqyrë dërgohet në formë elektronike në Fond brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë progresive dhe elektronikisht . Në formë të printuar dërgohet vjetore ose çdo herë kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar

PASQYRA E SHPENZIMEVE FAKTIKE TË SHËRBIMEVE MBËSHTETËSE MJEKËSORE & URGJENCËS
Periudha _____

Pasqyra Nr. 10

Të dhënat janë në lekë

NR	SHËRBIMI	Shp. Për barna e material.	Shpenzime kite	Shpenzime gjak+plazme	Shpenzime	Shp. per Pagat	Shp. të tjera	Shpenzime	Shpenzimet Totale	Nr Total pacientëve të	Nr. Total.i Ekzaminim	Nr.Total. i ekzaminimeve radiologjike/imazh	Shpenzimet mesatare për pacient	Shpenzimet mesater per ekzaminim	Shpenzimet mesater per
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11=(3+4+5+6+7+8+9+10)	12	13	14	15=11/12	16=11/13	17=1/14
2	Shërbimi i Urgjencave														
2.1	Urgjenca e Pranimit (spitali nr 1)														
2.2	Urgjenca e Kirurgjisë së Përgjithshme (spitali nr. 2)														
2.3	Urgjenca e Pediatrisë (spitali nr 3)														
2.4	Urgjenca e ORL-Okulistikë (spitali francez)														
2.5	Urgjenca e Neurologjisë (spitali nr 5)														
2.6	Urgjenca e Djegje Plastikës														
2.7	Urgjenca e Infektivit														
2.8	Urgjenca e Psikiatrisë														
3	Shërbimi i Laboratorëve														
3.1	Shërbimi i Laboratorit të Anatomisë Patologjike														
3.2	Shërbimi labobortator të tjerë (nqs ka)														
4	Shërbimi i Imazherisë														
4.1	Shërbimi i Mjekësisë Nukleare														
	TOTALI														

Për shërbimin e urgjencës llogariten shpenzimet mesatare për pacient/për vizitë. b) Shërbimin e Radiologjisë/ imazherisë llogariten shpenzimet mesatare për ekzaminim. c) Për shërbimin e poliklinikës llogariten shpenzimet mesatare për pacient/vizitë.

Kjo pasqyrë dorëzohet në Fond çdo muaj ,brenda datës 20 të muajit pasardhës. Pasqyra dërgohet në formë elektronike dhe progressive çdo muaj. Në formë të printuar dërgohet vjetore ose kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar

SITUACIONI I SHPENZIMEVE PËR VITIN 2024

Pasqyra Nr. 11

KAPITULLI

PROGRAMI

KODI I DEGËS SË THESARIT _____

KODI I INSTITUCIONIT _____

NALIZA	E M E R T I M I	MUAJI		PROGRESIVI	
		PLAN	FAKT	PLAN	FAKT
600	PAGA, SHPERBLIME E SHPENZ. TJERA PERSONELI				
6001	PAGA TË PERSONELIT TË PERHERSHËM				
6001001	PAGA BAZË				
6001002	RAPORTE MJEKESORE TË PAGUARA NGA PUNËDHËNËSI				
6001003	SHTESE PAGE PER VJETERSI NE PUNË				
6001004	SHTESE PAGE PER VESHTIRESI DHE RREZIQE				
6001005	SHTESE PAGE PER FUNKSIONIN				
6001006	SHTESE PAGE PER TURNE TE DYTA E TE TRETA				
6001007	SHTESE PAGE PER LARGESI NGA QENDRA E BANIMIT (kompens.ushqimor)				
6001008	SHTESE PAGE PER KUALIFIKIM				
6001012	SHTESE PAGE DHE PAGE E MENJEHERSHME PER FUNKSIONARET E LARTE				
6001013	SHTESE PAGE PER PUNE JASHTE ORARIT				
6001014	SHTESE PAGE PER PUNONJESIT QE RREGULLOHEN ME AKTE TE VEÇANTA				
6001099	SHTESA PAGE TE TJERA (mjek roje)				
6002	PAGA TE PERSONELIT TE PERKOHSEM				
6002100	PAGA ME KONTRATE PER KOHE TE KUFIZUAR				
6002200	PAGA ME KONTRATE PER PUNE SEZONALE				
6002900	TE TJERA PAGA ME KONTRATE				
6003	SHPËRBLIME				
6003100	SHPERBLIME PER REZULTATE NE PUNE				
6003900	TE TJERA SHPERBLIME PER PERSONELIN				
6009000	SHPENZIME TË TJERA PERSONELI				
601	KONTRIBUTE TE SIGURIMEVE SHOQERORE E SHENDETESORE(30.7%)				
6010000	KONTRIBUTE PER SIGURIME SHOQERORE				
6011000	KONTRIBUTE PER SIGURIMET SHENDETESORE (1.7 %)				
602	MALLRA DHE SHERBIME TE TJERA				
6020	MATËRIALE DHE SHERBIME ZYRE DHE TË PËRGJITHSHME				
6020100	KANCELARI				
6020200	MATERIALE PER PASTRIM, DISINFETIM				
6020300	MATERIALE PER FUNKSIONIMIN E PAJISJEVE TE ZYRES (materiale disifektante)				
6020400	PJESE KEMBIMI,MATERIALE PER FUNKSIONIMIN E PAJISJEVE SPECIALE (MJEKESORE)				
6020500	BLERJE DOKUMENTACIONI &(MATERIALE SHTYPSHKRIMI)				
6020900	FURNIZIME DHE MATERIALE TE TJERA ZYRE DHE TE PERGJITHSHME				
6021	MATERIALE DHE SHERBIME SPECIALE				
6021001	UNIFORMA DHE TE TJERA VESHJE SPECIALE				
6021001	INVENTAR I BUTE NJE PERDORIMSH.....				

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

6021003	ILAÇE DHE MATERIALE MJEKESORE			
6021003	OKSIGJEN I LENGHEM SHENDETESOR.....			
6021003	PROTOKSID AZOTI.....			
6021004	FURNIZIME DHE SHERBIME ME USHQIMPER MENCAT (USHQIMI)			
6021007	LIBRA DHE PUBLIKIME PROFESIONALE			
6021009	MATERIALE DHE PAJISJE TE SHERBIMIT PUBLIK (LAVANTERIA)			
6021010	SHPENZIME PER PRODHIM DOKUMENTACIONI SPECIFIK			
6021099	TE TJERA MATERIALE DHE SHERBIME SPECIALE			
6022	<i>SHERBIME NGA TE TRETE</i>			
6022001	ELEKTRICITET			
6022002	UJE			
6022003	SHERBIME TELEFONIKE			
6022004	POSTA DHE SHERBIMI KORRIER			
6022005	SHERBIM PER NGROHJE (SOLAR & GAZOIL)			
6022007	SHERBIME BANKARE&C'doganime & TVSH per burimet radioaktive			
6022008	SHERBIME TE SIGURIMIT DHE RUAJTJES			
6022009	SHERBIME TE PASTRIMIT DHE GJELBERIMIT			
6022010	SHERBIME TE PRINTIMIT DHE PUBLIKIMIT			
6022011	KOSTO TRAINIMIT E SEMINAREVE			
6022099	SHPENZIME MIREMBAJTJE RRJETIT SIST.INFORMACIONIT KOMPJUTERIK			
6023	<i>SHERBIME TRANSPORTI</i>			
6023100	KARBURANT DHE VAJ			
6023200	PIESE KEMBIMI, GOMA DHE BATERI &LUBRIFIKANTE			
6023300	SHPENZIMET E SIGURACIONIT TE MJETEVE TE TRANS			
6023900	SHERBIME TE TJERA			
6024	<i>SHPENZIME UDHETIMI</i>			
6024100	UDHETIM I BRENDHEM			
6024200	UDHETIM JASHTJE SHETIT			
6025	<i>SHPENZIME PER MIREMBAJTJE TE ZAKONSHME</i>			
6025200	SHPENZIME MIREMBAJTJE OBJEKTE SPECIFIKE (APARAT.MJEKESORE)			
6025300	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E OBJEKTEVE NDERTIMORE			
6025400	SHPENZIME PER IMPJANISTIKEN			
6025500	SHPENZ. MIREMBAJ. APAR. PAJISJE TEKNIKE, VEGLA PUNE			
6025600	SHPENZIMEVE PER MIREMBAJTJEN E MJETEVE TE TRANSPORTIT			
6025800	SHPENZIME PER MIREMBAJTJEN E PAJISJEVE TE ZYRAVE			
6026	<i>SHPENZIME PER QIRAMARRJE</i>			
6026100	SHPENZIME PER QIRAMARRJE AMBIENTESH			
6026300	SHPENZIME QIRAMARRJE PER APARATE E PAJISJE TEKNIKE, MAKINERI			
6026400	SHPENZIME PER QIRAMARRJE MJETESH TRANSPORTI			
6026900	SHPENZIME TE TJERA QIRAJE			
6027	<i>SHPENZIME PER DETYRIME DHE KOMPENSIME LEGALE</i>			
6027400	SHPENZIME EKZEKUTIM VENDIME GJYQESORE PER LARGIM NGA PUNA			
6027500	SHPENZIME EKZEKUTIM TE DETYRIMEVE KONTRAKTUALE TE PAPAGUARA			
6027900	SHPENZ. PER KOMPENSIM TE TJERA TE PAPAGUARA			
6029	<i>SHPENZIME TE TJERA OPERATIVE</i>			
6029001	SHPENZIME PER PRITJE PERCJELLJE			
6029002	SHPENZIME PER AKTIVITETE SOCIALE PER PERSONELIN			

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

6029003	SHPENZIME GJYQESORE				
6029004	SHPENZIME PER SIGURIMIN E NDERTESAVE DHE TE TJERA KOSTO SIGURIMI TE NGJASHME				
6029005	SHPENZIME PER HONORARE				
6029007	SHPE.PJESEMAR.KONFERENCA &KOSTO PJESM.PROJ.				
6029008	SHPENZIME PER TATIME & TAKSA TE PAGUARA NGA INSTITUCIONI				
6029009	SHPENZIME PER TJERA SIST. ELEK.O.S.SH.				
6029009	SHPENZIME TE TJERA MATERIALE DHE SHERBIME OPERATIVE				
6029099	SHPENZIME TE TJERA				
	GJITHSEJ				
606					
	NUMRI I PUNONJESVE				

P/Sektorit Financës
Konfirmimi nga Dega e Thesarit

Drejtori ekonomik
Drejtori i spitalit

Kjo pasqyrë dorëzohet në Fond në formë elektronike brenda datës 5 të çdo muaji. Në formë të printuar vjetore ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

PASQYRA E REALIZIMIT DHE PERDORIMIT TE TE ARDHURAVE DYTESORE
 Për periudhen _____ 2024

Pasqyra Nr. 12

Nr	Burimi i të ardhurave	Mbetur pa përdorur nga viti i mëparshëm	Realizuar 2021	Përdorur 2021				Përdorur gjithsej	Mbetur pa përdorur
				600	601	602	230+231		
1	Pagesa për sistem. Referimit								
2	Nga tarifat e dokumentacionit për tenderat								
3	Nga shërbimi i parkingjeve								
4	Te ardhura nga veprime administrative								
5	Te tjera								
6									
	TOTALI								

P. Sektorit të Finances
Konfirmimi nga dega e thesarit

Kjo pasqyrë dërgohet çdo muaj në formë elektronike në Fond brenda datës 5 të çdo muaji. Në formë të printuar vjetore ose në çdo rast kur kërkohet nga Fondi.

LISTA E INDIKATORËVE TË PERFORMANCËS DHE CILËSISË

Pasqyra Nr. 13

Nr	INDIKATORI	PËRLLOGARITJA	Shërbimi	Burimi i informacionit	Koha e raportimit
1	% e numrit të pacientëve të shëruar që kanë dalë nga spitali.	Numëruesi: Numri i pacientëve të shtruar në Spital dhe që kanë dalë të shëruar. Emëruesi: Numri total i pacientëve të dalë nga spitali gjatë periudhës (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
2	Shkalla e pë - rgjithshme e mortalitetit për pacientët e shtruar.	Numëruesi: Numri total i vdekjeve të pacientëve të shtruar. Emëruesi: Numri total i pranimeve të pacientëve të shtruar gjatë muajit kalendarik paraprak. (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
3	% e stafit që merr pjesë në Edukimin Mjekësor të Vazhdueshëm.	Numëruesi: Numri i personelit shëndetsor që merr pjesë në E.M.V Emëruesi: Numri total i stafit të përzgjedhur (raporti shumzohet me 100)	Në spital	Raportim nga spitali (sipas te dhenave te marra nga QKEV Tirane)	Çdo 12 muaj
4	% e kostos totale që shkon direkt për kujdesin ndaj pacientit.	Numëruesi: Kostoja direkte për pacientë p ërshin: (pagat e stafit te mjekëve, infermjerë ve, laboranteve dhe koston e barnave, mat. mjeksore, ekzaminime) Emëruesi: Kostoja totale .Nuk përfshihet në kosto (vlera e ndërtesave,aparaturave, investimet) (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
5	Numri i pacienteve me vdekshm ëri nga infarkti akut i miokardit (IAM).	Treguesi: Numri i pacientëve të vdekur nga infarkti akut i miokardit (IAM) Emëruesi: Numri i total i pacientëve t ë shtruar. (raporti shumzohet me 100)	Urgjenc e shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
6	Numri i pacienteve me vdekshm ër nga	Treguesi Numri i pacientëve të vdekurve nga insulti cerebral brënda 24 orëve t ë para të shtrimit në spital.	Urgjencë e shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

	insulti cerebral brenda 24 orëve të para të shtrimit në spital.				
7	% e të shtruarve që përsërisin operacionet kirurgjikale.	Numëruesi: Numri pacientëve që përsërisin operacionet. Emëruesi: Numri total i pacientëve të shtruar të operuar. (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër ku behen nderhyrje kirurgj	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
8	% e ndërhyrjeve kirurgjikale të anuluar apo të shtyra.	Numëruesi: Numri i pacientëve të planifikuara për ndë rhyrje kirurgjikale dhe të cilat u janë anuluar apo shtyrë. Emëruesi: Numri total i pacientëve që kanë bërë ndërhyrje kirurgjikale (raporti shumzohet me 100)	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	Çdo 6 muaj
9	% e Ekzaminimeve CT.SCANNER me përgjigje negative	Numëruesi: Numri i Ekzaminimeve CT.Scanner me përgjigje negative. Emëruesi: Numri total i pacientëve që kanë bërë ekzaminim CT,Scanner (raporti shumzohet me 100)	Në shërbim. Imazheri	Pasqyra e Ekzaminim. imazherike	Çdo 6 muaj
10	% e Ekzaminimeve MRI me përgjigje negative	Numëruesi: Numri i Ekzaminimeve MRI me përgjigje negative Emëruesi: Numri total i pacientëve që kanë bërë ekzaminim MRI (raporti shumzohet me 100)	Në shërbime Imazherisë	Pasqyra e Ekzaminim. imazherike	Çdo 6 muaj

Kjo pasqyrë dorëzohet elektronikisht në Fond/DRF në fund të 6 mujorit të parë si dhe në fund të vitit si pasqyrë vjetore. Në formë të printuar dërgohet vjetore ose çdo herë kur kërkohet nga Fondi.

Personi i ngarkuar

PASQYRA E MORTALITETIT SIPAS SËMUNDSHMËRISË, SEKSIT DHE GRUPMOSHAVE
Periudha _____

Pasqyra Nr. 14

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

Nr.	Grupet e sëmundjeve	Totali		Mosha 0-1 Vjeç		Mosha 0-1 Vjeç		Mosha 1-4 Vjeç		Mosha 5-14 Vjeç		Mosha 15-24 Vjeç		Mosha 25-34Vjeç		Mosha 35-44 Vjeç		Mosha 45-54 Vjeç		Mosha 55-64 Vjeç		> 65		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1	Sëmundjet infektive																							
1.2.	Nga te cilat sida e sëmundjet me V.I.H																							
3	Sëmundjet endokrine, të ushqyerit, metabolike																							
4	Sëmundjet mendore																							
4.1.	Nga të cilat abuzimet me alkolin (kuptohet psykoza alkolike)																							
5	Sëmundjet e aparatit të qarkullimit të gjakut e zemrës																							
6	Sëmundjet e aparatit respirator																							
7	Sëmundjet e aparatit digjestiv.																							
8	Sëmundjet e aparatit uro-gjenital																							

Nr.	Lloji i paketës		Të planifikuar	Nga urgjenca	Total
1	Kardiologji	Angiografi Koronare			
		Angioplastikë koronare			
		Angiografi Koronare+Angioplastikë(PTCA+Stent)			
		Pacemaker definitiv			
2	Kardiokirurgji				
	By-Pass	By-Pass aorto koronar			
		By-Pass + plastike e valvulës			
		By-Pass+zëvendësim me valvul mekanike			
		By-Pass+zëvendësim me valvul biologjike			
		By-Pass+zëvendësim me valvul mekanike: 1 valvul aortale+1 valvul mitrale			
3	Intervente valvulre	Mono valvular me proteze mekanike			
		Mono valvular me proteze biologjike			
		BI valvular me proteze mekanike			
		BI valvular me proteze biologjike			
4	Intervente kongenitale				
5	Trajtimi i Kataraktes				

ANEKSI NR. 3

Mbi administrimin e Sistemit të Informacionit në Qendrën e Kostos së Spitalit Detyrat e Spitalit

1. Spitali duhet të përdorë pajisjet kompjuterike të pozicionuara në zyrën e kostos vetëm për sistemin e llogaritjes së kostos, pjesë e kësaj kontrate.
2. Spitali ka për detyrë të mirëmbajë pajisjet kompjuterike. Mirëmbajta konsiston në krijimin e kushteve teknike për funksionimin normal të këtyre pajisjeve si:
 - Vendosja e këtyre pajisjeve në një ambient pa lagështirë dhe temperatura të pranueshme për funksionimin e tyre.
 - Furnizim me energji elektrike nga një linjë me tension të vazhdueshëm, krijimin e një sistemi back-upi energjie dhe vendosjen e një UPS-i.
3. Kompjuterat që do të përdoren në qendrën e kostos në spitale do të mbartin paketën bazë të krijuar për këto pajisje. Kjo paketë do të vendoset nga specialistët IT të Fondit. Në këtë paketë:
 - Duhet të ketë dy user-a.
 - a. User-Administrator, i cili do të ketë të gjitha drejtat e instalimeve dhe konfigurimeve.
 - b. User-Perdorues, i cili do të ketë të drejta të limituara.
 - Ne këto pajisje kompjuterike do të jenë instaluar vetëm programet bazë të Windows-it dhe programet e Fondit.
 - Do të ketë të instaluar antivirus.
4. Qarkullimi i informacionit elektronik duhet të kryhet nëpërmjet postës elektronike.
5. Spitali ka detyrë të krijojë një lidhje me internet, i aksesueshëm në të paktën një kompjuter të zyrës së kostos, për arsye komunikimi me të shpejt me Fondin dhe për transferimin e të dhënave në mënyrë elektronike.
6. Spitali duhet të garantojë shërbimin e mirëmbajtjes së pajisjeve kompjuterike (Pc, monitor, UPS dhe printer, nqs kanë një të tillë) për të cilën duhet të kryhet në mënyrë periodike nga një person i specializuar për sistemet bazë të kompjuterave, i cili duhet të kontraktohet nga Spitali në marrëveshje me Fondit. Kontraktimi i një kompanie të specializuar përkatëse mund të kryhet me dijeni të Fondit gjithashtu
7. Në këto pajisje duhet të zbatohen rregullat e miratuar nga Agjencia Kombëtare e Shoqërisë së Informacionit për përdorimin e shërbimit të internetit, postës elektronike. Në bazë të

standarteve aksesimi në internet duhet të jetë i kufizuar, dhe përdoruesit e këtij shërbimi nuk duhet të aksesojnë apo shkarkojnë softëare të pakontrolluara apo të përdorin faqe të padëshiruara.

8. Specialisti ka për detyrë të mirëmbajë pajisjet e sistemet e kompjuterave në spital, ndërsa përgjegjësi i zyrës së kostos, duhet të kordinojë me Fondin për problematikat gjatë zbatimit të regjistrimit të informacionit për llogaritje kostoje, të spitalit me qëllim zgjidhjen e tyre në kohë.
9. Sistemet e pajisjet e zyrës së kostos, duhet të përdoren për rregjistrimin e informacioneve elektronike, me qëllim llogaritjen e kostos, në zbatim të udhëzimeve të Fondit për këtë qëllim.
10. Në rast se spitali ka sisteme të tjera informatike ku regjistrohen pjesë të informacionit të kostos, spitali duhet të verë këto sisteme edhe në funksion të llogaritjes së kostos së spitalit.
11. Asnjë person, përveç specialistëve të autorizuar, nuk ka të drejtë të vendosë, të heqë apo të ndryshojë konfigurimin ose programet e vendosura në këto pajisje si në piken 3 më lart. Në çdo rast tjetër personi që ka sjellë ndryshimet, është përgjegjës për vonesat apo humbjet e informacionit dhe koston e aplikacioneve.
12. Spitali e në veçanti personi i cili kryen regjistrimin elektronik të formateve të kartelave në kompjuter, apo informacioneve të tjera shitesë, duhet të rregjistrojë informacion të saktë dhe të vërtetë në programet përkatëse. Në rast të kundërt pasojat do t'i ngarkohen personit të cilit i është ngarkuar kjo detyrë.

Detyrat e Specialistit IT të Spitalit.

Personi i kontraktuar nga Spitali për mirëmbajtjen e pajisjeve kompjuterike duhet të jetë i çertifikuar ose të ketë diplomë universitare në përdorimin e sistemeve kompjuterike.

1. Ky person ka për detyrë:

- Mirëmbajtjen e pajisjeve kompjuterike nga ana e kushteve teknike dhe hardware-ike.
- Mirëmbajtjen rutinë të pajisjeve kompjuterike ku këtu përfshihen :
- Mirëmbajtje Software-ike të programeve bazë të PC, Window, Office (word, Excel, Acces), Winrar, Nero, Adobe, Antivirus.
- Up-date Windows, Up-date Antivirus, Kontrolle dhe pastrime periodike nga viruset.
- Riparimi i programeve ekzistuese të dëmtuara.
- Monitorimi dhe mirëmbajtja e lidhjes së internetit (N.q.s ka).

- Instalimi ose riparimi i lidhjes së PC me aksesoret periferike (tastiere, mouse dhe printerin). Mirëmbajtjen, ruajtjen, sigurinë dhe shkëmbimin e të dhënave që do të përçohen në Fond. Gjithashtu ky specialist duhet të kontaktojë me specialistin IT të Fondit lidhur me problematikat që dalin gjatë punës dhe lidhur me ndryshimet e lejuara në softet e instaluara në këtë pajisje.

1. Në rast mos funksionimi të sistemeve të kompjuterave (pajisje dhe programe), specialisti i spitalit, është i detyruar t’i riparojë ato pa dëmtuar të dhënat e regjistruara në pajisje.

Në rast se konstatohet se pajisja kërkon riparime fizike, spitali duhet të informojë më parë Fondin në dhe duhet të mbulojë të gjitha shpenzimet që mund të kërkojë riparimi i kësaj pajisjeje.

ANEKSI Nr. 4
Modelet e regjistrave të spitalit

1. Regjistri i shërbimit të urgjencës

1	2	3	4	5	6	7		8		9	10	11			12
Nr. Rend	Datë e vizitës	Ora e paraqitjes	Emri mbiemri	NID	Adresa	I Siguruar		I Referuar		Diagnoza	Mjeku i urgjencës	Rekomandime			Ora e largimit
						Po	Jo	Po	jo			Mjekim	Ekzaminime	Shtirim	

2. Regjistri i shërbimit me shtretër

1	2	3	4	5	6		7	8		9		10	11	12	13	14
Nr. Rendor	Datë e shtrimit	Emri mbiemri	NID	Vendbanimi	I Siguruar		Nr. Faturës	Rekomandimi		Mjeku rekomandues		Institucioni Shëndetësor dërgues	Diagnoza e dergimit	Diagnoza e Shtimit	Diagnoza e daljes	Data e daljes
					Po	Jo		Nr.	Datë	Emri	Kodi					

3. Regjistri i ekzaminimeve

1	2	3	4	5	7		8		9		10	11	12	13
Nr. Rend	Datë e ekzaminimit	Emri mbiemri	NID	Vendbanimi	I Siguruar		Rekomandimi ardhës		Mjeku rekomandues		Institucioni Shëndetësor dërgues	Mjeku që ka urdhëruar	Lloji i ekzaminimit të kërkuar	Lloji dhe sasia e filmave të përdorur
					Po	Jo	Nr.	Datë	Emri	Kodi				

4. Regjistri i konsultës terciare/ poliklinikë(për spitalet rajonale/bashkiake)

1	2	3	5	6	7	8		9		10	11	12	13	14			
Nr. Rend	Datë e vizitës	Emri mbiemri	NID	Vendbanimi	I Siguruar		Rekomandimi		Mjeku rekomandues		Institucioni Shëndetësor dërgues	Diagnoza e dergimit	Diagnoza e konsultës	Mjeku i konsultës	rekomandime		
					Po	Jo	Nr.	Datë	Emri	Kodi					Mjekim	Ekzaminime	Shtirim

5. Regjistri themetar i të sëmurëve kronik të kabinetit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nr. Rend	Emri mbiemri	Datëlindja	NID	Vendbanimi	Nr. i kartelës	Data e hapjes së kartelës	Diagnoza	Shënime	
								Transferuar	Vdekur

6. Regjistri i shkarkimit të barnave në shërbimin e urgjencës

1	2	4	5	6	7	I referuar						
Nr. Rend	Datë e vizitës	Emri mbiemri	Datëlindja	NID	Vendbanimi	Po	Jo	Terapia e aplikuar	Mjeku që trajton të sëmurin	Firma	Infermieri aplikues	Firma
								2				
								3				

ANEKSI Nr. 5

Për ofrimin e paketave të shërbimeve shëndetësore

Në zbatim të VKM 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” të ndryshuar, Spitali do të ofrojë shërbimet shëndetësore të paketave shëndetësore të miratuara.

I. Detyrimet e Spitalit

1. Spitali duhet të ofrojë shërbimet shëndetësore të paketave sipas protokolleve të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.
2. Spitali nuk aplikon pagesë ndaj pacientëve të referuar për shërbimet e përfshira në anekset përkatëse.
3. Spitali evidenton pacientët e referuar për shërbimin e paketave në regjistrin e receptionit.
4. Spitali evidenton pacientët që përfitojnë shërbimin e paketave shëndetësore nëpërmjet regjistrave themeltar të pacientëve, të veçantë për çdo paketë shërbimesh të ofruara, të plotësuar në të gjitha rubrikat, sipas anekseve bashkëlidhur kësaj kontratë. Numri i regjistrimit të pacientëve në çdo regjistër të jetë progresiv.
5. Spitali duhet të hapë kartela mjekësore për ndjekjen klinike të pacientëve dhe të pasqyrojë në të shërbimet e ofruara, përgjigjen e ekzaminimeve të kryera, si dhe gjendjen e pacientëve.
6. Spitali dërgon elektronikisht dhe në mënyrë shkresore pranë DRF deri në datën 5 të çdo muaj listën mujore të pacientëve që kanë përfituar paketa shëndetësore sipas sistemit on-line të referimit.
7. Spitali duhet të vendosë komunikim elektronik me DRF dhe duhet të respektoje afatet e komunikimit elektronik për sa i përket shërbimit të paketave shëndetësore.

II. Rregullat për regjistrimin në spital të pacientëve që do të përfitojnë shërbimin e paketave shëndetësore.

1. Spitali do të pranojë dhe do të kartelizojë çdo pacient që referohet nga sistemi on-line i referimit për dhënien e paketave të shërbimeve, sipas aneksit përkatës.
2. Spitali do të pranojë dhe do të kartelizojë çdo pacient që është trajtuar në kushtet e urgjencës.
3. Regjistrimi i pacientëve nga spitali do të kryhet kur pacienti paraqet dokumentat e mëposhtme:
 - a. Rekomandimin e konsultës sipas përcaktimit të protokolleve mjekësore dhe udhërrëfyesve klinike.

- b. Ekzaminimet e kryera paraprakisht për kryerjen e shërbimit të paketës të përcaktuara në protokoll.

III. Të tjera

Palët do të përditësojnë menjëherë ndryshimet përkatëse si pjesë e kontratës “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2023” dhe do ti zbatojnë ato automatikisht nga dita që do të hyjë në fuqi ndryshimi me Vendim të Këshillit të Ministrave “Për miratimin e paketave të shërbimeve shëndetësore që do të financohen nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në shërbimin spitalor”.

1. PAKETAT E KARDIOLOGJISË

1.1. Paketat të miratuara me VKM.

2.1 Paketa e shërbimeve të kardiologjisë
1. Angiografi koronare Në këtë paketë përfshihen: procedura dhe një ditë qëndrimi në pavion (duke përfshirë edhe ekzaminimet).
2. Angioplastikë koronare (PTCA + stent) Në këtë paketë përfshihen: procedura, një ditë qëndrimi në terapinë intensive si dhe një ditë qëndrimi në pavion (duke përfshirë edhe ekzaminimet).
3. Angiografi koronare + Angioplastikë koronare (PTCA + stent) Në këtë paketë përfshihen procedura: një ditë qëndrimi në terapinë intensive si dhe një ditë qëndrimi në pavion (duke përfshirë edhe ekzaminimet).
4. Pacemaker definitiv Në këtë paketë përfshihen: procedura, një ditë qëndrimi në terapinë intensive si dhe një ditë qëndrimi në pavion (duke përfshirë edhe ekzaminimet).
Procedura e vendosjes së aparatit
Vlera e pacemakerit

1.2. Protokoll i Angiografisë Koronare

1. Ekzaminimet para interventit

- Echo zemre- triplex
- EKG
- Troponine CK- MB
- Telerontgenogram
- Gjak komplet GBT
- Azotemi, Kreatinemi
- Grup Gjaku
- Rhesus Glicemi

- Kalcemi
- Natremia
- Kalemia
- INR
- TSH (Përcaktim sasior thyroidezem)
- Kateter venoz në dorën e majtë
- Testet virusale (AIDS, Hepatit C)

2. Kryerja e interventit të angiografisë koronare

3. Qëndrimi një natë në pavion.

4. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

- Radiografi toraxi
- Gjak komplet GBT
- APTT –Thromboxan(cdo 6 orë).
- Niveli i protrombinës
- Azotemi Kreatinemi
- Troponinë CK- MB (çdo 8 orë në rast IMA)
- Echo zemre
- EKG

1.3 Protokoli i Angioplastikës Koronare

1. Ekzaminimet para interventit

- Echo zemre- triplex
- EKG
- Troponine CK- MB
- Telerontgenograma
- Gjak komplet GBT
- Azotemi Kreatinemi
- Grup Gjaku
- Rhesus Glicemi
- Kalcemi
- Natremia
- Kalemia
- INR
- TSH (Përcaktim sasior thyroidezem)
- Kateter venoz në dorën e majtë
- Testet virusale (AIDS, Hepatit C)

2. Realizimi i angioplastikës.

3. Qëndrimi një natë në reanimacion.

4. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në reanimacion

- Radiografi toraxi
- Gjak komplet GBT

- APTT –Thromboxan
- Niveli i protrombinës
- Azotemi Kreatinemi
- Troponinë CK- MB (çdo 8 orë në rast IMA)
- Echo zemre
- EKG

5. Qëndrimi një natë në pavion.

6. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

- Gjak komplet GBT
- APTT-thromboxan
- Niveli i protrombines
- Azotemi
- Kreatinemi
- Troponine CK MB (çdo 8 orë në 50% te rasteve)
- EKG
- Natrium
- Kalium
- Astrupograma
- Glicemi

1.4 Protokoli i Angiografisë + Angioplastikës koronare

1. Ekzaminimet para interventit

- Echo zemre- triplex
- EKG
- Troponine CK- MB
- Telerontgenograma
- Gjak komplet GBT
- Azotemi Kreatinemi
- Grup Gjaku
- Rhesus Glicemi
- Kalcemi
- Natremia
- Kalemia
- INR
- TSH (Përcaktim sasior thyroidezem)
- Kateter venoz në dorën e majtë
- Testet virusale (AIDS, Hepatit C)

2. Kryerja e interventit të angiografisë koronare

3 . Realizimi i angioplastikës.

4. Qëndrimi një natë në reanimacion.

5. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në reanimacion

- Radiografi toraxi
- Gjak komplet GBT
- APTT –Thromboxan
- Niveli i protrombinës
- Azotemi Kreatinemi
- Troponinë CK- MB (cdo 8 orë në rast IMA)
- Echo zemre
- EKG

6. Qëndrimi një natë në pavion.

7. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

- APT-thromboxan
- Astrupograma
- Azotemi
- EKG
- Gjak komplet GBT
- Glicemi
- Kalium
- Kreatinemi
- Natrium
- Niveli i protrombines
- Troponine CK MB (cdo 8 ore ne 50% te rasteve)

1.5 Protokoll i Pacemacer

1. Ekzaminimet para vendosjes së Pacemacher-it

- Azotemi
- Bilirubinemi
- Echo zemre
- EKG
- Gjak komplet GBT
- HbsAg-percaktim gjysem sasior A
- Holter EKG
- Kalcemia Ca
- Kalemia K
- Kreatinemi
- Natremi Na
- Niveli i protrombines
- SGOT, SGPT

- Telerontgenogram
- Testet virusale (AIDS, Hepatit C)

2. Procedura e vendosjes së aparatit

3. Qëndrim një natë në reanimacion.

4. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në reanimacion

- APT-thromboxan
- Azotemi
- Echo zemre
- EKG
- Gjak komplet GBT
- Kreatinemi
- Niveli i protrombines
- Radiogarfi toraxi
- Troponine CK-MB

5. Qëndrim një natë në pavion

6. Ekzaminimet gjatë qëndrimit në pavion

- APTT-thromboxan
- Astrupograma
- Azotemi
- EKG
- Gjak komplet GBT
- Glicemi
- Kalium
- Kreatinemi
- Natrium
- Niveli i protrombines
- Troponine CK MB (çdo 8 ore në 50% të rasteve)

1.6 Pasqyra përmbledhëse

Nr.	Emër mbiemer i pacientit	Autorizimi i lëshuar nga Fondi		Lloji i paketës së ofruar nga spitali	Data e marrjes së shërbimit	Vlera
		Nr.	Datë			
1						
2						
3						
4						
5						
	Shuma					

2. PAKETA SHËNDETËSORE E TRAJTIMIT TË KATARAKTËS

2.1. Paketë e miratuar me VKM

Paketa e Trajtimit të Kataraktes
Në këtë paketë përfshihen
Kryerja e interventit

2.2. Protokoli klinik i trajtimit të Kataraktës

2.2.1. Ekzaminimi preoperator

- Kirurgu që do të kryej operacionin ka përgjegjësitë e mëposhtme:
- Ekzaminimi preoperator i pacientit (AIII);
- Të sigurojë që vlerësimi preoperator dokumenton saktë simptomat dhe indikacionet për trajtim(AIII);
- Të informojë pacientin për risqet, përfitimet e kirurgjisë (AIII);
- Të hartojë planin kirurgjikal, përfshirë zgjedhjen e lentes intraokulare (AIII);
- Të rishikojë rezultatet prekirurgjikale dhe diagnostike me pacientin;
- Të hartojë ndjekjen postoperative dhe të informojë pacientin (AIII).

2.2.2. Ekzaminimi objektiv

- Qartësia e pamjes me korigjim aktual(AIII);
- Matja e pamjes më të mirë të korigjuar(me refraksion kur është e indikuar)(AIII);
- Drejtimi dhe motiliteti okular(AIII);
- Reagimi dhe funksioni pupilar (AIII);
- Matja e tensionit intraokular(AIII);
- Ekzaminimi me biomikroskop(AIII);
- Vlerësimi i fundusit (me pupile të zgjeruar)(AIII);
- Vlerësimi i gjendjes së përgjithshme dhe shëndetit mendor (BIII).

2.2.3. Trajtimi kirurgjikal:

Operacioni kryhet me anestezi lokale (me pika).

- Në fillim bëhet anestezia e pjesshme me pika;
- Bëhet prerja e vogël e kornesë, prej 1.5 - 3 milimetra;
- Hapet kapsula e përparme e lentes kristaline;
- Pastaj bërthama e perdes copëtohet, imtësohet me ultratinguj dhe thithet me anën e sondës milimetrike.

Pasi pastrohet kapsula e lentes, nëpërmjet të njëjtës prerje të vogël 1.5–3 mm, implantohet lentja intraokulare e butë, e palosur nëpërmjet një inxhektori special. Kjo ka një diametër prej 11–13 mm dhe zakonisht është e përbërë nga një material i butë inert (akryl apo silikon). Lentja është elastike

dhe pas implantimit hapet në brendësinë e syrit, ku ajo fiksohet me ndihmën e disa elementeve të vegjël fiksues.

2.2.4. Ndjekja postoperatore

- Pacientet me risk të lartë duhet të shikohen brenda 24 orësh pas kirurgjisë (AIII);
- Në përgjithësi pacientet duhet të shikohen brenda 48 oreve pas kirurgjisë (AIII);
- Komponentët e çdo ekzaminimi postoperator përfshijnë:
- anamneza, që përfshin simptomat e reja dhe përdorimin postoperator të medikamenteve (AIII);
- Matja e gjendjes vizuale funksionale të pacientit(AIII);
- Matja e funksionit vizual (qartësia e pamjes, testi pinhole)(AIII);
- Matja e tensionit intraokular (AIII);
- Ekzaminimi në biomikroskop(AIII).

ANEKSI Nr. 6

(I Kontratës “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”)



**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM
TË KUJDESIT SHËNDETËSOR
DREJTORIA RAJONALE E FONDIT**

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
SPITALI _____**

Nr. Prot., datë __, __, 2024

Nr. Prot., datë __, __, 2024

K O N T R A T Ë

**“PËR LËSHIMIN E RECETËS ME RIMBURSIM NGA MJEKU SPECIALIST PËR
BARNAT QË TREGËTOHEN NË FARMACINË E SPITALIT”**

Ndërmjet

DREJTORISË RAJONALE TË FONDIT _____

Dhe

DREJTORIT TË SPITALIT _____

Dhe

MJEKUT SPECIALIST

Kjo Kontratë nënshkruhet në _____, në datë _____

ndërmjet këtyre palëve:

1. Drejtori i Drejtorisë Rajonale të Fondit (në vijim “DRF”), _____, e përfaqësuar nga Z/Znj _____, drejtor i DRF _____
2. Drejtorit të Spitalit _____ (në vijim “Spitali”), përfaqësuar nga Z/Znj. _____
3. Mjekut Specialist të Spitalit _____, Z.Znj _____, (në vijim “Mjeku”), me adresë: _____, nr. tel. _____, email: _____;

më poshtë të quajtuara “Palët”.

Dispozita paraprake

Duke qenë se:

- A. DRF është organ në varësi të Fondit, e cila e zhvillon aktivitetin në bazë dhe për zbatim të ligjit nr. 10 383, datë 24.02.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
- B. Në bazë të ligjit të sipërcituar Fondi lidh kontrata me dhënësit e shërbimit shëndetësor për dhënien e shërbimeve shëndetësore, pjesë e të cilave është edhe lista e barnave të rimbursuara (në vijim “LBR”);
- C. Mjeku specialist është përcaktuar nga drejtuesi i spitalit për të përshkruar recetat me rimbursim për barnat të cilat tregëtohen në farmacinë e spitalit, sipas akteve ligjore ne fuqi;
- D. Këshilli Administrativ i Fondit ka miratuar kontratën “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”, me Vendimin e Këshillit Administrativ nr. 21, datë 20. 12 .2023 (në vijim “VKA”),

palët e mësipërme bien dakord si vijon:

Neni 1

Objekti i Kontratës

Objekti i kësaj kontrate është përcaktimi i të drejtave dhe detyrimeve të palëve lidhur me lëshimin e recetës me rimbursim nga mjeku specialist i spitalit, për barnat që tregëtohen në farmacinë e Spitalit.

Neni 2

Baza ligjore

Për hartimin dhe zbatimin e kësaj kontrate palët i referohen dhe mbështeten mbi bazën ligjore që vijon:

1. Ligji nr. 10383, datë 24.2.2011 “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
2. Ligji nr. 10107, datë 30.03.2009, “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar ;
3. Ligji nr. 55, datë 07.07.2022, “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”;
4. Ligji nr. 123, datë 25.09.2014, “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”;
5. Ligji nr. 10279, datë 20.05.2010, “Për kundravajtjet administrative”;
6. Ligji nr. 44, datë 30.04.2015, “Kodi i Procedurave Administrative në Republikën e Shqipërisë”;
7. Ligji nr. 49, datë 03.05.2012, “Për gjykatat administrative dhe gjykimin e mosmarrveshjeve administrative”, i ndryshuar;
8. Ligji nr. 7850, datë 29.07.1994, “Për Kodin Civil në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
9. Ligji nr. 7961, datë 12.07.1995, “Kodi i Punës në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
10. VKM nr. 124, datë 05.03.2014, “Për miratimin e statutit të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar;
11. VKM 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;
12. VKM nr. 955, datë 29.12.2014, “Për përcaktimin e kategorive të individëve të siguar që përjashtohen nga pagesat e drejtëpërdrejta të shërbimeve shëndetësore”, i ndryshuar;
13. Urdhëri i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 743, datë 14.11.2019, “Për referimin e pacientëve me sëmundje kronike për ndjekjen e diagnozës së konfirmuar nëpërmjet sistemit të referimit elektronik”.
14. Rregullore nr. 1, datë 12.12.2019, “Mbi procedurat e përshkrimit, gjenerimit, ekzekutimit, kontrollit dhe rimbursimit të recetës elektronike e-Rx”, miratuar me Vendim të Këshillit Administrativ nr. 34, datë 12.12.2019;

15. Urdhrin e Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit nr. 36, datë 23.08.2021, “Për tregtimin e disa barnave nga Lista e Barnave të Rimbursueshme në shërbimin spitalor në QSUT dhe farmacitë e spitaleve Rajonale/ Bashkiake”, të ndryshuar;
16. Udhëzimi i Fondit nr. 17, datë 23. 12. 2019 “Për identifikimin e të siguruarve në skemën e sigurimit shëndetësor”, i ndryshuar;
17. Udhëzimi i Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit nr. 6, datë 07.02.2023, “Për përshkrimin e recetës elektronike nga mjekët specialistë të spitalit me barnat nga Lista e Barnave të Rimbursuara që tregëtohen në farmacinë e spitalin dhe administrimin e procesit nga DSHSU/DRF”;
18. Urdhërin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale nr. 493, datë 02.07.2019 “Për sistemin e referimit dhe tarifat e shërbimit shëndetësor publik”, i ndryshuar;
19. Urdhëri i Ministrit të Shëndetësisë nr. 417, datë 14.07.2010, “Për miratimin e kartelës klinike të shtrimit në spital”;
20. Urdhrin e Ministrit të Shëndetësisë nr. 381, datë 01.09.2016, “Për miratimin e modeleve të regjistrave elektronik në recepsione, “Përmbledhjes së daljes” dhe “Miratimit të pacientit”;
21. Rregullore e Këshillit Administrativ të Fondit nr. 3, datë 22.10.2014, “Për procedurën dhe mënyrën e kontrollit të dhënësve të shërbimit të kontraktuara me Fondin” e ndryshuar;
22. Standardet dhe normat e vendosura për shërbimin spitalor nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale;
23. Udhërrëfyesit e Praktikës Klinike (UPK) dhe Protokollet e Praktikës Klinike (PPK) të miratuara nga MSHMS;
24. Rregulloren e Përgjithshme të Funkcionimit të Spitalit;
25. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore.

Neni 3

Detyrimet e Drejtorit të Spitalit

1. Drejtori i spitalit në bashkëpunim me Fondin përcakton listën nominative të mjekëve që përshkruajnë recetën elektronike për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit, me qëllim pajisjen me akses ne sistemin e recetës elektronike dhe për nënshkrimin elektronik të këtyre mjekëve.
2. Drejtori i spitalit është përgjegjës për respektimin e tavanit buxhetor sipas shërbimit përkatës, për barnat me rimbursim që tregtohen në farmacinë e spitalit.
3. Drejtori i spitalit negocion me MS që përshkruan recetën elektronike për barnat që tregtohen në farmacinë e spitalit, në lidhje me planin e shpenzimeve të rimbursimit. Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit, do të bëhet duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, vlerën mesatare të rimbursimit

për diagnozë, si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie, i cili firmoset nga të dy palët sipas Formularit A.

4. Drejtori i spitalit në bashkëpunim me DRF kanë të drejtë të ndryshojnë listën e mjekëve që kanë të drejtën e përshkrimit të recetës me rimbursim, për rastet e tejkalimit të përsëritur të planit të shpenzimeve të rimbursimit të paargumentuar.

Neni 4

Detyrime të përgjithshme të mjekut specialist

1. Mjeku specialist të ofrojë shërbim shëndetësor të specializuar për diagnoza të veçanta dhe trajtimin me barna të cilat tregtohen në farmacinë qendrore të Spitalit, të përshkruar në udhëzim të posaçëm.
2. Të kryejë vizitën falas kundrejt identifikimit të pacientëve nëpërmjet dokumentit të Identifikimit dhe sistemeve ose dokumenteve të nxjerra nga këto sisteme.
3. Pasqyron në regjistrin e vizitës, të dhënat për pacientin.
4. Të administrojë kartelën klinike të të sëmurit, sipas specifikave të çdo shërbimi, kundrejt plotësimit të të gjithë elementëve të domosdoshëm të saj. Të dokumentojë në kartelë ekzaminimet laboratorike dhe imazherike për ecurinë e sëmundjes sipas protokollit. Çdo vizitë, duhet të përshkruhet në kartelë. Përgjigjet e rekomandimit ose komisionit të konsultës universitare dhe ekzaminimet konfirmuese të diagnozës për fillimin e mjekimit dhe/ose ndryshimin e mjekimit, të ruhen në kartelën e të sëmurit.
5. Të zbatojë sistemin e referimit në shërbimet shëndetësore. Rekomandimi i mjekut të familjes dhe i mjekut specialist do të kërkohet për fillimin e mjekimit dhe deri në mbarimin e ciklit të mjekimit.
6. Të përcaktojë datën e rikontrollit në sistemin elektronik të referimit në bashkëpunim me recepsonin e spitalit.
7. Në qoftë se gjendja e pacientit është nën kontroll dhe e stabilizuar, atëherë mjeku specialist rajonal/bashkiak argumenton në kartelën e pacientit motivimin për mos dërgimin për rikontroll dhe për vazhdimin e dhënies së barit, edhe pse në fletë rekomandimin e konsultës mund të jetë shënuar periudha e rikontrollit.
8. Të pranojë kontrollin e strukturave kontrolluese të Fondit.
9. Të japë informacion DRF për aktivitetin e tij, si të konsultës dhe plotësimin e recetës me rimbursim në lidhje me objektin e kësaj kontrate, sa herë që kërkohet. Të argumentojë shpenzimet e rimbursimit për rastet e reja dhe ato me ndryshime të mjekimit.
10. Të respektojë tavanin buxhetor të rimbursimit të vendosur me Drejtorin e spitalit dhe Drejtorit të DRF, sipas Formularit A (pjesë përbërëse e aneks kontratës).

Neni 5

Detyrime për përshkrimin e recetës me rimbursim

1. Të përshkruajë recetën për barnat e rimbursueshme që tregëtohen në farmacinë e spitalit, sipas listës së barnave të rimbursueshme, në zbatim të Udhëzimit përkatës të Fondit për përshkrimin e barnave dhe rregullores së Fondit për recetën elektronike.
2. Të plotësojë recetën me rimbursim për të sëmurët në bazë të konsultës përkatëse ose vendimit të komisionit mjekësor të shërbimit përkatës të QSUNT, sipas kufizimeve të Listës së barnave të rimbursuara.
3. Të përshkruajë plotësojë recetën me rimbursim për të sëmurët në bazë të konsultës së shërbimit përkatës.
4. Të ruajë në kartelën e të sëmurit të gjitha ekzaminimet që mbështesin diagnozën dhe që përcaktojnë mjekimin si dhe kohëzgjatjen e mjekimit.
5. Të zbatojë kufizimet e listës së barnave të rimbursueshme, protokollet e përdorimit të barnave dhe aktet e tjera të nxjerra nga Fondi, për mjekimin me rimbursim të të sëmurëve.

Neni 6

Detyrimet e DRF

1. Të pajisë mjekun specialist me listën e barnave, udhëzimet dhe protokollet e përdorimit të barnave si dhe dokumentacionin e nevojshëm për ushtrimin e aktivitetit të tij në zbatim të kontratës, si dhe të sqarojë atë për çdo paqartësi lidhur me të gjitha aktet nënligjore të nevojshme për zbatimin e kësaj kontrate.
2. Personi i ngarkuar nga DRF verifikon recetën e gjeneruar nga mjeku specialist i spitalit dhe konfirmon recetën në sistem në lidhje me:
 - dhënien e barit në përputhje me kufizimet e listës dhe protokollin e përdorimit të barit.
 - kohëzgjatjen e recetës në përputhje me udhëzimet e Fondit dhe sasinë e barnave të përshkruar.
 - kontrollon recetën për konsultën e bërë nga shërbimi përkatës i QSUNT-së.
3. Në rastet kur vërehen mos plotësim i elementëve të cilësuar më lart, si dhe në çdo rast tjetër, specialistit të DRF i lind e drejta të mos konfirmojë recetën elektronike dhe të kthejë të sëmurin tek mjeku për ripërshkrim të recetës ose anulim të saj.

4. DRF ushtron kontroll për aktivitetin mjekësor në lidhje me receten me rimbursim, konsultën e bërë nga shërbimi përkatës i QSUNT-së ose vendimin e komisionit mjekësor të shërbimit të QSUNT-së, zbatimin e kufizimeve të listës dhe protokollin e përdorimit të barnave, kartelën e të sëmurit me të gjitha ekzaminimet që mbështesin diagnozën dhe që përcaktojnë mjekimin si dhe kohëzgjatjen e mjekimit.
5. Negocion tavanin buxhetor të rimbursimit me Drejtorin e Spitalit, sipas kërkesave të përcaktuara të Formularit A (pjesë përbërëse e aneks kontratës), i cili firmoset nga të dy palët. Planifikimi i shpenzimeve të rimbursimit për shërbimin përkatës do të bëhet duke u mbështetur në historikun e sëmundshmërisë kronike, numrin e rasteve dhe koston e shpenzimeve për to, vlerën mesatare të rimbursimit për diagnozë, si dhe dinamikën e rasteve të reja e ndryshim terapie.
6. Të informojë periodikisht Drejtorin e Spitalit dhe Mjekët Specialist të kontraktuar në lidhje me treguesit rimbursimit.
7. Të kontrollojë aktivitetin e mjekut specialist dhe të verifikojë të gjitha rastet e konfirmuara nga konsulta e shërbimit përkatës.
8. Të marrë informacionin e nevojshëm dhe të analizojë shpenzimet e rimbursimit për secilin shërbim.

Neni 7

Kushti penal

Ndaj mjekut specialist merret masa e kushtit penal si më poshtë:

1. Për mos plotësim të elementëve të veçantë të kartelës klinike, regjistrin të vizitave, regjistrin të konsultave dhe të recetës, merret masa e kushtit penal në vlerën 1,000 lekë për secilin rast.
2. Për mos plotësim të kartelës klinike, të regjistrin të vizitave, regjistrin të konsultës merret masa e kushtit penal në vlerën 5,000 lekë.
3. Në rastet e shkeljes së kufizimit të listës së barnave në lidhje me komisionet e shërbimeve dhe vendoset kushti penal në vlerën 10,000 lek për rast.
4. Për tejkalim të paargumentuar të shpenzimeve të rimbursimit të vendoset kusht penal 10,000 lekë.

Neni 8

Dëm ekonomik

Mjeku Specialist detyrohet të zhëmtojë vlerën e dëmit ekonomik kur gjatë kontrollit të strukturave të Fondit/ DRF, konstatohet se:

1. Përshkruan në recetën me rimbursim barna të cilat i sëmuri nuk i përfiton me aktet që burojnë nga ligji i sigurimeve shëndetësore.
2. Përshkruan në recetën me rimbursim barna kur doza apo veprimi terapeutik i barit nuk përputhet me diagnozën ose jepet në kundërshtim me kufizimet e listës së barnave të rimbursueshme dhe protokollin e përdorimit të barit.
3. Përshkruan barnat në recetën në sasi dhe dozë më shumë se përcaktimi i konsultës, përveç rasteve të veçanta të rregulluara me udhëzim të Fondit.
4. Në rastin kur vërtetohet lëshimi i recetës fiktive (sipas përcaktimit pika 2, neni 8, “Ndërprerja e Kontratës”).

Neni 9

Ndërprerja e Kontratës

Kontrata ndërpritet para afatit të vlefshmërisë kur Mjeku Specialist:

1. Nuk pranon pa arsye kontrollin e strukturave të Fondit.
2. Lëshon recetë fiktive me qëllim përfitimi personal ose në favor të të tretëve. Në kuptimin e kësaj kontrate, recetë fiktive quhet receta e dhënë:
 - a) Në emër të personave që nuk jetojnë.
 - b) Personave të rremë.
 - c) Personave që nuk kanë dijeni për lëshimin e saj dhe nuk e kanë përfituar këtë bar.Në këto raste mjeku duhet të zhëmtojë vlerën e dëmit ekonomik që i ka shkaktuar sigurimeve shëndetësore, si dhe bëhet kallëzim penal.
3. Është përjashtuar nga Urdhëri i Mjekut dhe nuk është i pajisur me liçencë.
4. Është dënuar me Vendim Gjykate që i kufizon të drejtën e ushtrimit të profesionit.
5. Nuk i përgjigjet detyrimeve kontraktuale në mënyrë të përsëritur dhe pa shkaqe të pranueshme.
6. Kur propozohet nga drejtoria e spitalit dhe shefi i shërbimit përkatës ose Fondi/DRF për tejkalim të përsëritur dhe të paargumentuar të recetave me rimbursim.

Neni 10

Ankimi Administrativ

1. Subjekti ose personi përgjegjës ndaj të cilit është vendosur një sanksion sipas parashikimeve të kësaj kontrate, ka të drejtën e ankimit pranë Komitetit të Shqyrtimit Administrativ të Fondit, brenda 30 ditëve nga marrja në dijeni e vendimit me sanksionin përkatës.
2. Ankimi administrative duhet të përmbajë këto elemente:
 - a) subjektin që ushtron ankimin me të dhënat identifikuese dhe adresën e tij;
 - b) procedurën konkrete për të cilën paraqitet ankimi;
 - c) një përshkrim të shkurtër të shkeljes së pretenduar dhe bazën ligjore përkatëse;
 - d) pretendimin e ankuesit për vendimin përfundimtar;
 - e) provat dhe dokumentacionin përkatës të cilat kërkohen të shqyrtohen nga Komiteti.
3. Komiteti i Shqyrtimit Administrativ shqyrton brenda 30 ditëve ankimin e paraqitur në përputhje me kërkesat e pikës 2 të këtij neni, por jo më vonë se afati i përfundimit të procedurës administrative.
4. Ankimi administrativ i paraqitur në përputhje me kërkesat e këtij neni, pezullon ekzekutimin e vendimit deri në vënien në dijeni të ankuesit me vendimin e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ.
5. Kundër vendimit të Komitetit subjekti mund të ankohet në Gjykatën Administrative të Shkallës së Parë, ku ushtron aktivitetin.

Neni 11

Ndryshimet e kontratës

1. Kjo kontratë mund të ndryshojë vetëm me shkrim dhe me vullnetin, dhe pëlqimin e të dyja palëve.
2. Çdo ndryshim, shtesë ose shfuqizim i plotë ose i pjesshëm i kësaj kontrate nuk do të ketë fuqi nëse nuk është kryer me shkrim dhe nënshkruar nga të dyja palët kontraktuese/përfaqësuesit e autorizuar të tyre.

Neni 12

Zgjidhja e mosmarrëveshjeve

1. Palët kontraktuese respektojnë legjislacionin shqiptar në fuqi dhe përpiqen që mosmarrëveshjet që mund të lindin gjatë realizimit të kontratës, t'i zgjidhin me mirëkuptim midis tyre. Pala që gjykon se ekziston një mosmarrëveshje, njofton palën tjetër duke bërë një përshkrim të plotë të çështjeve që kërkojnë zgjidhje.

2. Palët kontraktuese të përfshira në mosmarrëveshje duhet të bëjnë personalisht apo nëpërmjet përfaqësuesve të autorizuar të tyre përpjekje për zgjidhjen e mosmarrëveshjes, mbi parimin e ruajtjes së vazhdimësisë së punës.
3. Nëse personat e autorizuar të palëve apo përfaqësuesit e tyre nuk janë në gjendje të zgjidhin mosmarrëveshjen, brenda 14 (katërbëdhjetë) ditësh nga marrja e njoftimit apo për një kohë më të gjatë të miratuar nga palët, njëra palë njofton palën tjetër se çështja nuk është zgjidhur.
4. Për të gjitha mosmarrëveshjet që nuk mund të zgjidhen me mirëkuptim, organi kompetent është Gjykata Administrative e Shkallës së Parë, ku ushtron aktivitetin.

Neni 12

Hyrja në fuqi

1. Kjo kontratë është përpiluar në 2 (dy) kopje origjinale në gjuhën shqipe dhe secila nga palët mban nga 1 (një) kopje.
2. Kontrata pasi u lexua nga palët, u konsiderua e redaktuar sipas pëlqimit të tyre dhe u nënshkrua me vullnetin e tyre të lirë e të pavesuar.
3. Kjo kontratë hyn në fuqi me nënshkrimin e saj nga palët dhe i shtrin efektet e saj nga data 01.01.2024 deri në 31.12.2024. Ky afat mund të ndryshojë me miratimin e përbashkët me shkrim të palëve.

Kjo kontratë firmoset nga:

Për DREJTORINË RAJONALE TË FONDIT _____

.....Emri/Mbiemri dhe firma e Drejtorit të DRF

Për SPITALIN _____

.....Emri/Mbiemri dhe firma e Drejtorit të Spitalit

Mjeku specialist

..... Emri/Mbiemri dhe firma

Formulari A

PLANIFIKIMI I SHPENZIMEVE TË RIMBURSIMIT PËR SHËRBIMIN

Rimbursimi vjetor _____ Lekë.

Rimbursimi mesatar mujor _____ Lekë.

Katër mujori i parë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i dytë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i tretë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Shënim: Në rastet kur ka ndryshime të listës së barnave, DRF do të përsërisë negociimet me Drejtorin e Spitalit.

Drejtori i Spitalit

Drejtori i DRF

PLANIFIKIMI I SHPENZIMEVE TË RIMBURSIMIT NDËRMJET DREJTORIT TË SPITALIT DHE MJEKUT SPECIALIST.

Në planifikimin e shpenzimeve të rimbursimit për Mjekun Specialist, Drejtori i Spitalit duhet të mbështetet në:

- Vlerat e shpenzimeve të rimbursimit të realizuara sipas strukturës së semundshmërisë për vitin e kaluar;

- Numrin e pacientëve me sëmundshmëri kronike.
- Ndryshueshmerinë mujore të sëmundshmërisë bazuar në rastet e reja, ato me ndryshime të skemave të mjekimit dhe impaktin financiar përkatës,
- Vlerën e rimbursimit për pacient / diagnozë, mbështetur në klasifikimin ndërkombëtar të sëmundshmërisë (ICD 9),

Rimbursimi vjetor _____ Lekë.

Rimbursimi mesatar mujor _____ Lekë.

Katër mujori i parë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i dytë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Katër mujori i tretë: Total _____ Lekë

Mesatarja mujore _____ Lekë

Mjeku Specialist

Drejtori i Spitalit

Spitali Rajonal “Memorial” Fier

ANEKSI 7

TREGUESIT E PERFORMANCËS DHE CILËSISË SE SPITALIT

Nr	Indikatori	Mënyra e llogaritjes së indikatorit	Përshkrimi Indikatorit	Targeti specifik vjetor	Shërbimi	Burimi i informacionit	Koha e raportimit
1	Nr. i shtrimeve		Numri shtrimeve (daljeve nga spitali përfshirë vdekjet) në një periudhë të caktuar kohore.	7,500	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj
2	% e Shfrytëzimit të shtratit.	Numëruesi: Numri i ditë pacientëve të realizuara. Emëruesi: Ditë të periudhës x numri i shtretërve. (raporti shumëzohet me 100)	Treguesi i shfrytëzimit të shtratit tregon: Shkallën e zënies së shtretërve, është një masë e përdorimit të kapacitetit të disponueshëm të shtretërve në spital dhe tregon përqindjen e shtretërve të zënë nga pacientët në një periudhë të caktuar kohe, zakonisht 1 vit. Ai pasqyron efikasitetin në përdorimin e shtretërve spitalorë	60%	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj
3	Ditë qëndrimi Mesatar.	Numëruesi: Ditë pacientë të realizuara. Emëruesi: Numri i pacientëve të dalë.	Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit në spitale përdoret shpesh si një tregues i efikasitetit. Nëse të gjitha gjërat e tjera janë të barabarta, një qëndrim më i shkurtër do të zvogëlojë koston për shkarkim dhe do të zhvendosë kujdesin nga spitali në mjedise më pak të shtrenjta post-akute. Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit në spitale i referohet numrit mesatar të ditëve që pacientët kalojnë në spital. Në përgjithësi matet duke pjesëtuar numrin total të ditëve të qëndrimit nga të gjithë pacientët e shtruar gjatë një viti me numrin e pranimeve ose shkarkimeve. Rastet ditore janë të përjashtuara. Treguesi paraqitet si për të gjitha rastet e kujdesit akut ashtu edhe për lindjen pa komplikime	4.0	Në shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj

Kontratë “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore për vitin 2024”

4	% e shtrimeve urgjente në spital.	Numëruesi: Numri i shtrimeve urgjente Emëruesi: Numri total i shtrimeve (raporti shumëzohet me 100)	Nurmri i shtrimeve urgjentne në raport me shtimet në total në spital. Ky indeks duhet te synoje uljen e shtrimeve urgjent në raport me shtrimet e planifikuara.	50%	Urgjencë e shërbimet me shtretër	Pasqyra 1	6 muaj
5	Nr. i Konsultave		Numri i konsultave është numri i pacientëve të cilët marrin shërbim ambulator në konsultën e spitalit në zbatim të sistemit të referimit në shërbimet shëndetësore.	21,000	Shërbimi ambulator	Pasqyra 3	6 muaj
6	Nr. i ekzaminimeve laboratorike		Numri i ekzaminimeve laboratorike cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimet me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator.	90,000	Sipas shërbimeve	Pasqyra 4	6 muaj
7	Nr. i ekzaminimeve radiologjikedhe endoskopike		Numri i ekzaminimeve radiologjike të cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimin me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator.	15,000	Sipas shërbimeve	Pasqyra 6	6 muaj
8	Nr. i ekzaminimeve MRI		Nurmri i ekzaminimeve MRI të cilat janë kryer gjatë vitit në spital në shërbimin me shtretër, shërbimin e urgjencës dhe shërbimin ambulator.	2,000	Sipas shërbimeve	Pasqyra 6	6 muaj
9	Nr. i ekzaminimeve Scanner-CT		Nurmri i ekzaminimeve Scanner-CT të cilat janë kryer gjatë vitit në total për të gjitha shërbimet	2,000	Sipas shërbimeve	Pasqyra 6	6 muaj

Drejtori i DRF _____

Drejtori i Spitalit _____